

ავთანდილ ჯორბენაძე

**როგორ იქმნებოდა
ჯანმრთელობის დაცვის
ახალი სისტემა**

**თბილისი
2021**

ავთანდილ ჯორბენაძე

**როგორ იქმნებოდა
ჯანმრთელობის დაცვის
ახალი სისტემა**

წიგნი I
1993-1997 წლები

თბილისი
2021

რედაქტორი: აკაკი ზოიძე

სარჩევი

ავტორის წინათქმა	1
პარლამენტის სხდომა - 1993 წლის დეკემბერი - ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მდგომარეობა	14
პარლამენტის სხდომა - 1994 წლის 3 მარტი - ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის დამტკიცება	17
საქართველოს მთავრობის დელეგაციის შეხვედრა დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან - პარიზი, 1994 წლის ივნისი	24
მინისტრთა კაბინეტის სხდომა - 1994 წლის აგვისტო - ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობა	28
საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია თემაზე: „ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესში შრომისა და ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაციის პრობლემები“ - ბორჯომი, 1994 წლის 19 სექტემბერი	34
აჭარის უმაღლესი საბჭოს სხდომა - 1994 წლის სექტემბერი - ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მდგომარეობა	37
მინისტრთა კაბინეტის სხდომა - 1994 წლის 5 ოქტომბერი - მინისტრთა კაბინეტის დადგენილების „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის ღონისძიებათა პირველი ეტაპის შესახებ“ პროექტის განხილვა	43
მთავრობის გაფართოებული სხდომა - 1994 წლის 10 ოქტომბერი - ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მძიმე მდგომარეობა	47
ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებული სხდომა - 1994 წლის 16 ოქტომბერი - ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის აუცილებლობის დასაბუთება	52
პარლამენტის სხდომა - 1994 წლის დეკემბერი - 1995 წლის ბიუჯეტის პროექტის განხილვა	72
მინისტრთა კაბინეტის სხდომა - 1995 წლის იანვარი - ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ გაწეული მუშაობა დარგის რეორგანიზაციის მიმართულებით	76
საქართველოს სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიის სესია - 1995 წლის 18 აპრილი	79
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დიდი სამეცნიერო საბჭოს სხდომა - 1995 წლის 31 აგვისტო	88

საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო განათლების 75-ე და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის 65-ე წლისთავი - 29 სექტემბერი 1995 წელი	103
მთავრობის სხდომა - 1995 წლის ოქტომბერი - ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობა რეორიენტაციის დაწყებიდან 2 თვის შემდეგ	108
გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სასწავლო ცენტრის გახსნა - 1995 წლის 26 ოქტომბერი	114
პარლამენტის სხდომა - 1995 წლის 20 დეკემბერი - ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის დამტკიცება	117
მთავრობის სხდომა - 1996 წლის 6 იანვარი - 1996 წლის ბიუჯეტის განხილვა	131
მთავრობის სხდომა - 1996 წლის 9 იანვარი - 1996 წლის ბიუჯეტის განხილვა	136
ჯანდაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებული სხდომა - 1996 წლის თებერვალი - 1995 წლის მუშაობის შედეგები	141
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული კონფერენცია - კოპენჰაგენი, 1996 წლის 15 მაისი	151
საქართველოს მთავრობის დელეგაციის შეხვედრა დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან - პარიზი, 1996 წლის 27 მაისი	161
შავი ზღვის ქვეყნების ეკონომიკური თანამშრომლობის ორგანიზაციის (BSEC) ჯანდაცვასა და ფარმაციაში მუშა ჯგუფის შეხვედრა - თბილისი, 1996 წლის 4 ივნისი	168
კონფერენცია თემაზე „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა დღეს და მისი მომავალი“ - თბილისი, 1996 წლის 29 ივლისი	177
კონფერენცია თემაზე „ჯანდაცვის ეკონომიკის პრობლემები“ - თბილისი, 1996 წლის 17 სექტემბერი	180
საქართველოს დელეგაცია ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრში - ბეთესდა, მერილენდი, აშშ - 1996 წლის 14 ნოემბერი	183
ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის გახსნა - 1996 წლის 17 დეკემბერი	187
ჯანდაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებული სხდომა - 1996 წლის 21 დეკემბერი - ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მიმდინარეობა	191
მთავრობის სხდომა - 1997 წლის 22 იანვარი - კარდიოქირურგიისა და ტრანსპლანტაციის პროგრამების ხელშეწყობის შესახებ	217

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისადმი მიძღვნილი კონფერენცია - ოპერის თეატრი, 1997 წლის 11 მარტი	222
საინვესტიციო საბჭოს სხდომა - 1997 წლის 20 მაისი - საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორსა და მსოფლიო ბანკს შორის თანამშრომლობა	225
განათლების თათბირ-სემინარი - 1997 წლის 4 ივლისი - სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა	234
ჯანდაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებული სხდომა - 1997 წლის 2 აგვისტო - დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	254
აჭარის სამედიცინო საზოგადოების მე-100 წლისთავი - 1997 წლის 12 სექტემბერი	270
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო კონფერენცია - 1997 წლის 12 ოქტომბ. - საქართველოს ჯანდაცვის მოდელი თხუთმეტი წლის შემდეგ	277
მთავრობის სხდომა - 1997 წლის 20 ნოემბერი - რეფორმების მეორე ეტაპი - განვითარების თანაბარი პირობები	283
საქართველოს მთავრობის დელეგაციის შეხვედრა დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან - პარიზი, 1997 წლის 10 დეკემბერი	292
მთავრობის სხდომა - 1997 წლის 24 დეკემბერი - ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების 1998 წლის ბიუჯეტის განხილვა	297
მთავრობის სხდომა - 1998 წლის 25 მარტი - ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს 1997 წლის ანგარიში	308
მთავრობის სხდომა - 1998 წლის 16 დეკემბერი - მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ	320
1994-1997 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გამოცემული ნორმატიული აქტების ჩამონათვალი	331
ბოლოსიტყვეობა	337
ფოტოგალერეა	343

ავტორის წინათქმა

1991 წელს საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ჯერ კიდევ 1980-იანი წლების ბოლოს დაწყებული ეკონომიკური კრიზისი მის შემადგენლობაში შემავალ ყოფილ რესპუბლიკებში ისე გაღრმავდა, რომ მას შედეგად მოჰყვა საფინანსო და ფულად-საკრედიტო სისტემების სრული მოშლა, ტრადიციული სამეურნეო კავშირების რღვევა, წარმოებისა და სოფლის მეურნეობის პარალიზება.

1991 წლიდან მთლიანი შიდა პროდუქტის მაჩვენებელი საშუალოდ წლიური 28%-ით მცირდებოდა და, მსყიდველობითი უნარის პარიტეტის გათვალისწინებით, ერთ სულ მოსახლეზე 4433 აშშ დოლარიდან 1437 აშშ დოლარამდე შემცირდა. 1995 წლისთვის წარმოება, 1990 წლის დონესთან შედარებით, 78%-ით დაეცა, რაც თითქმის სამჯერ აღემატებოდა „დიდი დეპრესიის“ დროს აშშ-ში წარმოების დაცემის დონეს. ამავე პერიოდში სასოფლო-სამეურნეო პროდუქციის წარმოება ორჯერ, კაპიტალური დაბანდებები – 97,2%-ით, ხოლო ტვირთბრუნვის მოცულობა 67%-ით შემცირდა. გაუფასურდა ეროვნული ბანკის კუპონი, რომელიც 1993 წლის პირველ ნახევარში იყო შემოღებული. 1993 წლის მეორე ნახევრიდან 1994 წლის ოქტომბრამდე ინფლაციის ტემპი თვეში საშუალოდ 60-70%-ს შეადგენდა და 1994 წელს ჯამურად 7380%-ს მიაღწია. სამომხმარებლო საქონელზე ფასები და ტარიფები 1992 წელს ოცდახუთჯერ, 1993 წელს ოთხმოცდათორმეტჯერ, ხოლო 1994 წელს ას ოცჯერ გაიზარდა. 1994 წელს საშუალო ხელფასი თვეში 1,5 აშშ დოლარი, ხოლო პენსია – ათი ცენტის ეკვივალენტი იყო. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ 1993-1994 წლებში ქვეყანას დამტკიცებული ბიუჯეტი არ ჰქონდა.

ეკონომიკური ხასიათის პრობლემებს ამწვავებდა შიდა პოლიტიკური დაპირისპირება, სამოქალაქო ომი და გარედან ინსპირირებული სეპარატისტული მოძრაობები, სამასი ათასი იძულებით ადგილნაცვალი პირი, კრიმინალური ძალების აღზევა, რაც ბუნებრივია, უარყოფითად მოქმედებდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

სწორედ ამ ურთულეს პერიოდში, კერძოდ 1993 წლის ოქტომბერში, დავინიშნე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრად, რაც იმას ნიშნავდა, რომ ყოველდღიურად ურთულესი პრობლემების მოგვარებასთან

ერთად მუშაობა უნდა დაგვეწყოს სრულიად ახალი, დასავლურ პრინციპებზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაქმნელად.

საბჭოთა კავშირის დაშლამდე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ეგრეთ წოდებულ სემაშკოს მოდელს ეფუძნებოდა, რომელიც 1980-იანი წლების ბოლოს საბჭოთა კავშირში განვითარებულმა სოციალურ-ეკონომიკურმა კრიზისმა, ფაქტობრივად კრახამდე მიიყვანა. 1991-1994 წლებში სისტემამ ფუნქციონირება ინერციით განაგრძო. სამედიცინო მომსახურება მოსახლეობისთვის ფორმალურად კვლავ უფასო იყო, თუმცა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსება მკვეთრად შემცირდა და ერთ სულ მოსახლეზე 1990 წლის 130 აშშ დოლარიდან 1994 წელს 0.45 აშშ დოლარამდე დაეცა. ჯანმრთელობის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილმა 1994 წელს 4.9% შეადგინა, რაც იმ წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის მხოლოდ 1.3%-ს წარმოადგენდა.

სამედიცინო დაწესებულებების სახელმწიფო დაფინანსება ხდებოდა ბიუჯეტურ-მუხლობრივი მეთოდის საფუძველზე, რომლებიც განისაზღვრებოდა საბჭოთა პერიოდში შემუშავებულ საწოლთა ფონდთან ან საშტატო განრიგთან დაკავშირებული ნორმატივებით. დაფინანსების სფეროში არსებულ კრიზისს კიდევ უფრო აღრმავებდა ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტებისა და სამეცნიერო ბაზების მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების არა თუ მოძველება, არამედ, რიგ შემთხვევებში, სრული განადგურებაც კი, კერძო სამედიცინო სასწავლებელთა რაოდენობის გაუმართლებელი ზრდა და კადრების მომზადების ხარისხის მკვეთრი გაუარესება.

1994 წლის დასაწყისში ქვეყანაში არსებული ოთხას ოცდაერთი სტაციონარული დაწესებულებიდან 90% ამორტიზებულ შენობა-ნაგებობაში იყო განთავსებული, არ გააჩნდა სისტემატური წყალმომარაგება და გათბობა; პრაქტიკულად განადგურებული იყო სანიტარული ავტოტრანსპორტი, რომლის გამოყენება შეუძლებელი ხდებოდა სათადარიგო ნაწილებისა და საწვავის მწვავე დეფიციტის გამო; უაღრესად რთული ვითარება შეიქმნა მოსახლეობის წამალმომარაგების საქმეში; სამოქალაქო ომებმა შთანთქა სამკურნალო საშუალებების სარეზერვო მარაგის დიდი ნაწილი; დაირღვა ეკონომიკური კავშირები ფარმაცევტული და სამედიცინო ტექნიკის მწარმოებელ ქვეყნებთან; სახელმწიფოს არ გააჩნდა ძვირად ღირებული

სამედიცინო ტექნიკისა და აღჭურვილობის შემოსატანად საჭირო ფინანსური რესურსები, მაშინ როდესაც სამედიცინო დაწესებულებებში არსებულის 95%-მდე ამორტიზირებული ან ტექნიკურად გაუმართავი იყო.

მკვეთრად გაუარესდა დემოგრაფიული მაჩვენებლები. 1990-1995 წლებში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 73.0-დან 70.2 წლამდე შემცირდა, ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 20.7-დან 28.6-მდე გაიზარდა, ხოლო დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 20.5-დან 55.1-მდე; დაირღვა ვაქცინაციის ვადები, რამაც განაპირობა დიფთერიისა და სხვა საშიშ ინფექციათა აფეთქება; სათბობ-ენერგეტიკული კრიზისის გამო კატასტროფული ვითარება შეიქმნა მსხვილი ქალაქებისა და რაიონული ცენტრების დასუფთავების კუთხით, სანიტარული კონტროლის შესუსტებისა და შესაბამის ორგანიზაციათა მოუქნელი მუშაობის გამო გახშირდა ნაწლავური ინფექციები, ბოტულიზმის, ტეტანუსის და ცოფის შემთხვევები; განსაკუთრებით საგანგაშო იყო სოციალურად საშიში – ტუბერკულოზის, ფსიქიკური, სქესობრივად გადამდები და სხვა დაავადებების მნიშვნელოვანი ზრდა.

შექმნილი მდგომარეობიდან გამოსავლის პოვნის მიზნით 1993 წლის ბოლოს საქართველოს რესპუბლიკის მთავრობა შეუდგა ქვეყნის ანტიკრიზისული პროგრამის შექმნას, რომლის ფარგლებშიც დავიწყეთ ინტენსიური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზებისა და ახალი მოდელის შემუშავებაზე. მას შემდეგ, რაც სახელმწიფო მეთაურის 1994 წლის 7 თებერვლის ბრძანებულებით ანტიკრიზისული პროგრამა დამტკიცდა, ჩვენმა მუშაობამ მიიღო კონკრეტული მიმართულება, რომელიც ქვეყნის განვითარების სტრატეგიული გეზიდან გამომდინარეობდა.

საბჭოთა კავშირში მოქმედი კონსტიტუციების სხვადასხვა რედაქციაში მრავალ სხვა საკითხთან ერთად თვალს იტაცებდა პუნქტი, რომლის მიხედვითაც ადამიანს საკუთარ ქვეყანაში ჰქონდა სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი უფასო ჯანმრთელობის დაცვის უფლება. სინამდვილეში, ეს თეზისი სხვა არაფერს ნიშნავდა თუ არა იმას, რომ მას პირნათლად უნდა შეესრულებინა სახელმწიფოს მოთხოვნები თუ ვისთვის, სად და როდის უნდა მიემართა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემის გაჩენის შემთხვევაში. ასე აღმოჩნდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში (ადამიანი, საზოგადოება, სახელმწიფო) მისი მთავარი ნაწილი –

ადამიანი – სრულიად უფუნქციო და დაუცველი, საზოგადოება – ინდიფერენტული, ხოლო სახელმწიფო – ჯერ კიდევ არშემდგარი.

ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, ფასების ლიბერალიზაცია, ეროვნული ვალუტის მეტად მაღალი და ერთობ ძნელად პროგნოზირებადი ინფლაციის ტემპები პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდიდა ჯანმრთელობის დაცვის მოძველებული მოდელის შემდგომ ფუნქციონირებას. მეტი სიცხადისათვის შეიძლება გამოიყოს ის ხუთი ძირითადი მიზეზი, რაც განაპირობებდა არსებული სისტემის კარდინალური ცვლილების აუცილებლობას:

1. წარმოიქმნა დისბალანსი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს მიერ ნაკისრ ვალდებულებათა და მათ რეალურ ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის;
2. წარმოიქმნა დისბალანსი სისტემაში არსებულ შრომით და მატერიალურ რესურსებსა და მოსახლეობის რეალურ მოთხოვნილებებს შორის;
3. ქვეყანაში მოქმედი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, შესაბამისი ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობის გამო, ვერ უზრუნველყოფდა არსებული რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას;
4. ქვეყნის საერთო განვითარების სტრატეგიული მიმართულება (საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, დემოკრატიული საზოგადოების ჩამოყალიბების პროცესი და სხვა) შეუთავსებელი იყო ჯანმრთელობის დაცვის მოქმედ სისტემასთან;
5. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა წინააღმდეგობაში მოდიოდა ქვეყნის განვითარების სოციალურ-პოლიტიკურ მიმართულებასთან.

არსებული პრობლემების გადაჭრა შეუძლებელი იყო სისტემის კოსმეტიკური შელამაზების გზით – შექმნილი მდგომარეობიდან გამოსავალი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირეულ რეორგანიზებასა და პრინციპულად ახალი მოდელის ჩამოყალიბებას მოითხოვდა. ახალ მოდელს უნდა უზრუნველყოფდა ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისგან და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან თავისუფალი პრინციპულად ახალი სისტემის ფორმირება, რომელსაც უნდა დაეკმაყოფილებინა სამი ძირითად მოთხოვნა, კერძოდ:

1. შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიულ გზასთან;

2. სამუშაოს მოცულობისა და მისი შესრულებისთვის აუცილებელი რესურსების დაბალანსება;
3. სისტემის იმგვარი რეგულირება, რომ მას უზრუნველყო რესურსების რაციონალური ხარჯვა.

ეს მოსაზრებები საჯაროდ პირველად გავაცანით 1994 წლის 3 მარტის პარლამენტის სხდომას ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრად დამტკიცებისას. ეს ის პარლამენტია, რომელშიც წარმოდგენილი იყო დამოუკიდებელი საქართველოს ისტორიაში ყველაზე მეტი პოლიტიკური სუბიექტი – ოცდაოთხი პარტია. მიუხედავად ასეთი მრავალფეროვანი წარმომადგენლობისა, პარლამენტმა ერთხმად დაუჭირა მხარი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რადიკალურ რეოგანიზებას და 1995 წლის 10 აგვისტოდან დაიწყო მისი პრაქტიკული განხორციელება. ამ ორ თარიღს შორის არსებულ თვრამეტ თვეში შეიქმნა სისტემის რეორიენტაციის თეორიული საფუძვლები და მისი პრაქტიკული განხორციელებისთვის საჭირო ნორმატიული დოკუმენტები.

დღევანდელი ახალგაზრდა თაობისთვის, ალბათ, მნელი დასაჯერებელია, რომ იმ უშუქობისა და უგაზობის პირობებში, სამინისტროსა და 1994 წლის ბოლოს შექმნილი ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის სანთლებით განათებულ და ნავთქურებით შემთბარ ოთახებში დარგის რეორიენტაციის სხვადასხვა მიმართულებით გადასადგმელ ნაბიჯებზე ერთმანეთის გვერდით ბჭობდნენ და კამათობდნენ სამინისტროს ცენტრალური აპარატისა და რეგიონული მმართველობის ორგანოთა წარმომადგენლები, ცნობილი მეცნიერები და პრაქტიკოსი ექიმები... გადაუჭარბებლად უნდა ითქვას, რომ ჩვენი კარი ღია იყო სისტემაში გასატარებელი რეფორმების მხარდამჭერისა თუ მისდამი კრიტიკულად განწყობილი ნებისმიერი პირისთვის.

ამ საქმიანობის ორგანიზებასა და წარმართვაში უდიდესი წვლილი შეიტანეს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის აწ განსვენებულმა მოადგილეებმა: თენგიზ ჯინჯოლავამ, რამაზ ურუშაძემ და კონსტანტინე ბარქაიამ; მინისტრის მოადგილეებმა: ამირან გამყრელიძემ, ვლადიმერ გიორგაძემ, თემურ კალანდაძემ, მარინა ლუდუშაურმა, აკაკი ზოიძემ; აჭარის, აფხაზეთის და დე ფაქტო სამხრეთ ოსეთის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრებმა: აკაკი ბერიძემ, ელგუჯა ბერიამ და ჯემალ ჯიკაევმა, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის დირექტორმა ოთარ ვასაძემ, სამინისტროსა და

რეგიონული მმართველობის ორგანოთა სტრუქტურული ერთეულების ხელმძღვანელებმა და რიგითმა თანამშრომლებმა.

აუცილებელი აღნიშვნის ღირსია ისიც, რომ, სამედიცინო წრეების წარმომადგენელთა დიდი უმრავლესობის სურვილისა და ენთუზიაზმის მიუხედავად, შესაბამისი ცოდნისა და გამოცდილების ნაკლებობის გამო, მხოლოდ ჩვენი ძალებით წარმატების მიღწევა საკმაოდ პრობლემური იქნებოდა. ამიტომ აქვე დიდი მადლიერებით უნდა აღინიშნოს საქართველოს მეგობარი ქვეყნების: აშშ-ის, გერმანიის, იაპონიის, დიდი ბრიტანეთის, შვედეთის, ნორვეგიისა და სხვათა მთავრობებისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების, ავტორიტეტული საერთაშორისო ინსტიტუტების – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, გაეროს ბავშვთა ფონდის, მსოფლიო ბანკისა და სავალუტო ფონდის ინტელექტუალური მხარდაჭერა, რომელთა ექსპერტები და კონსულტანტები ფასდაუდებელ დახმარებას გვიწევდნენ.

განსაკუთრებული მადლიერების გრძნობით მინდა მოვიხსენიო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული დირექტორები ჯო ასვალი და მარკ დანზონი, მსოფლიო ბანკის პრეზიდენტი ჯეიმს უოლფენსონი, აშშ-ის ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების მინისტრი დონა შალალა, იაპონიის საგარეო საქმეთა მინისტრი ტარო ნაკაიამა და მისი აღმასრულებელი თანაშემწე სინძო აბე (რომელიც შემდგომ იაპონიის მრეწველ-მინისტრი გახდა), აშშ-ის სახელმწიფო დეპარტამენტში აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის დახმარების კოორდინატორი უილიამ ტეილორი, აშშ-ის აერონავტიკისა და კოსმოსის ეროვნული სააგენტოს დირექტორი დანიელ გოლდინი, ამავე სააგენტოს წამყვანი სპეციალისტი მედიცინის საკითხებში არნაულ ნიკოგოსიანი, საერთაშორისო სავალუტო ფონდის ოფიციალური მისიის ხელმძღვანელი საქართველოში შალმან ვალავი, აშშ-ის ელჩები საქართველოში კენტ ბრაუნი და ვილიამ ქორთნი, გერმანიის ელჩები გიუნტერ დალჰოფი და ნორბერტ ბაასი, საფრანგეთის ელჩები ბერნარ ფასიე და მირეი მუსო, ფოგარტის საერთაშორისო ფონდის დირექტორი ფილიპ შამბრა, ამერიკის ალერგიისა და ინფექციურ დაავადებათა ნაციონალური ინსტიტუტის დირექტორი ენტონი ფაუჩი, მსოფლიო ბანკის სამხრეთ კავკასიის განყოფილების ხელმძღვანელი ჯუდი ოკონორი, მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პროექტის მისიის წევრები ანტონიო კამპოსი (პორტუგალია), ლორა როუზი (აშშ) და

ახტი კალიკორმი (ესტონეთი), ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო კავშირის აღმასრულებელი დირექტორი ჯეიმს სმიტი, საქართველოში აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მისიის წარმომადგენელი შერი ქარლინი, ატლანტა – თბილისის პარტნიორული პროგრამის კოორდინატორი კენეტ უოლკერი (ატლანტა, ჯორჯია, აშშ), სკრენტონი – თბილისის პარტნიორული პროგრამის კოორდინატორი დენიელ ვესტი, (სკრენტონი, პენსილვანია, აშშ), ემორის უნივერსიტეტის (ატლანტა, ჯორჯია, აშშ) ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და მენეჯმენტის დეპარტამენტის დირექტორი რიჩარდ სოლთმანი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსულტანტი ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავების საკითხებში ტურალფ ჰასვოლდი (ნორვეგია), დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის საოჯახო მედიცინის განვითარების პროექტის კოორდინატორი რიფატ ათუნი... ეს ადამიანები ქმედით დახმარებას და მხარდაჭერას გვიწევდნენ რეფორმის მომზადებასა და მის რეალიზებაში.

ჯანმრთელობის დაცვა ჩვენს ქვეყანაში ის პირველი დარგი იყო, რომელიც დამოუკიდებელი სახელმწიფოს მშენებლობის რთულ გზაზე რადიკალურად გაემიჯნა საბჭოთა კავშირის მემკვიდრეობას. უფრო მეტიც, საქართველო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ინსტიტუციონალური რეფორმებით ინოვაციური იყო არა მხოლოდ ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებს, არამედ, ზოგადად, აღმოსავლეთ ევროპის პოსტსოციალისტურ ქვეყნებს შორისაც.

ბუნებრივია, რომ ამ პროცესის წარმართვა შეუძლებელი იქნებოდა სახელმწიფოს მეთაურის, პრეზიდენტ ედუარდ შევარდნაძის, პრემიერ-მინისტრის ოთარ ფაცაცის, მინისტრთა კაბინეტისა და პარლამენტის მხარდაჭერის გარეშე. ზემოაღნიშნული თვრამეტი თვის განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის სამართლებრივი უზრუნველყოფისთვის საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურმა გამოსცა ექვსი ბრძანებულება, ქვეყნის მინისტრა კაბინეტმა მიიღო შვიდი დადგენილება, საქართველოს პარლამენტმა – ხუთი კანონი, ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბრძანებებით კი დამტკიცდა ორასამდე კანონქვემდებარე აქტი. რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე, კერძოდ 1996-1997 წლებში, გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის თექვსმეტი ბრძანებულება და ოთხი განკარგულება, პარლამენტმა მიიღო სამი ზედმიწევნით მნიშვნელოვანი კანონი: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „წამლისა და ფარმაცევტული

საქმიანობის შესახებ“ და „სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის შესატანების შესახებ“. ამ ნორმატიული აქტების ჩამონათვალი შეგიძლიათ იხილოთ კრებულის დასკვნით ნაწილში, ხოლო მათი ორიგინალები დაცულია საქართველოს ეროვნულ არქივში.

ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის დაწყებიდან მეოთხედ საუკუნეზე მეტი გავიდა და ამ დროს განმავლობაში პერიოდულად ქვეყნდებოდა სხვადასხვა ავტორის ანალიტიკური ტიპის ნაშრომები, ბოლო ხანს კი მეცნიერული კვლევებიც გამოჩნდა. გასაკვირი არ უნდა იყოს, თუ ამ ავტორთა მოსაზრებები ერთმნიშვნელოვანი არ არის, რისი ერთ-ერთი მიზეზიც იმ პერიოდში მიმდინარე პროცესების ამსახველი დოკუმენტური მასალის სიმწირეც უნდა იყოს.

სწორედ ასეთმა მოსაზრებამ მაფიქრებინა, კრებულის სახით გამომექვეყნებინა ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის მოსამზადებელ პერიოდსა და მისი განხორციელების ყველაზე რთულ ეტაპზე ჩემი საჯარო გამოსვლების სრული ტექსტები. რასაკვირველია სისტემაში მიმდინარე პროცესები, მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღების მიზეზები და განხორციელებული ცვლილებების რეალური შედეგები ყველაზე ზუსტად და სრულყოფილად ასახულია ჩემს, როგორც მინისტრის, მთავრობის სხდომებსა თუ პარლამენტში, საერთაშორისო თუ ადგილობრივ ფორუმებსა და შეხვედრებზე გამოსვლებში. ვფიქრობ, რომ კრებულში შესული დოკუმენტური მასალა საინტერესო იქნება არა მარტო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების მკვლევარებისთვის, არამედ ქვეყნის რიგითი მოქალაქეების, სამედიცინო საზოგადოებისა და ხელისუფლებისთვის, რადგანაც იმ პერიოდში არსებულ პრობლემებს დღესაც არ დაუკარგავს აქტუალობა.

ბუნებრივია, ცალკეული ქვეყნების ეკონომიკაში მომხდარი ცვლილებები, იქნება ეს აღმასვლა თუ კრიზისი, განაპირობებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მისადაგებას ახალ რეალობებთან. რეფორმები ხორციელდება ყველაზე განვითარებული და მდგრადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემებშიც, თუმცა ისეთი რადიკალური ცვლილებების მაგალითი, როგორც ჩვენი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოხდა დამოუკიდებლობის აღდგენიდან გასული ოცდაათი წლის განმავლობაში, ძნელად თუ მოიძებნება – ხელისუფლებაში მოსულმა ყველა

ახალმა პოლიტიკურმა ძალამ ლამის თავის ვალდებულებად მიიჩნია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გარდაქმნა წინა ხელისუფლების პირობებში დაგროვილი გამოცდილების სრული უგულებელყოფით.

რა თქმა უნდა, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ისევე, როგორც ეკონომიკის ნებისმიერი სხვა სფერო, პერიოდულ განახლებას საჭიროებს, მაგრამ აქ განხორციელებული რეფორმები მოითხოვს უწყვეტობას, თანმიმდევრულობას, მემკვიდრეობითობას და სისტემურ მიდგომას. არ შეიძლება, სისტემა განიცდიდეს გაუთავებელ პერმანენტულ რყევებს. ქვეყანას განსაზღვრული უნდა ჰქონდეს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების გრძელვადიანი სტრატეგიული მიმართულებები და სამოქმედო ხედვა, რაც ხელს უწყობს მის თანმიმდევრულ და ეფექტიან განვითარებას. სტრატეგიის შემუშავების პროცესში უნდა ჩაერთოს დაინტერესებული მხარეების ფართო წრე. ჯანდაცვის სფეროში გრძელვადიანი პოლიტიკის განსაზღვრა ზეპარტიული კონსენსუსის თემა და საგანი უნდა გახდეს. მიუხედავად მთავრობების ცვლისა, უნდა გამოირიცხოს გრძელვადიან პერიოდში სტრატეგიული კურსის კარდინალური ცვლილება და პოლიტიკური კონიუნქტურის კვალდაკვალ მიღწეულის უარყოფა.

პირადად მე დარწმუნებული ვარ, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია იმ ისტორიულ მომენტში გადადგმული ყველაზე სწორი ნაბიჯი იყო, რადგან დეკლარირებული საყოველთაო და უფასო ჯანმრთელობის დაცვის შენარჩუნება საქართველოს მოსახლეობის მოტყუება იქნებოდა. 1995 წელს მიღებულმა საქართველოს ახალმა კონსტიტუციამ აღიარა მოქალაქის უფლება ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფილია კანონით. პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ დაფინანსებაზე გადასვლამ, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შექმნამ და სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სადაზღვევო პრინციპებზე გადაყვანამ ჩამოაყალიბა ახალი, მოტივაციაზე დაფუძნებული ეკონომიკური ურთიერთობები და ხელი შეუწყო კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემების შემუშავებას. ჯანდაცვის სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამები, ფაქტიურად მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტი გახდა, რომელიც ეკონომიკის განვითარებასთან და მოსახლეობის ლეგალური შემოსავლების ზრდასთან ერთად ყოველწლიურად ფართოვდებოდა. ამ მოდელის შენარჩუნების

შემთხვევაში, მოსახლეობის სამედიცინო სერვისებით მოცვის საკმაოდ დიდი ნიშნულის მიღწევა უკვე 2005-2006 წლებში იქნებოდა შესაძლებელი.

იმ პერიოდში ჩამოყალიბდა ჩვენს ქვეყანაში მანამდე არარსებული, მაგრამ დამოუკიდებელი სახელმწიფოსთვის აუცილებელი ისეთი ფუნქციების განმახორციელებელი სტრუქტურები, როგორც არის:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი;
- ჯანმრთელობის დაზღვევა;
- სანიტარული ნორმირება და ზედამხედველობა;
- წამლის ხარისხის კონტროლი;
- ფსიქოტროპული და ნარკოტიკული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლი;
- ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიებისა და ტექნიკის დანერგვა;
- შეიარაღებული ძალების სამედიცინო სამსახურის ფორმირების ხელშეწყობა.

სისტემის განვითარების მეცნიერული უზრუნველყოფისთვის შეიქმნა ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, ხოლო დაავადებათა გავრცელების მონიტორინგისა და პრევენციისთვის – დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. ამ ორი სრულიად ახალი ფუნქციით აღჭურვილი დაწესებულების საქმიანობამ ბევრ სხვა სიკეთესთან ერთად საშუალება მოგვცა, პირველად საქართველოში გამოგვეცა ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რომელიც 1997 წლის სტატისტიკური მონაცემების სრულყოფილი ანალიზის საფუძველზე იყო მომზადებული.

არანაკლებ მნიშვნელოვნად მიმჩნია რეორიენტაციის პროცესში დარგში განხორციელებული ცვლილებები, კერძოდ:

- მმართველობის დეცენტრალიზაციის მიზნით ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის რეგიონული და მუნიციპალური სამსახურები;
- შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა;
- პირველადი ჯანდაცვა გადავიდა საოჯახო მედიცინის პრინციპზე;
- გეგმიური იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენით მოხერხდა ინფექციური დაავადებების გავრცელების შეჩერება;

- ახალ ეკონომიკურ ურთიერთობებთან ადაპტირების მიზნით, ბიუჯეტურ-მუხლობრივ დაფინანსებაზე მყოფი სამედიცინო დაწესებულებები გარდაიქმნა დამოუკიდებელ სამართალსუბიექტებად;
- შემუშავდა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სახელმწიფო სტანდარტები, რომელიც დღეს საყოველთაოდ აღიარებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების წინამორბედი იყო;
- სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტების ლიცენზირებამ და პერსონალის სერტიფიცირებამ შექმნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სახელმწიფო კონტროლისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სტიმულირების მექანიზმები;
- საექთნო საქმე ჩამოყალიბდა დამოუკიდებელ პროფესიად;
- გაიხსნა ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრი, რომელიც საქართველოს ბიოსამედიცინო დარგების მუშაკთათვის მსოფლიოს თანამედროვე ინფორმაციული რესურსებისკენ გაჭრილი ფანჯარა გახდა;
- სამედიცინო მეცნიერება გადავიდა გრანტული პრინციპით დაფინანსებაზე;
- მომზადდა სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც დაინერგა განვითარებულ ქვეყნებში კარგად აპრობირებული სამეტაპიანი სისტემა – დიპლომამდელი საბაზისო განათლება, პოსტდიპლომური – სარეზიდენტო დახელოვნება და შემდგომი უწყვეტი სამედიცინო განათლება;
- თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტში აღდგენილი სამედიცინო ფაკულტეტი და იმ პერიოდისთვის არსებულ უამრავ კერძო სამედიცინო სასწავლებლებს შორის ყველაზე წარმატებული – ინგლისურენოვანი სამედიცინო ინსტიტუტი „აიეტი“ სრულად იქნენ უზრუნველყოფილი კლინიკური ბაზებით;
- განხორციელდა სააფთიაქო ქსელისა და სტომატოლოგიური დაწესებულებების სრული განკერძოება;
- შეიქმნა არამომგებიანი და კერძო საკუთრებაში არსებული სამედიცინო დაწესებულებები;
- ხელი შეეწყო დამოუკიდებელი პროფესიული ასოციაციებისა და დარგობრივი გაერთიანებების შექმნასა და ავტორიტეტის ზრდას.

სამედიცინო პრაქტიკაში დაინერგა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ისეთი მაღალტექნოლოგიური მეთოდები, როგორც არის:

- ინტერვენციული კარდიოლოგია;
- ბავშვთა და მოზრდილთა კარდიოქირურგია;
- ენდოსკოპიური და ენდოვასკულური ქირურგია;
- ბავშვთა ონკოჰემატოლოგია;
- თირკმლის დიალიზი და ლითოტრიფსია;
- სახსრების პროთეზირება;
- მხედველობის ლაზერული კორექტირება;
- სმენის აღდგენა კოჰლეარული იმპლანტაციის გზით;
- ორგანოთა ტრანსპლანტაცია;
- ტუბერკულოზის მკურნალობა მსოფლიოში კარგად აპრობირებული DOTS მეთოდით (მკურნალობა უშუალო მეთვალყურეობით, მოკლე კურსი).

ბავშვთა საავადმყოფოებში გაიხსნა თანამედროვე დონეზე აღჭურვილი პერინატალური ცენტრები.

შეიქმნა ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტულ მიმართულებად აღიარებულ იქნა დაავადებათა პრევენცია, რომლის პრაქტიკული განხორციელებისთვის 1997 წელს ცენტრალური ბიუჯეტი აფინანსებდა სამედიცინო პროფილაქტიკის (პრევენციის) ათ სახელმწიფო პროგრამას, მათ შორის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამას. აღსანიშნავია, რომ ამ პროგრამების ჯამური ღირებულება ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების 17%-ს შეადგენდა.

ჩვენი ყურადღების მიღმა არ დარჩენილა არაკონტროლირებად ტერიტორიებზე – აფხაზეთსა და ცხინვალის რეგიონში მცხოვრები მოქალაქეების ჯანმრთელობაც, რომელთა სამედიცინო მომსახურება შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ხორციელდებოდა.

ახალგაზრდა თაობას მიეცა ცოდნის მიღებისა და პრაქტიკული უნარების ათვისების საშუალება მსოფლიოს წამყვან უნივერსიტეტებსა და სამეცნიერო ცენტრებში. ტრადიციული სამედიცინო სპეციალობების გარდა, გაიზარდა

ჯანდაცვის მენეჯმენტსა და ეკონომიკაში დახელოვნებული ახალი თაობა, რომელთა წარმომადგენლები წარმატებით მოღვაწეობენ არა მარტო ჩვენს ქვეყანაში, არამედ საერთაშორისო ასპარეზზეც.

კრებულში შესული დოკუმენტური მასალა მოიცავს 1993-1997 წლებს. სწორედ ამ პერიოდში მიმდინარეობდა ახალი ქვეყნის მშენებლობის ყველაზე რთული და წანააღმდეგობებით აღსავსე პროცესი, რომელშიც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას ერთ-ერთი წამყვანი პოზიცია ეკავა. მინდა მადლობა გადავუხადო ჩემს კოლეგებსა და თანამშრომლებს, ყველას, ვინც გვერდში მედგა სისტემის რეორიენტაციის პროცესში.

განსაკუთრებული მადლობა საქართველოს მოქალაქეებს, რომლებმაც მოთმინებით გადაიტანეს ის მძიმე წლები და არ დაკარგეს უკეთესი მომავლის რწმენა.

და ბოლოს, ამ კრებულის მომზადებაში შეტანილი წლილისთვის მინდა დიდი მადლობა გადავუხადო ჩემს ძველ მეგობრებსა და თანამშრომლებს, ქალბატონ ნატა ყაზახაშვილს, ბატონ ოთარ ვასაძეს და ბატონ თენგიზ ვერულავას.

პარლამენტის სხდომა

1993 წლის დეკემბერი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მდგომარეობა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

პატივცემულო დეპუტატებო,

ნება მომეცით, მოკლედ მოგახსენოთ იმ რთული ვითარების შესახებ, რომელიც შეიქმნა რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და რომელიც ნაწილობრივ ქვეყანაში არსებულმა მძიმე პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა მდგომარეობამ განაპირობა.

არ მინდა თქვენი ყურადღება შევაჩერო სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მდგომარეობაზე, მაგრამ არ შემძლია არ ვთქვა, რომ სამედიცინო ობიექტების შეუფერებელ, ამორტიზებულ და ძველი ტიპის შენობებში განთავსების მრავალწლიანმა პრაქტიკამ თავისი შედეგი გამოიღო: სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა დიდი ნაწილი დანგრევის პირასაა მისული, რომ აღარაფერი ვთქვათ სამეგრელოსა და აფხაზეთის სამედიცინო ობიექტებზე. ღრმა ეკონომიკური კრიზისი არ იძლევა სამშენებლო და სარემონტო სამუშაოების ჩატარების საშუალებას, მრავალი მშენებლობა შეჩერებულია და ახლო მომავალში მათი დასრულების არანაირი პერსპექტივა არ ჩანს.

ცნობილი მიზეზების გამო, სნგ-ს ქვეყნებთან და უცხოეთთან კავშირის მოშლამ რთული ვითარება შექმნა რესპუბლიკის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა სამკურნალო საშუალებებით, სამედიცინო დანიშნულების საგნებითა და სპეციალური აღჭურვილობით მომარაგების, სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისა და სამედიცინო განათლების სრულყოფის საქმეში.

სამედიცინო კადრების მომზადების საქმისადმი არასერიოზული დამოკიდებულების გამო – მხედველობაში მაქვს უსასრულოდ მრავალი სამედიცინო პროფილის უმაღლესი სასწავლებლისა და სამედიცინო ფაკულტეტების გახსნა – სერიოზული პრობლემები შეექმნა, როგორც

ჯანმრთელობის დაცვის მმართველობის ორგანოებს, ისე იმ ექიმებს, რომლებსაც შეეხოთ შრომითი მოწყობის ურთულესი საკითხი.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში დაწყებული იყო და ახლაც მიმდინარეობს სერიოზული მუშაობა ზემოთ ჩამოთვლილი და სხვა პრობლემების შესასწავლად. მდგომარეობის ღრმა ანალიზის საფუძველზე მომზადდა პროგნოზი როგორც მოკლევადიანი – 1994 წლის პირველი ნახევრისთვის, ასევე ორი წლის ვადით.

შექმნილი სიტუაცია მეტად მძიმეა, შეიძლება ითქვას, სახიფათოც, მაგრამ ამჯერად მიზანშეწონილად მიმაჩნია, თქვენი ყურადღება შევაჩერო რამდენიმე უმნიშვნელოვანეს საკითხზე.

სანიტარულ-ეპიდემიური ვითარების მკვეთრმა გაუარესებამ ნაგვისა და მღრღნელების სიმრავლემ, არ არის გამორიცხული დათბობისთანავე გამოიწვიოს ინფექციურ დაავადებათა აფეთქება, მათ შორის ისეთი მძიმე ინფექციებისა, როგორებიც არის ციმბირის წყლული, ბრუცელოზი, ტრიქინელოზი, მწვავე ნაწლავური ინფექციები და სხვა. საშიში მასშტაბები მიიღო ზოგიერთი ინფექციური დაავადების გავრცელებამ, კერძოდ, დიფტერია, ბოტულიზმი, ჰეპატიტი, მწვავე რესპირატორულმა ვირუსულმა ინფექციამ. აღნიშნული დაავადებების ენდემური კერები უკვე არსებობს საქართველოში, რაზეც განსაკუთრებით მივაპყრობ თქვენს ყურადღებას.

მძიმე ეკონომიკურმა და სოციალურმა ვითარებამ ბიძგი მისცა სოციალურად საშიში დაავადებების აფეთქებას. მკვეთრად გაიზარდა ტუბერკულოზით, ვენერიული სნეულებებით, ონკოლოგიური პათოლოგიებითა და ფსიქიკური დაავადებით ავადობა. სულ უფრო მატულობს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებით გარდაცვლილთა რიცხვი. საშიში მასშტაბები მიიღო ნარკომანიამ.

მინდა ხაზი გავუსვა, რომ ამ და მსგავსი პრობლემების წინაშე მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ვერაფერს გახდება, აქ ერთიანი აქტიური ღონისძიებების ჩატარებაა საჭირო. ჩამოთვლილ სნეულებათა პროფილაქტიკისთვის გაღებული სახსრები დიდ ეკონომიკურ მოგებას მოგვცემს, რისი დამადასტურებელი გაანგარიშებანი არსებობს, თუმცა აქ თქვენს ყურადღებას აღარ დავვლი ციფრების დასახელებით.

სათბობ-ენერგეტიკულმა კრიზისმა და სანიტარული ავტოტრანსპორტის სავალალო მდგომარეობამ უკიდურესად გაართულა მოსახლეობის უზრუნველყოფა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადების საჭირო რაოდენობით. რაც, თავის მხრივ, აფერხებს მძიმე ავადმყოფთა სტაციონარებში დროულად გადაყვანას და სასიცოცხლო მნიშვნელობის პირველი სამედიცინო დახმარების დროულად აღმოჩენა.

არ შეიძლება, ორიოდ სიტყვით არ აღინიშნოს თვით სამედიცინო პერსონალის მდგომარეობისა და მისი სოციალური დაცვის მექანიზმის შექმნის აუცილებლობის შესახებ.

ზემოთ ჩამოთვლილ პრობლემებს ისიც ემატება, რომ შესამჩნევად შეიცვალა მოსახლეობის ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები: იმატა სიკვდილობამ, შემცირდა შობადობა, შემცირდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, იმატა ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლებმა.

ყოველივე აღნიშნული მიგვანიშნებს გადაუდებელ ღონისძიებათა გატარების აუცილებლობაზე. პირველ რიგში, საჭიროა გადაწყდეს ჯანდაცვის დაფინანსების საკითხი, რაც საშუალებას მოგვცემს დავგეგმოთ და განვსაზღვროთ შესასრულებელ სამუშაოთა მოცულობა წინასწარ შემუშავებული დარგის უმნიშვნელოვანესი პრიორიტეტების მიხედვით.

დასასრულს, მინდა მოგახსენოთ, რომ დროის სიმცირის გამო, ვერ შევებე ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებს, როგორებიცაა წამალმომარაგების, ფარმინდუსტრიის, სამედიცინო მრეწველობის, სამედიცინო მეცნიერების გადარჩენის, სამედიცინო განათლების სრულყოფის, სამედიცინო ბიზნესის, ფასიანი სამედიცინო სამსახურებისა და სადაზღვევო მედიცინის მიმართულებით.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ დაამუშავა გარდამავალ ეტაპზე საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის კონცეფცია, რომელიც, ახლო მომავალში, ალბათ, თქვენი და ჩვენი ერთობლივი მსჯელობის საგანი გახდება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

პარლამენტის სხდომა

1994 წლის 3 მარტი

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის დამტკიცება

ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონო თავმჯდომარე,
პატივცემულო დეპუტატებო,

პირველ რიგში, ნება მომეცით, მაძლობა მოგახსენოთ იმისთვის, რომ მომეცა თქვენს წინაშე გამოსვლის საშუალება.

მძიმე პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური კრიზისის ფონზე მიმდინარე პოლიტიკური სისტემისა და მისი სოციალურ-ეკონომიკური ორგანიზაციის რადიკალური გარდაქმნის პროცესში განსაკუთრებით მწვავე მდგომარეობაში აღმოჩნდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა.

ქვეყნის საბაზრო ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, ფასების ლიბერალიზაცია, ეროვნული ვალუტის მეტისმეტად მაღალი და ძნელად პროგნოზირებადი ინფლაციის ტემპები პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის სამედიცინო დაწესებულებათა ფუნქციონირებას.

იმის გამო, რომ საქართველოს სამედიცინო დარგის მუშაკების შრომის ანაზღაურება უკიდურესად დაბალია, საუკეთესო სპეციალისტები ტოვებენ რესპუბლიკას, მასობრივად მიდიან სისტემიდან. ამ ფაქტორებმა უახლოეს მომავალში შეიძლება გამოუსწორებელ შედეგებამდე მიგვიყვანოს. არადა, მედიცინა ჩვენი ერის არა მარტო ყოფის, არამედ მისი კულტურის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია. კრიზისული სიტუაციის დაძლევის შემდეგ ქვეყანაში გაჩნდება სახსრები იმისათვის, რომ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება შევძლოთ, მაგრამ ქართული მედიცინის აღორძინებას, დარგში გაჩენილი დიდი სიმწელებების გადალახვას, ალბათ მრავალი ათეული წელი დასჭირდება.

ამრიგად, ჩვენს დარგში შექმნილი უმძიმესი სიტუაცია უნდა განვიხილოთ არა მარტო ჩვენი მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და

განმტკიცების პოზიციებიდან, არამედ ქართული მედიცინის გადარჩენის აუცილებლობითაც.

წლების განმავლობაში ჯანდაცვის ორგანიზაციის საბჭოური სისტემის წყალობით საქართველოში დაგროვდა სამედიცინო დახმარების დაბალხარისხიანი ჭარბი ოდენობის პოტენციალი, რომელიც რამდენჯერმე აღმატებაჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის კონკრეტულ მოთხოვნილებას, თანაც ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი მწირი თანხები პრაქტიკულად აღნიშნული პოტენციალის შენარჩუნებას ვერ ახერხებს, ხოლო, მის ამოქმედებაზე, რა თქმა უნდა, ლაპარაკიც ზედმეტია.

ამჟამად საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვაზე საშუალოდ ერთ მოსახლეზე წლიურად იხარჯება დაახლოებით ოცდახუთი ცენტი, ისიც მარტის მდგომარეობით. ინფლაციის შემდგომი ტემპები წლის ბოლომდე ამ მაჩვენებელს, ალბათ, კიდევ დასცემს. შედარებისთვის: შესაბამისი მაჩვენებელი დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მერყეობს ას სამოცდაათიდან ათას ხუთას დოლარამდე, ხოლო აშშ-ში სამი ათასი დოლარია. ამასთან, შევნიშნავთ იმასაც, რომ არც ერთ ამ ქვეყანაში სახელმწიფოს არ აკისრია სამედიცინო დახმარების ისეთი ფართო პროგრამა, როგორც ჩვენთან. დეკლარირებული საბჭოთა ვალდებულებები ჩვენთან დღესაც მოქმედებს, რითაც ჩვენს მოქალაქეს უფლება აქვს მოსთხოვოს სახელმწიფოს ყველა სახის სამედიცინო დახმარების ხარჯების დაფარვა – როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ. თუნდაც მარტო მიმდინარე წლის 11 მარტისთვის ამგვარ დახმარებაზე გაწეულმა ხარჯებმა მხოლოდ მოსკოვის კლინიკებში ოცდაათი მილიონი რუსული რუბლი შეადგინა და მის დასაფარავად მოქალაქეებმა ჯანდაცვის სამინისტროს მომართეს. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს თანხა მარტის თვეში რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან საერთოდ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების 50%-ზე მეტია.

სავალალო მდგომარეობაშია სამედიცინო დაწესებულებათა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა: რესპუბლიკის ოთხას ოცდაერთი სტაციონარული დაწესებულებიდან 80% ამორტიზებულ შენობა-ნაგებობაშია განთავსებული, 90%-ს არა აქვს სისტემატური წყალმომარაგება და გათბობა; ადგილი აქვს სამედიცინო ობიექტების ფარული პრივატიზაციის ფაქტებს; პრაქტიკულად განადგურებულია სანიტარული ავტოტრანსპორტი, რაც, სათანადო ნაწილებისა და საწვავის მწვავე დეფიციტის გამო, პრაქტიკულად

შეუძლებელს ხდის არსებული სატრანსპორტო რესურსების შემდგომ ექსპლოატაციას.

უაღრესად რთული ვითარებაა შექმნილი რესპუბლიკის მოსახლეობის წამალმომარაგების საქმეში – ომმა შთანთქა სამკურნალო საშუალებების სარეზერვო მარაგის დიდი ნაწილი; დარღვეულია ეკონომიკური კავშირები ფარმაცევტული და სამედიცინო ტექნიკის მწარმოებელ ქვეყნებთან; სახელმწიფოს არ გააჩნია ფინანსური საშუალება მრავალმილიონიანი სამედიცინო აღჭურვილობის შემოსატანად.

პოლიტიკურ-ეკონომიკურმა სიტუაციამ, საომარმა მოქმედებებმა და ლტოლვილთა რაოდენობის მატებამ გამოიწვია ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციის ჩატარების ვადების დარღვევა, რამაც განაპირობა დიფტერიისა და სხვა განსაკუთრებით საშიშ ინფექციათა აფეთქება.

სათბობ-ენერგეტიკულმა კრიზისმა კატასტროფული ვითარება შექმნა მსხვილი ქალაქებისა და რაიონული ცენტრების დასუფთავების საქმეში, სანიტარული კონტროლის შესუსტებისა და შესაბამის ორგანიზაციათა მოუქნელი მუშაობის გამო გახშირდა ნაწლავური ინფექციები, ბოტულიზმის, ტეტანუსის და ცოფის შემთხვევები. სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის სამედიცინო პროგნოზის საფუძველზე შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ ჩვენთვის გაზაფხულ-ზაფხულის პერიოდი მეტად რთული იქნება.

გაუარესდა მოსახლეობის ძირითადი დემოგრაფიული მახასიათებლები: გაიზარდა ავადობის მაჩვენებლები, შემცირდა შობადობა, მოიმატა ისეთმა საშიშმა დაავადებებმა, როგორებიცაა ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებანი, ვენსნეულებანი, ნარკომანია, ონკოლოგიური დაავადებანი და სხვა.

ჯანმრთელობის დაცვის დარგში შექმნილი მწვავე კრიზისული მდგომარეობიდან გამოსავალი ვერ იქნება არსებული სისტემის კოსმეტიკური შელამაზება – საჭიროა ჯანდაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია, ჩამოსაყალიბებელია პრინციპულად ახალი მოდელი, რომელიც უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

1. შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიულ გზას;
2. სამუშაოს მოცულობა უნდა იყოს დაბალანსებული მისი შესრულებისათვის აუცილებელ რესურსებთან;

3. სისტემა უნდა იყოს რეგულირებადი და გამიზნული რესურსების რაციონალური ხარჯვისაკენ.

ნიშანდობლივია ისიც, რომ დარგში ეკონომიკური რეფორმის დაწყება შეუძლებელია, თუ მას წინ არ უსწრებს გამოთავისუფლებული რესურსების ოპტიმალური შეწონასწორების პროგრამების ამოქმედება (გამოთავისუფლებულ მუშაკთა სოციალური დაცვა, დაუტვირთავი ძირითადი ფონდების პრივატიზება) და ასე შემდეგ.

საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში შემუშავებულია ამგვარი სისტემის მოდელი და მასზე გადასვლისათვის აუცილებელი გარდამავალი ეტაპის თანმიმდევრობა. აღნიშნული სისტემა მაქსიმალურად პასუხობს ქვეყნის ცივილიზებულ ურთიერთობებზე გადასვლისა და საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების ძირითად მოთხოვნებს. იგი გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ისეთ ორგანიზაციას, რომლის დროსაც სამედიცინო დაწესებულება და ცალკეული ექიმი შემოსავალს იღებს იმისდა მიხედვით თუ რა მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის სამუშაო შეასრულეს მათ. ამასთან, ეს სისტემა მაქსიმალურად დაიცავს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და გარანტირებულობას თითოეული, კონკრეტული მოქალაქისთვის.

აღნიშნული მოდელის ფუნქციონირება მოითხოვს სამი ძირითადი მიმართულებით უზრუნველყოფას. ეს გახლავთ პოლიტიკურის, სამართლებრივი და ეკონომიკური მიმართულებები.

ქვეყნის პარლამენტმა უნდა მიიღოს პოლიტიკური გადაწყვეტილება, რომ, ნაცვლად დეკლარირებული ყოვლისმომცველი დაპირებებისა, სახელმწიფო უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის მხოლოდ განსაზღვრულ მოცულობას, მაგრამ უზრუნველყოფს გარანტირებულად თითოეული მოქალაქისთვის.

ამავე დროს, ჩვენს წინაშე მწვავედ დგას რეფორმების სამართლებრივი ბაზის ფორმირების პრობლემა – ზუსტად უნდა განისაზღვროს პიროვნებისა და სახელმწიფოს უფლებამოსილება და ვალდებულება ჯანმრთელობის შენარჩუნების საქმეში. პარლამენტის ჯანდაცვის კომისიასთან ურთიერთშეთანხმებული მუშაობით ამგვარი კანონპროექტების პაკეტის ნაწილი მზადაა და ვფიქრობთ, მხარს დაგვიჭერთ მათ მიღებაში.

შეუძლებელია ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფა დღეს მოქმედი ეკონომიკური ურთიერთობების ფარგლებში, ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების პირობებში. დადგა დრო, გადავიდეთ პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსების პრინციპებზე, ფართოდ გამოვიყენოთ სტრუქტურული კრედიტების შესაძლებლობები. სათანადო წინადადებები მზადაა.

დაუყოვნებლივ საჭიროებს გადაწყვეტას სამედიცინო კადრების დისპროპორციული განვითარების მრავალწლიანი პრობლემა. განსაკუთრებულ შემფოთებას იწვევს კერძო სამედიცინო სასწავლებლების სიმრავლე.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, მისი სამსახურები და სამედიცინო დაწესებულებები მზად არიან, ხელი შეუწყონ სამედიცინო ბიზნესის განვითარების საქმეს, ჩვენს ბაზებზე მომსახურების ალტერნატიული ფორმების შემოღებას, სამედიცინო ობიექტების ნაწილის პრივატიზებას, სამედიცინო დახმარების ფასიანი ფორმების შემოღებას და ამ გზით ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანესი სახელმწიფო პროგრამების დამატებით დაფინანსებას. ვფიქრობთ, ამ პროცესს გარკვეულწილად შეუწყობს ხელს სადაზღვევო მედიცინის ელემენტების სტიმულირება.

მთელი ეს სამუშაო მჭიდროდ არის დაკავშირებული სისტემის ორგანიზაციულ სრულყოფასთან. მხოლოდ რესპუბლიკის დონეზე ერთიანი პროგრამული მართვისა და მუნიციპალური მედიცინის მასობრივი ფორმების ურთიერთშერწყმით შესაძლებელია იმ მოდელის ფუნქციონირება, რის პირველ ეტაპად გარდამავალი პერიოდისათვის რეგიონული სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო ცენტრის ფორმირება გვესახება. აქ შესაძლებელი გახდება საკადრო რესურსების, მატერიალურ-ტექნიკური შესაძლებლობებისა და ბიუჯეტური დაფინანსების კონცენტრაცია მაღალორგანიზებული სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის მიზნით. პირველი ასეთი დაწესებულება უკვე შეიქმნა ქუთაისში – დედათა და ბავშვთა რეგიონული ცენტრი.

დავიწყეთ რეფორმები თვით სამინისტროს აპარატში. შეიცვალა მისი სტრუქტურა, აქცენტი გადავიტანეთ მართვის პროგრამულ ფორმებზე, შემცირდა მუშაკთა რიცხოვნობა, აპარატში მოვიდნენ წამყვანი ავტორიტეტული სპეციალისტები; ჩამოყალიბდა და უკვე ფუნქციონირებს

ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმების პროგრამის შემუშავებისა და რეალიზაციის სამსახური; გამოიკვეთა დარგის განვითარების კონკრეტული კონცეფცია. ამ სამუშაოებში მონაწილეობენ ამერიკის შეერთებული შტატების, ინგლისის, გერმანიის, პოლონეთის ცნობილი ექსპერტები. ჩატარდა რიგი პროგრამების წინასწარი ექსპერტიზა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაში.

დარგის კრიზისიდან გამოყვანის ერთ-ერთ საშუალებად საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, მათ შორის ყოფილ საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკების შესაბამის სამსახურებთან, ურთიერთობა გვესახება. განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ დასავლეთის ქვეყნებთან პარტნიორულ ურთიერთობებს. აღსანიშნავია რამდენიმე პროექტი, რომელთა განხორციელება უკვე დაწყებულია:

1. ატლანტა – საქართველო.
2. გაეროს ბავშვთა ფონდი.
3. ონკოჰემატოლოგია – გერმანია.
4. პროტეზირება – გერმანია.
5. იმუნიზაცია – იაპონია.
6. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.
7. ბავშვთა კარდიოქირურგიის პროგრამა – დებორას სამედიცინო ცენტრი (აშშ).

განხილვის პროცესშია გერმანიიდან კრედიტის გამოყოფის საკითხი მედიკამენტების შესაძენად და ფარმაცევტული ინდუსტრიის განვითარება თურქეთის ფირმების მონაწილეობით; რეალური გახდა მსოფლიო ბანკთან მიზანდასახული ურთიერთობა ჯანდაცვის დასაფინანსებლად; ფართოვდება ურთიერთობა სამედიცინო ბიზნესის წრეებთან.

დარგის არსებობისათვის განუზომლად დიდია ჰუმანიტარული დახმარების მნიშვნელობა. მხოლოდ ახლა შევძელით შესაბამისი სტრუქტურის ჩამოყალიბება, რომელშიც გათვალისწინებულია კოორდინაციისა და, განსაკუთრებით, კონტროლის მწყობრი სისტემა. აღნიშნული სისტემის ამოქმედებამ შეგვადლებინა, გამოგვევლინა ჰუმანიტარული დახმარების გზით მიღებული ბავშვთა კვების პროდუქტების და მედიკამენტების განიავების ფაქტები, რის გამოც იძულებული ვიყავით სამსახურიდან დაგვეთხოვა ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი.

მზადაა სამთავრობო დადგენილება მთავარი სააფთიაქო სამმართველოს სისტემის რეორგანიზაციის შესახებ. ჩვენი აზრით დეცენტრალიზებული, კონკურენტუნარიანი კერძო ფარმაცევტული კომპანიებისა და დამოუკიდებელი აფთიაქების შექმნით საშუალება მოგვეცემა გავმიჯნოთ მომწოდებლისა და რეალიზატორის ფუნქციები. ვფიქრობთ, ყოველივე ეს გამოაცოცხლებს სავალალო მდგომარეობაში მყოფ წამალმომარაგების სისტემას.

ამასთან, ვმუშაობთ ქვეყნის ბუნებრივი რესურსების გამოყენებით ფარმაცევტული წარმოების აღორძინებასა და განვითარებაზე.

დარგის რეორგანიზაციისათვის ზრუნვა შეუძლებელია ქართული სამედიცინო მეცნიერების ტრადიციების შენარჩუნების გარეშე, მაგრამ აქაც საერთაშორისო პრაქტიკით აპრობირებული ეკონომიკური მექანიზმების ჩართვით გვინდა, პრიორიტეტი მივცეთ გამოყენებით მეცნიერულ კვლევებს და ამის საფუძველზე ჩამოყალიბდეს სამეცნიერო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა.

ალბათ, მაინც უნდა ითქვას თუნდაც ის, რომ უკანასკნელ წლებში ჩვენს თავზე დატრიალებულმა ქარტახილებმა ნათლად დაგვანახა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ცხოველმყოფელი ძალა, ჩვენი მედიკოსების მაღალი ზნეობრიობა და პატრიოტიზმი, პროფესიული უნარი და პასუხისმგებლობა.

გვჯერა, რომ რადიკალური რეფორმების რეალური გატარებით დარგის გადარჩენის სათანადო პირობები შეგვექმნება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**საქართველოს მთავრობის დელეგაციის მუხვედრა
დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან**

პარიზი, 1994 წლის ივნისი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო თავმჯდომარე,
ბატონებო და ქალბატონებო,

პირველ რიგში, ნება მომეცით, მადლობა გადაგიხადოთ, რომ მომეცით თქვენს წინაშე გამოსვლის საშუალება.

ჩემი ქვეყნის პარლამენტი და მთავრობა ხალხის ჯანმრთელობის დაცვაზე ზრუნვას ერთ-ერთ უპირველეს ამოცანად მიიჩნევენ. სწორედ ამის გამოა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა განიხილება, როგორც ქვეყნის მთავარ პრიორიტეტთაგანი.

ქვეყანას, რომლის ეკონომიკა ღრმა კრიზისშია, არ ძალუძს, მინიმალური საშუალებელები გაიღოს თავისი ხალხის ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად. დღეისათვის ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში დაახლოებით ორმოცი-სამოცი ცენტი იხარჯება, რის გამოც სავალალო მდგომარეობაშია სამედიცინო დაწესებულებათა მატერიალური ბაზა, მათი ტექნიკური აღჭურვილობა, ენერგომატარებლებითა და კვების პროდუქტებით მომარაგება. უაღრესად რთული ვითარებაა შექმნილი სამედიცინო დაწესებულებებისა და მოსახლეობის წამლით მომარაგების საქმეში. არ გვეყოფნის სანარკოზო, ტკივილგამაყუჩებელი, ფსიქოტროპული, ჰიპოტენზიური, საგულე საშუალებები, ანტიბიოტიკები, ვაქცინები, ქიმიოპრეპარატები, რენტგენის ფირები, ერთჯერადი მოხმარების სამედიცინო საგნები და სხვა.

ქვეყანაში არ არის განვითარებული ფარმაცევტული, სამედიცინო ტექნიკისა და სახარჯი მასალების წარმოება.

ეკონომიკური სიტუაციის, ლტოლვილთა რაოდენობის მატების, სათბობ-ენერგეტიკული კრიზისის, კვების პროდუქტების სიმცირის, ვაქცინების დეფიციტის გამო კატასტროფული ვითარება შეიქმნა ინფექციური დაავადებების მატებასთან დაკავშირებით.

მნიშვნელოვნად მოიმატა ნაწლავურმა ინფექციებმა, გაიზარდა დიფტერიით, წითელათი, ტეტანუსით, ბოტულიზმით ავადობის მაჩვენებლები. სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის პროგნოზის საფუძველზე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ზაფხულ-შემოდგომის პერიოდი მეტად რთული იქნება.

გაუარესდა მოსახლეობის ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები, გაიზარდა ავადობის მაჩვენებლები, შემცირდა შობადობა, მოიმატა სოცილურად საშიშმა დაავადებებმა – ტუბერკულოზმა, ფსიქიკურმა აშლილობებმა, ნარკომანიამ, ტოქსიკომანიამ.

გამომდინარე არსებული მდგომარეობიდან, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს გადასაწყვეტი აქვს ორი ძირითადი ამოცანა:

1. მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება;
2. მედიცინის, როგორც დარგის, გადარჩენა.

ჩვენ შევიძუშავეთ სამედიცინო მომსახურების სისტემის პრინციპულად ახალი მოდელი, რომლის განხორციელება მხოლოდ რადიკალური რეფორმების გატარებით გახდება შესაძლებელი.

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი მოდელი ითვალისწინებს შემდეგ ძირითად პრინციპებს:

1. შეესაბამება ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიულ გზას;
2. სამუშაო მოცულობა დაბალანსებულია მისი შესრულებისთვის აუცილებელ რესურსებთან;
3. სისტემა არის რეგულირებადი და ის გამიზნულია რესურსების რაციონალურ ხარჯვაზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფუნქციონირების განმსაზღვრელია მისი ეკონომიკური სტრუქტურა. სრულიად ახალმა ორგანიზაციულმა ფორმამ უნდა უზრუნველყოს ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან თავისუფალი სისტემის ჩამოყალიბება, რომლის ფორმირების პროცესში ევოლუციურად ყალიბდება სოციალურ-ეკონომიკური მექანიზმები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ძირითადი სტრატეგიული ორიენტირებისკენ სვლას.

სისტემის დამკვიდრება ნიშნავს, უზრუნველყოფილ იქნას:

- სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება მისი საზოგადოებრივად სასარგებლო ხასიათისა და დანახარჯების შესაბამისად;
- სამკურნალო დაწესებულებისა და ექიმის თავისუფალი არჩევის პირობა;
- სამედიცინო მომსახურების სფეროში თავისუფალი კონკურენციის არსებობა.

ახალი მოდელის პირობებში სრულიად იცვლება მოქმედი სახელმწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები – ტრადიციული ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების წესი იცვლება პოგრამული და მიზნობრივ-პოგრამული დაფინანსების პრინციპებით.

ახალი სისტემის ქვაკუთხედია მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების საბაზისო პროგრამა. არჩეული გვაქვს პრიორიტეტები, რომელთაც მიეკუთვნება:

1. დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურება;
2. ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკა;
3. პრევენციული მედიცინა;
4. ბრძოლა სოციალურად საშიშ დაავადებათა წინააღმდეგ (ტუბერკულოზი, ფსიქიკური სნეულებები, ნარკომანია და სხვა).
5. ონკოლოგია და სხვა.

დარგის რეორგანიზაციის პროცესის აუცილებელი მოთხოვნაა სახელმწიფოსგან სამედიცინო სფეროში ბიზნესის განვითარების ხელშეწყობა, საკუთრების ყველა ფორმის სამედიცინო დაწესებულებისა და სადაზღვევო კომპანიების ჩამოყალიბება, მათთვის საკონსულტაციო მომსახურების უზრუნველყოფა, ამ სფეროში ჯანსაღი კონკურენციის შექმნა სამართლებრივი და ეკონომიკური ხელშეწყობის გზით.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციაში აქტიურ მონაწილეობას იღებს ემორის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ორგანიზაციის სკოლა, ექსპერტები გერმანიიდან, ინგლისიდან, პოლონეთიდან და სხვა ქვეყნებიდან.

ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლის პროგრამის შექმნაში მონაწილეობს აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრი.

დიდად ვაფასებთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაწილეობას ჩვენს რეფორმებში. ევროპის რეგიონულ ბიუროს ოფისთან ერთად შეიქმნა და უკვე ხორციელდება რამდენიმე სერიოზული პროგრამა (დიაბეტი, დიარეული დაავადებები, რესპირატორული ინფექციები, შიდსი და სხვა). აღსანიშნავია გაეროს ბავშვთა ფონდის მონაწილეობა იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამის შექმნასა და განხორციელებაში, რომლის დაფინანსების საკითხი ამერიკისა და იაპონიის მთავრობებმა გადაწყვიტეს.

ჩვენთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დახმარებას, რომელიც ორი მიმართულებით ხორციელდება. ერთი – გადაუდებელი დახმარებაა, ჰუმანიტარული მედიკამენტები, ბავშვთა კვება და სხვა, რომელიც ჩვენს სამედიცინო დაწესებულებებში მოხმარებული მედიკამენტების 70-75%-ს შეადგენს. და მეორე – სპეციალური პროგრამები, რომლებიც ითვალისწინებენ სპეციალისტების მომზადებას, პროგრამების შემუშავებას, მათ განხორციელებას. მაგალითად, ჩვენთვის მეტად მნიშვნელოვანია ატლანტა – თბილისის პარტნიორული პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს ახალი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების შექმნას, ინფორმაციულ უზრუნველყოფას, სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების რეფორმებში მონაწილეობას.

უკანასკნელ პერიოდში დაიწყო მჭიდრო თანამშრომლობა ამერიკის აერონავტიკისა და კოსმიური კვლევების ცენტრთან. გათვალისწინებულია ეპიდემიოლოგიური კვლევების დაწყება კოსმოსიდან, ტელემედიცინისთვის კომუნიკაციური სისტემების შექმნა.

რეფორმების განხორციელების ერთ-ერთ ძირითად პირობად გვესახება მსოფლო ბანკთან ურთიერთობა. აპრილის თვიდან ამ მიმართულებით სერიოზული მუშაობა მიმდინარეობს. ვფიქრობთ, მსოფლიო ბანკისა და ევროპის ბანკების საშუალებით შევძლებთ სხვადასხვა პროგრამის დაფინანსებას, რაც საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის გარანტია იქნება.

გმადლობთ ყურადღებისა და სამომავლო თანადგომისათვის.

მინისტრთა კაბინეტის სხდომა

1994 წლის აგვისტო

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ძველის მსხვერველსა და ახლის შენების უმძიმესი პროცესი, რომელიც საქართველოში მიმდინარეობს, კრიზისულ ნიშნულზეა მისული. ეკონომიკური სტაგნაციის მრუდმა თავის აპოგეას მიაღწია, რაც ბუნებრივია, შეშფოთებას იწვევს, თუმცა ეს მდგომარეობა გარკვეულ იმედსაც აღძრავს, ვინაიდან, თუ კრიზისი გადავითარებთ, შემდეგ აღმავლობა დაიწყება. ამიტომ მთელი ძალები აღნიშნული მდგომარეობიდან მინიმალური დანაკარგებით გამოსვლას უნდა მოვახმართ და თანაც აღმავლობისთვის სასურველი პირობები მოვამზადოთ. ამგვარ სიკვდილ-სიცოცხლის მიჯნაზე სიარული მედიცინისთვის ახალი არ არის. ამ დროს საჭიროა შესაღწევსა და უპერსპექტივოს დროზე შეველიოთ და მთავარზე მოვახდინოთ ძალების კონცენტრაცია.

როდესაც ქვეყანაში ასეთი მძიმე მდგომარეობაა, ის ყველაზე ნათლად აისახება მის ისეთ ფაქიზ ნაწილზე, როგორცაა ჯანმრთელობის დაცვა. უჭირს ქვეყანას, უჭირს ხალხს და ეს გაჭირვება ყველაზე მძაფრად ავადმყოფის გასაჭირში ჩანს – მას ხომ საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვა არ შეუძლია, ის ხომ ვერ მოითმენს და ამიტომაც დარგის გასაჭირი და პრობლემები ამ კრიზისული სიტუაციის ზედაპირზეა.

მდგომარეობა დარგში უმძიმესია. მიუხედავად ხელისუფლების მაქსიმალური თანადგომისა, პრაქტიკულად, გაპარტახების პირასაა მისული დარგის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა; უაღრესად რთული მდგომარეობაა მოსახლეობის წამალმომარაგების საქმეში; პრაქტიკულად გაჩერებულია სამედიცინო დახმარების მთელი რიგი დარგები; იმატა ისეთმა სოციალურად საშიშმა დაავადებებმა, როგორცაა: ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებები, ვენსნეულებანი, ონკოლოგიური დაავადებანი და სხვა. ისევ წამოყო თავი უკვე ძირითადად დამლეულმა დაავადებებმა (დიფტერია, ჩიყვი, მალარია და სხვა). გახშირდა ნაწლავური და რესპირატორული

ინფექციები, ბოტულიზმის, ტეტანუსის და ცოფის შემთხვევები. ფართო გავრცელება ჰპოვა ნარკომანიამ და ტოქსიკომანიამ.

ასეთია ჯანდაცვის დღევანდელი მდგომარეობის სურათის ძირითადი შტრიხები. ვგონებ, მას შეფერადება არ სჭირდება, სურათი ისედაც ნათელია. დავეძენთ მხოლოდ იმას, რომ ჯანდაცვის არსებული სისტემა ამ პროცესებზე უკვე ვერ რეაგირებს. ის, პრაქტიკულად, ინერტული გახდა. მისი ამოქმედებისა და ეფექტიანობის ყველა ღონისძიება უიმედოა. აუცილებელია სისტემის არსებითი შეცვლა, მისი კარდინალური რეორგანიზაცია.

ამგვარი მდგომარეობის საფუძველი ეკონომიკაში დევს. მიზეზთა მწკრივი შეიძლება ორ ჯგუფად ჩამოვაყალიბოთ. დავახასიათოთ ისინი ცალ-ცალკე.

პირველი გახლავთ ის, რომ შექმნილია კატასტროფული დისბალანსი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასა და მის ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის. საქართველოში დეკლარირებულია მსოფლიოში ყველაზე ვრცელი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. ჩვენ მოქალაქეებს ვპირდებით ყველა სახის სამედიცინო დახმარებას როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ. ასეთი პროგრამა მსოფლიოში მხოლოდ ქუვეიტსა აქვს. მას ვერ ახორციელებს დასავლეთ ევროპის ვერც ერთი ქვეყანა, რომლებიც ერთ მოსახლეზე გაანგარიშებით ამ მიზნისთვის წლიურად ათას აშშ დოლარს ხარჯავს, ჩვენ კი გვინდა, მათზე მეტი გავაკეთოთ, როცა იგივე მაჩვენებელი ჩვენთან 40-75 ცენტს არ აღემატება. ბუნებრივია, ეს ვერ გამოგვდის.

მეორე და არცთუ ნაკლებმნიშვნელოვანი მიზეზი ჩვენი უბედურებისა მდგომარეობს იმაში, რომ, რასაც ვიღებთ, იმასაც ვერ ვხარჯავთ ყაირათიანად. დღეს დარგში მოქმედი ეკონომიკური მექანიზმი გულისხმობს არა კონკრეტული საქმის ანაზღაურებას, არამედ ამაზე გამოყოფილი ობიექტების ფუნქციონირების დაფინანსებას. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, დაფინანსება ხორციელდება არა ავადობის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ხარჯების დასაფარად, არამედ ამ მიზნით შექმნილი „მონსტრების“ – სამედიცინო დაწესებულებების შესანახად. ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების მანკიერი წესი ამას გულისხმობს.

ნება მიბოძეთ, მოკლედ მოგახსენოთ ჩვენი მუშაობის ძირითადი ეკონომიკური და ფინანსური შედეგების შესახებ მიმდინარე წლის პირველ

ნახევარში. რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან ჩვენთვის გამოყოფილი 162 მილიარდი კუპონი სამედიცინო დახმარების გასაწევად მოსახლეობისთვის რესპუბლიკური დაქვემდებარების სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებზე გაიცემა. ფაქტობრივად მივიღეთ 107,2 მილიარდი კუპონი. ვალი კი, 1 ივლისის მდგომარეობით, 162,1 მილიარდ კუპონს შეადგენს. ამდენად, პირველ ორ კვარტალში გეგმით გათვალისწინებული ბიუჯეტიც რომ მიგველო, ჩვენს მინიმალურ მოთხოვნებს ისიც ვერ დააკმაყოფილებდა. ეს არცაა გასაკვირი, ვინაიდან ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით 40-75 ცენტის წლიური დაფინანსებით მოსახლეობისთვის პრაქტიკულად არანაირი სამედიცინო დახმარების გაწევა არ შეიძლება.

გამომდინარე არსებული მდგომარეობიდან საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ორი ძირითადი ამოცანა აქვს გადასაწყვეტი:

1. მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება;
2. მედიცინის, როგორც დარგის, გადარჩენა.

ჩვენ შევიმუშავეთ პრინციპულად ახალი მოდელი სამედიცინო დახმარების სისტემისა, რომლის განხორციელება მხოლოდ რადიკალური რეფორმების გატარებით გახდება შესაძლებელი.

ჩვენეული მოდელი სამედიცინო დახმარებისა ითვალისწინებს შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

1. შეესაბამება ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიულ გზას.
2. სამუშაოს მოცულობა დაბალანსებულია მისი შესრულებისთვის აუცილებელ რესურსებთან.
3. სისტემა არის რეგულირებადი და ის გამიზნულია რესურსების რაციონალური ხარჯვისაკენ.

სისტემის ფუნქციონირების განმსაზღვრელია მისი ეკონომიკური სტრუქტურა. სრულიად ახალმა ორგანიზაციულმა ფორმამ უნდა უზრუნველყოს ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან თავისუფალი სისტემის შექმნა, რომლის ფორმირების პროცესში ევოლუციურად ყალიბდება სოციალურ-ეკონომიკური მექანიზმები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ძირითადი სტრატეგიული ორიენტირებისაკენ სვლას.

სისტემის დამკვიდრება ნიშნავს, უზრუნველყოფილ იქნას:

- სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება მისი საზოგადოებრივად სასარგებლო ხასიათისა და დანახარჯების შესაბამისად;
- სამკურნალო დაწესებულებისა და ექიმის თავისუფალი არჩევის პირობა;
- სამედიცინო დახმარების სფეროში თავისუფალი კონკურენციის პირობა.

ახალ პირობებში სრულიად იცვლება მოქმედი სახელწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები.

ტრადიციული ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების წესი იცვლება პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსების პრინციპებით.

ახალი სისტემის ქვაკუთხედი ხდება მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების საბაზო პროგრამა.

არჩეული გვაქვს დარგის პრიორიტეტები:

1. დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარება;
2. ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკა;
3. პრევენციული მედიცინა;
4. სოციალურად საშიშ დავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლა, ტუბერკულოზი, ნარკომანია, ფსიქიატრია;
5. ონკოლოგია და სხვა.

დარგის რეორგანიზაციის პროცესის აუცილებელი მოთხოვნაა სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო სფეროში ბიზნესის განვითარების ხელშეწყობა. საკუთრების ყველა ფორმის სამედიცინო დაწესებულებათა და სადაზღვევო კომპანიების ჩამოყალიბება. მათთვის საკონსულტაციო, ორგანიზაციული, სამართლებრივი და ეკონომიკური ხელშეწყობით ამ სფეროში ჯანსაღი კონკურენციის შექმნას შევძლებთ.

სამინისტროში შესაბამისი რეფორმის მეთოდოლოგიური ბაზის მოსამზადებლად ჩასატარებელია გარკვეული სამუშაოები. მზადაა კონცეფცია, აუცილებელი კანონებისა და კანონქვენდებარე აქტების პაკეტი, შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების პროექტები.

აღნიშნულმა მასალამ თეორიული აპრობაცია გაიარა მიმდინარე წლის 6-10 ივნისს ბორჯომში გამართულ საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციაზე. კონფერენციის მუშაობაში მონაწილეობდნენ რესპუბლიკის წამყვანი სპეციალისტები, საზღვარგარეთის ქვეყნების ექსპერტები, მათ შორის მსოფლიო ბანკის ჯანდაცვის განყოფილების წამყვანი ექსპერტი. კონფერენციის გახსნაში მონაწილეობდა აშშ-ის ელჩი საქართველოში კენტ ბრაუნი.

კონფერენციამ ძირითადად მოიწონა დარგის რეორგანიზაციის ჩვენი პროგრამა და შეიმუშავა შესაბამისი რეკომენდაციები რესპუბლიკის მთავრობის, პარლამენტისა და ცალკეული სამინისტროებისთვის. ამ რეკომენდაციების შესაბამისი სამუშაოები რაც შეიძლება შემჭიდროებულ ვადებში უნდა შევასრულოთ და დროულად დავიწყოთ დარგის რეორგანიზაციის ფართომასშტაბიანი პროგრამის რეალიზაცია. რეკომენდაციებსა და კონცეფციას გადავცემთ პრეზიდენტს.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციაში აქტიურ მონაწილეობას იღებს ემორის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ორგანიზაციის სკოლა, ექსპერტები გერმანიიდან, ინგლისიდან, პოლონეთიდან და სხვა ქვეყნებიდან.

ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლის პროგრამის შექმნაში მონაწილეობს აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრი – CDC.

დიდად ვაფასებთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაწილეობას. ევროპის რეგიონული ბიუროს ოფისთან ერთად რამდენიმე სერიოზული პროგრამა შეიქმნა და მისი განხორციელება უკვე მიმდინარეობს. ესენია: დიაბეტი, დიარეული დაავადებები, რესპირაციული ინფექციები, შიდსი და სხვა.

აღსანიშნავია გაეროს ბავშვთა ფონდის მონაწილეობა იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამის შექმნასა და განხორციელებაში, რომლის დაფინანსების საკითხი ამერიკისა და იაპონიის მთავრობებმა გადაწყვიტეს.

ქვეყნისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს აშშ-ის განვითარების საერთაშორისო სააგენტოს დახმარებას სამედიცინო სფეროში, რომელიც ორი მიმართულებით ხორციელდება:

1. გადაუდებელი დახმარება – ჰუმანიტარული მედიკამენტები, ბავშვთა კვება და სხვა, რაც საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში მოხმარებული მედიკამენტების 70-75%-ს შეადგენს.

2. სპეციალური პროგრამები, რომლებიც ითვალისწინებენ სპეციალისტების მომზადების პროგრამების შემუშავებას და მათ განხორციელებას. მაგალითად, მეტად საინტერესოა და მნიშვნელოვანი ჩვენთვის ატლანტა – თბილისის პარტნიორული პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს ახალი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების შექმნას, ინფორმაციულ უზრუნველყოფას, სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების რეფორმებში მონაწილეობას.

უკანასკნელ პერიოდში მჭიდრო თანამშრომლობა დაიწყო ამერიკის აერონავტიკისა და კოსმოსური კვლევის ცენტრთან, გათვალისწინებულია ეპიდემიოლოგიური კვლევის დაწყება კოსმოსიდან, აგრეთვე, ტელემედიცინის შექმნა საქართველოში – თავისი კომუნიკაციური სისტემებით.

რეფორმების განხორციელების ერთ-ერთ ძირითად პირობად გვესახება მსოფლიო ბანკთან ურთიერთობა. აპრილის თვიდან ამ მიმართულებით სერიოზული მუშაობა მიმდინარეობს. ვფიქრობთ, მისი და ევროპის ბანკების საშუალებით, დონორების განაწილებით პროგრამების დაფინანსებას შევძლებთ, რაც საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის გარანტია იქნება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია თემაზე:
ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესში შრომისა და
ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაციის პრობლემები**

ბორჯომი, 1994 წლის 19 სექტემბერი,

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ნება მიბოძეთ, მოგესალმოდეთ უკვე ტრადიციად ქცეული ბორჯომის შეხვედრების მონაწილეებს. მინდა, განსაკუთრებული მადლობა ვუთხრა ამერიკის შეერთებული შტატების ელჩს საქართველოში კენტ ბრაუნს, ამერიკის შეერთებული შტატების ელჩის მოადგილეს ლარი ქერის, ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს კოორდინატორს თბილისში შერი ფ. კარლინს, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის წარმომადგენელს საქართველოში ფიოდორ სტარჩევჩის.

სხვა დამაიმედებელ მომენტებთან ერთად ბორჯომის შეხვედრები და, განსაკუთრებით მისი შედეგები, ჩვენი კარგი მომავლის საფუძველს იძლევა. ჯერ ერთი, ის გვიმტკიცებს რწმენას, რომ სწორი გზით მივდივართ, და – მეორე და მთავარი, რომ ჩვენ გვერდით ერთგული მეგობრები დგანან. ადამიანები მაღალი ინტელექტითა და პროფესიონალიზმით, და რომ ჩვენში ისინი ღირსეულ პარტნიორებს ხედავენ. მიგვაჩნია, რომ ქვეყნისა და დარგის ამ ერთ-ერთი ურთულესი პერიოდის გავლას თქვენი დახმარებითა და თანადგომით შევძლებთ. მთავარია, რომ წარმატების დიდი იმედი გვაქვს.

რამდენიმე სიტყვა ბორჯომის შეხვედრებზე. ისინი ადრეულ გაზაფხულზე, მარტში დაიწყო. პირველ შეხვედრაზე პარტნიორებმა ერთმანეთი გავიცანით და ერთმანეთს გავაცანით ჩვენი მიზნები. ქართული მხარის ამოცანა იყო გადაგვეყვანა დარგი ცივილიზებულ ურთიერთობაზე, ხოლო უცხოელმა პარტნიორებმა დაგვიდასტურეს მათი მიზანი და სურვილი დაგვხმარებოდნენ ამაში. პირველ შეხვედრაზე ქართულმა მხარემ შესანიშნავი გაკვეთილი მიიღო. ცნობილმა უცხოელმა ექსპერტებმა გაგვარკვეეს ჯანდაცვის ორგანიზაციის ცივილიზებული ურთიერთობების ფორმებში, თანაც ეს გაკეთდა მაღალი პროფესიული ტაქტით. მათ ჩვენთვის მზა რეცეპტი არ მოუციათ, მოგვცეს ფიქრისა და განსჯის საშუალება.

მეორე შეხვედრაზე, ივნისში, ქართულმა მხარემ წარმოადგინა თავისი მოდელი ჯანმრთელობის დაცვისა. გაიმართა საფუძვლიანი განსჯა, რის შედეგადაც ჩვენი მოდელი, მნიშვნელოვნად სრულყოფილი, საბოლოო ჯამში მოწონებული იქნა. შემუშავდა ღირებული რეკომენდაციები, რომლებიც მნიშვნელოვნად დაგვეხმარა მრავალი პრობლემური საკითხის გადაწყვეტაში.

ორი დღის წინ ჩვენში პრაქტიკულად დაიწყო ეკონომიკური რეფორმა, მოხდა ფასების განთავისუფლება. დასაწყისი, ბუნებრივია, მტკივნეული იქნება, მაგრამ საიმედო ნაპირი ახლოსაა და, ვფიქრობთ, ჩვენ მივალწევთ იმას, რითაც დავადასტურებთ ცივილიზებულ სამყაროსთან თანაარსებობისა და თანაცხოვრების შესაძლებლობებს.

მიმდინარე შეხვედრა უაღრესად დამაბულ პერიოდს დაემთხვა – ხვალ თბილისში იხსნება სპეციალური კონფერენცია, მიძღვნილი დედათა და ბავშვთა პრობლემებისადმი, რომლის შედეგებსაც უთუოდ გაგაცნობენ ხუთშაბათს.

ხვალ მნიშვნელოვანი დღეა. მინისტრთა კაბინეტის რეფორმების კომისიაზე გადის სპეციალური საკითხი: „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის ღონისძიებების პირველი ეტაპის შესახებ“. ესაა ჩვენი პირველი ორი შეხვედრის დროს შეთანხმებული რეორგანიზაციის პროექტის რეალიზებისთვის აუცილებელი სამართლებრივი ბაზის მიღება, პრაქტიკულად დარგის რეორგანიზაციის სტარტი. ჩამოგივლით საკითხებს:

- ბიუჯეტური დაფინანსების სისტემის შეცვლა და პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ დაფინანსებაზე გადასვლა;
- სამედიცინო დაწესებულებების გადასვლა სამეურნეო ანგარიშიან ურთიერთობათა საწყისებზე;
- იურიდიულ და ფიზიკურ პირთათვის სამედიცინო საქმიანობაზე ნებართვის გაცემის ახალი წესების (აკრედიტაციისა და ლიცენზირების) შემოღება;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის შექმნა და დარგში პრივატიზაციის პროცესის დაწყება;
- სამედიცინო მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფისა და სოციალური დაცვის ცალკე პროგრამის შემუშავება.

დამეთანხმებით, რომ დიდი და გრძელი გზის დასაწყისია, მაგრამ ბედნიერება ის არის, რომ ჩვენ ნათლად გვაქვს წარმოდგენილი არჩეული გზის სისწორე,

მისი აუცილებლობა. ამაში დიდი როლი შეასრულა ბორჯომის შეხვედრების პირველმა ორმა რაუნდმა.

მიმდინარე შეხვედრა მნიშვნელოვან პრობლემებს ეძღვნება: ადამიანური რესურსების ბედი დარგის რეორგანიზაციის პროცესში; დარგში პრივატიზაციის დაწყება. ეს ჩვენთვის ძალიან მტკივნეული პრობლემებია. ჩვენთან ჩამოყალიბდა სამედიცინო დახმარების ჭარბი ადამიანური და მატერიალური რესურსი. მე ხაზს ვუსვამ რაოდენობრივ კუთხეს, რომელიც ყოველთვის როდი გადადის თვისობრივში.

დღეს საქართველოში ყველაფრის დეფიციტია, გარდა ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულებებისა. ისინი მომეტებულად ბევრნი არიან, იმაზე რამდენჯერმე მეტნი, ვიდრე ეს ჩვენს ხუთ მილიონიან მოსახლეობას სჭირდება. ცივილიზებულ ურთიერთობებზე გადასვლისას ისინი, უბრალოდ, ზედმეტნი იქნებიან. როგორ მოვუაროთ მათ? ეს ძნელი და სათუთი პრობლემაა. საკითხი ეხება რამდენიმე ათას ადამიანს, რომელთაც, პრინციპში, არაფერი დაუშავებიათ, მაგრამ მახინჯი სისტემის გამო თავიანთ ადგილს ვერ პოულობენ საზოგადოებაში. მწამს, კონფერენცია ოპტიმალურ გზას იპოვის.

ბოლოს, ნება მიბოძეთ, გამოვთქვა მტკიცე რწმენა, რომ ჩვენი ერთობლივი მუშაობა ტრადიციულად ნაყოფიერი იქნება და ადრე გაზაფხულზე ჩაყრილი კარგი თესლი შემოდგომაზე კარგ მოსავალს მოგვცემს.

ამ შეხვედრით ვამთავრებთ პირველ ეტაპს – რეფორმისთვის მზადების ეტაპს და ვიწყებთ მომქანცველ, ტკივილიან რეფორმების გზას. ბორჯომის შეხვედრები, ალბათ, გაგრძელდება, მაგრამ უკვე ჩვენს კონკრეტულ ტკივილებზე გვექნება საუბარი და ამ შეხვედრების მიზანიც იქნება დიაგნოზის სასწრაფოდ და სწორი დასმა და მკურნალობის მართებული კურსის განსაზღვრა. იმედია, ჩვენთვის ამ მიმდევრობაშიც ერთად ვიქნებით.

გისურვებთ დიდ წარმატებებს, სიხარულსა და გამარჯვებებს თქვენს საქმიანობაში, ქვეყნებსა და ოჯახებში.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

აჭარის უმაღლესი საბჭოს სხდომა

1994 წლის სექტემბერი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მდგომარეობა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,
ძვირფასო ბათუმელებო,

პირველ რიგში, ნება მომეცით, მადლობა მოგახსენოთ, რომ მომეცა საშუალება თქვენ წინაშე გამოსვლისა.

მძიმე პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური კრიზისის ფონზე მიმდინარე პოლიტიკური სისტემისა და მისი სოციალურ-ეკონომიკური ორგანიზაციის რადიკალური გარდაქმნის პროცესში განსაკუთრებით მწვავე მდგომარეობაში აღმოჩნდა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სისტემა.

ქვეყნის საბაზრო ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, ფასების ლიბერალიზაცია, ეროვნული ვალუტის საოცრად მაღალი და ძნელად პროგნოზირებადი ინფლაციის ტემპები პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის სამედიცინო დაწესებულებათა ფუნქციონირებას.

იმის გამო, რომ საქართველოს სამედიცინო დარგის მუშაკების შრომითი ანაზღაურება უკიდურესად დაბალია, საუკეთესო სპეციალისტები ტოვებენ რესპუბლიკას, მასობრივად მიდიან დარგიდან. ამ ფაქტორებმა მომავალში შეიძლება გამოუსწორებელ შედეგებამდე მიგვიყვანოს. არადა, მედიცინა ჩვენი ერის კულტურის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია. კრიზისული სიტუაციის გავლის შემდეგ ქვეყანაში გაჩნდება სახსრები იმისათვის, რომ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება შევძლოთ, მაგრამ ქართული მედიცინის აღორძინებას, სხვა დიდი სიმწელებების გადალახვას, ალბათ, მრავალი ათეული წელი დასჭირდება.

ამრიგად, ჩვენს დარგში შექმნილი უმძიმესი სიტუაცია უნდა განვიხილოთ არა მარტო ჩვენი მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების პოზიციებიდან, არამედ ქართული მედიცინის გადარჩენის აუცილებლობითაც.

წლების განმავლობაში ჯანდაცვის ორგანიზაციის საბჭოური სისტემის გამო საქართველოში დაგროვდა სამედიცინო დახმარების დაბალხარისხიანი და ჭარბი ოდენობის პოტენციალი, რომელიც ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის კონკრეტულ მოთხოვნილებებს რამდენჯერმე აღემატება, თანაც ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი მწირი თანხები აღნიშნული პოტენციალის შენარჩუნებას ვერ ახერხებს, ხოლო მის ამოქმედებაზე, რა თქმა უნდა, ლაპარაკიც ზედმეტია.

ამჟამად საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვაზე ერთ მოსახლეზე წლიურად დაახლოებით 40-60 ცენტი იხარჯება, ხოლო ინფლაციის ტემპის გათვალისწინებით წლის ბოლომდე ეს მაჩვენებელი, ალბათ, კიდევ შემცირდება. შედარებისთვის აღვნიშნავ, რომ შესაბამისი მაჩვენებელი დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში 170-დან 1500 აშშ დოლარამდე მერყეობს, ხოლო აშშ-ში 3500 დოლარია. ამასთან, არც ერთ ამ ქვეყანაში სახელმწიფოს არ აკისრია სამედიცინო დახმარების ისეთი მოცულობა, როგორც ჩვენთან. დეკლარირებული საბჭოთა ვალდებულებები ჩვენთან დღესაც მოქმედებს, რითაც ჩვენს მოქალაქეს უფლება აქვს, მოსთხოვოს სახელმწიფოს ყველა სახის სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფარვა როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ. მაგალითად ისიც კმარა, რომ მხოლოდ მიმდინარე წლის პირველი კვარტლისთვის ამგვარ დახმარებაზე გაწეულმა ხარჯებმა მარტო მოსკოვის კლინიკებში 30 მილიონი რუსული რუბლი შეადგინა, რის დასაფარავად მოქალაქეებმა ჯანდაცვის სამინისტროს მომართეს. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს თანხა მარტის თვეში რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან საერთოდ ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი სახსრების 50%-ზე მეტია.

სავალალო მდგომარეობაშია სამედიცინო დაწესებულებათა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. რესპუბლიკის 421 სტაციონარული დაწესებულებიდან 80% ამორტიზებულ შენობა-ნაგებობაშია განთავსებული; 90%-ს არა აქვს სისტემატური წყალმომარაგება, გათბობა; ადგილი აქვს სამედიცინო ობიექტების ფარული პრივატიზაციის ფაქტებს. პრაქტიკულად განადგურებულია სანიტარული ავტოტრანსპორტი. არსებული სატრანსპორტო რესურსების შემდგომი ექსპლუატაცია შეუძლებელი ხდება სათადარიგო ნაწილებისა და საწვავის მწვავე დეფიციტის გამო.

უადრესად რთულია ვითარება რესპუბლიკის მოსახლეობის წამალმომარაგების საქმეში. ომმა შთანთქა სამკურნალო საშუალებების

სარეზერვო მარაგის დიდი ნაწილი; დარღვეულია ეკონომიკური კავშირები ფარმაცევტული და სამედიცინო ტექნიკის მწარმოებელ ქვეყნებთან; სახელმწიფოს არ გააჩნია ფინანსური საშუალება რესპუბლიკაში მრავალმილიონიანი სამედიცინო ტექნიკისა და აპარატურის შემოსატანად.

პოლიტიკური და ეკონომიკური სიტუაციის, საომარ მოქმედებათა გამო, აგრეთვე, ლტოლვილთა რაოდენობის მატებასთან დაკავშირებით დაირღვა ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციის ჩატარების ვადები, რამაც განაპირობა დიფტერიის და სხვა განსაკუთრებით საშიშ ინფექციათა აფეთქება.

კატასტროფული ვითარება შეიქმნა მსხვილი ქალაქებისა და რაიონული ცენტრების დასუფთავების საქმეში – სანიტარული კონტროლის შესუსტებისა და შესაბამის ორგანიზაციათა მოუქნელი მუშაობის გამო გახშირდა ნაწლავური ინფექციები, ბოტულიზმის, ტეტანუსის და ცოფის შემთხვევები; გაუარესდა მოსახლეობის ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები; შემცირდა შობადობა, მოიმატა ისეთმა სოციალურად საშიშმა დაავადებებმა, როგორცაა ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებები, ვენსნეულებები, ონკოლოგიური დაავადებები და სხვა.

ჯანმრთელობის დაცვის დარგში შექმნილი მწვავე კრიზისული მდგომარეობიდან გამოსავალი არსებული სისტემის კოსმეტიკურ შელამაზებაში ვერ მოიძებნება. საჭიროა ჯანდაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია, პრინციპულად ახალი მოდელია ჩამოსაყალიბებელი, რომელიც უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

1. შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიულ გზას;
2. სამუშაოს მოცულობა უნდა იყოს დაბალანსებული მისი შესრულებისთვის აუცილებელ რესურსთან;
3. სისტემა უნდა იყოს რეგულირებადი და გამიზნული რესურსების რაციონალური ხარჯვისაკენ.

ნიშანდობლივია ისიც, რომ დარგში ეკონომიკური რეფორმის დაწყებაც შეუძლებელია, თუ მას წინ არ უსწრებს გამოთავისუფლებული რესურსების ოპტიმალური შეწონასწორების პროგრამების ამოქმედება (გამოთავისუფლებულ მუშაკთა სოციალური დაცვა, დაუტვირთავი ძირითადი ფონდების პრივატიზება და ასე შემდეგ).

საქართველოს რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტროში შემუშავებულია ამგვარი სისტემის მოდელი და მასზე გადასვლისთვის აუცილებელი თანმიმდევრობა გარდამავალ ეტაპზე. აღნიშნული სისტემა მაქსიმალურად პასუხობს ქვეყნის ცივილიზებულ ურთიერთობებზე გადასვლისა და რეგულირებადი საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების ძირითად მოთხოვნებს. იგი გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ისეთ ორგანიზაციას, რომლის დროსაც სამედიცინო დაწესებულება და ცალკეული ექიმი შემოსავალს უნდა იღებდეს იმისდა მიხედვით, თუ რა მოცულობის ხარისხისა და მნიშვნელობის სამუშაო შეასრულა. ამასთან, მაქსიმალურად იქნება დაცული სამედიცინო დახმარებისადმი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და გარანტირებულობა.

აღნიშნული მოდელის ფუნქციონირება მოითხოვს სამი ძირითადი მიმართულებით უზრუნველყოფას. ეს მიმართულებებია: პოლიტიკური, სამართლებრივი და ეკონომიკური. ნაცვლად დეკლარირებული ყოვლისმომცველი დაპირებებისა, სახელმწიფო უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის მხოლოდ განსაზღვრულ მოცულობას, მაგრამ უზრუნველყოფს გარანტირებულად თითოეული მოქალაქისთვის.

ამავე დროს, ჩვენ წინაშე მწვავედ დგას რეფორმების სამართლებრივი ბაზის ფორმირების პრობლემა. ზუსტად უნდა განისაზღვროს პიროვნებისა და სახელმწიფოს უფლებამოსილება და ვალდებულება ჯანმრთელობის შენარჩუნების საქმეში.

შეუძლებელია ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფა დღეს მოქმედი ეკონომიკური ურთიერთობების ფარგლებში, კერძოდ, ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების პირობებში. დადგა დრო, გადავიდეთ პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსების ეტაპებზე, ფართოდ გამოვიყენოთ სტრუქტურული კრედიტების შესაძლებლობები.

დაუყოვნებლივ გადაწყვეტას საჭიროებს სამედიცინო კადრების დისპროპორციული განვითარების მრავალწლიანი პრობლემა. განსაკუთრებულ შემფოთებას იწვევს კერძო სამედიცინო სასწავლებლების სიმრავლე.

ჯანდაცვის სამინისტრო, მისი სამსახურები და სამედიცინო დაწესებულებები მზად არიან, ხელი შეუწყონ სამედიცინო ბიზნესის განვითარების საქმეს,

ჩვენს ბაზებზე მომსახურების ალტერნატიული ფორმების შემოღებას, სამედიცინო ობიექტების ნაწილის პრივატიზებას, სამედიცინო დახმარების ფასიანი ფორმების შემოღებას და ამ გზით ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანესი სახელმწიფო პროგრამების დამატებით დაფინანსებას. ვფიქრობთ, სადაზღვევო მედიცინის ელემენტების სტიმულირება გარკვეულწილად დაეხმარება ამ პროცესს.

მთელი ეს სამუშაო მჭიდროდ არის დაკავშირებული სისტემის ორგანიზაციულ სრულყოფასთან. რესპუბლიკის დონეზე ერთიანი პროგრამული მართვისა და მუნიციპალური მედიცინის მასობრივი ფორმების ურთიერთშერწყმით შესაძლებელი ხდება ახალი მოდელის ფუნქციონირება. გარდამავალი პერიოდის პირველ ეტაპზე მიზანშეწონილად გვესახება რეგიონული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ცენტრების ფორმირება, სადაც მოხდება საკადრო რესურსების, მატერიალურ-ტექნიკური შესაძლებლობისა და ბიუჯეტური დაფინანსების კონცენტრაცია მაღალორგანიზებული სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის მიზნით.

დავიწყეთ რეფორმები თვითონ სამინისტროს აპარატში – შეიცვალა მისი სტრუქტურა, აქცენტი გადატანილია მართვის პროგრამულ ფორმებზე; შემცირდა მუშაკთა რიცხოვნობა; აპარატში მოვიდნენ წამყვანი ავტორიტეტული სპეციალისტები; ჩამოყალიბდა და უკვე ფუნქციონირებს ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმების პროგრამის შემუშავებისა და რეალიზაციის სამსახური; გამოიკვეთა დარგის განვითარების კონკრეტული კონცეფცია. ამ სამუშაოებში მონაწილეობენ ამერიკის შეერთებული შტატების, ინგლისის, გერმანიის, პოლონეთის ცნობილი ექსპერტები. ჩატარდა რიგი პროგრამების წინასწარი ექსპერტიზა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაში.

დარგის კრიზისიდან გამოყვანის ერთ-ერთ საშუალებად საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, მათ შორის ყოფილ საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკების შესაბამის სამსახურებთან, თანამშრომლობა გვესახება. განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ დასავლეთის ქვეყნებთან პარტნიორულ ურთიერთობებს. აღსანიშნავია რამდენიმე პროექტი, რომელთა განხორციელება უკვე დაწყებულია:

1. ატლანტა – საქართველო;
2. გაეროს ბავშვთა ფონდი;

3. ონკოპემატოლოგია – გერმანია;
4. პროთეზირება – გერმანია;
5. იმუნიზაცია – იაპონია;
6. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია – ჯანდაცვის სამინისტრო;
7. ბავშვთა კარდიოქირურგიის პროგრამა – დებორას ცენტრი (აშშ).

გადაწყდა გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკიდან კრედიტის გამოყოფის საკითხი მედიკამენტების შესაძენად და ფარმინდუსტრიის განვითარება თურქეთის ფირმების მონაწილეობით; დახმარებას ვიღებთ იაპონიიდან (სამედიცინო ტექნიკა); რეალური გახდა მსოფლიო ბანკთან მიზანდასახული ურთიერთობა ჯანდაცვის დასაფინანსებლად; ფართოვდება ურთიერთობა სამედიცინო ბიზნესის წრეებთან. ამასთან, ვმუშაობთ ქვეყნის ბუნებრივი რესურსების გამოყენებით ფარმაცევტული წარმოების აღორძინებასა და განვითარებაზე.

დარგის რეორგანიზაციაზე ზრუნვა შეუძლებელია ქართული სამედიცინო მეცნიერების ტრადიციების შენარჩუნების გარეშე. უნდა ითქვას თუნდაც ის, რომ უკანასკნელ წლებში ჩვენს თავ დატრიალებულმა ქართველებმა ნათლად დაგვანახა ჯანდაცვის სისტემის ცხოველმყოფელი ძალა, ჩვენი მედიკოსების მაღალზნეობრიობა და პატრიოტიზმი, პროფესიული უნარი და პასუხისმგებლობა.

გვჯერა, რომ რადიკალური რეფორმების გატარებით დარგის გადარჩენის სათანადო პირობები შეგვექმნება და ამაში აჭარის მთავრობისა და სამედიცინო საზოგადოების მხარდაჭერის დიდი იმედიც გვაქვს.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მინისტრთა კაბინეტის სხდომა

1994 წლის 5 ოქტომბერი

**მინისტრთა კაბინეტის დადგენილების „ჯანმრთელობის დაცვის
სისტემის რეორგანიზაციის ღონისძიებათა პირველი ეტაპის
შესახებ“ პროექტის განხილვა**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

დადგენილების პროექტი, რომელიც დღეს გამოგვაქვს მინისტრთა კაბინეტის სხდომაზე, საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ მიმდინარე წლის მარტიდან დღემდე ჩატარებული მუშაობის შედეგია. ამ დადგენილებამ სათავე უნდა დაუდოს დარგის რეორგანიზაციის მძიმე, მაგრამ უაღრესად აუცილებელი პროცესის დაწყებას.

დარგის რეორგანიზაციას საფუძვლად უდევს ის ძირითადი თეზისები, რომლებზეც საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტს წარვუდგენთ მარტში და რომელშიც ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მუშაობის პროგრამა იყო ჩამოყალიბებული. წარმოგიდგენთ ჯანმრთელობის დაცვის სრულიად ახალ მოდელს, რომელიც:

1. შეესაბამება ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიულ გზას;
2. სამუშაოს მოცულობა ბალანსშია მისი შესრულებისათვის აუცილებელ რესურსებთან;
3. სისტემა არის რეგულირებადი და გამიზნულია რესურსების რაციონალურ ხარჯვაზე.

სისტემის ფუნქციონირების განმსაზღვრელია მისი ეკონომიკური სტრუქტურა. სრულიად ახალმა ორგანიზაციულმა ფორმამ უნდა უზრუნველყოს ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან თავისუფალი სისტემის ფორმირება, რომლის საბოლოო სახის მიღების პროცესში ევოლუციურად ყალიბდება სოციალურ-ეკონომიკური მექანიზმები.

სისტემის დამკვიდრება ნიშნავს, უზრუნველყოფით:

- სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება მისი საზოგადოებრივად სასარგებლო ხასიათისა და დანახარჯების შესაბამისად;
- სამკურნალო დაწესებულებისა და ექიმის თავისუფალი არჩევის პირობა.

ახალ ვითარებაში სრულიად იცვლება მოქმედი სახელმწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები. სისტემის ქვაკუთხედი ხდება მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების საბაზისო პროგრამა.

არჩეული გვაქვს დარგის პრიორიტეტები:

1. დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარება;
2. ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკა;
3. პრევენციული მედიცინა;
4. სოციალურად საშიშ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლა (ტუბერკულოზი, ნარკომანია, ფსიქიატრია და სხვა).

სისტემის რეორგანიზაციის პროცესის აუცილებელი მოთხოვნაა სახელმწიფოსგან სამედიცინო სფეროში ბიზნესის განვითარების ხელშეწყობა, საკუთრების ყველა ფორმის სამედიცინო დაწესებულებათა და სადაზღვევო კომპანიების ჩამოყალიბება მათთვის საკონსულტაციო, ორგანიზაციული, სამართლებრივი და ეკონომიკური ხელშეწყობის გზით.

მოცემული დადგენილების პროექტის საფუძვლების შექმნაში ჩვენს სპეციალისტებთან ერთად აქტიურად მონაწილეობდნენ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, აშშ-ის ემორის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ორგანიზაციის სკოლის, პოლონეთის, გერმანიის, ინგლისის წამყვანი ექსპერტები.

აღსანიშნავია მსოფლიო ბანკის ექსპერტთა მონაწილეობა ჩვენი მოდელის განხილვაში. მათ მოიწონეს ჩვენი მოდელი და მისი დანერგვა რესპუბლიკის ცივილიზებულ ურთიერთობებზე გადასვლის აუცილებელ პირობად მიიჩნიეს.

მოგახსენებთ, რომ მსოფლიო ბანკის მისია ჩამოდის მიმდინარე წლის 15 ოქტომბერს და ჩვენი ერთობლივი მუშაობა, ალბათ, მოგვცემს დარგის არსებობისთვის სასიცოცხლოდ აუცილებელი სესხის მიღების

შესაძლებლობას (წინასწარი მონაცემებით ლაპარაკია 25-30 მმლიონ აშშ დოლარზე).

დადგენილების პროექტი განიხილეს მინისტრთა კაბინეტის რეფორმების კომისიამ, ეკონომიკის, ფინანსთა, იუსტიციის, სახელმწიფო ქონების მართვის, სოციალური უზრუნველყოფისა და შრომის დაცვის სამინისტროებმა და სხვა უწყებებმა. რეფორმების კომისიამ ძირითადად დადებითი დასკვნა მისცა აღნიშნული დადგენილების პროექტს, რომელიც გამოთქმული შენიშვნების გათვალისწინებით კიდევ უფრო სრულვყავით.

განსახილველი დადგენილების პროექტი, რომელიც სახელწოდებაა „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის ღონისძიებების პირველ ეტაპი“, დარგის ძირეული რეორგანიზაციის დაწყების სამართლებრივ ბაზას წარმოადგენს.

მას შემდეგ, როცა რესპუბლიკის პარლამენტი მიიღებს აუცილებელ კანონებს, შესაძლებელი გახდება პროცესის დაჩქარება და გაფართოება. დადგენილების პროექტი, რომელიც 19 პუნქტისგან შედგება, ძირითადად ექვსი მთავარი საკითხის მოწესრიგებას გულისხმობს.

ეს საკითხებია:

1. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტური დაფინანსების სისტემის ძირეული შეცვლა და მისი გადაყვანა პროგრამულ და პროგრამულ-მიზნობრივ დაფინანსებაზე;
2. სამედიცინო დაწესებულებათა გადასვლა სამეურნეოანგარიშიანი ურთიერთობების საწყისებზე;
3. საქართველოს რესპუბლიკაში იურიდიული და ფიზიკური პირებისათვის სამედიცინო საქმიანობის მარეგულირებელი ერთიანი პირობებისა და წესების შემოღება, აკრედიტაცია და ლიცენზირება;
4. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდის, როგორც სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებისთვის აუცილებელი ერთიანი ფინანსური წყაროს შემოღება;
5. დარგის რეორგანიზაციის პროცესში სამედიცინო მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფისა და სოციალური დაცვის პროგრამის შემუშავება;
6. დარგში პრივატიზაციის ფართომასშტაბიანი პროგრამის რეალიზება.

ჩვენ კარგად გვესმის, რამდენად რთული და მტკივნეული პროცესია ნებისმიერი რეფორმა, მით უმეტეს, დარგის სრული რეორგანიზაცია. თვისობრივად იცვლება სამინისტროს როლი და მუშაობის თავისებურებები. პირველ ეტაპზე გარდაუვალია სოციალური კატაკლიზმები, მაგრამ მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფისა და დარგის გადარჩენის ერთადერთი გზა სწორედ ასეთია.

ჩვენი კოლეგები, ასევე მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი, გაგებით ეკიდება ამ ნაბიჯს. ჩავატარეთ სოციოლოგიური გამოკვლევა, გამოიკითხა 2000 რესპონდენტი, რომელთა შორის იყო საზოგადოების ყველა ფენის წარმომადგენელი თბილისიდან, ქუთაისიდან და ზუგდიდიდან. კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმებს მხარს უჭერს გამოკითხულთა 74%. ეს დიდი მხარდაჭერაა და საზოგადოებრივი აზრის სწორი ფორმირებით შეიძლება ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო გაიზარდოს.

და ბოლოს, მინდა ვთხოვო მინისტრთა კაბინეტს, მხარი დაუჭიროს ჩვენს მოსაზრებებს და გამოვთქვამ იმედს, რომ თქვენი პრაქტიკული, მეთოდური და მორალური მხარდაჭერა რეფორმის ძნელ პერიოდშიც არ მოგვაკლდება.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის გაფართოებული სხდომა

1994 წლის 10 ოქტომბერი

ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მძიმე მდგომარეობა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

თავდაპირველად, ნება მიბოძეთ, მოკლედ მოგახსენოთ როგორია ჩვენი მუშაობის ძირითადი ეკონომიკური და ფინანსური შედეგები მიმდინარე წლის პირველ ნახევარში. ჩვენი დარგისთვის რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან გამოიყო 162 მილიარდი კუპონი მხოლოდ რესპუბლიკური დაქვემდებარების სამედიცინო დაწესებულებებში მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების გასაწევად. ფაქტობრივად მივიღეთ 107.2 მილიარდი კუპონი, ვალი კი 1 ივლისის მდგომარეობით 162,1 მილიარდ კუპონს შეადგენს. ამდენად, პირველი ორი კვარტლით გათვალისწინებული ბიუჯეტიც რომ მიგვეღო, ჩვენს მინიმალურ მოთხოვნებს ისიც ვერ დააკმაყოფილებდა. ეს არცაა გასაკვირი, ვინაიდან ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით 50-60 ცენტის წლიური დაფინანსებით მოსახლეობისთვის პრაქტიკულად არანაირი სამედიცინო დახმარების გაწევა არ შეიძლება.

შემთხვევითი არ არის, რომ ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა თითქმის კატასტროფულია – გაუარესდა ჯანმრთელობის ყველა მაჩვენებელი; თავი წამოიყო 20-იან წლებში დაძლეულმა დაავადებებმა, გახშირდა საშიში ინფექციური დაავადებები; შესაბამისი პრეპარატების უქონლობის გამო არის სიკვდილობა ცოფის გამო; მოიმატა ტუბერკულოზის შემთხვევებმა; მძიმე ონკოლოგიურ ავადმყოფებს არა მარტო ვერ ვმკურნალობთ შესაბამისი ქიმიური პრეპარატების უქონლობის გამო, არამედ გვიჭირს, რომ ხელი შევაშველოთ და სიცოცხლის დარჩენილ დღეებში წამებისგან ვიხსნათ - არ გვაქვს სათანადო ტკივილგამაყუჩებლები. სიმბოლურია საავადმყოფოებში ავადმყოფთა კვება; განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაა ფსიქიატრიულ კლინიკებში, სადაც ავადმყოფები ძირითადად საავადმყოფოს კვებით საზრდოობენ. რაგინდ სამწუხაროც უნდა იყოს, არის შიმშილით გამოწვეული ლეტალობა.

სურათი, რომლის კონტურები აქ მოვხაზეთ, უაღრესად შემამფოთებელია, მაგრამ ჩვენ კარგად გვესმის, რომ მოთხოვნა „მოგვეცით ფული“ დღეისათვის აზრი არა აქვს. ეს მთელი ქვეყნის მიმღე მდგომარეობით არის განპირობებული. მიზეზი ღრმაა და ის რადიკალური ღონისძიებების გატარებას საჭიროებს.

დღეს, როცა ქვეყანაში მიმდინარე ურთულესმა და უმძიმესმა კრიზისმა პრაქტიკულად ასატანი მდგომარეობის ზღვარს მიაღწია, ძნელია, ისაუბრო ცალკეული დარგის გასაჭირზე, მაგრამ გადასაწყვეტი სტრატეგიული პოზიცია მაინცაა. რა ვქნათ? ვუყურით იმას თუ როგორ გვექცევა ქვეყანა თავზე და ვამტკიცოთ, რომ ეს ყველაფერი ჩვენი ბრალი არაა, თუ ავიღოთ პასუხისმგებლობა და დავიწყოთ მოქმედება. ესაა სტრატეგიული ამოცანა და მთავრობამ ერთიანი გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს.

საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მოსაზრებაა, დავიწყოთ აქტიური მოქმედება, კარდინალური რეორგანიზაციის პროცესი და ამის შესახებ პირდაპირ ვუთხრათ მოსახლეობას. დღეისათვის თავის, ხალხისა და ქვეყნის მოტყუებაა ის, რომ ადამიანებს ვპირდებით უფასო მკურნალობას, უფასო მედიკამენტებს და საზღვარგარეთ სამკურნალოდ სახელწიფოს ხარჯზე გაგზავნას.

კი, დღეისათვის ამას მოჩვენებითად ვასრულებთ კიდეც. ვახერხებთ, რომ ერთეულებს უფასოდ ვმკურნალობთ, უფასოდ იღებენ მედიკამენტებსაც, უფრო მეტიც, საზღვარგარეთაც მიდიან სამკურნალოდ სახელმწიფოს ხარჯზე, მაგრამ როდემდე? როდემდე უნდა დაიკმაყოფილონ ერთეულებმა თავიანთი მოთხოვნილებები მილიონების ხარჯზე?

ერთ ციფრს გეტყვით მხოლოდ. დღეისათვის ჩვენთან საზღვარგარეთ მკურნალობის სურვილი გაცხადებული აქვს 927 ადამიანს. მიმდინარე წლის ექვს თვეში გაგზავნილია 78 კაცი, მათთვის დაიხარჯა 15794 მლნ. კუპონი და გვაქვს დავალიანება, ანუ გასაცემი გვაქვს 4500 მილიონი კუპონი. შედარებისთვის მოგახსენებთ, რომ მიმდინარე წლის ექვს თვეში ჯანდაცვის ფაქტობრივი ბიუჯეტი შეადგენს 107,2 მილიარდ კუპონს. ანუ ამ 78 კაცზე გაიხარჯა ხუთი მილიონი ადამიანის მკურნალობაზე გამოყოფილი სახსრების 18,9%.

ვაყენებთ საკითხს: ხომ არ დადგა დრო, ერთხელ და საბოლოოდ დავადგინოთ, რომ სახელმწიფო ვერ უზრუნველყოფს თავისი მოქალაქეების საზღვარგარეთ მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას. ამას აკეთებს მსოფლიოს ყველა ქვეყანა. რამდენადაც ჩვენთვისაა ცნობილი, მსოფლიოში ჩვენს გარდა მხოლოდ ქუვეიტია ერთადერთი ქვეყანა, რომელიც ბიუჯეტიდან იხდის მისი მოქალაქეების საზღვარგარეთ მკურნალობის საფასურს.

ვფიქრობთ დროა, გავაუქმოთ ამბულატორიული მკურნალობისთვის მოქალაქეებზე მედიკამენტების უფასოდ გაცემა. პრაქტიკულად ჩვენ ამას ვერ აუვალთ. გამონაკლისად შეიძლება განვიხილოთ აღრიცხვაზე მყოფი სპეციფიკური ავადმყოფები, რომლებსაც შესაბამისი დოზით სისტემატურად სჭირდებათ სპეციფიკური მედიკამენტები. ამგვარი დადგენილების პროექტები მზადაა ველით თქვენს მხარდაჭერას.

კიდევ ერთი საკითხი – სტაციონარებში ავადმყოფთა კვება. ჩვენ გავიანგარიშეთ და აღმოჩნდა, რომ მინიმალური დიეტით, რომელიც გულისხმობს 2600 კალორიის მიღებას დღეში, თანაც იმ პირობით, რომ აქედან 600 კალორიას დაიკმაყოფილებენ ჰუმანიტარული გზით მიღებული რძის ფხვნილითა და სხვა პროდუქტებით, ერთი კაცის კვება ჯდება 272 ათასი კუპონი.

დღეისათვის მარტო რესპუბლიკურ სტაციონარებში, სადაც 11 700 საწოლია, გვყავს 6 700 ავადმყოფი. ერთ თვეში მათი კვებისათვის საჭიროა 55 მილიარდი კუპონი. იმისათვის რომ ვკვებოთ მხოლოდ ფსიქიატრიული და ტუბერკულოზური ავადმყოფები, როემლთაც, უმეტეს შემთხვევაში, არც საჭმელს მოუტანს ვინმე და არც ფული აქვთ, საჭიროა 12 მილიარდი კუპონი. ჩვენ ვიღებთ თვეში სამ მილიარდ კუპონს. ხომ არ დადგა დრო, საქვეყნოდ გამოვაცხადოთ, რომ სტაციონარებში ავადმყოფთა კვება უფასო არ არის და, თუ ამას გამოვაცხადებთ, რა ვუყოთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მოთავსებულ 1300 პაციენტს?

ბატონებო, ალბათ ამჩნევთ, მე აქ არ გამოვდივარ თხოვნით ან მოთხოვნით, რომ გფამოგვიყოთ ამდენი და ამდენი. არამც და არამც! ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ხომ ხელისუფლების ნაწილია, მინისტრი მთავრობის წევრია და ამგვარად საკითხის დაყენება საჭირო არ იქნება. ჩვენ ვაყენებთ საკითხს, რომ სახელმწიფომ აიღოს თავზე ის ვალდებულება, რომლის

შესრულების შესაძლებლობაც აქვსა და ამ სფეროში პრიორიტეტების გამოყოფასა და ამ ვალდებულებების შესრულებაზე ყველამ უნდა ვიკისროთ კოლექტიური პასუხისმგებლობა.

ისე კი, რა გამოდის? სამი კვირაა, სამინისტროში გამორთულია ტელეფონები. მიზეზი – გადახდილი არა გვაქვს შესაბამისი დანახარჯები. გადასახდელია 2,5 მილიარდი კუპონი. რა ვქნათ? ფულს არ გვამლევენ და ჩვენც ვერ ვიხდით. ბოლოს და ბოლოს, ტელეფონი კონკრეტულ ჩინოვნიკს კი არა, მთავრობას გამოურთეს. სამედიცინო დაწესებულებებს ხვალ ტელეფონს გაუთიშავენ, ზეგ შუქს, წყალსა და გაზს.

ბატონებო, ალბათ, დროა, სიმართლეს თვალი გავუხსნოთ და, უპირველესად, ეს სიმართლე ვუთხრათ ერთმანეთს და მერე ხალხსაც, თორემ ამ „სირაქლემას პოზაში“ ცხოვრება უკვე აღარ შეიძლება.

ვისარგებლებ იმით, რომ აქ ქალაქებისა და რაიონების ხელმძღვანელებიც გვესწრებიან და ერთ საკითხზეც გავამახვილებ თქვენს ყურადღებას. როგორც მოგეხსენებათ, სახელმწიფო ბიუჯეტი მკვეთრად არის გამიჯნული რესპუბლიკურ და ადგილობრივ ბიუჯეტებად. ჩვენ გვეყოფა სახსრები რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან და ისინი გამიზნულია რესპუბლიკური დაქვემდებარების დაწესებულებების ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად. კანონით გვეკრძალება კიდევ ადგილობრივ დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებებისთვის ნებისმიერი ხარჯის დაფარვა. ჩვენ მაინც ვარღვევთ ამ კანონს და ვცდილობთ, რაღაცა ჩვენი წილი ბიუჯეტიდან ვუწილადოთ რაიონულ და საქალაქო დაწესებულებებს. ძირითადად ეს ეხება მედიკამენტებს, მაგრამ, ბუნებრივია, ეს ვერაფერს ცვლის. ამ ფაქტებმა, ეტყობა, მიაჩვიეს ადგილობრივი ხელისუფალნი და ხშირად კატეგორიული ტონით გვთხოვენ, გამოვუყოთ მედიკამენტები, აპარატურა... ასე გაგრძელება, ბატონებო, არ შეიძლება. ადგილებზე უნდა ვიზრუნოთ სახსრების გამოყოფაზე.

ადგილობრივი პროდუქციის ნაწილი უნდა გამოიყოს მედიკამენტებზე საბარტერო გაცვლებისთვის, თორემ რა გამოვიდა? სიგარეტის დეფიციტი არ იგრძნობა, ხოლო ვაქცინისთვის ფული არ გამოიყოფა. დროა, ყველამ ერთად ვიკისროთ კოლექტიური პასუხისმგებლობა ჩვენი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე, თორემ დღეს არსებული სავალალო მდგომარეობა უახლოეს მომავალში ტრაგიკულ სინამდვილედ დაგვიბრუნდება.

და ბოლოს, ვამთავრებ იმით, რითაც დავიწყე. მე აქ რაიმე კონკრეტული თხოვნით არ მოვსულვარ – უბრალოდ, ამას აზრი არა აქვს. ჩვენ სტრატეგიაში უნდა შევთანხმდეთ – ვუყუროთ იმას თუ როგორ გვექცევა ქვეყანა თავზე და ვამტკიცოთ, რომ ეს ყველაფერი ჩვენი ბრალი არაა, თუ ჩვენს თავზე ავიღოთ პასუხისმგებლობა ქვეყნისა და ხალხის წინაშე და დავიწყოთ მოქმედება.

თუ მეორე გზას ავირჩევთ, მაშინ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს აქვს შემუშავებული მოქმედების კონკრეტული პროგრამა – ის დასაწყისში არ შეიძლება იყოს პოპულარული, მაგრამ შემდგომში მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს მდგომარეობის გაჯანსაღებას.

გვაქვს პროგრამა – გთხოვთ მხარდაჭიერას.

ჯანდაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებული სხდომა

1994 წლის 16 ოქტომბერი

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის აუცილებლობის დასაბუთება

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ დარგის რეორგანიზების ახალ მოდელზე ინტენსიური მუშაობა დაიწყო ქვეყნის ანტიკრიზისული პროგრამის დამუშავების პროცესში. მას შემდეგ, რაც სახელმწიფო მეთაურის 1994 წლის 7 თებერვლის ბრძანებულებით აღნიშნული პროგრამა დამტკიცდა, მუშაობამ კონკრეტული მიმართულება მიიღო, რაც გამომდინარეობდა ქვეყნის განვითარების სტრატეგიული გზის საბოლოო განსაზღვრიდან.

საქართველოში მოქმედი კონსტიტუციების სხვადასხვა რედაქციაში მრავალ სხვა საკითხთან ერთად ნათლად აისახებოდა პუნქტი, რომლის მიხედვითაც ადამიანს თავის ქვეყანაში უფასო ჯანმრთელობის დაცვის უფლება ჰქონდა, რომელიც უნდა უზრუნველყო სახელმწიფოს. სინამდვილეში ეს თეზისი სხვა არაფერს ნიშნავდა თუ არა იმას, რომ მას განუხრელად უნდა შეესრულებინა სახელმწიფოს მოთხოვნები თუ ვისთვის, სად და როდის უნდა მიემართა. ასე აღმოჩნდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში (ადამიანი, საზოგადოება, სახელმწიფო) მისი მთავარი ნაწილი – ადამიანი სრულიად უფუნქციოდ.

ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, ფასების ლიბერალიზაცია, ეროვნული ვალუტის მეტად მაღალი და ერთობ ძნელად პროგნოზირებადი ინფლაციის ტემპები პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის ჯანდაცვის მოძველებული მოდელის შემდგომ ფუნქციონირებას.

მეტი სიცხადისათვის შეიძლება გამოიყოს ის ხუთი ძირითადი მიზეზი, რაც განაპირობებს ჯანდაცვის არსებული სისტემის, კარდინალური ცვლილების აუცილებლობას:

1. წარმოიქმნა დისბალანსი ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს მიერ ნაკისრ ვალდებულებათა და მათ რეალურ ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის;
2. წარმოიქმნა დისბალანსი ჯანდაცვის სფეროში არსებულ შრომით და მატერიალურ რესურსებსა და ხუმთმილიონიანი მოსახლეობის რეალურ მოთხოვნილებას შორის;
3. ქვეყანაში მოქმედი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, შესაბამისი ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობის გამო, ვერ უზრუნველყოფს მწირი რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას.
4. ქვეყნის საერთო განვითარების სტრატეგიული მიმართულება (საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, დემოკრატიული საზოგადოების ჩამოყალიბების პროცესი და სხვა) შეუთავსებელია ჯანდაცვის მოქმედ სისტემასთან;
5. ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა პრაქტიკულად წინააღმდეგობაშია ქვეყნის განვითარების სოციალურ-პოლიტიკურ მიმართულებასთან.

სანამ ამ მიზეზების საერთო განხილვას შევუდგებოდეთ, ნება მიბოძეთ, წარმოგიდგინოთ საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რელიეფური სურათი.

საქართველოში სამედიცინო დახმარების ექსტენსიური მაჩვენებლები კარგად ჩანს აქ მოტანილ სქემაზე, თანაც ის შეპირისპირებულია სხვა ქვეყნების შესაბამის მაჩვენებლებთან. როგორც სქემიდანაც ჩანს საქართველო მნიშვნელოვნად უსწრებს სხვა ქვეყნებს 10 000 მოსახლეზე ექიმთა რიცხვით. ამასთან, წამყვანი პოზიცია გვიჭირავს მოსახლეობის სტაციონარული საწოლებით უზრუნველყოფითაც.

თუ აღნიშნულ სქემას ყურადღებით დავაკვირდებით, აღმოვაჩენთ, რომ ეს ორი მაჩვენებელი გარკვეულწილად წარმოაჩენს ქვეყნის მოსახლეობის მენტალიტეტს და მასზე აგებულ სამედიცინო ტექნოლოგიას. ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობისათვის მიზანშეწონილია, გამოვიყენოთ მკურნალობის ინტენსიური სამედიცინო ტექნოლოგია. ამის დამადასტურებელია ის, რომ ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის საქართველო საშუალოზე დაბალი დონითაა წარმოდგენილი საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლით – როცა მისი დატვირთვის დონე 50%-ია.

სქემაზე მოცემულია რესპუბლიკაში სტაციონარული საწოლების დატვირთვის მაჩვენებლები – საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არის 386 სტაციონარული დაწესებულება, სადაც 52 900 საწოლია. საშუალოდ წელიწადში ერთი საწოლის დატვირთვა 152,1 დღეა, რაც 41,7 პროცენტია. აქვე მოცემულია მათი სტრუქტურიზაცია დატვირთვის მიხედვით.

როგორც ანალიზი გვიჩვენებს საწოლთა რიცხვის 78%, რომელიც ემსახურება მოსახლეობის 82,7%-ს, სანახევროდაც არ არის დატვირთული. ეს დონეც გაცილებით ჩამორჩება ოპტიმალურს. თავისთავად ძნელიც არის და იოლიც ამ მონაცემის კომენტარი, დავძენ მხოლოდ, რომ, იმ რაიონებში, სადაც საწოლთა დატვირთვა 100 დღეზე ნაკლებია, 19-დან მხოლოდ სამ რაიონშია (ყაზბეგი, სიღნაღი, ბაღდათი) ერთი საავადმყოფო, ხოლო დანარჩენში რამდენიმე საავადმყოფოა.

რამდენიმე სიტყვა ჯანდაცვის დაფინანსების მოცულობის შესახებ: ქვემოთ მოტანილ ცხრილში ნაჩვენებია სხვადასხვა ქვეყნაში ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი სახსრების ოდენობა აშშ დოლარებში. როგორც ცხრილიდან ჩანს, მეტ-ნაკლებად ნორმალურად ორგანიზებული ჯანდაცვის სისტემის ქვეყნებში ეს მაჩვენებლები საშუალოდ 1000-1500 აშშ დოლარამდე მერყეობს. საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებლის ნიშნული მიმდინარე წელს ერთ დოლარზე დაბლა დაეცა. მეოთხე კვარტლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის მიხედვით, ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი ასიგნებები ერთ სულ მოსახლეზე გათვალისწინებულია საშუალოდ 40 ცენტი, ადგილობრივი ბიუჯეტიდან 30 ცენტი და კიდევ, მაქსიმუმ 20 ცენტი სხვა არამუდმივი შემოსავლებიდან. ჯამში გამოდის 90 ცენტი ერთ სულ მოსახლეზე. და ეს იმ დროს როდესაც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით მოსახლეობის იმუნიზაციას სჭირდება, სულ მცირე, 10 აშშ დოლარი წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით.

ახლა ისევ დავუბრუნდები ზემოჩამოთვლილ ხუთ მიზეზს და ცხადი გახდება თუ რა იგულისხმება იმ დამანგრეველ დისბალანსში, რომელიც საქართველოს ჯანდაცვის სფეროშია. ამ პირობებში, როდესაც ჯანმრთელობის დაცვისთვის გამოყოფილი სახსრები რამდენჯერმე ჩამორჩება მინიმალურ, სასიცოცხლოდ აუცილებელ დონეს, ისიც კი, რაც გამოიყოფა, იხარჯება არა კონკრეტული ღონისძიებების დასაფინანსებლად, არამედ ჭარბი შრომითი და მატერიალური რესურსების შესანახად. ამასთან, არ არსებობს არავითარი

ეკონომიკური მოტივაცია რესურსების ოპტიმალური გამოყენებისთვის, ვინაიდან დაფინანსების არსებული მოდელი მჭიდროდაა მიბმული რესურსების ოდენობაზე. თუ მექანიკურად შევამცირებთ საწოლების რიცხვს, გავაუქმებთ დაწესებულებებს, მაშინ ავტომატურად შეგვიმცირდება ისედაც მწირი ბიუჯეტური ასიგნებანიც.

კიდევ ერთ მაგალითს მოგახსენებთ: საქართველოში 1357 ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულება გვაქვს, მაშინ როცა ლიტვაში სულ არის 409. ლიტვასთან შედარება იმიტომაცაა კორექტული, რომ ჩვენ მოსახლეობის რაოდენობით ახლოს ვდაგავართ მათთან. უფრო ღრმად რომ ჩავწვდეთ ამ ციფრს, დავძენთ, რომ ჩვენი ამ 1357 დაწესებულების სიმძლავრე დღეღამეში 30 ათასი მიღებაა, ესე იგი ისინი რომ სრულად დაიტვირთოს, თითოეული მოსახლე წელიწადში 38-ჯერ უნდა მივიდეს პოლიკლინიკაში. კიდევ კარგი, რომ ასე არ ხდებოდა, თორემ ყოველწლიურად მარტო ამ პროცედურაზე 10 693 კაც-წელიწადი დაიხარჯებოდა ექიმთან მხოლოდ ნახევარსაათიანი ვიზიტისთვის. ამ შემთხვევაში ჩვენი ეკონომიკა უფრო საშინელ დღეში აღმოჩნდებოდა.

ბუნებრივია, სისტემა, რომელიც ივიწყებს ადამიანს და მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების ქსელის პოტენციალის შენახვაზეა აგებული, მნიშვნელოვნად აუარესებს სახსრების დეფიციტის პირობებში ჩვენი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამის შედეგად გაუარესდა მოსახლეობის ძირითადი დემოგრაფიული მახასიათებლები: გაიზარდა ავადობის და შემცირდა შობადობის მაჩვენებლები. სამწუხაროდ, იმატა ბავშვთა სიკვდილიანობამ: ყოველ 1000 ახალშობილზე ერთ წლამდე სიკვდილიანობამ 1993 წელს 19,7 პრომილე შეადგინა, მაშინ, როდესაც 1990 წელს ის 16,4 პრომილე იყო. შობადობის მაჩვენებელზე გარკვეული ზეგავლენა მოახდინა ოჯახის დაგეგმვის არასწორმა პოლიტიკამ, რომლის ძირითად ბერკეტად აბორტები რჩება. სოციალური პირობების გაუარესებამ, შესაბამისი შეღავათების არარსებობამ გაზარდა ქორწინების საშუალო ასაკი, დააყოვნა მეორე ბავშვის დაბადება. კონტრაცეპციის საშუალებებმა, გარკვეული ტრადიციებისა და მენტალიტეტის გამო, ვერ ნახა ფართო გამოყენება მოსახლეობაში. მიგვაჩნია, რომ ამ საკითხში სიტყვა არა მარტო მედიკოსებს ეკუთვნით, არამედ ეკლესიასაც.

უკანასკნელი 4-5 წლის განმავლობაში საგანგაშოდ გაუარესდა მოსახლეობის კვების მაჩვენებლები: მკვეთრად შემცირდა ცხოველური წარმოშობის პროდუქტების, ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარება; მოსახლეობის უმრავლესობისათვის კალორიული მოთხოვნილების დაკმაყოფილების ძირითად საშუალებას წარმოადგენს ფქვილის პროდუქტები; რკინის დეფიციტი და პოლივიტამინური უკმარისობა განაპირობებს რკინა-დეფიციტური ანემიების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის ხშირ შემთხვევებს; მკვეთრად იმატა იოდის დეფიციტით გამოწვეულმა დაავადებებმა და ეს პათოლოგია გასცდა ენდემიურ გეოგრაფიულ რეგიონებს; მნიშვნელოვნად გაუარესდა სასმელი წყლისა და საკვები პროდუქტების ხარისხი, რომლებიც შეიცავენ ზღვრულ დასაშვებ რაოდენობაზე ჭარბ ტოქსიკურ ნივთიერებებს.

გააქტიურდა პარაზიტული დაავადებების ბუნებრივი კერები – საგანგაშოა ლეიშმანიოზის გავრცელების კერის პროგრესული გაფართოება; ძალზე მაღალია კრიმინალური ტრავმატიზმი; ხშირია დიზენტერიით, სალმონელოზითა და განსაკუთრებით A-ტიპის ვირუსული ჰეპატიტით დაავადების შემთხვევები; რესპუბლიკაში ჯერჯერობით არ არის რეგისტრირებული მალარიის შემთხვევები.

უკანასკნელ პერიოდში მკვეთრად გაუარესდა დიფტერიის ეპიდსიტუაცია. მარტო აჭარაში რეგისტრირებულია დიფტერიის 100 შემთხვევა, შემთხვევები იმატებს სხვა რეგიონებშიც; იმატა ცოფის ეპიზოოტიამ, მკვეთრად იზრდება მოხეტიალე ძაღლების რაოდენობა – აღრიცხულია ცოფით გარდაცვალების შემთხვევები.

ქირურგიული პროფილის დაწესებულებებში ძალზე მაღალია (60%-მდე) ჰოსპიტალური ინფექციის მაჩვენებლები, რომლის საწინააღმდეგოდ, მძიმე ეკონომიკური სიტუაციის გამო, არ არსებობს ელემენტარული ღონისძიებების გატარების საშუალება კი.

ვაქცინების დეფიციტის, ტრანსპორტის არარსებობისა და „ცივი ჯაჭვის“ გაწყვეტის გამო აღარ ტარდება პროფილაქტიკური აცრები, მათ შორის მართვადი ინფექციების. 1992 წლის მეორე ნახევარში და 1993 წლის პირველ კვარტალში რესპუბლიკას არ ჰქონდა პოლიომიელიტის, წითელისა და ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინები, ადს-ანატოქსინი, 1992 წლის დეკემბრის შემდეგ არ მიგვიღია ყბა-ყურის ვაქცინა და ცოფის საწინააღმდეგო

გამაგლობულინი. 1994 წლის განვლილ რვა თვეში არ შემოსულა აკდს და წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინები. დღეისათვის რესპუბლიკაში არ არის ანტიტეტანური შრატი, ცოფის ვაქცინა, ანტიდიფტერიული და ბოტულიზმის შრატები, აივ დიაგნოსტიკუმი და სხვა.

გართულდა ტუბერკულოზის ეპიდსიტუაცია. რესპუბლიკაში აღრიცხულია 12 ათასი ავადმყოფი, თუმცა ეს მაჩვენებელი, არასრული სტატისტიკის გამო, რეალური არ არის; ტუბერკულოზის ყოველწლიური გამოვლინება 2300-ს შეადგენს, მათ შორის 80% შემთხვევაში აღინიშნება დესტრუქციული ფორმები. რესპუბლიკაში პრაქტიკულად არ არის ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატები, რომლებზეც წლიური მოთხოვნილება მინიმუმ 600 ათას აშშ დოლარს შეადგენს.

დღეს საქართველოში 300 ათასი ლტოლვილი და იძულებით გადაადგილებული პირია. განსაკუთრებით საგანგაშოა მიგრანტებს შორის ინფექციური (ტუბერკულოზი) და ვენერიული სნეულებების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებებისა და ფსიქიკურ აშლილობათა სიხშირე.

პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა სიტუაციამ, აგრეთვე, ლტოლვილთა რაოდენობის მატებამ დაარღვია ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციის ჩატარების ვადები, რამაც განაპირობა დიფტერიისა და სხვა საშიშ ინფექციათა აფეთქება.

პრაქტიკულად შეუძლებელი ხდება სამედიცინო დაწესებულებათა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შენარჩუნება. რესპუბლიკის სტაციონარული დაწესებულებების 80% ამორტიზებულ შენობა-ნაგებობებშია განლაგებული, 90% არ აქვს სისტემატური წყალმომარაგება, პრაქტიკულად განადგურებულია სანიტარული ავტოტრანსპორტი. არსებული სატრანსპორტო საშუალებების შემდგომი ექსპლუატაცია ფერხდება სათადარიგო ნაწილებისა და საწვავის მწვავე დეფიციტის მიზეზით.

იმის გამო, რომ საქართველოში სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება უკიდურესად დაბალია, საუკეთესო სპეციალისტები ტოვებენ რესპუბლიკას, იმედის მომცემი ახალგაზრდობა მასობრივად მიდის დარგიდან. ამ ფაქტორებმა უახლოეს პერიოდში შეიძლება გამოუსწორებელ შედეგებამდე მიგვიყვანოს – კრიზისული სიტუაციის გავლის შემდეგ ქვეყანაში გაჩნდება სახსრები იმისათვის, რომ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება სათანადო

დონეზე შევძლოთ, მაგრამ, თუ დავუშვით ქართული სამედიცინო სკოლის განადგურება, მის აღორძინებას რამდენიმე ათეული წელი მაინც დასჭირდება.

ამრიგად, თუ შევაჯამებთ დარგში შექმნილ სიტუაციას, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ჩვენ წინაშე არსებული პრობლემები უნდა განვიხილოთ არა მარტო ჩვენი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების პოზიციებიდან, არამედ ქართული სამედიცინო სკოლის გადარჩენის აუცილებლობიდანაც.

აღნიშნული პრობლემების გადაჭრის გზა მოქმედი სისტემის ფარგლებში ვერ მოიძებნება. აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია, პრინციპულად ახალი მოდელის ჩამოყალიბება, რომელიც უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

1. შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიულ გზას;
2. სამუშაოთა მოცულობა უნდა იყოს დაბალანსებული მათი შესრულებისათვის აუცილებელ რესურსებთან;
3. სისტემა უნდა იყოს რეგულირებადი და გამიზნული რესურსების რაციონალური მოხმარებისათვის.

ნიშანდობლივია ისიც, რომ დარგში ეკონომიკური რეფორმის დაწყება შეუძლებელია, თუ მას თან არ ახლავს გამოთავისუფლებული რესურსების ოპტიმალური შეწონასწორების პროგრამების ამოქმედება (გამოთავისუფლებულ მუშაკთა სოციალური დაცვა და გამოთავისუფლებული ძირითადი ფონდების პრივატიზება).

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ჩვენ წინაშე დასახულ ამოცანას შეიძლება ასეთი ფორმა მივცეთ: უნდა გადავიდეთ ჯანდაცვის ორგანიზაციის ცივილიზებულ მეთოდზე, რისთვისაც საჭიროა გადაიჭრას სამი ძირითადი ამოცანა:

1. რეალურად და თანაბრად დაკმაყოფილდეს საქართველოს მოსახლეობის მოთხოვნილება ჯანდაცვითი პროგრამებით განსაზღვრული იმ ოდენობით, რომელთა რეალიზების საშუალებაც ქვეყანას აქვს;
2. გადარჩეს ქართული მედიცინის ღირებული და პერსპექტიული ნაწილი;

3. შეიქმნას იმის წინაპირობა, რომ ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურება განვითარდება შეუფერხებლად, ქვეყნის ეკონომიკის სრულყოფის ძირითადი მიმართულებების გათვალისწინებით.

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის ახალი მოდელის მიხედვით აგებული სისტემის ფუნქციონირების ძირითადი განმსაზღვრელი უნდა გახდეს მისი ეკონომიკური სტრუქტურა.

ახალმა მოდელმა უნდა უზრუნველყოს ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან თავისუფალი, პრინციპულად ახალი სისტემის ფორმირება. ევოლუციურად უნდა ჩამოყალიბდეს ის სოციალურ-ეკონომიკური მექანიზმები, რომლებმაც უნდა განაპირობოს ძირითადი სტრატეგიული ორიენტირებისკენ სვლა. მოცემული მოდელის შექმნისთვის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ მუშაობა გაააქტიურა ბოლო შვიდი თვის განმავლობაში. ქვეყანაში არსებული ინტელექტუალური ძალების მობილიზებით და ცნობილი უცხოელი ექსპერტების მონაწილეობით შევძელით ამგვარი მოდელის შემუშავება. ამ საქმეში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა შეხვედრებმა ბორჯომში, რომელთა მშედეგებზეც სათანადოდაა ინფორმირებული ფართო საზოგადოება.

მიუხედავად იმისა, რომ სხდომის მონაწილეებს სხვა მასალებთან ერთად დაგირიგდათ ინფორმაცია ბორჯომის შეხვედრების თაობაზე, მაინც მინდა რამდენიმე სიტყვით მოგითხროთ მათზე.

სულ ჩატარდა სამი შეხვედრა.

პირველ შეხვედრაზე, ამა წლის მარტში უცხოელ მეგობრებთან ერთად განისაზღვრა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ცივილიზებული ურთიერთობების ფორმებში გადაყვანის შესაძლო გზები და მიმართულებანი; მეორე შეხვედრაზე, ივნისში, ქართულმა მხარემ წარადგინა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის საკუთარი მოდელი. კონსტრუქციული განხილვის შედეგად მივიღეთ მნიშვნელოვნად უფრო სრულყოფილი მოდელი, რამაც ორივე მხარის მიერ მოწონება დაიმსახურა; მესამე შეხვედრა მიეძღვნა ისეთ აქტუალურ პრობლემებს, როგორცაა დარგში ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაციის საკითხები და ფართომასშტაბიანი პრივატიზაციის სოციალურ-ეკონომიკური ასპექტები.

ამ შეხვედრებზე მიღებული რეკომენდაციები ჩვენი შემდგომი მუშაობის მიმართულებების განმსაზღვრელი უმთავრესი ორიენტირები გახდა.

ამდენად, შემუშავდა და საბოლოო სახე მიიღო მოდელმა, რომლის დანერგვასაც ამჟამად ვაპირებთ.

ათიოდე დღის წინათ დარგის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოები განიხილა საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტმა. ეს არის შემჭიდროებულ ვადებში დარგის რეორგანიზაციის საკმაოდ ტევადი სამუშაოების თანმიმდევრული განხორციელების პროგრამა, რომლის რეალიზების შემდეგ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ორგანიზაციული ფორმირება უნდა დაეფუძნოს შემდეგ პრინციპულ მოთხოვნებს:

- სისტემა მაქსიმალურად უნდა განთავისუფლდეს სახელმწიფოებრივი მართვის ადმინისტრაციული ფორმებისგან;
- სახელმწიფო საკუთრებაში უნდა დარჩეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მხოლოდ ის ორგანიზაციები, რომლებიც შექმნილია უშუალო სახელმწიფო ფუნქციების აღსასრულებლად ან რომელთა არსებობის ეკონომიკური პირობების უზრუნველყოფა შეუძლებელია რომელიმე სხვა ორგანიზაციული ფორმით;
- ქვეყანაში ნებისმიერი იურიდიული ან ფიზიკური პირის სამედიცინო საქმიანობა რეგლამენტირებული იქნება ერთიანი წესებით და ამგვარი საქმიანობის უფლებას მისცემს მხოლოდ საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო;
- საქართველოში სამედიცინო საქმიანობის ფორმებს, პირობებსა და წესებს უნდა განსაზღვრავდეს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო და მის მიერ გამოცემული კანონქვემდებარე აქტები თანაბრად სავალდებულო უნდა იყოს ქვეყნის ტერიტორიაზე სამედიცინო საქმიანობით დაკავებული ნებისმიერი სუბიექტისთვის – განურჩევლად მათი საკუთრების ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა ისინი თანაბრად ანგარიშვალდებულებიან ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს წინაშე.

ამ მოთხოვნების რეალიზება ნიშნავს სისტემის ორგანიზაციის ისეთ ფორმათა დამკვიდრებას, რომლის დროსაც, საბოლოო ჯამში, უზრუნველყოფილი იქნება:

- სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება მისი საზოგადოებრივად სასარგებლო ხასიათისა და დანახარჯების შესაბამისად;
- სამკურნალო დაწესებულებებისა და მკურნალის თავისუფალი არჩევის პირობა;
- სამედიცინო მომსახურების სფეროში თავისუფალი კონკურენციის პირობა.

ახალ პირობებში მკვეთრად იცვლება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოქმედი სახელმწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები. ტრადიციული ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების წესი უნდა შეიცვალოს პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსების პრინციპებით, რომლის დროსაც სახელმწიფო ფინანსურად უზრუნველყოფს არა კონკრეტული დაწესებულების არსებობას, არამედ კონკრეტული სამუშაოების შესრულებას მისი რაოდენობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის შესაბამისად.

ამავე დროს, გადამწყვეტი მინიშვნელობა მიენიჭება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პრიორიტეტების გამოკვეთას და მათ მკვეთრ გამიჯვნას საერთო რესპუბლიკურ, რეგიონულ თუ რაიონულ (საქალაქო) დონეებზე.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს პრეროგატივა განისაზღვრება შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

- საქართველოს რესპუბლიკის მოსახლეობის თანაბრად ხელმისაწვდომი, გარანტირებული, სახელმწიფო საბაზო პროგრამით დადგენილი ღონის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
- სოციალურად საშიშ დაავადებათა პრევენცია და გარანტირებული მკურნალობა;
- დედათა და ბავშვთა დაცვა;
- სანიტარული კონტროლისა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა პროგრამის რეალიზაცია;
- კატასტროფისა და ეპიდემიოლოგიისთვის სამედიცინო დახმარების რეზერვის შექმნა, შენარჩუნება და განახლება;
- სამედიცინო მეცნიერების განვითარების ხელშეწყობა;
- სამედიცინო განათლებისა და კადრების მომზადება-გადამზადების სისტემის კოორდინირება და რეგულირება;

- ქვეყნის ტერიტორიაზე სამედიცინო საქმიანობაზე ნებართვის გაცემა და მისი რეგულირება;
- სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების შემუშავება, დამტკიცება და მისი დაცვის კონტროლი;
- სამკურნალო მეთოდების გამოყენებაზე ნებართვის გაცემა;
- ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი.

აღნიშნული ძირითადი მიმართულებები უზრუნველყოფილი იქნება:

- სამედიცინო მომსახურების სტრატეგიულ სამსახურთა ფუნქციონირებით;
- ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შედგენით, დამტკიცებითა და დაფინანსებით.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ჯანსაღი ეკონომიკური მექანიზმების დამკვიდრებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო მომსახურების საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის პროცესში სახელმწიფო რეგულირების ფორმათა განსაზღვრას. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ფასების რეგულირება, წარმოებული პროდუქტის უაღრესად სპეციფიკური სამომხმარებლო ღირებულების გამო, განსაკუთრებით საქართველოს დღევანდელ ვითარებაში, მარტივ საბაზრო ურთიერთობათა სისტემას ვერ დაეყრდნობა.

საზოგადოებრივად აუცილებელი დანახარჯების ზომასა და რეალურ მოთხოვნებთან ფასების მაქსიმალური შეთანხმებისთვის, საჭიროა ჩამოყალიბდეს სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების დადგენის სპეციალური მუდმივმოქმედი სისტემა, რომლის ორგანიზაციაც უნდა განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების სფეროში ჩართული ყველა მხარის ინტერესთა ოპტიმალური შეხამებით.

აღნიშნული სისტემის ქვაკუთხედი უნდა გახდეს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფოს მიერ გარანტირებული საბაზო პროგრამის დადგენა და მისი ამუშავება. ეს მოიცავს მუშაობის გაშლას სამი მიმართულებით:

1. ქვეყანაში არსებული ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის შესწავლის (სტატისტიკური და ეპიდპროგნოზირების მეთოდებით) საფუძველზე პრიორიტეტულ დაავადებათა განსაზღვრა, რომლებიც უნდა შევიდნენ სახელმწიფო საბაზო პროგრამაში; მათი სტრუქტურითაც

მკურნალობის სახეობის მიხედვით (სტაციონარული, ამბულატორული, პროფილაქტიკური და სხვა); შესაბამისი სტანდარტების შემუშავება და მათი კალკულაციის საფუძველზე დინამიკური, ადვილად ცვალებადი ფასების დადგენა, რათა ისინი შეესაბამებოდეს ჩვენი ქვეყნის საბაზრო კონიუნქტურის მრავალმხრივ და ძნელად პროგნოზირებად ცვლილებებს;

2. ტერიტორიულ დონეზე (რესპუბლიკური, რეგიონული, რაიონული) საბაზო პროგრამის გადანაწილება უზრუნველყოფს მათ ურთიერთშესაბამისობას;
3. სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების, განურჩევლად მათი საკუთრების ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა, აკრედიტაცია და ლიცენზირება; ყველა მკურნალის კვალიფიკაციის ობიექტური დადგენა და მათთვის შესაბამისი სერტიფიკატების გადაცემა; საბაზო პროგრამის შემსრულებელთა ერთიანი ატესტირება.

მთელი ამ მექანიზმის ამუშავებას საფუძვლად უნდა დაედოს საბაზო პროგრამის შემფასებელი სახელმწიფო სტანდარტები და კრიტერიუმები, რომლებიც განვითარების კვალდაკვალ უნდა ითვალისწინებდეს საქართველოს რეალურ სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას და ადგილობრივ პირობებს.

სახელმწიფო სტანდარტებსა და კრიტერიუმებზე დაყრდნობით უნდა განხორციელდეს სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირების პროცესის სახელმწიფოებრივი მართვა. საჭიროა, ჩამოყალიბდეს შესაბამისი კონტროლის წარმართვის ორგანიზაციული სტრუქტურები, შეიქმნას მათი სამართლებრივი უზრუნველყოფის ბაზა; აუცილებელია, დამუშავდეს მედიკოსთა სამართლებრივი და ეკონომიკური პასუხისმგებლობის მკაფიოდ ჩამოყალიბებული ფორმები შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე და შედეგზე.

შემუშავდება დროებითი და მუდმივი პროგრამები პრობლემის აქტუალობის გათვალისწინებით. მაგალითად, დროებითი იქნება ლტოლვილთა და იძულებით გადაადგილებულთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, მუდმივად სახელმძღვანელო პროგრამებია: ცხოვრების ჯანსაღი წესის, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პროგრამები და სხვა.

საქართველოს გეოპოლიტიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით ზოგიერთმა პროგრამამ შეიძლება მიიღოს ტრანსნაციონალური ხასიათი და

მათ რეალიზებაში მონაწილეობა მიიღოს სხვადასხვა დაინტერესებულმა ქვეყნამ. ასეთს განეკუთვნება, მაგალითად, ნარკომანიის, განსაკუთრებით საშიში ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლის პროგრამები და სხვა.

დარგის რეორგანიზაციის პროცესი წარმოდგენილია ადექვატური ორგანიზაციული ფორმების დანერგვის გარეშე, რომლის საფუძველი უნდა იყოს მართვის სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და გადანაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ხელისუფლებასა და ადგილობრივი მართვის ორგანოებს შორის. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს მართვის სტრატეგიულ პრობლემათა გადაწყვეტა.

ნაგულისხმევია, შეიქმნას ჯანმრთელობის დაცვის რეგიონული სტრუქტურები ქვეყნის ბუნებრივ-ეკონომიკური ზონების გათვალისწინებით – რეგიონულ ცენტრებს საქმიანობის პრიორიტეტულ მიმართულებად განესაზღვრებათ მოსახლეობის სპეციალიზებული, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება და რეგიონში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის კოორდინირება. თვისობრივად ახალ ფუნქციებს იძენს რაიონული და საქალაქო ჯანდაცვითი ორგანოების საქმიანობა. მათი მუშაობის ქვაკუთხედეა რაიონული (საქალაქო) პროგრამების შემუშავება და მათი შესრულების კოორდინირება, აქტიური მონაწილეობის მიღება რესპუბლიკური და რეგიონული პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში. ეს ორგანო გათავისუფლდება სამედიცინო დაწესებულებათა უშუალო მეურვის ფუნქციებისგან, ვინაიდან თვით ეს დაწესებულებები სამეურნეო ანგარიშიან ურთიერთობებზე გადადიან და იძენენ შესაბამის სამართლებრივ და ეკონომიკურ თავისუფლებას სახელმწიფოს მიერ მკვეთრად გამოყოფილ ჩარჩოებში.

სამედიცინო მომსახურების ობიექტურად მაღალი ღირებულების გამო, კონკრეტული მომხმარებელი, როგორც წესი, ვერ შეძლებს ხარჯების დამოუკიდებლად ანაზღაურებას, ამიტომ აუცილებელია, ქვეყანაში ფართოდ გავრცელდეს სამედიცინო დაზღვევის პროგრესული ფორმები – ამოქმედდეს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც განახორციელებს საბაზო პროგრამის რეალიზებას; პარალელურად უნდა დაიწყოს ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო კომპანიების ჩამოყალიბებაც.

არსებულ ვითარებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ისეთი სახელმწიფო საინვესტიციო პოლიტიკის

წარმართვას, რომელიც მიმართული იქნება მთელი სისტემის სტრუქტურული რეორგანიზაციისა და მისი ფუნქციონირების ჯანსაღ პირობათა შექმნისკენ. საქართველოში მეურნეობრიობის ახალ ფორმათა განვითარებასთან ერთად ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ინვესტიციების სოლიდური წყარო უნდა გახდეს ადგილობრივი კერძო კაპიტალი. ამასთან, საჭიროა, დამუშავდეს კერძო ბიზნესის საქველმოქმედო საქმიანობის მასტიმულირებელი ღონისძიებანი.

მედიცინის ყველა დარგში თანამედროვე მაღალინტენსიფიცირებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უზრუნველყოფა საქართველოს დამოუკიდებლად გაუჭირდება, ამიტომ საერთაშორისო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან საკუთარი სპეციალიზებული ფუნქციით ინტეგრაცია უნდა გახდეს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების რეალური პირობა. მან ხელი უნდა შეუწყოს ჩვენში თანამედროვე სამედიცინო კულტურის განვითარებას, საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ცივილიზებული ბაზრის ჩამოყალიბებას.

სწორედ ამ მიზნით გაააქტიურა მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ ბოლო პერიოდში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკი, საერთაშორისო საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, საზღვარგარეთის ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროები სულ უფრო მჭიდროდ თანამშრომლობენ ჩვენთან.

ქვეყნის ხელმძღვანელთას მაღალი საერთაშორისო ავტორიტეტი იძლევა ამგვარი კონტაქტების საშუალებას. ისინი ჩვენ წინაშე აყენებენ ერთადერთ მოთხოვნას – გადავიდეთ ცივილიზებულ ურთიერთობებზე, დავიწყოთ დარგის რეორგანიზაცია და გვპირდებიან, რომ დახმარება არ დაიგვიანებს.

ხვალიდან ჩვენთან მუშაობას იწყებს მსოფლიო ბანკის ავტორიტეტული მისია, რომლის წარმომადგენელი ბ-ნი ბარნუმი ჩვენს დღევანდელ სხდომას ესწრება. წინასწარი შეხვედრები და ერთობლივი მუშაობა გვადლევს იმის საფუძველს, რომ გარდამავალ პერიოდში მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერის იმედი უნდა ვიქონიოთ. მხარდაჭერა იქნება როგორც ფინანსური, ასევე ინტელექტუალური, რასაც არანაკლები ღირებულება აქვს ჩვენთვის.

გაეროს ბავშვთა დაცვის ფონდთან თანამშრომლობა გვამღევს იმის საფუძველს, რომ დედათა და ბავშვთა დაცვის პროგრამის მნიშვნელოვანი ნაწილის უზრუნველყოფა მათ მიერ იქნება გარანტირებული.

ყველასათვის ცნობილია თუ რა ფართომასშტაბიან დახმარებას უწევს საქართველოს ამერიკის შეერთებული შტატების მთავრობა და სახელმწიფო დეპარტამენტთან არსებული საერთაშორისო განვითარების სააგენტო. ჰუმანიტარულ დახმარებასთან ერთად ამერიკის მხარე ახორციელებს გრძელვადიან ტექნიკური დახმარების პროგრამებს, რომელშიც მონაწილეობენ თბილისთან დამოკიდებული ქალაქ ატლანტას წამყვანი სამედიცინო ცენტრები. განსაზღვრულია ახლო მომავალში ჯანდაცვის ორგანიზაციის სწავლების მუდმივმოქმედი რეგიონული ცენტრის დაარსება. ამ პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტები სწავლობენ ემორის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლაში; თბილისის მე-2 საავადმყოფოს ბაზაზე ატლანტელი კოლეგების დახმარებით ყალიბდება ამერიკული ტიპის ჰოსპიტალი. განსაკუთრებით უნდა შევჩერდეთ უკვე დაწყებულ თანამშრომლობაზე აშშ-ის კოსმოსური კვლევის ეროვნულ ცენტრთან. მათი დახმარებით გაჩნდა შესაძლებლობა კოსმოსური სკანირების საშუალებით მივიღოთ ინფორმაცია საქართველოს ტერიტორიაზე მიკრობული ფლორის გავრცელების შესახებ, რაც გვამღევს დაავადებათა გარკვეული ჯგუფის პროგნოზირების საშუალებას. ეს მცირედი ჩამონათვალი გაძლევთ წარმოდგენას თუ როგორი მჭიდრო ურთიერთობებია ჩამოყალიბებული ჩვენს ამერიკელ კოლეგებთან.

მიმდინარე წლის სექტემბერში კოპენჰაგენში ხელი მოეწერა ჩვენსა და რუსეთის ფედერაციის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან ურთიერთთანამშრომლობის მრავალმხრივ ხელშეკრულებას, რაც საიმედო და კომპლექსური პარტნიორული ურთიერთობის მყარ საფუძველებს ქმნის.

ასეთივე საინტერესო ურთიერთობები ყალიბდება სომხეთის რესპუბლიკასთან, უკრაინასთან. ცალკე აღნიშვნას იმსახურებს ჩვენი და გერმანიის ურთიერთობა. მან უკვე გამოიღო სასიკეთო შედეგი, რომელსაც მოსახლეობა იგრძნობს უახლოეს მომავალში წამალმომარაგების დაძაბულ სიტუაციაში გარკვეული შეღავათებით.

გამოიკვეთა ურთიერთთანამშრომლობის საინტერესო ფორმები ცენტრალური აზიის სუვერენულ რესპუბლიკებთან, რაც დიდ პერსპექტივებს

გვისახავს ჩვენს ქვეყნებს შორის საერთო ეკონომიკური ინტეგრაციის უკვე დაწყებული პროცესის გაფართოებასა და განმტკიცებაში. ამ დღეებში თბილისში გვეწვევა თურქეთის რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი - გვაქვს საფუძვლიანი იმედი, რომ მოვახდენთ საინტერესო საერთაშორისო ჯანდაცვითი პროგრამების რეალიზებას.

ყოველივე ამის ხორცშესხმისთვის აუცილებელია დარგის ძირეულად რეორგანიზაციის პროცესის დროული დაწყება და მისი კვალიფიციური გატარება, რაც ყოველთვის ჩვენზე არაა დამოკიდებული. მუშაობის გააქტიურება საჭიროა პოლიტიკური, სამართლებრივი და ეკონომიკური მიმართულებებით.

ვსარგებლობ შემთხვევით, რომ ამ შეკრების მონაწილენი ბრძანდებით იმ ძირითადი სამინისტროებისა და უწყებების ხელმძღვანელები, რომელთაც უნდა უზრუნველყონ რეფორმების მხარდაჭერა. აუცილებელია ახალი ურთიერთობების დამამკვიდრებელი სამართლებრივი ბაზის ოპერატიულად განხილვა და მიღება, საჭიროა ხელისუფლების პოლიტიკური მხარდაჭერა და ახალი ეკონომიკური ურთიერთობების დამკვიდრებისთვის სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებების დაბალანსებული ფინანსური უზრუნველყოფა.

ასეთია მოკლედ შემოთავაზებული მოდელის რელიეფური სურათი. ჩვენს სტუმრებს გადმოგვცათ ორ-ორი კრებული, სადაც აღნუსხულია რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის აუცილებელი დოკუმენტები, მასალები და მათი კომენტარი. ვფიქრობ, გარკვეულ ინფორმაციას მათი საშუალებითაც მიიღებთ.

თქვენი ნებართვით, თეზისურად შევჩერდები რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის განხორციელებისთვის აუცილებელი სამუშაოების ძირითად მიმართულებებზე.

დარგის პრაქტიკული რეორგანიზაცია უკვე დაწყებულია: სამინისტროს ახალი ფუნქციების შესაბამისად აეწყო მისი აპარატის სტრუქტურა; განსაკუთრებით საყურადღებო ცვლილებები მოხდა მოსახლეობის წამალმომარაგების სახელმწიფო სისტემაში: ძველი მონოპოლიური სტრუქტურა – მთავარი სააფთაქო სამმართველო გაუქმდა, მის ადგილზე შეიქმნა სამი დამოუკიდებელი სახელმწიფო ფარმაცევტული საწარმო და

ერთი სახელმწიფო სამსახური; მკვეთრად გაიმიჯნა სამკურნალო საშუალებათა შემოტანისა და ვაჭრობის ფუნქციები; აფთიაქები გადავიდა ადგილობრივი თვითმმართველობების დაქვემდებარებაში – შემდგომში მათი პრივატიზებით ეს ზღვარი კიდევ უფრო გაფართოვდება.

ყოველივე ამას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს დღეს, როცა რესპუბლიკის მედიკამენტებით მომარაგებაში მძიმე მდგომარეობა გვაქვს. გარდამავალ პერიოდში სამკურნალო საშუალებების მწვავე დეფიციტმა ჩამოგვიყალიბა არასწორი მექანიზმები. შეიქმნა უამრავი კერძო ჯგუფი, რომელთა უმრავლესობა სათანადო ლიცენზიების გარეშე ფუნქციონირებს.

საქართველოში მივიღეთ მედიკამენტების ველური, არარეგულირებადი, მსოფლიოში ყველაზე იაფი ბაზარი. ვადაგასული, გაუვარგისებული, ფალსიფიცირებული მედიკამენტების მავნე ზემოქმედება კიდევ უფრო აუარესებს ისედაც შეჭირვებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

არსებული პროცესების განვითარება იძლევა არაკეთილსინდისიერი ქმედებები ჩადენის შესაძლებლობებს. ამ მხრივ განსაკუთრებით მტკივნეულია ჰუმანიტარული დახმარებით შემოსული მედიკამენტების გადინება ამ ველურ ბაზარზე. რომ არაფერი ვთქვათ ზნეობრივ მხარეზე, ამგვარი ფაქტები აკნინებს ქვეყნის საერთაშორისო ავტორიტეტს. სამწუხაროდ, ადგილი აქვს ჰუმანიტარული დახმარებით მიღებული მედიკამენტების არამიზნობრივ და არაოპტიმალურ, ზოგჯერ კი დანაშაულებრივ გამოყენებას. ის საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომლებიც ეწევიან ჰუმანიტარული დახმარებით მიღებული საქონლის საქართველოში შემოტანას, ყოველთვის როდი ითვალისწინებენ ჩვენს მოთხოვნილებებს. სუსტია და ხშირად ვერ ხერხდება ამ ორგანიზაციების საქმიანობის კოორდინაცია მათი მხრიდან გარკვეული წინააღმდეგობების გამოც.

სწორედ ამ მიზეზების აღმოფხვრის მიმართულებით ტარდება გარკვეული სამუშაოები: შეიქმნა ჰუმანიტარული დახმარების სააგენტო, რომელმაც ფუნქციონირების ხუთი თვის განმავლობაში შეძლო გარკვეული კონტაქტების დამყარება ცალკეულ საერთაშორისო ჰუმანიტარულ ორგანიზაციასთან; მზადდება თანამშრომლობის ერთიანი შეთანხმებამემორანდუმი, რაც უზრუნველყოფს კოორდინირებულ მუშაობას; შეიქმნა სპეციალური სამსახური, რომელიც აწარმოებს ჰუმანიტარული გზით

შემოსული მედიკამენტების აღრიცხვას, შენახვას, დაფასობასა და განაწილებას სპეციალურად შემუშავებული ინსტრუქციის თანახმად. წამლის ხარისხის კონტროლის სახელმწიფო ინსპექციამ უკვე დაიწყო ჰუმანიტარული გზით მიღებული მედიკამენტების ხარისხის რეგულარული შემოწმება.

ვფიქრობთ, ეს და სხვა ღონისძიებები მოაწესრიგებს ამ მნიშვნელოვან საქმეს, თუკი, რა თქმა უნდა, გაგრძელდება დახმარებები.

მზად გვაქვს ფარმაცევტული დაწესებულებების ლიცენზირების ახალი წესები და პირობები, სადაც მნიშვნელოვნად გამკაცრდა და საერთაშორისო სტანდარტებს მიუახლოვდა შესაბამისი მოთხოვნები, რომლის რეალურად გატარებისთვის გვჭირდება სამართალდამცავი და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მხარდაჭერა.

ამასთანავე, აუცილებელია, სახელმწიფომ გაატაროს ერთიანი პროტექციონისტული პოლიტიკა სამკურნალო საშუალებების შემოტანისთვის, კერძოდ, საჭიროა, გაუქმდეს გადასახადები იმ სახელმწიფო საწარმოებისთვის, რომლებიც ახორციელებენ მოსახლეობის მედიკამენტებითა და ავადმყოფთა მოვლის საგნებით მომარაგებას. ამასთანავე, უნდა გამოვიყენოთ თანამეგობრობის ქვეყნებს შორის დადებული ხელშეკრულებები, რაც საშუალებას მოგვცემს, გაუქმდეს საქართველოში შემოტანილ მედიკამენტებზე დაწესებული გადასახადები, რომლებიც, ზოგიერთ შემთხვევაში, საერთო ჯამში, პროდუქციის ღირებულების 30% აღწევს. ყოველივე ეს მოგვცემს საშუალებას, მოსახლეობისთვის უმტკივნეულოდ გავატაროთ წამალმომარაგების მოწესრიგების აუცილებელი ღონისძიებანი.

ჩამოყალიბდა ჩვენი ქვეყნისათვის თვისებრივად ახალი სტრუქტურები:

- წამლის ხარისხის კონტროლის სახელმწიფო ინსპექცია;
- ფარმაკოპეის სახელმწიფო კომიტეტი;
- ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების სახელმწიფო კომიტეტი;
- ჰუმანიტარული დახმარების სააგენტო;
- საგარეო-ეკონომიკურ ურთიერთობათა სააგენტო.

საინტერესო პერსპექტივები ჩნდება სამედიცინო ბიზნესის ინდუსტრიისა და სერვისის განვითარებისთვის. გვეძლევა საშუალება, ამ მიმართულებით რეგიონში დავიკავოთ წამყვანი პოზიციები, რაშიც ჩვენმა გეოპოლიტიკურმა მდგომარეობამაც უნდა შეგვიწყოს ხელი.

სამედიცინო ბიზნესის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს მიმართულებად გვესახება საკურორტო-რეკრეაციული რესურსების ეფექტიანი გამოყენება. ეს შესაძლებლობას მოგვცემს, სამკურნალო-სარეაბილიტაციო პროცესის განვითარება ვაქციოთ დამატებითი შემოსავლების მნიშვნელოვან წყაროდ. ჩვენი საკურორტო რესურსებისა და ჭარბი სამედიცინო პოტენციალის მიზანმიმართული ამოქმედებით შესაძლებლად მიგვაჩნია რეგიონში განლაგებულ სახელმწიფოთა მოსახლეობის მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ორგანიზება.

ამჟამად ვმუშაობთ სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის, სამედიცინო ტექნიკის რესპუბლიკური გაერთიანების, ჩვენი სამშენებლო კომპლექსისა და სამედიცინო მომარაგების სისტემების რეორგანიზაციაზე.

დარგის რეორგანიზაცია ქვეყანაში მიმდინარე რადიკალური რეფორმების პროცესს დაემთხვა. ამას თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები აქვს. ბუნებრივია, სასარგებლოა ის, რომ დარგში მიმდინარე ცვლილებები ორგანულად შეერწყმება ქვეყანაში მიმდინარე გარდაქმნას. მათი კორექტირება სიმეტრიულად განხორციელდება, რაც უდავოდ დადებითი მოვლენაა, მაგრამ, ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს ის მომენტი, რომ ორივე ეს მოვლენა თავის საწყის სტადიაში მოსახლეობის მდგომარეობას ართულებს. რეფორმით შეჭირვებული მოსახლეობისათვის თავისთავად ძნელი იქნება სამედიცინო დახმარების ახალ პირობებზე მორგება, რაც კონკრეტულ ადამიანებს დამატებით სირთულეებს შეუქმნის, ამიტომაც ჩვენი სტრატეგიაა რეორგანიზაციის სამუშაოების პარალელურად პირველ ეტაპზე მნიშვნელოვანი ადგილი დაეთმოს კონკრეტული საკითხების სრულ მოგვარებას.

ამ მიზნით პირველი ექვსი თვის განმავლობაში ჩვენ გვექნება, თუ შეიძლება ასე ითქვას, შერეული სისტემა – სამედიცინო დაწესებულებები ამ პერიოდში სამეურნეო ანგარიშიანი შემოსავლების გარდა სახელმწიფო შეკვეთის სახით მიიღებენ გარკვეულ დაფინანსებასაც.

ყოველივე ამისათვის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში შეიქმნება სპეციალური არაინსტიტუციონური სახელმწიფო ფონდი, რომელიც განახორციელებს ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის რეგულირებისთვის აუცილებელი სახსრების აკუმულირებას და მის მიზანმიმართულ გამოყენებას როგორც სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად, ასევე რეორგანიზების პირველ პერიოდში აუცილებელი სამედიცინო დაწესებულებების მხარდაჭერას. ფონდის, ხარჯვისა და წარმოქმნის დებულება მოცემულია თქვენთვის გადმოცემულ მასალებში.

კარგად გვესმის, რომ ნებისმიერი რეფორმა, თანაც დარგის სრული რეორგანიზაცია, რთული და მტკივნეული პროცესია – თვისობრივად იცვლება მრავალი ათეული წლის განმავლობაში ჩამოყალიბებული სისტემა, რომელსაც უშუალოდ საქმე ჰქონდა ადამიანთან და მის ჯანმრთელობასთან.

გარდაუვალია შესაბამისი სოციალური კატაკლიზმები, რომლებიც გამომდინარეობს მოსახლეობის მენტალიტეტის მასობრივი ცვლილებებისგან. ჩვენ გვამედებს ის, რომ ჩვენი კოლეგები, მთლიანად მოსახლეობის დიდი ნაწილი გაგებით ეკიდება ამ ნაბიჯს, რასაც ადასტურებს ჩატარებული სოციალური გამოკვლევის შედეგები, რომლის თანახმად რეფორმებს ჯანდაცვაში მხარს უჭერს გამოკითხულთა 74%. ამასთანავე, ცხადია, რომ საჭიროა გაძლიერდეს მუშაობა საზოგადოებრივი აზრის ჩვენს სასარგებლოდ ფორმირებისათვის, რათა მოხერხდეს რეორგანიზაციის პროცესის ნაკლები ზიგზაგებითა და ტკივილებით განხორციელება.

მინდა გამოვთქვა რწმენა, რომ საზოგადოებრიობა, პირადად სახელმწიფოს მეთაური, საქართველოს პარლამენტი, მინისტრთა კაბინეტი, ჩვენი რეგიონების, ქალაქებისა და რაიონების ხელმძღვანელები, ამ რთულ პერიოდში ჩვეულ მხარდაჭერას არ მოგვაკლებენ, რამეთუ მტკიცედ გვწამს, ჯანდაცვის რეორგანიზაციის მხარდაჭერა არის ქვეყნის მოსახლეობის სასიცოცხლოდ აუცილებელი ინტერესების მხარდაჭერა, და, თუ ჩვენ, ყველა, ვივლით ამ გზით, მაშინ სიმძნელებიც ადვილი დასაძლევია იქნება და ეს ნათელი მიზანიც უფრო ადვილად მისაღწევი.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

პარლამენტის სხდომა

1994 წლის დეკემბერი

1995 წლის ბიუჯეტის პროექტის განხილვა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო დეპუტატებო,

მიმდინარე წლის მარტში აქ, ამავე ტრიბუნიდან თქვენ წინაშე გამოსვლისას ჩამოვყალიბეთ დარგის რეორგანიზაციის ჩვენეული კონცეპტუალური აქსიომატიკა, რომლის მიხედვითაც შემდგომში ჩვენი ქვეყნისა და საზღვარგარეთის ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ცნობილი ექსპერტების მონაწილეობით შეიქმნა დარგის რეორგანიზაციის კონცეფცია, რის საფუძველზეც დამუშავდა რეფორმის პირველი ეტაპის ღონისძიებათა პროგრამა. პროგრამა განიხილა და 1994 10 ოქტომბრის დადგენილებით დაამტკიცა საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტმა.

დღეს, როცა იხილება მომავალი – 1995 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტი, ჩვენი პოზიცია წინა წლებთან შედარებით განსხვავებულია. ახალი სამეურნეო მექანიზმის მიხედვით, ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ბიუჯეტის ოდენობა განსაზღვრავს სახელმწიფო ვალდებულებების მოცულობას საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, განსხვავებით წინა წლების პრაქტიკისაგან, როცა გამოყოფილი ასიგნებების ოდენობა არ ცვლიდა სახელმწიფო ვალდებულებებს.

ჯანდაცვის პოზიციებიდან სახელმწიფო ბიუჯეტის დახასიათება შეიძლება შემდეგნაირად:

1. როგორი პრიორიტეტი ენიჭება სახელმწიფოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას დროის კონკრეტულ მონაკვეთში;
2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის რა დონის გარანტირებულ უზრუნველყოფას გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი ასიგნებები.

შევეცდებით, ამ პოზიციებიდან გავაანალიზოთ განსახილველად წარმოდგენილი ბიუჯეტი.

1995 წლისთვის განსაზღვრულია სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯები 243 ტრილიონ 716 მილიარდ 144 მილიონი კუპონის მოცულობით. როგორაა მასში გამოკვეთილი ჯანდაცვის პრიორიტეტი? ამის შეფასება ორი პარამეტრით შეიძლება.

პირველი ემოციური და ზოგადია – გაშიფრულ ხარჯებში ჯანდაცვას რომელი ადგილი უჭირავს?

ჩამოთვლილ ცხრა მუხლთაგან ჯანდაცვასა და სპორტს ერთად უჭირავთ მეშვიდე ადგილი და ის უსწრებს მხოლოდ მეცნიერებასა და კულტურაზე გამოყოფილ ხარჯებს.

მეორე მაჩვენებელი უფრო ნათელ სურათს გვაძლევს. ესაა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების ხვედრითი წილი ბიუჯეტის მოცულობაში. ამ ჯგუფიდან სპორტის გამორიცხვის შემდეგ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების ხვედრითი წილი ბიუჯეტში შეადგენს 1,8%-ს. თუ მხედველობაში მივიღებთ იმას, რომ შესაბამისი მაჩვენებელი ბოლო თხუთმეტი წლის განმავლობაში არასოდეს არ ჩამოსულა 8%-ზე დაბლა, ცხადი გახდება ამ მაჩვენებლის კრიტიკულად დაბალი დონე.

მიმდინარე წლის 10 ოქტომბრის დადგენილებით საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტმა დაამტკიცა „ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტური დაფინანსების დროებითი დებულება გარდამავალი პერიოდისთვის“. ამ დებულებით ბიუჯეტიდან „ნარჩენი მეთოდით“ დაფინანსებიდან განსაზღვრული იყო პროგრამულ დაფინანსებაზე გადასვლა, რომლის დროსაც ჯანდაცვისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების ოდენობა არსებული მეთოდიკის მიხედვით განისაზღვრება. ამ მეთოდიკით 1995 წლის ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის სახელმწიფო რესპუბლიკური პროგრამების დასაფინანსებლად უნდა გამოყოფილიყო 21 ტრილიონ 203 მილიარდ 292 მილიონი კუპონი, ანუ პროექტით გათვალისწინებულზე 4,7-ჯერ მეტი. სამწუხაროდ, მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება პირველივე ბიუჯეტის პროექტის შედგენისას დაირღვა.

ახლა მივუბრუნდეთ მეორე საკითხს: გამოყოფილი სახსრები რა ოდენობის სამუშაოს ეყოფა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში?

დაგეგმილია რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან 4 ტრილიონ 468 მილიარდ 266 მილიონი კუპონის გამოყოფა. დღეს არსებული კურსით ეს შეადგენს 3 მილიონ 575 ათას აშშ დოლარს, ანუ ერთ მოსახლეზე გაანგარიშებით 71 ცენტს. მაჩვენებელი ძალიან დაბალია და ამგვარი ფინანსური უზრუნველყოფით უადრესად მცირე პროგრამის განხორციელებას თუ შევძლებთ. შედარებისთვის აღვნიშნავთ, რომ ისეთი მნიშვნელოვანი და აუცილებელი პროგრამის წლიური მოცულობის დაფინანსებისთვის, როგორცაა შიდსთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამა, აუცილებელია 680 ათასი აშშ-ის დოლარი; დიაბეტით დაავადებულთა აუცილებელი სამკურნალო საშუალებით უფასოდ უზრუნველყოფისათვის საჭიროა 2.4 მილიონი აშშ დოლარი, ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის უზრუნველსაყოფად – 700 ათასი აშშ დოლარი, მოსახლეობის იმუნიზაციის სავალდებულო პროგრამის განხორციელებისთვის – 25 მილიონი აშშ დოლარი; დედათა და ბავშვთა მკურნალობისთვის – 12 მილიონი აშშ დოლარი.

ცხადია, ამ პირობებში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების იმედად თუ დავრჩებით, მაშინ სახელმწიფოს ვალდებულება საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით იქნება საკმაოდ დაბალი.

ჩვენ კარგად გვესმის თუ რა მნიშვნელობა აქვს ქვეყნისთვის რეალური და უდღეფიციტო ბიუჯეტის მიღებას და, მიუხედავად ამგვარი დონისა, აუცილებელია წარმოდგენილი ბიუჯეტის მიღება, ამასთან, აუცილებელია დარგის რეორგანიზაციის სამუშაოების დაჩქარება, რაც მოგვცემს ჯანდაცვის სახელმწიფო თანხებში არასაბიუჯეტო სახსრების მოზიდვისა და, მეორე მხრივ, არსებული სახსრების ოპტიმალური, მიზანმიმართული და ეფექტიანი გამოყენების საშუალებას. დარგში მიმდინარე რეფორმა გვაძლევს ამის შესაძლებლობას. მთავრდება აუცილებელი სახელმწიფო პროგრამების დამუშავება, რომელსაც პარლამენტს უახლოეს მომავალში წარვუდგენთ განსახილველად. ჩვენ რესპუბლიკური და ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან გამოყოფილი სახსრების კონცენტრაციის, არასაბიუჯეტო სახსრების მოზიდვითა და საზღვარგარეთიდან მიღებული დახმარებისა და კრედიტების უნარიანი გამოყენებით ვაპირებთ, მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფოს ვალდებულება განისაზღვროს აუცილებელი იმუნიზაციით, სოციალურად საშიში დაავადებების მკურნალობით და პროფილაქტიკით, დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარების კომპლექსური პროგრამით,

სიცოცხლისათვის უშუალო საფრთხიდან ადამიანის გამოყვანისთვის საკმარისი სამედიცინო დახმარებით.

მიგვაჩნია, რომ დღეისათვის ეს ჩვენი შესაძლებლობების მაქსიმალურად გამოყენებაა და მათი რეალიზაციისთვის აუცილებელია აღნიშნული ბიუჯეტის მიღება და კონკრეტული რეფორმების სახელმწიფოებრივი და სამართლებრივი მხარდაჭერა.

გთხოვთ, უახლოეს მომავალში პარლამენტის კიდევ ერთი სხდომა დაევუთმოდ ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის საკითხებს, რათა შევქმნათ დღეისათვის აუცილებელი სამართლებრივი ბაზა, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ცივილიზებული ურთიერთობების ლეგალურ დანერგვას.

გმადლობთ ყურადღებისათვის

მინისტრთა კაბინეტის სხდომა

1995 წლის იანვარი

**საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ
გაწეული მუშაობა დარგის რეორგანიზაციის მიმართულებით**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ბოლო წლებში მნიშვნელოვანი სამუშაოები ჩატარდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესის უზრუნველსაყოფად. გამოვიკვლიეთ და გავაანალიზეთ ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის, ეკონომიკისა და მართვის არსებული მოდელი; შევისწავლეთ მსოფლიოს ცალკეული ქვეყნების შესაბამისი გამოცდილება და ამის საფუძველზე შარშან დაიწყო დარგის რეორგანიზაციის კონკრეტული მოდელის შექმნისა და განხორციელების სამუშაოები.

1994 წლის მარტში ჩამოყალიბდა და საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტს წარედგინა დარგის რეორგანიზაციის კონცეპტუალური საფუძვლები, რომელთა ბაზაზე სამამულო და უცხოელი ექსპერტების ერთობლივი მუშაობით შეიქმნა დარგის რეორგანიზაციის კონცეფცია და მრავალეტაპიანი პროგრამა.

პროგრამის პირველი ეტაპის ღონისძიებები დამტკიცდა საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის 1994 წლის 10 ოქტომბრის შესაბამისი დადგენილებითა და საქართველოს რესპუბლიკის სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის N400 ბრძანებულებით.

აღნიშნული პროგრამის მომზადებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ჯანდაცვის ორგანიზაციის, ეკონომიკისა და მართვის პრობლემებზე მოწყობილმა სამმა საერთაშორისო სამედიცინო-პრაქტიკულმა სემინარმა, რომლებიც ჩატარდა ბორჯომში ამერიკელი და დასავლეთ ევროპის წამყვანი ექსპერტების მონაწილეობით.

აშშ-ის ცნობილი სამეცნიერო-საგანმანათლებლო სკოლების პროგრამებით ჯანდაცვის მენეჯმენტის სპეციალურ კურსებზე სწავლების სრული კურსი

გაიარა ჩვენმა ოცდახუთამდე სპეციალისტმა. ამჟამად მიმდინარეობს ამგვარი პროგრამით სწავლების მუდმივმოქმედი სკოლის ჩამოყალიბება საქართველოში.

1995 წელს დაიწყო დარგის რადიკალური ეკონომიკური რეფორმის კომპლექსური პროგრამა, რომლის განხორციელების მიზნით შემუშავდება:

- ჯანდაცვის ბიუჯეტური დაფინანსების ახალი დებულება;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის დებულება;
- იურიდიულ და ფიზიკურ პირთათვის სამედიცინო საქმიანობაზე ნებართვის მიცემის დებულება;
- სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზაციის დებულება;
- სამეურნეოანგარიშიან სამედიცინო დაწესებულებათა წესდება;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის დებულება;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების დებულება;
- ცალკეულ ნოზოლოგიათა სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტები;
- ცალკეულ ნოზოლოგიებზე სავალდებულო სახელმწიფო ფასების დადგენის მეთოდოლოგია;
- სავალდებულო სახელმწიფო სამედიცინო საბაზო პროგრამის პროექტი;
- იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის პროექტი;
- სოციალურ დაავადებებთან ბრძოლის სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის პროექტი;
- შიდსთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამის პროექტი;
- სახელმწიფო სამედიცინო რეზერვის შექმნისა და განახლების სახელმწიფო პროგრამის პროექტი;
- სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური კეთილდღეობის სახელმწიფო პროგრამის პროექტი.

დარგის რეორგანიზაციის პროცესის თანმიმდევრული და მიზანმიმართული წარმართვისთვის ჩატარდა მოსახლეობის სამკურნალო-საშუალებებითა და ავადმყოფის მოვლის საგნებით უზრუნველყოფის არსებული სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია. შეიქმნა:

- წამლის ხარისხის კონტროლის ინსპექცია;
- ნარკოლოგიური და ფსიქოტროპული საშუალებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის სახელმწიფო ინსპექცია;
- სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების სახელმწიფო კომიტეტი;

- ფარმაცოპეის სახელმწიფო კომიტეტი;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი;
- ჯანდაცვის მართვის პრობლემების ნაციონალური ცენტრი.

ამჟამად ვმუშაობთ ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ცენტრების შესაქმნელად; მიმდინარე წელს დაიწყება სამედიცინო დაწესებულებების მასობრივი აკრედიტაცია და ლიცენზირება, მათი გადაყვანა სამეურნეოანგარიშიანი ურთიერთობების საწყისებზე; მუშავდება სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზაციის პროგრამისა და სამედიცინო მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის პროექტები.

დარგში რადიკალური ეკონომიკური რეფორმის გატარებისთვის აუცილებელია მისი შესაბამისი სამართლებრივი ბაზით უზრუნველყოფა. ამისათვის საჭიროა, საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტმა განიხილოს დარგის რეორგანიზაციის კონცეფცია, აუცილებელი სახელმწიფო პროგრამები, კანონპროექტი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ და მიიღოს შესაბამისი გადაწყვეტილებები.

ჯანდაცვის რეორგანიზაციის პროგრამა გამომდინარეობს საქართველოს ანტიკრიზისული პროგრამის მოთხოვნილებებიდან. ამ მიმართულებით შევძელით ზოგიერთი ღონისძიების სრულყოფა და განვითარება. ისინი მოიწონა მსოფლიო ბანკის სპეციალურმა მისიამ და მიმდინარეობს ქვეყანაში ეკონომიკური რეფორმის შესატყვისად.

ჯანდაცვის რეორგანიზაციის პროცესი ხორციელდება თანმიმდევრულად, წინასწარ შედგენილი გრაფიკის მიხედვით და, თუ იქნება ქვეყნის ხელისუფლების მხარდაჭერა და შესატყვისი საკანონმდებლო უზრუნველყოფა, 1995 წლის ბოლოსთვის ძირითადად მოხერხდება დარგის გადაყვანა ცივილიზებულ საზოგადოებრივ ურთიერთობებზე.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

საქართველოს სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიის სესია

1995 წლის 18 აპრილი

ავთანდილ ჯორბენაძე

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონებო და ქალბატონებო,

ნება მიბოძეთ, მივესალმო საქართველოს სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიის საგაზაფხულო სესიას და გისურვოთ წარმატებები თქვენს უაღრესად საპატიო და დიდმნიშვნელოვან საქმიანობაში.

დღეს მუშაობა გვიწევს ქვეყნისთვის უაღრესად მნიშვნელოვან პირობებში. იცვლება საზოგადოებრივი ურთიერთობები, რაც იძულებულს გვხდის ბევრ საკითხში შევცვალოთ ჩამოყალიბებული სტერეოტიპები და მენტალიტეტი. ბუნებრივია, არსებითი ცვლილებების გარეშე ვერ დარჩა ჩვენი დარგიც.

საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის 1994 წლის 10 ოქტომბრის №728 დადგენილებით რეალურად დაიწყო საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის მრავალეტაპიანი პროცესი, რომლის სამართლებრივი საფუძვლები შეიქმნა საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის №400 ბრძანებულებით.

საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ ამ საეტაპო დოკუმენტების ფონზე დაიწყო მზადება დარგის სრული რეორგანიზაციის რთული და მრავალწახნაგოვანი სამუშაოების ჩასატარებლად.

1994 წლის 16 ოქტომბერს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებულ სხდომაზე გამოკვეთა მოსამზადებელი სამუშაოების მიმართულებები და პრიორიტეტები, ხოლო მიმდინარე წლის 12 იანვარს სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებულ სხდომაზე დამტკიცდა მოსამზადებელი სამუშაოების გეგმა-გრაფიკი, რომლის მიხედვით თითოეული სამუშაო შესასრულებლად გაუპიროვნდა ცალკეულ სამსახურსა თუ პასუხისმგებელ პირს. შესასრულებელ სამუშაოებზე დაწესდა მკაცრი ოპერატიული კონტროლი.

დარგის პირველი ეტაპის ღონისძიებები ჩამოყალიბდა შემდეგი მიმართულებებით:

1. ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი უზრუნველყოფა

მიმდინარე წლის თებერვალში საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტმა მოისმინა და მიიღო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია, მარტში კი სამი მოსმენით მიიღო კანონები „სამედიცინო გადასახადების შესახებ“, „ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციისთვის გადასახადის შესახებ“ და რიგი კანონებისა, რომლებიც არეგულირებენ სამედიცინო დახმარების ცალკეულ დარგებს (შიდსი, დონორობა, ფსიქიატრია).

სამინისტროში დამუშავდა და დამტკიცდა შემდეგი ნორმატიული დოკუმენტები:

- სამეურნეოანგარიშიან დაწესებულებათა ტიპური წესდება;
- დებულება სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის შესახებ;
- დებულება მართვის რეგიონული ცენტრების შესახებ;
- დებულება ჯანდაცვის რაიონული/საქალაქო სამმართველო ორგანოს შესახებ;
- დებულება ჯანდაცვის რაიონული/საქალაქო სახელმწიფო ფონდის შესახებ;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში სავალდებულო სამედიცინო გადასახდელების შეტანის წესი;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და საქართველოში რეალიზაციისთვის გადასახდელების შეტანის წესი;
- სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებათა მუშაკებთან გასაფორმებელი კონტრაქტის ტიპური ფორმა;
- სამეურნეოანგარიშიან სამედიცინო დაწესებულებებში საბუღალტრო აღრიცხვა-ანგარიშგების წესები და ფორმები.

2. ჯანდაცვის ახალი სისტემისათვის აუცილებელი ორგანიზაციული სტრუქტურების ჩამოყალიბება.

სამუშაოები დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამმართველო აპარატის სტრუქტურული რეორგანიზაციით. ჩამოყალიბდა თვისებრივად ახალი სამმართველოები:

- სამედიცინო პროგრამების მთავარი სამმართველო;
- ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და რეგიონული მართვის მთავარი სამმართველო;
- ფარმაციისა და ფარმწარმოების სამმართველო.

ეკონომიკისა და რეფორმების დარგში ფუნქციურად გამოიყო მინისტრის ერთი მოადგილე. თვისებრივად შეიცვალა აპარატის დანარჩენი სამსახურების ფუნქციები და ამოცანები.

ყოფილი მთავარი სააფთიაქო სამმართველო რეორგანიზებულია დამოუკიდებელ სახელმწიფო საწარმოებად და აფთიაქებად.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან შეიქმნა დამოუკიდებელი ქვეყნის სახელმწიფოებრივი ფუნქციებისთვის აუცილებელი შემდეგი სამსახურები:

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- წამლის ხარისხის კონტროლის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- ფსიქოტროპული და ნარკოტიკული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- ფარმაკოპეის კომიტეტი;
- სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების კომიტეტი;
- ჰუმანიტარული დახმარების სააგენტო;
- საგარეო-ეკონომიკურ ურთიერთობათა სააგენტო.

მნიშვნელოვანი იყო ცენტრალური სამმართველო ფუნქციების დეცენტრალიზაცია ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ცენტრების ჩამოყალიბების გზით. შეიქმნა 9 რეგიონული ცენტრი; ქალაქები – თბილისი და ფოთი გამოიყო, როგორც დამოუკიდებელი პროგრამით მომუშავე რეგიონები.

მნიშვნელოვანია არსებული სამეცნიერო-პრაქტიკული სტრუქტურების ინტეგრირების საფუძველზე ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის ჩამოყალიბება, რომელიც მომავალში უნდა იქცეს ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის პრობლემების მეთოდოლოგიური კვლევისა და ინფორმაციული უზრუნველყოფის სამსახურად.

ჯანდაცვის რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად, ფინანსური სახსრების აკუმულირებისა და საფინანსო-საანგარიშსწორებო ახალი სისტემის

ჩამოყალიბებისთვის გაიხსნა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდის სპეციალური ანგარიში, რომელშიც უკვე დაიწყო შესაბამისი დანიშნულების სახსრების თავმოყრა. უახლოეს მომავალში ის გარდაიქმნება დამოუკიდებელ ინსტიტუციონალურ სტრუქტურად – ჯერ სახელმწიფო ფონდის, ხოლო შემდგომ სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო სამსახურის სახით.

3. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემისთვის აუცილებელი მეთოდოლოგიური და პრაქტიკული სამუშაოების შესრულება

აღნიშნული მიმართულებით სამინისტროში ჩატარდა მნიშვნელოვანი სამუშაოები. კერძოდ, დამუშავდა;

- ცალკეული ნოზოლოგიის მიხედვით სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობის სამედიცინო სტანდარტები;
- სამედიცინო მომსახურების ცალკეულ სახეებსა და ნოზოლოგიებზე დინამიკური ფასების სისტემა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის პირობები;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების პირობები.

ყოველივე ამის საფუძველზე შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედება. შემუშავდა სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, კერძოდ:

- იმუნიზაციის;
- სოციალურად საშიში დაავადებების პროფილაქტიკის;
- დედათა და ბავშვთა დაცვის;
- სახელმწიფო ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების;
- კატასტროფებისა და ეპიდემიოლოგიის სამედიცინო რეზერვის შექმნის, შენარჩუნებისა და განახლების;
- ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტოზური უზრუნველყოფის;
- ჯანდაცვის მმართველობისა და რეფორმების უზრუნველყოფის;
- სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზების;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდის.

გარდა ამისა, დამუშავდა მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამების სავალდებულო მინიმალური დონე. ამჟამად ვმუშაობთ სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისა და ხელშეწყობის, სამედიცინო განათლებისა და

შესაბამისი კადრების მომზადება-გადამზადების, სამედიცინო მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამებზე.

4. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის იდეოლოგიური უზრუნველყოფა

ამ მიმართულებით სამინისტრო ატარებს მიზანდასახულ და გეგმაზომიერ სამუშაოებს. წამყვანი სპეციალისტები სისტემატურად გადიან სამედიცინო დაწესებულებებსა თუ სხვადასხვა რეგიონში, სადაც ატარებენ კონსულტაციებს, გამოდიან მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით, განმარტავენ რეფორმის ცალკეულ მომენტებს მისი განხორციელების აუცილებლობიდან გამომდინარე.

სტამბური წესით გამოიცა რეორიენტაციის პირველი ეტაპის ღონისძიებების გატარებისთვის აუცილებელი მეთოდური და ინსტრუქციული მასალების სამი კრებული; სამინისტროში ჩამოყალიბდა დარგის დაწესებულებათა ხელმძღვანელი და წამყვანი მუშაკების სპეციალური პროგრამით სწავლების ერთკვირიანი სკოლა-სემინარი; ცალკეული სპეციალისტები მონაწილეობენ ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკისა და მართვის პრობლემების საერთაშორისო სკოლა-სემინარების მუშაობაში როგორც ქვეყნის შიგნით, ასევე საზღვარგარეთ.

5. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის ჩამოყალიბებაში საგარეო-ეკონომიკური თანამშრომლობა

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი მოდელის შემუშავების საწყის სტადიაშივე მონაწილეობდნენ საზღვარგარეთელი ექსპერტები. ამჟამად საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობს მსოფლიო ბანკის მისია მიზნობრივი კრედიტის გამოყოფის თაობაზე. კრედიტი გათვალისწინებულია სისტემაში მიმდინარე რეფორმის მხარდასაჭერად. ამ მიზნით სამინისტროსთან შეიქმნა პროექტის განხორციელების ქვედანაყოფი, რომელსაც ხელმძღვანელობს საკოორდინაციო საბჭო.

პროექტი მუშავდება რამდენიმე მიმართულებით:

- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აღდგენა და აღჭურვილობის განახლება;
- უწყვეტი განათლების სისტემის შექმნა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების რეფორმა.

ამდენად, ჯანმრთელობის დაცვის რეორგანიზაციის რთული და მრავალეტაპიანი პროცესი საქართველოში დაწყებულია. მისი მიზანმართული და ეფექტიანი განხორციელებისთვის სამინისტროს ძალისხმევასთან ერთად აუცილებელია სხვა უწყებებისა და მთლიანად მთავრობის თანადგომა, რის საფუძველსაც იძლევა საქართველოს მინისტრთა კაბინეტის გადაწყვეტილებით ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ხელშეწყობი სამთავრობო კომისიის შექმნა. უკვე დაგროვდა მთელი რიგი საკითხებისა, რომელთა მოსაგვარებლად საჭიროა კონკრეტული გადაწყვეტილებების დროული მიღება, სახელდობრ:

- საჭიროა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებათა სამეურნეოანგარიშიან საწყისებზე გადასვლის ამჟამად მიმდინარე პროცესის ხელშეწყობა მათთვის რეგისტრაციის პირობების გამარტივებისა და შესაბამისი გადასახდელებისგან განთავისუფლების გზით, რადგან ესინი არ არის ახლად შექმნილი დაწესებულებები;
- მწირი ბიუჯეტური დაფინანსების პირობებში სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებს დაუგროვდათ მნიშვნელოვანი დავალიანებები კომუნალური გადასახადების სახით, რაც გამოწვეულია რესპუბლიკური და ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან გამოყოფილი სახსრების სიმცირით ან მათი საერთოდ არარსებობით. არსებითად, ეს არის ბიუჯეტის და არა დაწესებულებების დავალიანება. ამიტომ სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე გადასვლის წინ მიზანშეწონილია, სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულების ფინანსური მდგომარეობა „გაიწმინდოს“ 1995 წლის 1 მაისის მდგომარეობით და მათი დავალიანება დაიფაროს შესაბამისი ბიუჯეტებიდან ან აღებულ იქნას სახელმწიფო ვალად;
- საბოლოოდ უნდა დარეგულირდეს სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების პრივატიზებიდან მიღებული შემოსავლების უშუალოდ ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში ჩარიცხვის მექანიზმი;
- შესაბამისმა სამსახურებმა სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებები, განურჩევლად მათი საკუთრების ფორმისა, უნდა გაათავისუფლონ ყველა სახის საბიუჯეტო გადასახადიდან და სავალუტო შემოსავლების სახელმწიფოსთვის სავალდებულო მიყიდვისგან, რაც გათვალისწინებულია საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის №400 ბრძანებულებით;

- შესაბამისმა სამსახურებმა ხელი უნდა შეუწყონ კანონით განსაზღვრული მიზნობრივი გადასახადების დროულ ამოღებასა და ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში ჩარიცხვას;
- მმართველობის ადგილობრივმა ორგანოებმა ყოველმხრივ უნდა შეუწყონ ხელი ჯანდაცვის ორგანოებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს მუნიციპალური პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესის წარმატებაში განსაკუთრებულია ჩვენი მეცნიერების მიერ გაღებული ძალისხმევა. რეფორმის საწყისი ეტაპიდან ბევრი თქვენგანი აქტიურად მონაწილეობდა მისი საკვანძო საკითხების დამუშავებაში. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო თავს ვალდებულია მიიჩნევდა, რეფორმის ცალკეულ საკითხებზე სპეციალურად გამართული თავყრილობებისა თუ ცალკეულ მეცნიერებთან სისტემატური კონსულტაციების მეშვეობით სისტემატურად ჩაეყენებინეთ საქმის კურსში. ამდენად, თამამად შეიძლება ითქვას, რომ დარგის რეორგანიზაციის პროგრამა ჩვენი კოლექტიური აზროვნების ნაყოფია და მისი წარმატება ყოველი ჩვენგანის ღირსების საკითხია.

როგორც იცით, დარგში მიმდინარე რეორგანიზაციის ერთ-ერთი მიზანია, საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლის პერიოდში, რომელიც მძიმე ეკონომიკური და სოციალური კრიზის ფონზე მიმდინარეობს, მაქსიმალურად შევინარჩუნოთ ქართული მედიცინის ფასეული ნაწილი და დავნერგოთ ისეთი მოდელი, რომელიც სისტემაში მხოლოდ მაღალი კლასის პროფესიონალების მუშაობას დაეფუძნება.

ამ მიზნის მიღწევაში ფასდაუდებელია სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიის როლი. ვინ, თუ არა მან, უნდა განსაზღვროს ჩვენი ნაციონალური მედიცინის ის მიმართულებები, რომელთა შენარჩუნება და განვითარება აუცილებელია ჩვენი ქვეყნის ინტერესებიდან გამომდინარე და რომლებიც უახლოეს პერსპექტივაში რეალურ და ფასეულ შედეგს მოგვცავენ. ვინ, თუ არა თქვენ, უნდა შეიმუშაოს დარგში პროფესიული საქმიანობის კრიტერიუმები და აღზარდოს სპეციალისტები, რომლებიც ამ კრიტერიუმებს დააკმაყოფილებენ.

როგორც მოგახსენეთ, რეფორმა ძირითადად ხუთი მიმართულებით უნდა განვითარდეს. ყველა ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანი სამოშაოები აქვს ჩასატარებელი სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიას.

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შემუშავებისას იურიდიული და ეკონომიკური ცოდნის გარდა, უპირველესად, სამედიცინო დარგის რთული და მრავალწახნაგოვანი საზოგადოებრივი ურთიერთობების თავისებურებები გასათვალისწინებელი. ამ სფეროში ძნელია თქვენი ცოდნისა და გამოცდილების გადაჭარბებულად შეფასება.

თქვენი გამოცდილებისა და კვლევების გარეშე გაჭირდება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის ახალი, ოპტიმალური სტრუქტურების ჩამოყალიბება, ამიტომ, ვფიქრობთ, სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიამ უნდა გააძლიეროს კვლევები ისეთი მნიშვნელოვანი მიმართულებებით, როგორცაა ჯანდაცვის ეკონომიკის, ორგანიზებისა და მართვის საკითხები, საზოგადოებრივი და სამართლებრივი რეგულირების ასპექტები, სამედიცინო ეთიკისა და მორალის სპეციფიკური ასპექტები. ეს ჩვენი დარგის დისციპლინებია და მათ მეცნიერულ კვლევებს თქვენმა აკადემიამ უნდა უხელმძღვანელოს. ვინაიდან დღეს ამ მიმართულებების სპეციალისტები არა გვყავს, უნდა მოვიწვიოთ ეკონომისტები, იურისტები და ფილოსოფოსები და მათთან თანამშრომლობით შევიმუშაოთ ჩვენთვის საინტერესო კვლევების მეთოდოლოგიური ასპექტები. გარწმუნებთ, ამგვარი კვლევების შედეგები დღესაც გვჭირდება და კიდევ უფრო მეტად დაგვჭირდება ხვალ.

ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციის იდეოლოგიური უზრუნველყოფა ძნელი წარმოსადგენია თქვენი დახმარებისა და თანადგომის გარეშე და ამ საქმეშიც ერთიანი, შეთანხმებული მუშაობის იმედი გვაქვს.

ჩვენ ბევრ რამეს მივალწიეთ განვითარებულ ქვეყნებთან ურთიერთობაში და უფრო მეტსაც ველით. მტკიცედ გვწამს, რომ ცივილიზებულ სამყაროსთან ურთიერთობისთვის ჩვენ ყველაზე მეტად ინტელექტუალური აზროვნების სფეროში ვართ მზად. გვჯერა, რომ მეცნიერების სფეროში საერთაშორისო თანამშრომლობა უახლოეს პერსპექტივაში ჩვენთვის საინტერესო და უადრესად მომგებიანი იქნება. ქართული სამედიცინო მეცნიერება, მისი სწორი და ოპტიმალური ორგანიზების შემთხვევაში, შეძლებს ცალკეული პრობლემების კვლევის შედეგებით სხვა ქვეყნების სამეცნიერო წრეებისა და პრაქტიკოსების დაინტერესებას.

ყოველივე ამის მისაღწევად მნიშვნელოვნად უნდა შეიცვალოს სამეცნიერო კვლევითი მუშაობის ორგანიზების პრინციპი. დროა გამოვიდეთ ობიექტური

რეალობიდან და რეალისტურად შევაფასოთ ჩვენი ძალები. საქართველო პატარა ქვეყანაა და მას არც დღეს და არც ახლო მომავალში არ ექნება ყველა დარგში ძვირად ღირებული სამეცნიერო კვლევების ჩატარების საშუალება. ეს, ალბათ, სამწუხარო, მაგრამ მაინც რეალობაა და მისი გაუთვალისწინებლობა, რბილად რომ ვთქვათ, თავის მოტყუება იქნება. ამასთან, მედიცინა ინტერნაციონალური მეცნიერებაა და ნორმალური ინტეგრაციის პირობებში ჩვენ შეგვიძლია ვისარგებლოთ დანარჩენი მსოფლიოს სამეცნიერო მიღწევებით. ყველა საკითხის კვლევას, იქნებ ჯობდეს, ჩვენი შეზღუდული ფინანსური რესურსები მივმართოთ ინფორმაციულ უზრუნველყოფაზე. ესეც ხომ მეცნიერებაა და თანაც საკმაოდ მაღალი რანგისა. მოვავროვოთ საჭირო ინფორმაცია, განვაზოგადოთ ის და მივუსადაგოთ ჩვენს პირობებსა და მოთხოვნილებებს. ველოსიპედის გამოგონებას, იქნებ, მისი სრულყოფა ჯობდეს. ფუნდამენტური კვლევები ვაწარმოოთ იმ სფეროებში, რომლებიც ჩვენთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია და სხვაგან ნაკლებად აქტუალური და ამიტომაც ნაკლებად შესწავლილი, ან იმ სფეროებში, სადაც შეგვიძლია მინიმალური დანახარჯებით რეალურად მნიშვნელოვანი პროდუქტის შექმნა, რომელიც კონკურენტუნარიანი იქნება საერთაშორისო ბაზარზე.

ამიტომ ვფიქრობთ, გადავიდეთ მეცნიერების გრანტული პრინციპით დაფინანსებაზე და უარი ვთქვათ სამეცნიერო დაწესებულებების დაფინანსების საბჭოურ მოდელზე. ამისათვის უნდა განისაზღვროს „შეკვეთების სტრატეგიული პაკეტი“, რომლისთვისაც საჭიროა სამედიცინო მეცნიერების განვითარების გრძელვადიანი მიმართულებებისა და შესაბამისი პროგრამების შემუშავება, რაც, ჩვენი აზრით, სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიის მუშაობის უმნიშვნელოვანესი მიმართულება უნდა გახდეს.

და ბოლოს, მინდა გამოვთქვა რწმენა, რომ ჩვენი ურთიერთთანამშრომლობა ნაყოფს გამოიღებს მომავალში ქართული მედიცინისა და ქვეყნის საკეთილდღეოდ.

ნება მიბოძეთ, თქვენ, ჭეშმარიტების მსახურთ, განსაკუთრებული სითბოთი მოგილოცოთ მოახლოებული აღდგომის ბრწყინვალე დღესასწაული და გისურვოთ წარმატებები თქვენს მოღვაწეობასა და პირად ცხოვრებაში.

ღმერთი იყოს ჩვენი და ჩვენი სამშობლოს შემწე!

**თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დიდი
სამეცნიერო საბჭოს სხდომა**

1995 წლის 31 აგვისტო

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

უპირველეს ყოვლისა, ნება მიბოძეთ, მოგილოცოთ ახალი სასწავლო წლის დაწყება და მივესალმო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დიდ სამეცნიერო საბჭოს, რომლის როლი სცილდება ერთი, თუნდაც პრესტიჟული, უმაღლესი სასწავლებლის ფარგლებს.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დიდი სამეცნიერო საბჭო იმ ჩვენი ქვეყნისთვის დამაშვრალი მოღვაწეების უშუალო მემკვიდრეა, ვინც 1918 წელს თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე საფუძველი ჩაუყარა ქართულ კლასიკურ მედიცინას, რომელსაც დღეს თავისი ღირსეული ადგილი უკავია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაში. თქვენი დიდი საბჭოს ფესვები საუკუნეთა შორეულ პლასტებში დევს – ის ლეგენდარული მედეადან, ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილისა და მათი მრავალრიცხოვანი თანამოაზრეებიდან მოდის. ამიტომაცაა, რომ ქართული სამედიცინო აზროვნება, ჩვენი სამედიცინო კულტურა არა მარტო ადამიანის მკურნალობის ხელოვნებაა, არამედ ჩვენი ერის კულტურის უმნიშვნელოვანესი ნაწილია, ქვეყნის ცივილიზებულობის ერთ-ერთი უმთავრესი გარანტიცაა.

საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ყოველთვის ამგვარად აფასებდა დიდი სამეცნიერო საბჭოს როლსა და მნიშვნელობას და დღესაც ჩემი თქვენ წინაშე გამოსვლა არაა უბრალოდ მისალმება და ახალი სასწავლო წლის დაწყების მილოცვა. მე მინდა მოგეთათბიროთ ქვეყანაში შექმნილი რთული მდგომარეობიდან გამოსვლის გზებზე და ჩვენი სამედიცინო უნივერსიტეტის პერსპექტივებზე.

დღეს მუშაობა გვიწევს ქვეყნისთვის უაღრესად მნიშვნელოვან პირობებში: იცვლება საზოგადოებრივი ურთიერთობები, რაც იძულებულს გვხდის, ბევრ

საკითხში შეეცვალოთ ჩამოყალიბებული სტერეოტიპები და მენტალიტეტი. ბუნებრივია, არსებითი ცვლილებების გარეშე ვერ დარჩა ჩვენი დარგიც.

მიმდინარე წლის 10 აგვისტოს დაიწყო დარგის რეორგანიზაციის რთული და მრავალეტაპიანი პროცესი, რომელსაც საფუძველი დაუდო საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 1995 წლის 5 ივლისის N269 ბრძანებულებამ „საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფის დამატებითი ღონისძიებების შესახებ“. თითოეული თქვენგანისთვის ცნობილია თუ რა მოსამზადებელი სამუშაოები უძლოდა ამას წინ. ბევრი აქ მყოფი მეცნიერი აქტიურად მონაწილეობდით მასში, მაგრამ მაინც მინდა სქემატურად შეგახსენოთ მოსამზადებელი სამუშაოების თანმიმდევრობა, ვინაიდან დღეს ხშირად გაიგონებთ ბრალდებას, თითქოს რეფორმა მოუმზადებლად დავიწყეთ.

საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის 1994 წლის 10 ოქტომბრის N°728 დადგენილებით რეალურად დაიწყო საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის მრავალეტაპიანი პროცესი, რომლის სამართლებრივი საფუძვლები შეიქმნა საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის N°400 ბრძანებულებით.

საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ ამ საეტაპო დოკუმენტების ფონზე დაიწყო მზადება დარგის სრული რეორგანიზაციის რთული და მრავალწახნაგოვანი სამუშაოების ჩასატარებლად.

მოსამზადებელი სამუშაოების მიმართულებები და პრიორიტეტები გამოიკვეთა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებულ სხდომაზე 1994 წლის 16 ოქტომბერს, ხოლო მიმდინარე წლის 12 იანვარს სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებულ სხდომაზე დამტკიცდა მოსამზადებელი სამუშაოების გეგმა-გრაფიკი, რომლის მიხედვით თითოეული სამუშაო შესასრულებლად გაუპიროვნდა ცალკეულ სამსახურსა თუ პასუხისმგებელ პირს. დაწესდა შესასრულებელ სამუშაოებზე მკაცრი ოპერატიული კონტროლი.

დარგის პირველი ეტაპის ღონისძიებები ჩამოყალიბდა შემდეგი მიმართულებებით:

1. ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი უზრუნველყოფა

მიმდინარე წლის თებერვალში საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტმა მოისმინა და მიიღო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია, მარტში კი მიიღო კანონები „სამედიცინო გადასახადების შესახებ“, „ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციისთვის გადასახადის შესახებ“ და რიგი კანონებისა, რომლებიც არეგულირებს სამედიცინო დახმარების ცალკეულ დარგებს (შიდსი, დონორობა, ფსიქიატრია).

სამინისტროში დამუშავდა და დამტკიცდა შემდეგი ნორმატიული დოკუმენტები:

- სამეურნეოანგარიშიან დაწესებულებათა ტიპური წესდება;
- დებულება სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის შესახებ;
- დებულება მართვის რეგიონული ცენტრების შესახებ;
- დებულება ჯანდაცვის რაიონული/საქალაქო სამმართველო ორგანოს შესახებ;
- დებულება ჯანდაცვის რაიონული/საქალაქო სახელმწიფო ფონდის შესახებ;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში სავალდებულო სამედიცინო გადასახდელების შეტანის წესი;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და საქართველოში რეალიზაციისთვის გადასახდელების შეტანის წესი;
- სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებათა მუშაკებთან გასაფორმებელი კონტრაქტის ტიპური ფორმა;
- სამეურნეოანგარიშიან სამედიცინო დაწესებულებებში საბუღალტრო აღრიცხვა-ანგარიშგების წესები და ფორმები.

2. ჯანდაცვის ახალი სისტემისათვის აუცილებელი ორგანიზაციული სტრუქტურების ჩამოყალიბება.

სამუშაოები დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამმართველო აპარატის სტრუქტურული რეორგანიზაციით. ჩამოყალიბდა თვისებრივად ახალი სამმართველოები:

- სამედიცინო პროგრამების მთავარი სამმართველო;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი;

- სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის დეპარტამენტი;
- ფარმაციისა და ფარმწარმოების სამმართველო.

ეკონომიკისა და რეფორმების დარგში ფუნქციურად გამოიყო მინისტრის ერთი მოადგილე, თვისებრივად შეიცვალა აპარატის დანარჩენი სამსახურების ფუნქციები და ამოცანები.

რეორგანიზებულ იქნა ყოფილი მთავარი სააფთიაქო სამმართველო დამოუკიდებელ სახელმწიფო საწარმოებად და აფთიაქებად.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან შეიქმნა დამოუკიდებელი ქვეყნის სახელმწიფოებრივი ფუნქციებისთვის აუცილებელი შემდეგი სამსახურები:

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- წამლის ხარისხის კონტროლის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- ფსიქოტროპული და ნარკოტიკული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- ფარმაცოპეის კომიტეტი;
- სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების კომიტეტი;
- ჰუმანიტარული დახმარების სააგენტო;
- საგარეო-ეკონომიკურ ურთიერთობათა სააგენტო.

მნიშვნელოვანი იყო ცენტრალური სამმართველო ფუნქციების დეცენტრალიზაცია ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ცენტრების ჩამოყალიბების გზით. შეიქმნა 9 რეგიონული ცენტრი, ქალაქები – თბილისი და ფოთი გამოიყო, როგორც დამოუკიდებელი პროგრამით მომუშავე რეგიონები.

მნიშვნელოვანია არსებული სამეცნიერო-პრაქტიკული სტრუქტურების ინტეგრაციის საფუძველზე ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის ჩამოყალიბება, რომელიც მომავალში უნდა იქცეს ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის პრობლემების მეთოდოლოგიური კვლევისა და ინფორმაციული უზრუნველყოფის სამსახურად.

ჯანდაცვის რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად, ფინანსური სახსრების აკუმულირებისა და საფინანსო-საანგარიშსწორებო ახალი სისტემის ჩამოყალიბებისთვის შეიქმნა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდი, რომელშიც უკვე დაიწყო შესაბამისი დანიშნულების სახსრების თავმოყრა.

უახლოეს მომავალში ის გარდაიქმნება სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო სამსახურად.

3. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემისთვის აუცილებელი მეთოდოლოგიური და პრაქტიკული სამუშაოების შესრულება

აღნიშნული მიმართულებით სამინისტროში ჩატარდა მნიშვნელოვანი სამუშაოები. კერძოდ, დამუშავდა;

- ცალკეული ნოზოლოგიის მიხედვით სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობის სამედიცინო სტანდარტები;
- სამედიცინო მომსახურების ცალკეულ სახეებსა და ნოზოლოგიებზე დინამიკური ფასების სისტემა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის პირობები;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების პირობები.

ყოველივე ამის საფუძველზე შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედება. შემუშავდა სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, კერძოდ:

- იმუნოზაციის;
- სოციალურად საშიში დაავადებების პროფილაქტიკის;
- დედათა და ბავშვთა დაცვის;
- სახელმწიფო ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების;
- კატასტროფებისა და ეპიდემიოლოგიური სამედიცინო რეზერვის შექმნის, შენარჩუნებისა და განახლების;
- ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტოზური უზრუნველყოფის;
- ჯანდაცვის მმართველობისა და რეფორმების უზრუნველყოფის;
- სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზების;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდის.

სამინისტროში დამუშავდა მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამების სავალდებულო მინიმალური დონე. გარდა ამისა, დამუშავდა ისეთი მნიშვნელოვანი პროგრამები, როგორცაა შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლის, ნარკომანიასთან ბრძოლის, ომის ინვალიდთა სამედიცინო დახმარების, ფსიქიატრიის, ტუბერკულოზთან ბრძოლის, ჩვილ ბავშვთა ბუნებრივი კვების, ოჯახის დაგეგმვის პროგრამები. ამჟამად მუშავდება სამედიცინო

მეცნიერების განვითარებისა და ხელშეწყობის, სამედიცინო განათლებისა და შესაბამისი კადრების მომზადება-გადამზადების პროგრამები.

4. ჯანდაცვის ახალი სისტემის იდეოლოგიური უზრუნველყოფა

ამ მიმართულებით სამინისტრო ატარებს მიზნობრივ და გეგმაზომიერ სამუშაოს. წამყვანი სპეციალისტები სისტემატურად გადიან სამედიცინო დაწესებულებებსაქ თუ სხვადასხვა რეგიონში, სადაც ატარებენ კონსულტაციებს, გამოდიან მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით, განმარტავენ რეფორმის ცალკეულ მომენტებს მისი განხორციელების აუცილებლობიდან გამომდინარე.

სტამბური წესით გამოიცა რეორიენტაციის პირველი ეტაპის ღონისძიებების გატარებისთვის აუცილებელი მეთოდური და ინსტრუქციული მასალების ოთხი კრებული; სამინისტროში ჩამოყალიბდა დარგის დაწესებულებათა ხელმძღვანელი და წამყვანი მუშაკების სპეციალური პროგრამით სწავლების ერთკვირიანი სკოლა-სემინარი; ცალკეული სპეციალისტები მონაწილეობენ ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკისა და მართვის პრობლემების საერთაშორისო სკოლა-სემინარების მუშაობაში როგორც ქვეყნის შიგნით, ასევე საზღვარგარეთ.

5. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის ჩამოყალიბებაში საგარეო-ეკონომიკური თანამშრომლობა

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი მოდელის შემუშავების საწყის სტადიაშივე მონაწილეობდნენ საზღვარგარეთელი ექსპერტები. ამჟამად საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობს მსოფლიო ბანკის მისია მიზნობრივი კრედიტის გამოყოფის თაობაზე. კრედიტი გათვალისწინებულია სისტემაში მიმდინარე რეფორმის მხარდასაჭერად. ამ მიზნით სამინისტროსთან შეიქმნა პროექტის განხორციელების ქვედანაყოფი, რომელსაც ხელმძღვანელობს საკოორდინაციო საბჭო.

პროექტი მუშავდება რამდენიმე მიმართულებით:

- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აღდგენა და აღჭურვილობის განახლება;
- უწყვეტი განათლების სისტემის შექმნა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების რეფორმა.

განსაკუთრებით გამოსაყოფია საერთაშორისო სავალუტო ფონდის უშუალო მხარდაჭერა და თანადგომა. ამ უაღრესად ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციის საქართველოში მომოქმედმა მისიამ ძალიან მაღალი შეფასება მისცა ჩვენ მიერ შემუშავებულ დარგის რეორიენტაციის პროგრამას, ის ქვეყნის ცივილიზებულ ურთიერთობებზე გადასვლის ერთ-ერთ უმთავრეს პირობად და მის მხარდასაჭერად ყოველთვის ურად დამატებით გამოყო ერთი ტრილიონი კუპონი. გულახდილად რომ გითხრათ, მხოლოდ ამან გახადა შესაძლებელი ამჟამად მოქმედი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ესოდენ ვრცელი მოცულობა და ჩვენი უკიდურესად გადატაკებული ქვეყნის პირობებში საკმაოდ ძვირი სახელმწიფო პროგრამების რეალიზება.

ამდენად, ვგონებ, უსაფუძვლოა იმის მტკიცება, რომ რეფორმა მოუმზადებლად დაიწყო. ხშირად გაიგონებთ ასეთ ბრადლებას: რა დროს ჯანდაცვის რეფორმა იყო, ჯერ ქვეყნის ეკონომიკა გამოსწორებულიყო, დამდგარიყო კარგი ცხოვრება და ჯანდაცვისთვის მერე მიგვეხედა. ჯერ ერთი, რეფორმა თვითმიზანი კი არა იძულებაა და მეორეც, დაგვიანების შემთხვევაში, რეალურად სარეფორმო აღარაფერი დაგვრჩებოდა.

რეფორმის დაჩქარება განპირობებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში შექმნილი უაღრესად კრიტიკული მდგომარეობით. სახელმწიფოს მიერ დარგისთვის გამოყოფილი სახსრები რამდენჯერმე ჩამორჩება სამედიცინო დახმარებისთვის მინიმალურად აუცილებელ თანხებს, ხოლო ქვეყნის რეალურად მიმე ეკონომიკური მდგომარეობა ვერ იძლევა დამატებითი სახსრების ახლო მომავალში გამოძებნის საშუალებას. ქვეყანაში, რომელშიც რეორიენტაციის დაწყებამდე სახელმწიფო ვალდებულებად დეკლარირებული იყო საყოველთაო უფასო მკურნალობა, ჩამოყალიბდა „ველური“ სამედიცინო ბაზარი, სადაც პრაქტიკულად ყოველგვარი სამედიცინო მომსახურება ფასიანი იყო.

ყოველივე ამის ფონზე უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობა უსახსრობის გამო ვერ იღებდა სასიცოცხლოდ აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებას, ხოლო არსებული მოძველებული ეკონომიკური მექანიზმები ვერ იძლეოდა გამოყოფილი მწირი სახსრების ოპტიმალურად გამოყენების საშუალებას. ფინანსები, სამედიცინო დაწესებულებების პირობით შენახვასა და პერსონალის შრომის სიმბოლურ ანაზღაურებაზე რომ იხარჯებოდა, პრაქტიკულად ვერ აღწევდა ავადმყოფამდე.

ყოველივე ამან გამოიწვია მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლების მკვეთრი გაუარესება. გაიზარდა სიკვდილიანობა და შემცირდა შობადობა. თუ 1990 წელს 95 650 ბავშვი დაიბადა, მიმდინარე წელს მათი რაოდენობა 65 ათასსაც ვერ მიაღწევს. ამასთან, გაიზარდა ახალშობილთა სიკვდილიანობა. განსაკუთრებით საგანგაშოა ის, რომ იმატა სოცილურად საშიშმა დაავადებებმა (ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებები, ვენერიული სნეულებები, ნარკომანია და სხვა). პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა სიტუაციამ, აგრეთვე, იძულებით ადგილნაცვალთა რაოდენობის ზრდამ დაარღვია ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციის ვადები, რამაც განაპირობა დიფტერიისა და სხვა საშიშ ინფექციათა აფეთქებები, გახშირდა ნაწლავური ინფექციების, ბოტულიზმის, ცოფისა და ტეტანუსის შემთხვევები.

ამგვარი მდგომარეობის შემდგომი გაგრძელება, ერთი მხრივ, მოსახლეობას რეალურად დაუცველ მდგომარეობაში დატოვებდა ადვილად პროგნოზირებადი სავალალო შედეგებით, ხოლო მეორე მხრივ, საბოლოოდ გააპარტახებდა სამედიცინო დახმარების ისედაც სულთმოზრდავ სისტემას.

ალბათ, უნდა ითქვას იმის შესახებაც, რომ, მიუხედავად ჩვენი დიდი ძალისხმევისა, ვერ შევძელით დარგის რეფორმანიზაციის უფრო ადრე დაწყება, რასაც რიგი ობიექტური და სუბიექტური მიზეზები ჰქონდა. თავისი გავლენა იქონია ფსიქოლოგიური ბარიერის დამლევისა თუ ჩვენი მენტალიტეტის გარდაქმნის სიმძნელებმა, პრინციპულად ახალი მოდელის ჩამოყალიბების სირთულეებმა. კარგად გვესმოდა თუ რა მდგომარეობაში გვაყენებდა რეფორმის პრაქტიკულად დაწყების თითოეული გადავადებული დღე, მაგრამ ასევე აუცილებელი იყო შემუშავებული მოდელის ეტაპობრივად დანერგვის სათანადო სამართლებრივი ბაზის შექმნა, რაც ხელისუფლების ყველა დონის და განსაკუთრებით სახელმწიფოს მეთაურის მხარდაჭერის გარეშე შეუძლებელი იქნებოდა.

რა არის ახალი მოდელის პრინციპული თავისებურებები? ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზებისა და მართვის ახალი სისტემა გულისხმობს ყველა სამედიცინო დაწესებულებისა და ცალკეული მუშაკის საქმიანობის ანაზღაურებას შესრულებული სამუშაოს მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის ადექვატურად. ამ პირობებში პაციენტი თვითონ ირჩევს სამედიცინო დაწესებულებასა და მკურნალს, ხოლო სახელმწიფო, თავისი შესაძლებლობებიდან გამომდინარე დამტკიცებული პროგრამებისა და

სტანდარტების ფარგლებში, იხდის შესრულებული სამუშაოს საზღაურს. პროგრამების გარეთ დარჩენილ სამედიცინო მომსახურებას ანაზღაურებს თვითონ მოქალაქე, მისი სპონსორი ან დამზღვევი. განსაკუთრებით უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოქალაქეებისთვის, რომელთა სიებს წინასწარ ადგენენ და ამტკიცებენ ადგილობრივი მმართველობის ორგანოები, შეიქმნა სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც მათთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების საფასურს ასევე სახელმწიფო იხდის. სამედიცინო საქმიანობა რეგულირდება ისეთი ცივილური ბერკეტებით, როგორცაა სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაცია და ლიცენზირება, სამედიცინო მუშაკთა სერტიფიცირება და სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია. ეს უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სახელმწიფო კონტროლს და მოქალაქეებს მისცემს საშუალებას იმკურნალონ იქ, სადაც მათთვის რეალური და კვალიფიციური დახმარების გაწევა შეეძლება.

ამგვარ პირობებში განსაკუთრებულია სამედიცინო მუშაკების ადგილი და როლი. უსახური, ძირითადად სუბიექტური გზით განსაზღვრული ნორმატივებით დადგენილ შტატებზე „მიბმული“ მედიკოსები გადადიან საკონტრაქტო სისტემით მუშაობაზე, რაც გამორიცხავს შტატების მექანიკური შემცირება-გაზრდის პრინციპით დაწესებულებების ოპტიმალური სტრუქტურის რღვევას; პერსონალი დაცული იქნება გარედან უხეში ჩარევებისგან; სახელმწიფოსგან რეგულირების პირობებში ჯანსაღი კონკურენცია თავად უზრუნველყოფს ბუნებრივ შერჩევას. ახალი სისტემა, რომლის დანერგვა ეტაპობრივი პროცესია, მოითხოვს მაღალი კლასის პროფესიონალებს. ამიტომ სახელმწიფომ უნდა შეძლოს კადრების მომზადება-გადამზადების სისტემის რეგულირება. ვვარაუდობთ, რომ რეფორმის შემდგომ ეტაპზე, მომდევნო წლის ბოლოსთვის, სავალდებულო სადაზღვევო მედიცინაზე გადასვლით ეს პრობლემები ძირითადად მოგვარდება.

დღეს არცთუ იშვიათად გაიგონებთ მოსაზრებას იმის თაობაზე, რომ ახალი მოდელის ამოქმედება გააუარესებს ხალხის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. აქა-იქ გამოერევა, რბილად რომ ვთქვათ, არაკორექტული შეფასებები. თავი რომ დავანებოთ ამგვარი დასკვნების გამომტანთა არაკომპეტენტურობას თუ ემოციების თავშეუკავებელი ფორმით გამოხატვის კულტურას, აქ ან უბრალოდ არასწორ ინფორმირებულობასთან გვაქვს საქმე, ან კიდევ

ყოველგვარი პროგრესისადმი წინასწარ დაპროგრამებულ უარყოფით დამოკიდებულებასთან.

რეალურად მოსახლეობის აბსოლუტურ უმრავლესობას არსებითად უუმჯობესდება მდგომარეობა. თავად განსაჯეთ: დღემდე ყველანაირი სამედიცინო მომსახურება პრაქტიკულად ფასიანი იყო და „ველური“ სამედიცინო ბაზრის პირისპირ მდგომი მოქალაქენი დაუცველნი რჩებოდნენ. ამ ვითარების შესაცვლელად ჩვენ ვპირდებით მთავარი, უმნიშვნელოვანესი და პრიორიტეტული მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და გარანტირებულობას.

ახალი სისტემის პირობებში მიმდინარე წლის ბოლომდე სახელმწიფო უზრუნველყოფს მთელი მოსახლეობის იმუნიზაციის, მშობიარობისა და თხუთმეტ წლამდე ასაკის ბავშვების მკურნალობის დაფარვას დამტკიცებული სტანდარტების ფარგლებში; აგრეთვე, ფტიზიატრიული და ფსიქიატრიული პაციენტების მკურნალობის სრულ ციკლს; უზრუნველყოფილი იქნება სოციალურად საშიში დაავადებების პროფილაქტიკა, ორსულებისა და ერთ წლამდე ბავშვების სამედიცინო პატრონაჟი, სამედიცინო მეცნიერების ოპტიმალური განვითარება და სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, კატასტროფებისა და ეპიდემიოლოგიის სახელმწიფო რეზერვის შექმნა და განახლება, ინსულინდამოკიდებული ავადმყოფების ინსულინით მომარაგება. გარდა ამისა, ქალაქებისა და რაიონების ბიუჯეტებიდან დამატებით დაფინანსდება ყველა მოქალაქის ურგენტული დახმარება, სამედიცინო მეთვალყურეობა და ონკოინკუბატორული ავადმყოფების ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით უზრუნველყოფა.

კარგად გვესმის, რომ ეს სრულიადაც არ არის საკმარისი, მაგრამ ჩვენს ხელთ არსებული ფინანსური რესურსებით ამაზე მეტის გაკეთება შეუძლებელი იყო.

მზად ვართ არსებული მდგომარეობიდან უკეთესი გამოსავლის საპოვნელად ნებისმიერ ოპონენტთან კონსტრუქციული თანამშრომლობისთვის. პოპულისტური გამოსვლები და მოახლოებული არჩევნების წინ მავანთა და მავანთა მიერ პოლიტიკური დივიდენდების მოპოვების სურვილი ვერაფერს მოგვცემს. გვერწმუნეთ, პრიორიტეტების გამოყოფისას მტკივნეულად განვიცდიდით, რომ სახსრების დეფიციტის პირობებში იძულებული ვიყავით, დროებით შეგვეკავებინა თავი ზოგიერთი უაღრესად

მნიშვნელოვანი სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფოებრივ უზრუნველყოფაზე. გვჯერა, რომ ქვეყნის ეკონომიკურ მოღონიერებასთან ერთად გაიზრდება სახელმწიფოს შესაძლებლობები და შესაბამისად გაფართოვდება მისი ვალდებულებებიც. დარწმუნებული ვართ, რომ რეალური ვალდებულებების აღება და მათი უთუო განხორციელება გაცილებით ზნეობრივია, ვიდრე არარეალურ, დეკლარირებულ ვალდებულებათა პოპულისტური გაცხადება და შემდგომ პასუხისმგებლობის თავიდან არიდება. მიგვაჩნია, რომ საკუთარი ქვეყნის, საკუთარი მოსახლეობის წინაშე მხოლოდ ზნეობრივი პოლიტიკის გატარებაა საჭირო.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესის წარმატებაში განსაკუთრებულია ჩვენი მეცნიერებისა და მისი აკადემიური ნაწილის ძალისხმევა. რეფორმის საწყისი ეტაპიდან ბევრი თქვენგანი აქტიურად მონაწილეობდა მისი საკვანძო საკითხების დამუშავებაში. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო თავს ვალდებულად მიიჩნევდა რეფორმის ცალკეულ საკითხებზე სპეციალურად გამართული თავყრილობებისა თუ ცალკეულ მეცნიერებთან კონსულტაციების მეშვეობით სისტემატურად ჩაეყენებინეთ საქმის კურსში. ამდენად, თამამად შეიძლება ითქვას, რომ დარგის რეორგანიზაციის პროგრამა ჩვენი საერთო, კოლექტიური აზროვნების ნაყოფია და მისი წარმატება ყოველი ჩვენგანის ღირსების საკითხია.

როგორც იცით, დარგში მიმდინარე რეორგანიზაციის ერთ-ერთი მიზანია, საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლის პერიოდში, რომელიც მძიმე ეკონომიკური და სოციალური კრიზისის ფონზე მიმდინარეობს, მაქსიმალურად შევინარჩუნოთ ქართული მედიცინის ფასეული ნაწილი და დავნერგოთ ისეთი მოდელი, რომელიც სისტემაში მხოლოდ მაღალი კლასის პროფესიონალების მუშაობას დაეფუძნება.

ამ მიზნის მიღწევაში ფასდაუდებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის როლი. ვინ, თუ არა მან, უნდა განსაზღვროს ჩვენი ნაციონალური მედიცინის ის მიმართულებები, რომელთა შენარჩუნება და განვითარება აუცილებელია ჩვენი ქვეყნის ინტერესებიდან გამომდინარე და რომლებიც უახლოეს პერსპექტივაში რეალურ და ფასეულ შედეგს მოგვცინან. ვინ, თუ არა თქვენ, უნდა შეიმუშაოს დარგში პროფესიული საქმიანობის

კრიტერიუმები და აღზარდოს სპეციალისტები, რომლებიც ამ კრიტერიუმებს დააკმაყოფილებენ.

როგორც მოგახსენეთ, რეფორმა ძირითადად ხუთი მიმართულებით უნდა განვითარდეს. ყველა ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანი სამომავლო აქვს ჩასატარებელი უნივერსიტეტსაც.

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შემუშავებისას იურიდიული და ეკონომიკური ცოდნის გარდა, უპირველესად, სამედიცინო დარგის რთული და მრავალწახნაგოვანი საზოგადოებრივი ურთიერთობების თავისებურებებია გასათვალისწინებელი. ამ სფეროში ძნელია თქვენი ცოდნისა და გამოცდილების გადაჭარბებულად შეფასება.

თქვენი გამოცდილებისა და კვლევების გარეშე გაჭირდება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის ახალი, ოპტიმალური სტრუქტურების ჩამოყალიბება. ამასთან დაკავშირებით სამედიცინო უნივერსიტეტის შესაბამისმა კათედრებმა უნდა გააძლიერონ კვლევები ისეთი მნიშვნელოვანი მიმართულებებით, როგორცაა ჯანდაცვის ეკონომიკის, ორგანიზებისა და მართვის საკითხები, საზოგადოებრივი და სამართლებრივი რეგულირების ასპექტები, სამედიცინო ეთიკისა და მორალის სპეციფიკური ასპექტები. ეს ჩვენი დარგის დისციპლინებია და მათ მეცნიერულ კვლევებს ჩვენმა უნივერსიტეტმა უნდა უხელმძღვანელოს. ვინაიდან დღეს ამ მიმართულებების სპეციალისტები არა გვყავს, უნდა მოვიწვიოთ მეცნიერ-ეკონომისტები, იურისტები და ფილოსოფოსები და მათთან თანამშრომლობით შევიმუშაოთ კვლევის ჩვენთვის საინტერესო მიმართულებების მეთოდოლოგიური ასპექტები. გარწმუნებთ, ამგვარი კვლევების შედეგები დღესაც გვჭირდება და კიდევ უფრო მეტად დაგვჭირდება ხვალ.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის იდეოლოგიური უზრუნველყოფა ძნელი წარმოსადგენია თქვენი დახმარებისა და თანადგომის გარეშე და ამ საქმეშიც ერთიანი, შეთანხმებული მუშაობის იმედი გვაქვს.

ჩვენ ბევრ რამეს მივაღწიეთ განვითარებულ ქვეყნებთან ურთიერთობაში და უფრო მეტსაც ველოთ. მტკიცედ გვწამს, რომ ცივილიზებულ სამყაროსთან ურთიერთობისთვის ჩვენ ყველაზე მეტად ინტელექტუალური აზროვნების

სფეროში ვართ მზად. გვჯერა, რომ მეცნიერების სფეროში საერთაშორისო თანამშრომლობა უახლოეს პერსპექტივაში საინტერესო და უაღრესად მომგებიანი იქნება. ქართული სამედიცინო მეცნიერება, მისი სწორი და ოპტიმალური ორგანიზების შემთხვევაში, შეძლებს ცალკეული პრობლემების კვლევის შედეგებით სხვა ქვეყნების სამეცნიერო წრეებისა და პრაქტიკოსების დაინტერესებას.

ყოველივე ამის მისაღწევად მნიშვნელოვნად უნდა შეიცვალოს სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობის ორგანიზების პრინციპი. დროა გამოვიდეთ ობიექტური რეალობიდან და რეალისტურად უნდა შევაფასოთ ჩვენი ძალები. საქართველო პატარა ქვეყანაა და მას არც დღეს და არც ახლო მომავალში არ ექნება ყველა დარგში ძვირად ღირებული სამეცნიერო კვლევების ჩატარების საშუალება. ეს, ალბათ, სამწუხარო, მაგრამ მაინც რეალობაა და მისი გაუთვალისწინებლობა, რბილად რომ ვთქვათ, თავის მოტყუება იქნება. ამასთან, მედიცინა ინტერნაციონალური მეცნიერებაა და ნორმალური ინტეგრაციის პირობებში ჩვენ შეგვიძლია ვისარგებლოთ დანარჩენი მსოფლიოს სამეცნიერო მიღწევებით. ყველა საკითხის კვლევას, იქნებ, ჯობდეს ჩვენი შეზღუდული ფინანსური რესურსები ინფორმაციულ უზრუნველყოფაზე მივმართოთ. ესეც ხომ მეცნიერებაა და თანაც საკმაოდ მაღალი რანგისა. მოვავროვოთ საჭირო ინფორმაცია, განვაზოგადოთ ის და მივუსადაგოთ ჩვენს პირობებსა და მოთხოვნილებებს. ველოსიპედის გამოგონებას, იქნებ, მისი სრულყოფა ჯობდეს. ფუნდამენტური კვლევები ვაწარმოოთ იმ სფეროებში, რომლებიც ჩვენთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია და სხვაგან ნაკლებად აქტუალური და ამიტომაც ნაკლებად შესწავლილი, ან იმ სფეროებში, სადაც შეგვიძლია მინიმალური დანახარჯებით რეალურად მნიშვნელოვანი პროდუქტის შექმნა, რომელიც კონკურენტუნარიანი იქნება საერთაშორისო ბაზარზე.

ამიტომ ვფიქრობთ, გადავიდეთ მეცნიერების გრანტული პრინციპით დაფინანსებაზე და უარი ვთქვათ სამეცნიერო დაწესებულებების დაფინანსების საბჭოურ მოდელზე. ამისათვის უნდა განისაზღვროს „შეკვეთების სტრატეგიული პაკეტი“, რომლისთვისაც საჭიროა ქართული სამედიცინო მეცნიერების განვითარების გრძელვადიანი მიმართულებებისა და შესაბამისი პროგრამების შემუშავება, რაც ჩვენი აზრით, უნივერსიტეტის კათედრების მუშაობის უმნიშვნელოვანესი მიმართულება უნდა გახდეს.

უნივერსიტეტის უმთავრესი ფუნქცია მაინც ჩვენი მომავალი კადრების მომზადებაა. დღევანდელი რთული კრიზისული მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმძაფრით განათლების სფეროში აისახება. არ ვაპირებ დღეს გავაანალოზო ამ სფეროში შექმნილი რთული მდგომარეობა. ის ისედაც ნათელია. მინდა, მხოლოდ გამოვყო ამ პრობლემის ერთი საკითხი, რომლის მოგვარებაც პირველ რიგშია საჭირო. ესაა სამკურნალო პროცესში კლინიკური კათედრების მონაწილეობა. ამ საკითხზე მიმდინარეობს სხვადასხვა მოსაზრების შეჯერება და ოპტიმალური ფორმის ძიება.

დღეისათვის, შეიძლება ითქვას, რომ, რა ფორმის გადაწყვეტილებაც უნდა იქნას მიღებული, ის აუცილებლად დაეფუძნება იმ პრინციპს, რომ სასწავლო კათედრებს უპირობოდ და ყოველგვარი გადასახადის გარეშე მიეცეთ უფლება უნდა ქონდეთ ისარგებლონ იმ საავადმყოფოთა ქონებით, სადაც ისინი არიან განლაგებული. კათედრების თანამშრომლებთან დაიდება შესაბამისი ხელშეკრულებები, რომელთა მიხედვით მათი სამედიცინო პრაქტიკა ანაზღაურდება ისეთივე წესით, როგორც დაწესებულების თანამშრომელთა შესაბამისი შრომა, ხოლო პრივატიზების შემთხვევაში ისინი სრულად და თანაბრად ისარგებლებენ საავადმყოფოში მომუშავეთა უფლებებით.

მიგვაჩნია, რომ სამედიცინო უნივერსიტეტს სასწავლო პროცესის ნორმალურად წარმართვისთვის ესაჭიროება საკუთარი სამკურნალო ბაზები. ლაპარაკია საუნივერსიტეტო ჰოსპიტლებზე. ამიტომ, ჩვენი აზრით, მიზანშეწონილია ყოფილი ცენტრალური რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფოს მფლობელობაში გადაეცეს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს. ვფიქრობთ, შევქმნათ სპეციალური კომისია უნივერსიტეტის, საავადმყოფოსა და სამინისტროს წარმომადგენლების მონაწილეობით, რომელიც მოკლე დროში შეძლებს ამგვარი კლინიკის წესდების მომზადებას და მისი სამინისტროს გაფართოებულ კოლეგიაზე განხილვის შემდეგ მიღებული იქნება შესაბამისი გადაწყვეტილება.

დარწმუნებული ვართ, რომ რესპუბლიკური საავადმყოფოს სამედიცინო უნივერსიტეტისთვის გადაცემით მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადაიდგმება ქართული მედიცინის განვითარების გზაზე. იმისათვის, რომ ეს ნაბიჯი მყარი იყოს, საჭიროა მისი ფინანსური გამაგრება. საქართველოში მიმდინარე რეფორმების ხელშესაწყობად თურქეთის მთავრობამ გამოგვიყო 157 ათასი

აშშ დოლარის ოდენობის გრანტი, რომელიც მინისტრთა კაბინეტის გადაწყვეტილებით ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს გადაეცა და მთლიანად საუნივერსიტეტო კლინიკას მოხმარდება.

პრობლემა დღეს ბევრია. ჩვენ საინტერესო დროს გვიხდება ცხოვრება და მოღვაწეობა. რეფორმა, რომელიც თანდათანობით იკრებს ძალას, სერიოზულ ანალიზსა და შესაბამის კორექტირებასაც მოითხოვს. იმედი მაქვს, რომ ჩვენ ამ საკითხებზე ხშირად მოგვიწევს საუბარი. და ბოლოს, მინდა, გამოვთქვა რწმენა, რომ ჩვენი ურთიერთთანამშრომლობა ნაყოფიერი იქნება და მომავალში ქართულ მედიცინასა და ქვეყანას საკეთილდღეოდ წაადგება.

ნებისმიერი რეფორმა საწყისი პერიოდისთვის უაღრესად მტკივნეულ პროცესებს უკავშირდება. გამონაკლისი არც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა იქნება. ყველაზე ძნელი ჩვენი მენტალიტეტის შეცვლაა, მაგრამ უნდა შევიცვალოთ, გავხდეთ რეალურები, დროზე გამოვიდეთ აუხდენელი უტოპიური ოცნებების ტყვეობიდან და სინამდვილეს გავუსწოროთ თვალი.

გვჯერა, რომ სამედიცინო საზოგადოებისა და მოსახლეობის აბსოლუტური უმრავლესობა ამგვარი მიდგომის, პატიოსანი პოლიტიკის მხარეზე იქნება.

დიდი მადლობა ყურადღებისთვის.

**საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო განათლების 75-ე და
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის 65-ე
წლისთავი**

1995 წლის 29 სექტემბერი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ნებისმიერი ერისა და ქვეყნის ისტორიაში არის თარიღები, რომელთა მნიშვნელობა სცილდება კონკრეტული ფაქტებისა და მოვლენების უბრალო ფიქსაციას. ამგვარი თარიღების გახსენება ერის ოქროს საგანძურთან მიახლოებაა. დროის გარკვეულ მონაკვეთებში ამგვარი თარიღების აღნიშვნა ერის მეხსიერების განახლების აუცილებლობითაა განპირობებული, რაც იმისთვისაც არის საჭირო, რათა გავანალიზოთ, საიდან მოვდივართ და საით მივდივართ, რანი ვართ და რა ვალდებულებები გვაკისრია.

დღეს აქ ვზეიმობთ ორ მნიშვნელოვან თარიღს, საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლების შემოღების 75-ე და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის დაფუძნების 65-ე წლისთავს. ნება მიბოძეთ, განსაკუთრებით შევჩერდე პირველ თარიღზე.

ფაზისის, გელათის, იყალთოს, გრემის აკადემიების მქონე უძველესი ცივილიზაციის საქართველოში მხოლოდ ამ საუკუნის დასაწყისში შეიქმნა საუნივერსიტეტო სწავლება. საქართველოს დამოუკიდებელი სახელმწიფოებრიობის 3 წელი იყო ამ დიდ საქმეს.

საქართველოს დამოუკიდებლობის დაკარგვისთანავე თვალნათლივ გამოჩნდა, თუ რამდენად მიუღებელი გახდა საქართველოში ერთიანი მძლავრი უნივერსიტეტის არსებობა და საერთოდ ქვეყანაში სპეციალისტების საუნივერსიტეტო მომზადების სისტემა. ამ პერიოდში შეუძლებელი იყო ერის თვალსაჩინო შვილების: ივანე ჯავახიშვილის, პეტრე მელიქიშვილის, ივანე ბერიტაშვილისა და მათი ერთგული თანამებრძოლების მიერ მკვიდრად ბალავარჩაყრილი შენობის დანგრევა, ამიტომ ტოტალურმა რეჟიმმა სცადა მისი დარღვევა, რამაც შემდგომ მთელი რიგი წამყვანი დარგების ინსტიტუტებად გამოყოფა გამოიწვია. მიზანი მარტივია – საჭირო იყო

სპეციალისტების მომზადების პროცესში ქვეყნის საუკეთესო ახალგაზრდობისთვის მოღვაწეებად, მამულიშვილებად ჩამოყალიბების გზა გადაეკეტათ.

საყოველთაოდ ცნობილია, საუნივერსიტეტო განათლება საინსტიტუტოსაგან იმითაც განსხვავდება, რომ უნივერსიტეტი ამზადებს არა მარტო ვიწრო სპეციალისტებს, არამედ ერს უზრდის ფართო ერუდიციის მქონე მოქალაქეებს, მამულიშვილებს.

1930 წელს ჩამოყალიბდა, მართალია, დამოუკიდებელი, მაგრამ სამედიცინო ინსტიტუტი. ამით ცდილობდნენ, სამედიცინო განათლება საინსტიტუტო აღზრდის არტახებში მოექციათ, მაგრამ 10-წლიანი სამედიცინო საუნივერსიტეტო განათლების ტრადიციები, იმ ჩვენი სათაყვანებელი წინაპრების მაღალი მამულიშვილური სულისკვეთება ამ განზრახვის განხორციელებას ნებისთ თუ უნებლიეთ წინ აღუდგა და ქართველი ახალგაზრდების თაობები სამედიცინო ინსტიტუტის კედლებში ადამიანთა მკურნალის საპატიო და ჰუმანურ პროფესიას ერისა და ქვეყნის „მაჯაშისა შემტყობლის“ დიად ხელობასთან ერთად ეუფლებოდა. წარსულის შავბნელ პერიოდებში თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საკურთხეველზე არასოდეს არ ჩამქრალა საუნივერსიტეტო განათლების წმინდა ცეცხლი და, როგორც კი შესაძლებელი გახდა დიდი ილიას ბრძენი ლელთ ღუნისა სიტყვებით რომ ვთქვათ „ჩვენივე თავი ჩვენადვე გვეყუდნებოდა“, სამედიცინო განათლება კვლავ საუნივერსიტეტოდ გადაიქცა. დღეს, როცა თითოეული ჩვენგანისთვის სათაყვანო ტამარში შემოვდივართ, გვეამაყება, რომ მას თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი ჰქვია. ეს ყველა იმ თაობის ჯილდოა, რომელთაც თავიანთი გულითა და გონებით ატარეს და არ ჩააქრეს საქართველოში საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლების ელვარე ნაპერწკალი. ამიტომაც იყო, რომ ამ კედლებიდან გამოდიოდნენ მარტო ბრწყინვალე ექიმები კი არა, არამედ თვალსაჩინო ეროვნული მოღვაწეები. ისინი არა მარტო ჩვენი მოსახლეობის სხეულს კურნავდნენ, არამედ, უპირველესად, ერის სულიერი სიჯანსაღის ერთგულ დარაჯებად იდგნენ. ამიტომაც არის, რომ ამ ორი საიუბილეო თარიღიდან მე მაინც პირველს ვანიჭებ უპირატესობას.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის როლი სცილდება ერთი, თუნდაც პრესტიჟული, უმაღლესი სასწავლებლის ფარგლებს. ის იმ

ჩვენი დამაშვრალი მოღვაწეების უშუალო მემკვიდრეა, ვინც 1920 წელს თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე საფუძველი ჩაუყარა ქართულ კლასიკურ მედიცინას, რომელსაც დღეს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაში სამართლიანად უკავია თავისი ღირსეული ადგილი.

თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტის ფესვები საუკუნეთა შორეული შრებიდან მოდის – ლეგენდარული მედეადან და ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილისა და მათი მრავალრიცხოვანი თანამოაზრეებიდან იღებს სათავეს. ამიტომაცაა, რომ ქართული სამედიცინო აზროვნება, ჩვენი სამედიცინო კულტურა არა მარტო ადამიანისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევის ხელოვნებაა, არამედ ის ჩვენი ერის კულტურის უმნიშვნელოვანესი ნაწილი, ქვეყნის ცივილიზებულიობის ერთ-ერთი უმთავრესი გარანტიაცაა.

ნიშანდობლივია, რომ ქართული საუნივერსიტეტო განათლების 75-ე წლის აღნიშვნა ემთხვევა იმ პერიოდს, როდესაც ქვეყანაში მიმდინარეობს ცივილიზებული საზოგადოებრივი ურთიერთობების დამკვიდრების ურთულესი პროცესი, რომლის შემადგენელი ელემენტია ჯანდაცვის მთელი სისტემის რეორიენტაციის მრავალეტაპიანი და მრავალწახნაგიანი პროგრამა.

დღეს მუშაობა გვიწევს ქვეყნისთვის უადრესად მნიშვნელოვან პრობლემებზე, იცვლება საზოგადოებრივი ურთიერთობები, რაც იძულებულს გვხდის ბევრ საკითხში შეეცვალოთ ჩამოყალიბებული სტერეოტიპები და მენტალიტეტი. ბუნებრივია, არსებითი ცვლილებების გარეშე ვერ დარჩა ჩვენი დარგიც.

ჯანდაცვის რეორიენტაციის პროცესში ფასდაუდებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის როლი. ვინ, თუ არა მან, უნდა განსაზღვროს ჩვენი ნაციონალური მედიცინის ის მიმართულებები, რომლთა შენარჩუნება და განვითარება აუცილებელია ჩვენი ქვეყნის ინტერესებიდან გამომდინარე და რომლებიც უახლოეს პერსპექტივაში რეალურ და ფასეულ შედეგებს მოგვცემს. ვინ, თუ არა მან, უნდა შეიმუშაოს დარგში ჭეშმარიტი პროფესიონალობის კრიტერიუმები და აღზარდოს კადრები ამ კრიტერიუმების შესაბამისად.

თქვენი გამოცდილებისა და გამოკვლევების გარეშე ძნელია ჯანდაცვის მართვის ახალი, ოპტიმალური სტრუქტურების ფორმირება. ამასთან დაკავშირებით, ალბათ სამედიცინო უნივერსიტეტის შესაბამისმა კათედრებმა უნდა გაამლიერონ კვლევები ისეთი მნიშვნელოვანი

მიმართულებებით, როგორცაა ჯანდაცვის ეკონომიკის, ორგანიზაციისა და მართვის საკითხები, საზოგადოებრივი და სამართლებრივი რეგულირების ასპექტები ჯანდაცვის სფეროში, სამედიცინო ეთიკისა და მორალის სპეციფიკური ასპექტები. ეს ჩვენი დარგის სამედიცინო დისციპლინებია და მათ მეცნიერულ კვლევებსაც ჩვენმა უნივერსიტეტმა უნდა უხელმძღვანელოს. დღეისათვის, როცა ამ დარგის სპეციალისტები არა გვყავს, შეიძლება მოვიწვიოთ მეცნიერ-ეკონომისტები, მეცნიერ-იურისტები, ფილოსოფოსები და მათთან თანამშრომლობით შევიმუშაოთ კვლევის საინტერესო მიმართულებების მეთოდოლოგიური ასპექტები. ამგვარი კვლევების შედეგები დღესვე გვჭირდება, მაგრამ ხვალ უფრო დაგჭირდება და ამიტომ საჭიროა, მათ მომზადებას სამედიცინო უნივერსიტეტის კედლებში ჩაეყაროს საფუძველი.

უკვე ბევრს მივაღწიეთ საზღვარგარეთის ქვეყნებთან ურთიერთობაში, მაგრამ უფრო მეტის იმედი გვაქვს. მტკიცედ გვწამს, ცივილიზებულ სამყაროსთან ურთიერთობისთვის ჩვენ ყველაზე მეტად ინტელექტუალური აზროვნების სფეროში ვართ მზად. გვჯერა, რომ უახლოეს პერსპექტივაში მეცნიერების სფეროში ჩვენთვის საინტერესო და უაღრესად მომგებიანი იქნება საერთაშორისო თანამშრომლობა, ქართული სამედიცინო მეცნიერება მისი სწორი და ოპტიმალური ორგანიზაციით შეძლებს ისეთი ცალკეული პროგრამების გამოკვლევას, რაც უაღრესად საინტერესო იქნება დანარჩენი მსოფლიოსთვისაც. ამ მხრივ, მთავარი როლი ჩვენმა უნივერსიტეტმა უნდა შეასრულოს. აუცილებელია, ქართული მეცნიერების ცენტრებმა სწორედ საუნივერსიტეტო კათედრაზე გადმოინაცვლონ.

სამედიცინო კადრების მომზადებისა და მათი დახელოვნების პროცესის გაუმჯობესება შეუძლებელია ქვეყანაში უწყვეტი სამედიცინო განათლების თანამედროვე სისტემის არსებობის გარეშე. ამისათვის დაგეგმილი გვაქვს, საერთო საბაზისო სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ მედიკოსებმა პროფესიული დაოსტატება განაგრძონ განვითარებულ ქვეყნებში კარგად აპრობირებული დარგობრივი სარეზიდენტო პროგრამების დახმარებით, რომელთა მომზადება და პრაქტიკაში დანერგვა სამედიცინო უნივერსიტეტის აკადემიური პერსონალის სერიოზულ ძალისხმევას მოხვდეს.

პრობლემა ბევრია. ჩვენ საინტერესო დროს გვიხდება ცხოვრება და მოღვაწეობა. რეფორმა, რომელიც თანდათანობით იკრებს ძალას, სერიოზულ

ანალიზსა და შესაბამის კორექტირებასაც მოითხოვს და ამ საიუბილეო დღეებში, როცა ქართული სამედიცინო საუნივერსიტეტო განათლების მიღწევებს ვაჯამებთ და პერსპექტივისთვის ამოცანებს ვსახავთ, ვულოცავთ ყველა მედიკოსს, ჯანდაცვის თითოეულ მუშაკს, სრულიად საქართველოს ამ სახელოვან იუბილეს და გამოვთქვამთ რწმენას, რომ ერთიანი ძალისხმევით შევძლებთ ქართული სამედიცინო აზროვნების შემდგომ განვითარებასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას და განმტკიცებას.

და ბოლოს, მინდა გამოვთქვა რწმენა, რომ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი უახლოეს მომავალში იქცევა ახალგაზრდობის ჭეშმარიტად უნივერსალური განათლების კერად და ერისა და ქვეყნის სათაყვანებელი მამულიშვილების აღზრდისა და ჩამოყალიბების საქმეში ღირსეულად ამოუდგება მხარში თანამედროვე ქართული უმაღლესი განათლების პატრიარქს – ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტს.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

1995 წლის ოქტომბერი

**ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობა
რეორიენტაციის დაწყებიდან 2 თვის შემდეგ**

ავთანდილ ჯორბენაძე

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონებო და ქალბატონებო,

მიმდინარე წლის 10 აგვისტოს საქართველოს რესპუბლიკაში დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამის პირველი ეტაპისთვის განსაზღვრული ღონისძიებების რეალიზება. ქვეყნის ყველა სამედიცინო დაწესებულება გადავიდა სამეურნეო-საგარეო ურთიერთობების პრინციპებით მუშაობაზე; ჩატარდა მათი რეგისტრაცია დადგენილი წესით და მიმდინარეობს აკრედიტაცია; სამედიცინო დარგის მუშაკები გადადიან საკონტრაქტო წესით მუშაობაზე. ამით უზრუნველყოფით ქვეყანაში სამედიცინო სამართალ-სუბიექტების ფუნქციონირების ერთიან პირობებსა და წესებს. მათ უფლება აქვთ, იმუშაონ მიღებული აკრედიტაციის პირობებში და ლიცენზიის ფარგლებში. ამასთან, ანაზღაურება განხორციელდება ფაქტობრივად შესრულებული სამუშაოს ოდენობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის ადეკვატურად. ამოქმედდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, რომლებშიც განსაზღვრულია სახელმწიფოს ვალდებულებები საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების სფეროში.

ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის ზოგად თავისებურებაზე და მათ შორის გარდამავალ პერიოდში სახელმწიფო ვალდებულებებზე მრავალჯერ თქმულა და, ამდენად, აქ აღარ გავამახვილებ თქვენს ყურადღებას. მინდა, ვისარგებლო დღევანდელი შემთხვევით და ვისაუბროთ იმ შესაძლო ხარვეზებზე, რომლებთან შეგუებამ შეიძლება დაამუხრუჭოს არა მარტო ჯანდაცვის რეორიენტაციის, არამედ მთლიანად ქვეყანაში საბაზრო ეკონომიკური ურთიერთობების ჩამოყალიბების პროცესი. ამასთან ერთად, მიზანშეწონილად მიმაჩნია, კიდევ ერთხელ შეგახსენოთ რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე სახელმწიფოს ვალდებულებანი თავისი მოსახლეობის წინაშე.

ახალი სისტემის პირობებში მიმდინარე წლის ბოლომდე სახელმწიფო უზრუნველყოფს მთელი მოსახლეობის იმუნიზაციის, მშობიარობისა და 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა მკურნალობის ხარჯების დაფარვას დამტკიცებული სტანდარტების ფარგლებში, აგრეთვე, ფტიზიატრიული და ფსიქიატრიული ავადმყოფების მკურნალობის სრულ ციკლს. ფედერალური სახსრებით უზრუნველყოფილი იქნება სოციალურად საშიში დაავადებების პროფილაქტიკა, ორსული ქალებისა და ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო პატრონაჟი, სამედიცინო მეცნიერების ოპტიმალური განვითარება და სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, კატასტროფებისა და ეპიდემიოლოგიისთვის სახელმწიფო რეზერვის შექმნა და განახლება, ინსულინდამოკიდებული ავადმყოფების ინსულინით უფასოდ მომარაგება. ამდენად, სამედიცინო დახმარების მთელი რიგი სახეები, რომლებიც წინათ ადგილობრივი ბიუჯეტის ხარჯზე ფინანსდებოდა, ამჯერად ფედერალური სახსრებით დაიფარება. გარდა ამისა, ქალაქებისა და რაიონების ბიუჯეტებიდან უნდა დაფინანსდეს ყველა მოქალაქის გადაუდებელი დახმარება, სამედიცინო მეთვალყურეობა და ონკოინკურაბელური ავადმყოფების ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით უზრუნველყოფა. ეს არის ის სავალდებულო მინიმუმი, რომლითაც ადგილობრივი ხელისუფლება ვალდებული იქნება თავისი მოსახლეობის წინაშე და რომელსაც აუცილებელი შესრულება სჭირდება.

ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის მნიშვნელოვანი თავისებურებაა, რომ ახალ პირობებში ხორციელდება სხვადასხვა დონის ხელისუფლების პასუხისმგებლობის მკვეთრი გამიჯვნა საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ნებაყოფლობით ახორციელებს საკუთარი კომპეტენციის დელეგირებას ადგილობრივი დონის ჰორიზონტალურ სტრუქტურებთან, დამატებით უფლებებს იძენენ ჯანმრთელობის მართვის რეგიონული და მუნიციპალური ორგანოები. აღნიშნული პროცესი შემდგომში გაგრძელდება. ამავე დროს, დამატებითი უფლებების გადაცემა ნიშნავს შესაბამისი ვალდებულებებისა და პასუხისმგებლობის დაკისრებასაც. ამგვარია საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ცივილიზებული დემოკრატიული საზოგადოების სავალდებულო მოთხოვნები.

ჩვენთვის არ არის გასაგები, როცა ცალკეული რაიონის, მაგალითად, დედოფლისწყაროს, ყვარლის, ლაგოდეხისა და სხვა რაიონების მესვეურნი მოგვმართავენ იმის თაობაზე, რომ მათ არა აქვთ საშუალება დააკმაყოფილონ საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის მიერ განსაზღვრული მინიმალური მუნიციპალური მოთხოვნები. აქ ლაპარაკია საკუთარი მოსახლეობისთვის სასიცოცხლოდ აუცილებელი მოცულობის სამედიცინო დახმარების საზღაურის დაფარვაზე, რომლის ღირებულება, დღევანდელი ეკონომიკური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, ერთ მოსახლეზე გაანგარიშებით, სამწუხაროდ, ერთ აშშ დოლარს შეადგენს. ასეთი ფაქტები კიდევ უფრო გვარწმუნებს არჩეული მოდელის მართებულობაში, რადგანაც მოსახლეობამ უნდა იცოდეს ხელისუფლების პოზიცია პრიორიტეტების განსაზღვრისას, რათა რეალური არჩევანი გააკეთოს გადაწყვეტილების მიღებისას.

არ შეიძლება აქვე არ აღინიშნოს, რომ ასეთ შემთხვევაში ზოგიერთ რეგიონში ხელისუფალნი დამატებით ვალდებულებებს კისრულობენ საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისას. მაღლიერებით წარმოსაჩენია ამ მიმართულებებით ქალაქების თბილისისა და ქუთაისის მერიების, აგრეთვე, ქვემო ქართლის რეგიონის პროგრესული პოზიცია. ასეთივე აქტიურ პოზიციას ადგანან აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ხელისუფალნი, რომლის პროგრამაც ამ დღეებში უნდა დამტკიცდეს.

ამავე დროს რეგიონების უმეტესობაში გაუმართლებლად ჭიანჭურდება რეფორმისთვის აუცილებელი სამუშაოების ჩატარება. კერძოდ, თავი ვერ მოება ჯანდაცვის მუნიციპალური სახელმწიფო ფონდების ჩამოყალიბებას დადგენილი წესით, საკუთარ ტერიტორიაზე მცხოვრები განსაკუთრებით უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის სიების შედგენას. არა და არ გადაწყდა სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ვალების ჩამოწერა, დაფარვან გადავადება, როგორც გათვალისწინებულია სახელმწიფოს მეთაურის 1995 წლის 5 ივლისის ბრძანებულებით.

მიუხედავად სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის ბრძანებულებისა, დღემდე გაუმართლებლად ჭიანჭურდება სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებებისთვის მათ მიერ დაკავებული შენობის ან მისი ნაწილის ბალანსზე გადაცემა. ყოველივე ეს ხელს უშლის რეფორმის ნორმალურ მიმდინარეობას. არა გვგონია, ვინმეს შეხსენება სჭირდებოდეს,

რომ ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაცია დარგობრივი უწყების კაპრიზი კი არ არის, არამედ ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის მნიშვნელოვანი ნაწილია.

რეფორმის ორგანიზებული წარმართვისთვის სამინისტროში შექმნილია ოპერატიული შტაბი, რომლის სხდომები ყოველდღიურად იმართება; დამუშავდა და დამტკიცდა ცალკეული პროგრამების განხორციელების ორგანიზაციული სქემები; შემუშავდა და ქსელში გავრცელდა ახალ პირობებში მუშაობისთვის საჭირო ყველა ინსტრუქციული, მეთოდური და ნორმატიული მასალა; მიმდინარეობს კადრების სწავლების ინსტრუქციული, მეთოდური და ნორმატიული მასალის მომზადება; ასევე, დაიწყო კადრების სწავლების ინტენსიური პროცესი; შეიქმნა და დაკომპლექტდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდი.

მიუხედავად ამისა, რეორიენტაციის პროცესი შეიძლება შესამჩნევად შენელდეს, თუ ცალკეული უწყებები დროულად არ შეასრულებენ მათზე დაკისრებულ მოვალეობებს.

სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულების თანახმად, სამედიცინო დაწესებულებები სამეურნეო ანგარიშზე გადასვლის წინ უნდა გათავისუფლებულიყვნენ იმ დავალიანებებისგან, რომელიც მათ არასაკმარისი საბიუჯეტო დაფინანსების გამო წარმოექმნათ. საკითხის გადაწყვეტა დავალებული ჰქონდათ ფინანსთა სამინისტროს და ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებს. სამწუხაროდ, ეს პრობლემა მოუგვარებელი დარჩა და ამჟამად მომსახურე ბანკები სამედიცინო დაწესებულებებს საბიუჯეტო ანგარიშებს არ უხურავენ, ხოლო ზოგიერთი ბანკი უფრო შორს წავიდა და უნებართვოდ ხელფასის ფონდიდან ჭრის შესაბამის სახსრებს. აუცილებელია, ეროვნულმა ბანკმა დააგზავნოს ცირკულარული წერილი, რათა ბანკებმა შეუფერხებლად დახურონ შესაბამისი საბიუჯეტო და გახსნან სამეურნეო ანგარიშები, ხოლო დავალიანებები გადაიტანონ სათანადო ბიუჯეტებზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულებები ძალზე რთულ მდგომარეობაში აღმოჩნდებიან და მათი გადასვლა სამეურნეო ანგარიშზე პრაქტიკულად კიდევ უფრო გართულდება.

როგორც მოგეხსენებათ, გადაწყვეტილი იყო, რომ ივლისის თვიდან ყოველი თვის 10 რიცხვამდე ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდს რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან პრიორიტეტული წესით, დამატებით გამოეყოფოდა ერთი

ტრილიონი კუპონი. მიუხედავად იმისა, რომ ერთი თვით ადრე წინმსწრები დაფინანსება აუცილებელი იყო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად, 5 ივლისამდე ჩასარიცხი პირველი ტრილიონი 1 აგვისტოს ჩაირიცხა, ხოლო აგვისტოსი ჯერ კიდევ არ ჩაირიცხულა. ამის გამო, შესაძლოა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამული უზრუნველყოფა დაგეგმილ ვადებში ვერ მოხერხდეს, რაც რეფორმის დისკრედიტაციის მიზეზი შეიძლება გახდეს და რაც გამოიწვევს ისედაც მაქსიმალურად დაჭიმული პროგრამების კიდევ უფრო დაძაბვას. ასევე აუცილებელია, რომ ფინანსთა სამინისტრომ დროულად შეასრულოს მასზე დაკისრებული სახელმწიფო ვალდებულება და სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე გადასვლის პროცესში სამედიცინო ქსელისთვის გამოყოს ორი თვის ხელფასი, რაც აუცილებელია რეფორმის შემარბილებელი სოციალური პოლიტიკის გატარებისთვის.

დამატებითი ღირებულების შესახებ კანონის თანახმად, სამკურნალწამლო საშუალებებს, სამედიცინო ტექნიკას და ავადმყოფის მოვლის საგნებს არ ერიცხება დამატებითი ღირებულების გადასახადი. სამწუხაროდ, საგადასახადო შეღავათი გავრცელდა მხოლოდ წარმოების სფეროზე და არ გაითვალისწინა ის გარემოება, რომ რესპუბლიკის სამედიცინო დაწესებულებები და მოსახლეობა შესაბამის საქონელზე მოთხოვნილების 95%-ს იკმაყოფილებს იმპორტის ხარჯზე. საგადასახადო სამსახურთან ერთად ვმუშაობთ სისტემის დახვეწაზე და იმედია, რომ ჩვენს ერთობლივ ინსტრუქციაში ეს ხარვეზი გასწორდება და სამკურნალწამლო საშუალებებს, ავადმყოფის მოვლის საგნებსა და სამედიცინო ტექნიკას არც წარმოების და არც რეალიზაციის სფეროში დამატებითი ღირებულების გადასახადი არ დაერიცხება.

საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის 1995 წლის 30 ივნისის N388 დადგენილებით „საქართველოს რესპუბლიკაში ფარმაცევტული დარგის შემდგომი განვითარების შესახებ“ განსაზღვრულია კონკრეტული ღონისძიებები ქვეყანაში ჩამოყალიბებული „ველური“ ფარმაცევტული ბაზრის მოსაწესრიგებლად. საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 23 დეკემბრის N400 ბრძანებულებით აფთიაქები გათავისუფდა ადგილობრივი გადასახადებისა და მოსაკრებლებისგან, ამიტომ მათი დაბეგვრა შესაბამისი გადასახადით საერთოდ არ უნდა ხდებოდეს, ვინაიდან ფიქსირებული „საფირმო“ გადასახადი მიეკუთვნება ადგილობრივი გადასახადების რიგს.

საერთოდ, უნდა ითქვას, რომ უკვე დავიწყეთ სამკურნალწამლო საშუალებათა ექსპორტ-იმპორტის მოწესრიგება, რაშიც მნიშვნელოვანია საბაჟო დეპარტამენტის გამართული მუშაობის წილი. ეს მოგვცემს ქვეყანაში ქაოტურად ჩამოყალიბებული ფარმაცევტული ბაზრის დარეგულირების დაწყების საშუალებას.

ჯანმრთელობის დაცვის რეორიენტაციის პროცესი ქვეყანაში მიმდინარე რადიკალური რეფორმების შემადგენელი ნაწილია. ეს არის გზა ცივილიზებული, დემოკრატიული სახელმწიფოს შენებისკენ და ნებისმიერი პოზიცია მასთან შესაბამისობით უნდა შეფასდეს.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სასწავლო ცენტრის გახსნა

1995 წლის 26 ოქტომბერი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

თქვენო აღმატებულებავ, ბატონო ელჩო ვილიამ კორტნი,
ქალბატონო პოლა ფინი, ბატონო ჯეიმს სმიტ, ბატონო გეილ ანდერსონ,
ძვირფასო ამერიკელი და ქართველი კოლეგებო,

უპირველეს ყოვლისა, მინდა მოგესალმოდ და დიდი მადლობა მოგახსენოთ აქ მოზრმანებისთვის, რადგან გასურთ, გაიზიაროთ ჩვენი სიხარული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ცენტრის გახსნასთან დაკავშირებით. ფასდაუდებელია ამერიკელი ხალხისა და მთავრობის, საქართველოში აშშ-ის საელჩოსა და საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს წვლილი საქართველოს სახელმწიფოებრიობის მშენებლობის საქმეში. დიდი მადლობა მათ უკანასკნელი 4 წლის განმავლობაში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის კრიზისიდან გამოყვანის საქმეში თანადგომისთვის. მადლობა მათ იმ დიდი წვლილისათვის, რაც ქართულ-ამერიკულმა ურთიერთობებმა შეიტანა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის საქმეში.

როგორც იცით, ამ წლის 10 აგვისტოდან საქართველოში დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესი. ქვეყანაში შექმნილი რთული პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური კრიზისის ფონზე მომზადდა და დაიწყო რეფორმა, რომელიც მიზნად ისახავს, ერთი მხრივ, მოსახლეობის სასიცოცხლოდ აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მაქსიმალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას და, მეორე მხრივ, სამედიცინო დარგის ოპტიმალურ განვითარებას.

რეფორმის მომზადების პროცესში ფასდაუდებელია აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, ამერიკის საერთაშორისო ჯანდაცვის კავშირის ატლანტა – თბილისის პარტნიორული პროგრამის წვლილი. ეს იყო ტექნიკური დახმარების პირველი საერთაშორისო პროგრამა, რომელიც თავდაპირველად მხოლოდ საავადმყოფოებს შორის თანამშრომლობას გულისხმობდა, მაგრამ შემდგომში გაფართოვდა და ამჟამად მისი საქმიანობა მიმართულია ჯანდაცვის პრიორიტეტულ მიმართულებებზე.

1992 წლის ოქტომბრიდან ატლანტა – თბილისის პარტნიორული პროგრამა მონაწილეობდა ისეთ მნიშვნელოვან ცვლილებებში, როგორცაა ჯანდაცვის სისტემის ახალი მოდელის შექმნა; სამინისტროს როლის გაზრდა საერთაშორისო და დონორული ორგანიზაციების საქმიანობის კოორდინირებაში; ჯანდაცვის ეფექტურობის ზრდა; აქცენტის გადატანა სტაციონარულიდან ამბულატორიულ სამსახურზე; აქცენტის გადატანა ხარისხის გაუმჯობესებაზე; ექთნების როლის გაზრდა; მართვის სტრატეგიის დაგეგმვის პროცესის განვითარება; დაწესებულებებისა და სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირების სტანდარტების შემუშავების პროცესის დაწყება; დედათა და ბავშვთა სამსახურის, გასტროენტეროლოგიურ, კარდიოლოგიურ და საექთნო დარგებში კლინიკური მეთოდების გაუმჯობესება; დაწესებულებებისა და სისტემების მთავარი ადმინისტრატორების მართვის უნარების გაუმჯობესება და სხვა.

აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთან, ამერიკის საერთაშორისო ჯანდაცვის კავშირთან და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობამ და ბატონ ჯიმ სმიტის პირადად მხარდაჭერამ მოამზადა ნიადაგი მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის პროექტზე მუშაობისთვის, რომელიც უკვე მზადაა ნოემბერში ხელმოსაწერად და 1996 წლიდან დაიწყება საქართველოში მისი განხორციელება. ამ ურთიერთობამ, თავის მხრივ, ხელი შეუწყო საერთაშორისო სავალუტო ფონდის დაინტერესებასა და მისგან რეფორმის პროცესის ცალსახად მხარდაჭერას.

ფასდაუდებელია ამერიკის მთავრობისა და ამერიკელი ხალხის წვლილი საქართველოსთვის გაწეულ ჰუმანიტარულ დახმარებაში, რაც გამოიხატება მედიკამენტების, სამედიცინო დანიშნულების საგნებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის გადმოცემაში.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია მთელი რიგი არასამთავრობო ორგანიზაციების (ამქორი, გადავარჩინოთ ბავშვები, ქეარი და სხვა) გეგმიური მუშაობა საქართველოში, რომელიც ფაქტობრივად აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მემკვიდრეობით ხორციელდება. ვსარგებლობ შემთხვევით და მინდა მადლობა გადავუხადო ყველა საერთაშორისო სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციას, რომლებიც მხარში გვიდგანან: გაეროს ბავშვთა ფონდს, ექიმები საზღვრებს გარეშე და მრავალ

სხვას. მაპატიეთ თუ ვერ ვასახელებ ყველას ვინც მნიშვნელოვან საქმეს აკეთებს საქართველოში.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჰუმანიტარული დახმარებიდან თანდათანობითი გადასვლა ტექნიკური დახმარებისა და გრძელვადიანი განვითარების პროგრამებზე, რომთა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია ქართველი სპეციალისტების მომზადება, საინფორმაციო ვაკუუმიდან გამოსვლა, სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების განვითარება და ასე შემდეგ. სწორედ ამის მოწმენი ვართ დღეს გადაუდებელი დახმარების სასწავლო ცენტრის გახსნის სახით. მოუთმენლად ველით პროგრამის იმ ნაწილის დასრულებას, როდესაც ამავე შენობაში გაიხსნება ეროვნული სასწავლო საინფორმაციო ცენტრი, რომელიც ჩვენს ექიმებსა და პროფესიულ სამედიცინო კადრს მისცემს უახლეს სამედიცინო-საინფორმაციო სისტემაში ჩართვის საშუალებას. ამაზე უფრო დეტალურად მოგახსენებთ ცენტრის გახსნისას, რომელიც უახლოეს მომავალშია დაგეგმილი.

ამ შენობაში, სადაც ახლა განლაგებულია ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, თავს იყრის საქართველოს მედიცინის ინტელექტუალური განვითარებისთვის მნიშვნელოვანი ინსტიტუტები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ სამედიცინო მეცნიერების განვითარების მიზნით ინტენსიური თანამშრომლობა დაიწყო ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტების სისტემასთან, რომლის კონკრეტული გამოვლინებაა უკვე არსებული თანამშრომლობა გულის, ფილტვისა და სისხლის ინსტიტუტთან, ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრთან, ეროვნულ სამედიცინო ბიბლიოთეკასთან. ამ საქმეში პირადი მხარდაჭერისთვის განსაკუთრებული მადლობა უნდა გადავუხადო ამერიკის ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების მინისტრს, ქალნატონ დონა შალალას.

თანამშრომლობის პრინციპების დამკვიდრება და ამ გზით მჭიდრო ურთიერთკავშირების განვითარება, დოგმატებისგან თავისუფალი ახალი აზროვნების ჩამოყალიბება, მსოფლიო გამოცდილების გაზიარება, საინფორმაციო ვაკუუმიდან გამოსვლის პროცესის დაწყება, ჭეშმარიტი პარტნიორული ურთიერთობების გაღრმავება და განვითარება – ეს არის გზა დემოკრატიის მშენებლობისა და ჩვენი ქვეყნის უკეთესი მომავლისაკენ.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

პარლამენტის სხდომა

1995 წლის 20 დეკემბერი

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის დამტკიცება

ავთანდილ ჯორბენაძე

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრობის კანდიდატი

პატივცემულო დეპუტატებო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

ჩვენ გვიწევს ცხოვრება ისეთ დროს, როდესაც მიმდინარეობს ჩვენი ქვეყნის სახელმწიფოებრივი ფორმირების პროცესი. ინერგება ახალი ფორმები და მეთოდები, ყალიბდება ახალი ტრადიციები. ერთ-ერთი ამგვარია მინისტრობის კანდიდატთა პროგრამების მოსმენები პარლამენტის კომისიებზე. შემდგომში, ალბათ, ამგვარი პროცედურის მკაცრად რეგლამენტირებული წესი ჩამოყალიბდება, მაგრამ ამჟამად გარკვეული სახით იმპროვიზაცია მოგვიწევს ორივე მხარეს.

იმის გამო, რომ მე აღნიშნულ თანამდებობაზე უკვე ორ წელიწადზე მეტი ხნის განმავლობაში ვმუშაობ, პირველ რიგში, მიზანშეწონილად მიმაჩნია გარკვეული ანგარიშით წარვსდგე თქვენ წინაშე, მოგაწოდოთ დარგში დღეისათვის შექმნილი სიტუაციის ანალიზი და ჩემეული შეფასებები, და ბოლოს, გაგაცნობთ იმ ამოცანებსა და პრიორიტეტებს, რომლებიც გამოიკვეთა დარგის წინაშე და უნდა გატარდეს უახლოეს ოთხ წელიწადში. ეს იქნება ჩემი პროგრამა, იმ შემთხვევაში, თუ პარლამენტი დაამტკიცებს ჩემს კანდიდატურას საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის საპასუხისმგებლო პოსტზე.

წინა პარლამენტის 1994 წლის 3 მარტის სხდომაზე ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის პოსტზე დამტკიცებისას მე წარმოვადგინე სამოქმედო პროგრამა. ნება მიბოძეთ, შეგახსენოთ რამდენიმე ძირითადი ფრაგმენტი ჩემი გამოსვლიდან.

„მძიმე პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური კრიზისის ფონზე მიმდინარე პოლიტიკური სისტემისა და მისი სოციალურ-ეკონომიკური ორგანიზების რადიკალური გარდაქმნის პროცესში განსაკუთრებით მწვავე მდგომარეობაში აღმოჩნდა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სისტემა.

დარგში შექმნილი უმძიმესი სიტუაცია უნდა განვიხილოთ არამარტო ჩვენი მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების პოზიციებიდან, არამედ ქართული მედიცინის გადარჩენის აუცილებლობითაც.

წლების განმავლობაში ჯანდაცვის ორგანიზაციის საბჭოური სისტემის გამო საქართველოში დაგროვდა სამედიცინო მომსახურების ჭარბი ოდენობის დაბალხარისხიანი პოტენციალი, რომელიც ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის კონკრეტულ მოთხოვნილებას რამდენჯერმე აღემატება, თანაც ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი მწირი თანხები პრაქტიკულად აღნიშნული პოტენციალის შენარჩუნებასაც კი ვერ ახერხებს და, რა თქმა უნდა, მის ამოქმედებაზე ლაპარაკიც ზედმეტია.“

ჩვენი მაშინდელი დასკვნების სიმართლე შემდგომში პრაქტიკამაც დაადასტურა. დეკლარირებული „საყოველთაო და უფასო სამედიცინო დახმარების“ პირობებში მედიკოსთა ხუთ მილიონიანი კუპონის ხელფასისა და ჰუმანიტარული დახმარებით შემოტანილი მედიკამენტების იმედად დარჩენილი სისტემა გადაიქცა „ველურ“ სამედიცინო ბაზრად, რომლის რეგულირება მოქმედი მოდელის პირობებში შეუძლებელი იყო.

ამიტომაც აღვნიშნავდით წლინახევრის წინათ, რომ დარგში შექმნილი მწვავე კრიზისული მდგომარეობიდან გამოსავალი არსებული სისტემის კოსმეტიკურ შელამაზებაში ვერ მოიძებნება, საჭიროა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირეული რეორიენტაცია, ჩამოსაყალიბებელია პრინციპულად ახალი მოდელი, რომელიც უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

1. შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიულ გზას;
2. სამუშაოს მოცულობა უნდა იყოს დაბალანსებული მისი შესრულებისთვის აუცილებელ რესურსებთან;
3. სისტემა უნდა რეგულირდებოდეს და გამიზნული იყოს რესურსების რაციონალური ხარჯვისაკენ.

მაშინ ჩვენ პარლამენტს წარვუდგინეთ ჩვენეული მოდელის კონცეპტუალური სქემა. კერძოდ, ის უნდა „მაქსიმალურად პასუხობდეს ქვეყნის ცივილიზებულ ურთიერთობებზე გადასვლისა და რეგულირებადი საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების ძირითად მოთხოვნებს, რაც გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ისეთ ორგანიზაციას, რომლის დროსაც სამედიცინო

დაწესებულება და ცალკეული მედიკოსი უნდა იღებდეს შემოსავალს იმისდა მიხედვით თუ რა მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის სამუშაოს შესრულებს“. ამასთან „... სახელმწიფო უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის მხოლოდ განსაზღვრულ მოცულობას, მაგრამ უზრუნველყოფს გარანტირებულად თითოეული მოქალაქისთვის“, რისთვისაც საჭიროა პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსების პრინციპებზე გადასვლა“.

ასეთი იყო ჩვენი საპროგრამო გამოსვლის უმთავრესი თეზისები. პარლამენტის მიერ მინისტრის პოსტზე ჩემი დამტკიცება აღვიქვით ამ პოზიციის მხარდაჭერად და მთელი მუშაობის სიმძიმე გადატანეთ ახალი მოდელის შემუშავებასა და დანერგვაზე.

ახალი მოდელისა და მისი ცალკეული მექანიზმების შემუშავება თითქმის ერთი წელი გაგრძელდა. აღნიშნულ პროცესში ქვეყნის წამყვან სპეციალისტებთან ერთად მონაწილეობდნენ ცნობილი საზღვარგარეთელი ექსპერტები. შემუშავდა დარგის რეორიენტაციის კონცეფცია, რომელიც პოსტკომუნისტურ სივრცეში ერთ-ერთ ყველაზე საინტერესოდ არის მიჩნეული.

აღნიშნული კონცეფცია გავიდა პარლამენტის სხდომაზე და დაიმსახურა მოწონება, რამაც მოწონებამ მოგვცა იმის საფუძველი, რომ დაგვეწყო ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესი.

მუშაობა ერთდროულად წარიმართა რამდენიმე მიმართულებით.

1. ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი უზრუნველყოფა

მიმდინარე წლის თებერვალში საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტმა მოისმინა და მიიღო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია, მარტში კი მიიღო კანონები „სამედიცინო გადასახადების შესახებ“, „ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციისთვის გადასახადის შესახებ“ და რიგი კანონებისა, რომლებიც არეგულირებენ სპეციფიკურ ურთიერთობებს სამედიცინო დახმარების ცალკეულ დარგებში (შიდსი, ფსიქიატრია).

სამინისტროში მომზადდა და დამტკიცდა შემდეგი ნორმატიული დოკუმენტები:

- სამეურნეო-ანგარიშიან დაწესებულებათა ტიპური წესდება;
- დებულება სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის შესახებ;
- დებულება მართვის რეგიონული ცენტრების შესახებ;
- დებულება ჯანდაცვის რაიონული/საქალაქო სამმართველო ორგანოს შესახებ;
- დებულება ჯანდაცვის რაიონული/საქალაქო სახელმწიფო ფონდის შესახებ;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში სავალდებულო სამედიცინო გადასახდელების შეტანის წესი;
- ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და საქართველოში რეალიზაციისთვის გადასახდელების შეტანის წესი;
- სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებათა მუშაკებთან გასაფორმებელი კონტრაქტის ტიპური ფორმა;
- სამეურნეო-ანგარიშიან სამედიცინო დაწესებულებებში საბუღალტრო აღრიცხვა-ანგარიშგების წესები და ფორმები.

2. ჯანდაცვის ახალი სისტემისათვის აუცილებელი ორგანიზაციული სტრუქტურების ჩამოყალიბება.

სამუშაოები დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამმართველო აპარატის სტრუქტურული რეორგანიზაციით. ჩამოყალიბდა თვისებრივად ახალი სამმართველოები:

- სამედიცინო პროგრამების მთავარი სამმართველო;
- ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და რეგიონული მართვის მთავარი სამმართველო;
- ფარმაციისა და ფარმწარმოების სამმართველო.

ეკონომიკისა და რეფორმების დარგში ფუნქციურად გამოიყო მინისტრის ერთი მოადგილე. თვისებრივად შეიცვალა აპარატის დანარჩენი სამსახურების ფუნქციები და ამოცანები.

განხორციელდა ყოფილი მთავარი სააფთიაქო სამმართველოს დამოუკიდებელ სახელმწიფო საწარმოებად და აფთიაქებად რეორგანიზება.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან შეიქმნა დამოუკიდებელი ქვეყნის სახელმწიფოებრივი ფუნქციებისთვის აუცილებელი შემდეგი სამსახურები:

- სამედიცინო მომსახურები ხარისხის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- წამლის ხარისხის კონტროლის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- ფსიქოტროპული და ნარკოტიკული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის რესპუბლიკური ინსპექცია;
- ფარმაკოპეის კომიტეტი;
- სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების კომიტეტი;
- ჰუმანიტარული დახმარების სააგენტო;
- საგარეო-ეკონომიკურ ურთიერთობათა სააგენტო.

მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია ცენტრალური სამმართველო ფუნქციების დეცენტრალიზაცია ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ცენტრების ჩამოყალიბების გზით. შეიქმნა 9 რეგიონული ცენტრი, ქალაქები თბილისი და ფოთი გამოიყო, როგორც დამოუკიდებელი პროგრამით მომუშავე რეგიონები.

საყურადღებოა არსებული სამეცნიერო-პრაქტიკული სტრუქტურების ინტეგრაციის საფუძველზე ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის ჩამოყალიბება, რომელიც მომავალში უნდა იქცეს ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის პრობლემების მეთოდოლოგიური კვლევისა და ინფორმაციული უზრუნველყოფის სამსახურად.

რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად, ფინანსური სახსრების აკუმულირებისა და საფინანსო-საანგარიშსწორებო ახალი სისტემის ჩამოყალიბებისთვის შეიქმნა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდი, როგორც დამოუკიდებელი ინსტიტუციონალური სტრუქტურა. რეორიენტაციის შემდგომ ეტაპზე – 1996 წლის ბოლოსთვის მის ბაზაზე უნდა ჩამოყალიბდეს სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო სამსახური და ამით საბოლოო სახეს მიიღებს ჯანმრთელობის დაცვის მართვის და ორგანიზაციის ის მოდელი, რომელიც შემუშავებული გვაქვს.

3. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისთვის აუცილებელი მეთოდოლოგიური და პრაქტიკული სამუშაოების შესრულება

საანგარიშო პერიოდში ამ მიმართულებით სამინისტროში ჩატარდა მნიშვნელოვანი სამუშაოები. კერძოდ, დამუშავდა;

- ცალკეული ნოზოლოგიის მიხედვით სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობის სამედიცინო სტანდარტები;

- სამედიცინო მომსახურების ცალკეულ სახეებსა და ნოზოლოგიებზე დინამიკური ფასების სისტემა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის პირობები;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების პირობები.

4. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის იდეოლოგიური უზრუნველყოფა

ამ მიმართულებით სამინისტრო ატარებს მიზანმიმართულ და გეგმაზომიერ სამუშაოებს. წამყვანი სპეციალისტები სისტემატურად გადიან სამედიცინო დაწესებულებებში, სხვადასხვა რეგიონში, სადაც ატარებენ კონსულტაციებს, გამოდიან მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით, განმარტავენ რეფორმის ცალკეულ მომენტს მისი განხორციელების აუცილებლობიდან გამომდინარე.

სტამბური წესით გამოიცა რეორიენტაციის პირველი ეტაპის ღონისძიებების გატარებისთვის აუცილებელი მეთოდური და ინსტრუქციული მასალების სამი კრებული; სამინისტროში ჩამოყალიბდა დარგის დაწესებულებათა ხელმძღვანელი და წამყვანი მუშაკების სპეციალური პროგრამით სწავლების ერთკვირიანი სკოლა-სემინარი; ჩვენი სპეციალისტები მონაწილეობენ ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის პრობლემების საერთაშორისო სკოლა-სემინარების მუშაობაში როგორც ქვეყნის შიგნით, ასევე საზღვარგარეთ.

5. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის ჩამოყალიბებაში საგარეო-ეკონომიკური თანამშრომლობა

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი მოდელის შემუშავების საწყის სტადიაშივე მონაწილეობდნენ საზღვარგარეთელი ექსპერტები. ამჟამად მიზნობრივი კრედიტის გამოყოფის თაობაზე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობს მსოფლიო ბანკის მისია. კრედიტი გათვალისწინებულია სისტემაში მიმდინარე რეფორმის მხარდასაჭერად. ამ მიზნით სამინისტროსთან შეიქმნა პროექტის განხორციელების ქვედანაყოფი, რომელსაც ხელმძღვანელობს საკოორდინაციო საბჭო.

პროექტი მუშავდება რამდენიმე მიმართულებით:

- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აღდგენა და აღჭურვილობის განახლება;
- უწყვეტი განათლების სისტემის შექმნა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების რეფორმა.

პროექტით გათვალისწინებული სამუშაოები მიმდინარეობს წინასწარ შემუშავებული გეგმის მიხედვით და დასრულდება მომავალი წლის იანვარში.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესის წარმატებით განხორციელებისთვის აუცილებელია მისი მიმდინარეობის ყველა ეტაპზე საჯაროობის უზრუნველყოფა. რეფორმის საწყისი ეტაპიდან ცალკეული კონცეპტუალური საკითხების გადაწყვეტის პროცესში აქტიურად მონაწილეობდა სამედიცინო საზოგადოება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია მრავალეტაპიანი და ხანგრძლივი პროცესია. მისი დროსა და სივრცეში გაშლა იძლევა რეფორმის მტკიცებულებების ელემენტების მეტ-ნაკლები „სირბილით“ დანერგვის საშუალებას.

რეორიენტაციის პირველი ეტაპი დაიწყო მიმდინარე წლის 10 აგვისტოს. ქვეყნის ტერიტორიაზე განლაგებული ყველა სამედიცინო დაწესებულება, განურჩევლად მათი უწყებრივი დაქვემდებარებისა, გადავიდა სამეურნეო-ანგარიშიანი ურთიერთობების პრინციპებით მუშაობაზე. ამისათვის განხორციელდა რიგი საორგანიზაციო ხასიათის სამუშაოები. დღეისათვის ქვეყანაში რეგისტრირებულია 845 სამედიცინო პროფილის დამოუკიდებელი სამართალ-სუბიექტი, მათგან 8 არასახელმწიფოებრივი დაწესებულებაა. რეგისტრირებული სამედიცინო დაწესებულებებიდან 233-მა გაიარა აკრედიტაცია, რაც იმას ნიშნავს, რომ მათი სამედიცინო საქმიანობის უფლება ცნო სახელმწიფომ. ამჟამად მზადდება სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების პირობები, რის საფუძველზეც განვსაზღვრავთ მათთვის შესაბამისი საქმიანობის მოცულობებს.

ამ ღონისძიების შედეგად სამედიცინო დაწესებულებათა 133 ათასამდე მუშაკი ბიუჯეტური ანაზღაურებიდან უშუალოდ გადავიდა სამეურნეო-ანგარიშიანი პრინციპით მუშაობაზე, რომლის დროსაც მათი ხელფასები გაიანგარიშება შესრულებული სამუშაოს მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის შესაბამისად. ამასთან დაკავშირებით დამუშავდა და ქსელში გავრცელდა ერთიანი მეთოდური ინსტრუქცია, კონტრაქტის ფორმები და პირობები, აგრეთვე, ცალკეული სპეციალობების ჭრილში თითოეული ტიპის სამუშაოს შესრულების მაქსიმალური დატვირთვის ნორმატივები. აღნიშნულ საკითხებში სისტემატურად ტარდება სააღრიცხვო

და ეკონომიკური სამსახურების მუშაკების სწავლება სათანადო სემინარებისა და კონსულტაციების მეშვეობით.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციას საფუძვლად უდევს პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული მიდგომა, რაც იმას ნიშნავს, რომ ყოვლისმომცველი და პრაქტიკულ შესაძლებლობებთან დაუბალანსებელი დეკლარირებული ვალდებულებების ნაცვლად შემუშავდა რეალური, ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე და მკაცრი კრიტერიუმებით განსაზღვრული პრიორიტეტების სისტემაზე დაფუძნებული სახელმწიფო პროგრამები, რომლებშიც აკუმულირებულია სახელმწიფო ვალდებულებები საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების სფეროში.

ვალდებულებები განაწილდება სახელმწიფოებრივი ფორმირების ორ იერარქიულ დონეზე: ცენტრალურ დონეზე ქვეყნის მთელი მოსახლეობისთვის უზრუნველყოფილია თანაბრად გარანტირებული და ყველაზე პრიორიტეტული სახელმწიფო ვალდებულებები, ხოლო ადგილობრივ დონეზე, ქალაქებისა და რაიონების შესაძლებლობების მიხედვით, ყალიბდება მუნიციპალური პროგრამები, ანუ სამედიცინო დახმარების ის მოცულობა, რომელსაც თითოეული მუნიციპალიტეტი სთავაზობს საკუთარ მოსახლეობას.

ყოველივე ეს ახალ სისტემას ხდის დინამიკურს, მობილურსა და მართვადს. ამასთან ერთად, ის შეკრულია ერთიანი სისტემური იდეოლოგიით და მისთვის მიუღებელია არარეალური და დაუბალანსებელი ღონისძიებების გატარება. სისტემის მდგრადობის ხარისხი საკმაოდ მაღალია და ის არ მიიღებს სუბიექტურ ვოლუნტარისტულ ჩარევას.

ახალი მოდელის რეალური ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად შეიქმნა ჯანმრთელობის დაცვის რესპუბლიკური ფონდი, შესაბამისი დამოუკიდებელი ფონდები ქალაქებსა და რაიონებში, რომელთა ინტეგრირებით უკვე დაიწყო ჯანდაცვის სამხარეო ფონდების წარმოქმნაც. გარდა ამისა, მთელი რიგი უმნიშვნელოვანესი დაავადებების მიხედვით, შემუშავდა 1000-მდე სახელმწიფო და 3000-მდე შიდადაწესებულებრივი სამედიცინო სტანდარტი. სტანდარტების ამუშავებას დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ერთიანი უნიფიცირებული სისტემის შესაქმნელად, კადრების მომზადების, გადამზადებისა და სერტიფიცირების სახელმწიფო

მოდელის ასამუშავებლად, რაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის აუცილებელი პირობაა.

დარგის რეორიენტაციის პირველი ეტაპზე, როცა იყრება ახალი მოდელის საფუძვლები, უკვე გამოჩნდა ამ მოდელის პრინციპული უპირატესობანი. დარგის ქრონიკულად დეფიციტური საფინანსო სისტემა რეალურად მდგრადი ხდება და უნარი აქვს, საკუთარი შესაძლებლობების ოპტიმიზაციის საფუძველზე გააფართოოს აღებული ვალდებულებები.

საანგარიშო პერიოდში ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის შემოსავლებმა 6717,5 ათას ლარს მიაღწია. სახელმწიფო პროგრამების ხარჯებმა შემოსავლების 90% შეადგინა, თანაც მოგვცა საშუალება, მთელი რიგი პროგრამები მატერიალურად უზრუნველგვეყო ექვსი თვითა და მეტი პერსპექტივით.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდის ფინანსური მდგომარების სტაბილურობა მნიშვნელოვნად განაპირობა ფინანსთა სამინისტროსთან თანამშრომლობამ – ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან შეუფერხებლად იღებს შესაბამის ასიგნებებს; თანდათანობით სტაბილურად მზარდი გახდა სავალდებულო სამედიცინო გადასახდელებით შემოსული სახსრები, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ეს უკანასკნელი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება სასურველ დონეს. კერძოდ, გადასახადს იხდის მხოლოდ 1600 იურიდიული პირი, მაშინ, როდესაც სოციალური უზრუნველყოფის ერთიან რესპუბლიკურ ფონდში, სადაც აკუმულირდება მსგავსი ტიპის გადასახადები, აღრიცხულია 25 934 გადამხდელი სუბიექტი.

ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში არ შექმნილა საკუთარი საგადასახადო სამსახური, რასაც ორი მიზეზი აქვს: ჯერ ერთი, ამგვარი სამსახურის შექმნა და მისი რეგიონული სტრუქტურების ჩამოყალიბება მნიშვნელოვან დამატებით დანახარჯებს უკავშირდება და, მეორე, მიგვაშნია, რომ ქვეყანაში უნდა ფუნქციონირებდეს ერთიანი საგადასახადო სამსახური, რომელმაც თანაბრად უნდა უზრუნველყოს ნებისმიერი დაწესებული გადასახადის დროული, სრული და მიზანმიმართული ამოღება. სამწუხაროდ, ჩვენ ვერ შევძელით შესაბამის საგადასახადო სამსახურებთან ეფექტიანი თანამშრომლობა – საანგარიშო პერიოდში მათი დახმარებით ფონდში არ შემოსულაა რც ერთი „თეთრი“. ამ მიმართულებით საჭიროა მუშაობის გააქტიურება, თანაც საფინანსო პოლიტიკის მოწესრიგებასთან ერთად

გაიზრდება რეალური შემოსავლების ლეგალიზაციის დონე, რაც მნიშვნელოვნად გაზრდის ამ სახსრების მოცულობას. ყოველივე ეს გათვალისწინებულია 1996 წლის შემოსავლების პროგნოზში. ამჟამად მიმდინარეობს 728 ჯანდაცვითი ობიექტის პრივატიზების პროცესი, რომლის გაჭიანურების გამო ფონდში შესაბამისი სახსრები ჯერჯერობით არ შემოსულა. მთლიანად ფონდის შემოსავლების სტრუქტურა ცალკეული წყაროების მიხედვით 1995 წლის 18 დეკემბრის მდგომარეობით მოცემულია ცხრილში:

ფონდის შემოსავლები წყაროების მიხედვით	ლარი	%
სულ შემოსავლები მათ შორის:	6 711 740	100
სახელმწიფო ბიუჯეტიდან	5 378 390	79.4
სავალდებულო სამედიცინო გადასახადებიდან	1 314 470	19.6
სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციიდან	18 880	1

ახალი პირობებით მუშაობის ოთხი თვის გამოცდილებამ შესაძლებელი გახადა, დახვეწილყო სახელმწიფო სტანდარტები, გასწორებულიყო ხარვეზები, ჩამოყალიბებულიყო მკურნალობის უფრო რაციონალური სქემები.

სამედიცინო დაწესებულებები ფინანსურად უფრო გამდიერდნენ, რეალურად დატვირთულმა დაწესებულებებმა უკვე მიიღეს სახსრები, რაც აჩენს გარკვეული სარეაბილიტაციო სამუშაოების ჩატარების შესაძლებლობას. სამედიცინო მომსახურების სტრატეგია შეიცვალა რეალურად და არადეკლარირებულად, წინა პლანზე გადმოინაცვლა ამბულატორიულმა მკურნალობამ და პროფილაქტიკურმა მედიცინამ. ამასთან, სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც არ შედის სახელმწიფო პროგრამებში, დაწესებულების შიდა სტანდარტებით შემოსავლების მიღების ლეგალიზებით სამედიცინო ობიექტებმა მიიღეს ის შემოსავლები, რომელთაც „ველური“ ბაზრის პირობებში უშუალოდ იღებდნენ ცალკეული მუშაკები. მოხერხდა სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების მკვეთრი დიფერენცირება. ცალკეულმა მუშაკებმა გამოიმუშავეს რამდენიმე ასეული ლარი თვეში, ეს მაშინ, როცა 38 500-მა მუშაკმა ვერ გამოიმუშავა ქვეყანაში დაწესებული სავალდებულო მინიმუმი (3,5 ლარი). ამან რეალურად

დამატკიცა დარგში დასაქმებული პერსონალის სიჭარბე. ამავე დროს, სამედიცინო დაწესებულებებს მიეცა რეალური შესაძლებლობა, გარკვეული სახსრები წარემართათ მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესებაზე. ცალკეულმა სამედიცინო დაწესებულებებმა დაიწყეს სტრუქტურული რეორგანიზაცია, რომლის შედეგადაც მათი სტრუქტურა უფრო ოპტიმალური და მოქნილი ხდება. რეორიენტაციის პირველმა სამმა თვემ არსებითად შეცვალა როგორც მოსახლეობის, ასევე სამედიცინო საზოგადოების მენტალიტეტი. რეფორმა თანდათან სულ უფრო შეუქცევადი ხდება.

ამასთან, მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს უძნელდება ისეთი ძვირად ღირებული მკურნალობის საფასურის გადახდა, რომლებიც ობიექტურად ვერ მოხვდნენ თავდაპირველ სახელმწიფო პროგრამებში. მთელმა რიგმა რაიონებმა და ქალაქებმა ვერ შეძლეს ნაკისრი ვალდებულებების განაღდება, რის გამოც მათ თავიანთ მოსახლეობას უნდა ჩააბარონ ანგარიში. გაჭიანურდა მატერიალურად განსაკუთრებულად უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის პერსონალური სიების შედგენის სამუშაოები. ყოველივე ამან დარგის რეორიენტაციის პროცესის პირველივე ეტაპზე გარკვეული დამატებითი სირთულებები წარმოშვა, რაც გამოვლინდა კიდევ მოსახლეობასთან შეხვედრებისას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მიმდინარე რეფორმის ქმედითუნარიანობის გაძლიერებისა და გარდამავალი პერიოდისთვის დამახასიათებელი სირთულებების განეიტრალების მიზნით აუცილებელია, გაძლიერდეს რეორიენტაციის ცალკეული ღონისძიებების შემარბილებელი მექანიზმების მოქმედება. ამასთან, უნდა ამოქმედდეს მეორე ეტაპის ღონისძიებები, რასთან დაკავშირებითაც თანმიმდევრულად ტარდება რიგი ღონისძიებები:

1. მიმდინარე წლის 10 ნოემბერიდან გაფართოვდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოცულობა – დაემატა შემდეგი დავალებები:

ა) თერაპიის დარგი

- არასტაბილური სტენოკარდია;
- ჰიპერტონული კრიზი;
- მაღალი გრადაციის ექსტრასისტოლა;
- ბრადიარითმიები;

- მწვავე ალერგოზები;
- მწვავე პნევმონია და სუნთქვის უკმარისობა;
- ქრონიკული ობსტრუქციული ბრონქიტი გამწვავეების ფაზაში;
- მწვავე პიელონეფრიტი;
- მწვავე გლომერულონეფრიტი;
- თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე უკმარისობა;
- ჰიპოგლიკემიური პრეკომა და კომა.

ბ) ნევროლოგია

- ვეგეტაციური კრიზები;
- მწვავე ენცეფალო-პოლირადიკულონეიროპათია.

გ) უროლოგია

- ზედა საშარდე გზების მწვავე ობსტრუქცია;
- თირკმლის ჭვალი;
- პარაფიმოზი;
- სათესლე ჯირკვლის შემოგრება;
- შარდის მწვავე შეხუთვა.

დ) ტრავმატოლოგია

- ლავიწის ძვლის მოტეხილობები;
- იდაყვის სახსრის ტრავმული დაზიანებები;
- მხრის ძვლის მოტეხილობები ცდომითა და ცდომის გარეშე;
- წინამხრის ძვლების მოტეხილობები ცდომითა და ცდომის გარეშე;
- მტევნის ძვლების დახურული მოტეხილობები;
- მტევნის ძვლების ღია მოტეხილობების ოპერაციული მკურნალობა;
- მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტრავმა;
- მუხლის სახსრის ტრავმული დაზიანებები;
- წვივის ძვლების დახურული და ღია მოტეხილობები;
- გოჯების მოტეხილობების კონსერვატული და ოპერაციული მკურნალობა;
- ტერფის ძვლების მოტეხილობები ცდომითა და ცდომის გარეშე
- გულმკერდის ტრავმა (დაჟეჟილობები და ნეკნების მოტეხილობები).

ე) ინფექციური დაავადებები

- „B“ და „C“ ჰეპატიტების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

ვ) ონკოლოგია

- პირველადი და მეორადი ონკოლოგიაგნოსტიკური გამოკვლევები ონკოლოგიური ცენტრის დისპანსერში;
 - ყველა სახის ონკოლოგიური დაავადების მკურნალობა სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტების ფარგლებში თხუთმეტი წლის ასაკის ბავშვებისთვის, უმწეოთა და ომების მონაწილეთათვის ონკოლოგიური ცენტრის სტაციონარში.
- ზ) ერთიდან თხუთმეტი წლის ასაკის ბავშვის მკურნალობა
- ჰემატოლოგიური დაავადებები;
 - ტრავმატოლოგიური დაავადებები.
2. განსაკუთრებით უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარება ხორციელდება სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის წესით, მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების მიერ წარმოდგენილი სიების მიხედვით. დაიბეჭდა და მოქალაქეებს ურიგდებათ 100 ათასზე მეტი შესაბამისი სადაზღვევო პოლისი.
 3. სადაზღვევო პრინციპზე აიგება ომებში მონაწილეთა სამედიცინო დახმარება. შესაბამისი სადაზღვევო სარეგისტრაციო პრინციპებით ამუშავდება ფტიზიატრიული, ფსიქიატრიული და დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო დახმარებისა და რეაბილიტაციის სისტემა.
 4. დაინერგება და განვითარდება ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის სისტემები. ამასთან, ხელს შევუწყობთ ამ სისტემებში არასახელმწიფოებრივი, მათ შორის, კერძო სტრუქტურების აქტიურ მონაწილეობას.
 5. დაიხვეწება საგადასახადო სტრუქტურებთან თანამშრომლობის ფორმები და ქვეყანაში ჩამოყალიბდება სამედიცინო გადასახდელების უცილობელი გადახდის კულტურა.
 6. ჩამოყალიბდება თვისებრივად ახალი ტიპის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო განსხვავებული სტრუქტურით, ფუნქციებითა და ამოცანებით. მკვეთრად გაიმიჯნება სამმართველო და საშემსრულებლო ფუნქციები როგორც ცენტრალურ, ასევე მუნიციპალურ დონეზე.
 7. მუშავდება და საერთო სახალხო განხილვის შემდეგ ახლად შექმნილ პარლამენტს წარედგინება;
 - კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
 - კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ;

- კანონი ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ;
 - კანონი წამლის შესახებ.
8. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდის საფუძველზე შეიქმნება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია.
 9. დაიწყება სამედიცინო განათლების სისტემის რადიკალური რეფორმა;
 10. სამედიცინო მეცნიერების დაფინანსება განხორციელდება გრანტული პრინციპით, კონკრეტული პრიორიტეტების გამოკვეთით.
 11. დაიწყება ჯანსაღი ცხოვრების დამკვიდრების გრძელვადიანი მიზნობრივი პროგრამების განხორციელება.
 12. განხორციელდება სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება და სამედიცინო დარგის მუშაკთა პროფესიონალური სერტიფიცირება.

ასე გამოიყურება დარგის რეორიენტაციის მეორე ეტაპის ძირითადი მიმართულებები, რომელთა განხორციელებისთვის აუცილებელია შესაბამისი ფინანსური სახსრების მობილიზება, რათა ჯანდაცვისთვის სახელმწიფოს მიერ მობილიზებული სახსრების ოდენობამ ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით წელიწადში 16-20 ლარს მიაღწიოს. ვფიქრობ, ამ შემთხვევაში რეფორმის წარმატება და მისი საზოგადოებრივი აღიარება გარანტირებული იქნება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

1996 წლის 6 იანვარი

1996 წლის ბიუჯეტის განხილვა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

საკითხი, რომელსაც დღეს აქ განვიხილავთ, თავისი მნიშვნელობით სცილდება ქვეყნის წლიური ბიუჯეტის განხილვის რუტინულ დონეს, რომელიც ისედაც საკმაო ვნებათა ღელვას იწვევს. ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი ნებისმიერი ბიუჯეტის განხილვისას, ტრადიციულად, უკმაყოფილო ტონით უნდა გამოდიოდეს. დღევანდელი ბიუჯეტის განხილვა ქვეყნის სტრატეგიის არჩევას, და ამიტომაც მე შევეცდები, ამჯერად მხოლოდ უწყებრივი ინტერესებიდან არ გამოვიდე, თუმცა ბიუჯეტზე ჩემს წარმოდგენას მაინც ჩემი „სამრეკლოდან“ დანახულიდან მოგახსენებთ, რასაც ორი მიზეზი აქვს. ჯერ ერთი, ასე დანახული ბიუჯეტი ჩემთვის პროფესიულად უფრო გასაგებია, და მეორე, სამწუხაროდ, განსახილველი დოკუმენტები წუხელ ღამის 10 საათზე მომიტანეს და ერთ ღამეში მისი სრულად აღქმა ცოტა გამიმძნელდა.

უპირველეს ყოვლისა, მისასალმებელია, რომ ჩვენ მეტ-ნაკლებად რეალური ბიუჯეტი გვექნება. მხედველობაში მაქვს 28%-ანი დეფიციტური ბიუჯეტი, რაც ჩვენი ეკონომიკის პირობებში საკმაოდ კარგი მაჩვენებელია და თავს ბუტაფორული „უდეფიციტო ბიუჯეტით“ არ მოვიტყუებთ.

ამასთან, სახელმწიფოს ცენტრალური ბიუჯეტის შემოსავლები, ჩვენი აზრით, ხელოვნურად არის გაზრდილი არასაბიუჯეტო შემოსავლებით. თავად განსაჯეთ: საბიუჯეტო შემოსავლებად ჩათვლილია ჯანდაცვის ფონდის მიმდინარე წლისთვის დაგეგმილი შემოსავლები 7194 ათასი ლარის ოდენობით. წარმოგიდგინთ, თუ რისგან მიიღება ეს თანხა. იგი შედგება სავალდებულო სამედიცინო გადასახადისგან (ოთხი მილიონი ლარი), ჯანმრთელობაზე მავნე პროდუქციის წარმოებასა და რეალიზებაზე გადასახადისგან (ერთი მილიონი ლარი), რომლებიც შარშან საქართველოს პარლამენტმა შესაბამისი კანონების სახით შემოიღო და მათზე მითითებულია, რომ ეს არის „... მიზნობრივი გადასახადი, რომელიც

პირდაპირ ჩაირიცხება ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში და გამიზნულია რესპუბლიკური ჯანდაცვითი პროგრამებით გათვალისწინებული ღონისძიებების დასაფინანსებლად“. ამით გარდა, აღნიშნულ შემოსავლებს მიეკუთვნება ჯანმრთელობისთვის მავნე შრომისა და ყოფის პირობების შექმნისთვის ჯარიმა (500 ათასი ლარი), სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციისა და ლიცენზირებისთვის დაწესებული გადასახადი (294 ათასი ლარი), სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზაციიდან მიღებული შემოსავალი (მილიონ-ნახევარი ლარი). ჯერ ერთი, ძნელია, ამ შემოსავლებს უწოდო საბიუჯეტო, და მეორე, მათ საფუძველი უნდა დაუდონ ქვეყანაში სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევას.

იმ შემთხვევაში, თუ ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის შემოსავლები ეგრეთ წოდებული „საქართველოს სახელმწიფოს ცენტრალური ბიუჯეტის“ საერთო შემოსავლებში აღირიცხება, გამოდის, რომ მათი გაზრდის ეკონომიკური მოტივაცია ჯანდაცვისათვის არ იარსებებს, ვინაიდან ამ შემთხვევაში შემცირდება საბიუჯეტო ასიგნებების მოცულობა, რომელიც დაგეგმილია ორჯერ მეტი მოცულობით და, ამდენად, დარგი ისევ უზრუნდება მკაცრად რეგლამენტირებული საბიუჯეტო დაფინანსების არტახებს. ამით შეგვიძლია დაბეჯითებით დავასკვნათ, რომ ჯანდაცვის რეორიენტაციის პროცესი, რომელიც ქვეყანაში უკვე დაწყებულია, უკეთეს შემთხვევაში, შეჩერდა, შეჩერდა სვლა ცივილური ურთიერთობებისკენ და, ამდენად, ვერ შესრულდება საქართველოს მთავრობის ვალდებულება სავალუტო ფონდის წინაშე, რომ ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმა გაგრძელდება სადაზღვევო მედიცინის განვითარების გზით (დანართის C განაყოფის მე-11 პუნქტი).

ჩვენთვის ბოლომდე გასაგები არ არის მე-10 მუხლის არგუმენტაცია: *„საგადასახადო შემოსავლების ზრდისა და მეწარმეთათვის თანასწორი კონკურენტული გარემოს შექმნის აუცილებლობიდან გამომდინარე, გაუქმდეს 1996 წლის 1 მარტიდან ... ცალკეული სამეურნეო სუბიექტების, საწარმოებისა და ორგანიზაციებისთვის ინდივიდუალური საგადასახადო შეღავათები ...“*. ბატონებო, როდის შემდეგ და რომელ ქვეყანაშია დასმული ამოცანა, რომ „თანასწორი კონკურენტული გარემო“ შეიქმნას საავადმყოფოსა და ქარხანას შორის, აფთიაქსა და გასტრონომს შორის. არსად ასეთი რამ არ არის და მართლა „რომის პაპზე უფრო დიდ კათოლიკეებად“ ნუ გადავიქცევით საბაზრო (ზოგჯერ „გაბაზრებული“) ეკონომიკის სფეროში.

ყველა კლასიკურ და არაკლასიკურ კაპიტალისტურ ქვეყანაში მთელი რიგი დარგები და, მათ შორის უპირველესად, სამედიცინო მომსახურების სფერო, სარგებლობს სახელმწიფო პროტექციონული პოლიტიკით, რათა ის დაცული იქნას სხვა დარგების კონკურენციისგან. ამგვარად, ჩვენ ისევ დავუბრუნდებით იმ „ველური“ სამედიცინო ბაზრის ჩამოყალიბების პერსპექტივებს, რომლისგან თავის ასაცილებლად დავიწყეთ რეფორმა. მედიკამენტებზე დამატებითი ღირებულების გადასახადის დაწესება ავტომატურად გაზრდის მათზე ფასებს, გამოიწვევს მათ დეფიციტს ან გაზრდის არალეგალურად შემოტანილი საექვო ღირსებისა და დანიშნულების მედიკამენტთა რიცხვს, გაართულებს და, საბოლოო ჯამში, გააძვირებს სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც რატომღაც მართლა „უფასო“ ვგონია ხოლმე და პრაქტიკულად ჩაშლის ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირების მიმართულებით მიმდინარე სამუშაოებს, რომელსაც ჩვენთან ერთად ატარებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. ამით საქართველო შეუერთდება იმ მცირერიცხოვან ქვეყნებს, რომლებიც ფარმაცევტული ბაზრის უკონტროლობის გამო, ნარკოტიკული ნივთიერებების კონტრაბანდის ტრანზიტულ პუნქტებს წარმოადგენენ. აღნიშნულის დამდუპველ საგარეო და საშინაო შედეგებზე ამ აუდიტორიაში სიტყვის გაგრძელება ზედმეტი მგონია.

ამასთან, ამ კანონპროექტში არ არის გამოკვეთილი, მაგრამ, ვგონებ, იგულისხმება, რომ სამედიცინო მომსახურების საფასურზეც დაირიცხება დამატებითი ღირებულების გადასახადი და სამედიცინო დაწესებულებათა მოგებაც, ალბათ იბეგრება და, ეს თუ ასეა, შეგიძლიათ თამამად დაასკვნათ, რომ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდება და წლის ბოლომდე საქართველოში მედიცინა, როგორც ასეთი, ალბათ, აღარ იარსებებს. მდგომარეობიდან ერთადერთი გამოსავალი გვაქვს. სასწრაფოდ შეწყდეს რეფორმა და ყველა სამედიცინო დაწესებულება დაუბრუნდეს ბიუჯეტს, თუ კი მას ამის აწევა შეუძლია.

თქვენი ყურადღება მინდა გავამახვილო, აგრეთვე, განსახილველი კანონპროექტის 32-ე მუხლის ბოლო აბზაცზე, რომლის მიხედვითაც *„სამინისტროების, უწყების, ტერიტორიული მმართველობის ორგანოებს „ეკრძალებათ“ წინადადებების წარმოდგენა სტრუქტურული ცვლილებებისა და ახალ სტრუქტურაში საშტატო ერთეულების მომატების შესახებ“*. გამოდის, რომ ახალი ტიპის სახელმწიფოს მშენებლობა უკვე

დაგვიმთავრებია. სხვისი არ ვიცი, მაგრამ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ეს პროცესი, სამწუხაროდ, ისევ გრძელდება. დარგის რეორიენტაციის მეორე ეტაპისთვის ნავარაუდევია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის, სამედიცინო ხარისხის კონტროლისა და ფარმაციის დეპარტამენტების ფორმირება. შეგახსენებთ, რომ ჩვენ არცთუ ისე შორეულ წარსულში დამოუკიდებელი არ ვიყავით და სახელმწიფოსთვის აუცილებელი ბევრი ფუნქცია იმ სახელმწიფოსთვის გვქონდა მინდობილი, რომლის შემადგენლობაშიც შევდიოდით.

ახლა ნება მიბოძეთ, რამდენიმე სიტყვით შევჩერდე სახელმწიფო ბიუჯეტის გასავლელზე. ბუნებრივია, ყურადღებას გავამახვილებ ჩვენს დარგზე, მაგრამ დასკვნები შეიძლება ზოგადი იყოს.

ჯანდაცვის დაფინანსებაზე გამოყოფილია 16 მილიონ 953 ათასი ლარი, ანუ ბიუჯეტის ხარჯების 2,99%, აქედან ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში უნდა ჩაირიცხოს 14.3 მილიონი ლარი, ანუ ბიუჯეტის 2,52%. ამ უკანასკნელ მონაცემს იმიტომ ვუსვამთ ხაზს, რომ ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამები, ანუ ქვეყნის ხელისუფლების ვალდებულება მოსახლეობის წინაშე ფინანსდება სწორედ ამ ფონდიდან. თავი რომ დავანებოთ პირველი ტრანშის პირობით (ჯანდაცვისთვის სახელმწიფო რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან არანაკლებ 4%-ის გამოყოფა) ნაკისრი ვალდებულების შეუსრულებლობას, ის მაინც უნდა ითქვას, რომ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისთვის სახელმწიფო რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების ოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით შეადგენს 2,3 აშშ დოლარს. ამ რიცხვს იმიტომ მოგახსენებთ, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით 10 აშშ დოლარზე ნაკლები გამოიყოფა, არ შეიძლება, სახსრები მიიმართოს ავადმყოფთა მკურნალობაზე, რადგან ეს სახსრები უნდა მოხმარდეს ჯანმრთელი მოსახლეობის პრევენციას, რათა ისიც არ დაავადდეს.

შეიძლება ოპონენტები შემოგვედავონ და გვითხრან, რომ რიცხვებს ვამახინჯებთ და საჭიროა დავითვალოთ ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის შემოსავლებიც (7 მილიონ 194 ათასი ლარი), რასაც ვერ დავეთანხმებით, ვინაიდან ლაპარაკია სახელმწიფო რესპუბლიკურ ბიუჯეტზე, თორემ ზოგადად ჯანდაცვაზე იხარჯება სხვა სახსრებიც (ჰუმანიტარული დახმარება,

მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდილი ფული, ადგილობრივი ბიუჯეტის სახსრები და სხვა). წინააღმდეგ შემთხვევაში, ჯანდაცვის სისტემა საერთოდ არ იარსებებდა. ამდენად, საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისთვის გათვალისწინებულია ბიუჯეტის 2,52%. სამწუხაროდ, ასეთია ფაქტი.

ახლა, თვალი მივადევნოთ იმას თუ რისთვისაა სამყოფი ის სახსრები, რომელიც მოცემულია მე-8 დანართში.

იმედია, თითოეული თქვენგანი იცნობთ საქართველოს ხელისუფლების ვალდებულებებს საკუთარი მოსახლეობის წინაშე მათი ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით, რომლებიც საქართველოს პრეზიდენტმა გაასაჯაროვა და გასული წლის ბოლო 5 თვეში ისინი დიდი ძალისხმევით ფასად სრულდებოდა. თუ ჩვენ მივიღებთ წარმოდგენილ ბიუჯეტს, მაშინ მოსახლეობას უნდა გამოვუცხადოთ, რომ ფასიანი ხდება ორსულთა და ერთ წლამდე ბავშვების პატრონაჟი, ყველა სახის მშობიარობა, ერთ წლამდე ბავშვების ყველა სახის მკურნალობა, თხუთმეტ წლამდე ბავშვების ურგენტული (გადაუდებელი) სამედიცინო დახმარება. მათი წლიური ღირებულება თხუთმეტ მილიონ ლარს შეადგენს. ჰუმანიტარული დახმარებით, მოსალოდნელია, დაიფაროს, მაქსიმუმ ხუთი მილიონი ლარის მოთხოვნილება და ისიც არა ყოველთვის აუცილებელი ნომენკლატურის პროდუქციით. ამდენად, თუ ბიუჯეტში ვერ მოიძებნა დამატებით, მინიმუმ, ათი მილიონი ლარის გამოყოფის შესაძლებლობა, მაშინ ხელისუფლებამ და, უპირველეს ყოვლისა, საქართველოს პრეზიდენტმა უნდა განუცხადოს ხალხს, რომ შარშანდელი შემოდგომის დანაპირებზე საკუთარ მოსახლეობას ეუბნებიან უარს.

სწორედ ამიტომ და ზემოთ გამოთქმული ხარვეზების გამო, ჩემთვის მიუღებელია წარმოდგენილი ბიუჯეტი და მერწმუნეთ, ეს არ არის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის რაიმე სახის კაპრიზი.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

1996 წლის 9 იანვარი

1996 წლის ბიუჯეტის განხილვა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

როგორც ამ სამი დღის წინ მოგახსენეთ, მე უდიდეს პატივს ვცემ ბატონ დავით იაკობიძეს და შემიძლია ვთქვა, რომ ის ჩემი მეგობარია, მაგრამ, ეტყობა, ჯანმრთელობის დაცვისა და ფინანსთა მინისტრების მორიგებას მეგობრობაც არ შველის. ამიტომ საკითხი განსახილველად გამომაქვს თქვენს წინაშე.

კარგად გვესმის, რომ წლევეანდელი ბიუჯეტი არა მარტო წლის ამოცანების გადაწყვეტას ისახავს მიზნად, არამედ ის არის ქვეყნის სტრატეგიული აღმშენებლობის საძირკვლის ჩამყრელი. ისიც გვესმის, რომ ის ქვეყნის მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე რეალობის ანარეკლია, მაგრამ მიმდინარე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესიც ხელისუფლების ვალდებულებებიდან გამომდინარეობს – როგორც საკუთარი მოსახლეობის, ისე საერთაშორისო სავალუტო ფონდისა და მსოფლიო ბანკის წინაშე. ვფიქრობ, ამასაც გათვალისწინება სჭირდება.

იმისათვის, რომ ჩემი გამოსვლა უფრო გასაგები ყოფილიყო, თქვენ დაგირიგდათ ორი დოკუმენტი. გთხოვთ, ყურადღებით გავეცნოთ მათ. ერთ მათგანში მოცემულია ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის შემოსავლები განსახილველი ბიუჯეტის პროექტიდან გამომდინარე.

ჯანდაცვის დაფინანსებაზე გამოყოფილია 16 მილიონ 953 ათასი ლარი, ანუ ბიუჯეტის ხარჯების 2,99%, აქედან ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში უნდა ჩაირიცხოს 14 მილიონ 300 ათასი ლარი, ანუ ბიუჯეტის 2,52%. ამ უკანასკნელ რიცხვს იმიტომ ვუსვამთ ხაზს, რომ ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამები, ანუ ქვეყნის ხელისუფლების ვალდებულება საკუთარი მოსახლეობის წინაშე, ფინანსდება სწორედ ამ ფონდიდან. თავი რომ დავანებოთ პირველი ტრანშის პირობით ნაკისრი ვალდებულების (ჯანდაცვისათვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან არანაკლებ 4%-ის გამოყოფა) შეუსრულებლობას, ის მაინც უნდა ითქვას, რომ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისთვის

სახელმწიფო რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების ოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით შეადგენს 2,3 აშშ დოლარს, არადა ამ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, იმ ქვეყნებმა სადაც ჯანდაცვაზე გამოიყოფა ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით 10 აშშ დოლარზე ნაკლები, არ შეიძლება სახსრები მიმართოს ავადმყოფის მკურნალობაზე. მთელი სახსრები უნდა მოხმარდეს ჯანმრთელი მოსახლეობის პრევენციას, რომ ისიც არ დაავადდეს. შეიძლება, ოპონენტები შემოგვედავონ და გვითხრან, რომ რიცხვებს ვამახინჯებთ და საჭიროა დავითვალოთ ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის შემოსავლებიც (7 მილიონ 194 ათასი ლარი), რასაც ვერ დავეთანხმებით, ვინაიდან საუბარი გვაქვს სახელმწიფო რესპუბლიკურ ბიუჯეტზე, თორემ ზოგადად ჯანდაცვაზე იხარჯება სხვა სახსრებიც (ჰუმანიტარული დახმარება, მოსახლეობის ჯიბის ფული, ადგილობრივი ბიუჯეტის სახსრები და სხვა), წინააღმდეგ შემთხვევაში, სისტემა კაი ხანია საერთოდ აღარ იარსებებდა. ამდენად საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისათვის გათვალისწინებულია ბიუჯეტის 2.52 %. სამწუხაროდ, ასეთია ფაქტი.

ფაქტია ისიც, რომ ჯანდაცვის რესპუბლიკური ფონდის 1996 წლის შემოსავლები ამ პირობებში იქნება მხოლოდ 21 მილიონ 494 ათასი ლარი, თუ, რა თქმა უნდა, არ მივიღებთ დღეს განსახილველად გამოტანილ საკითხს, რომლითაც პრაქტიკულად უქმდება საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტის მიერ მიღებული კანონი „ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და საქართველოში რეალიზაციისთვის გადასახადის შესახებ“. აღნიშნული გადასახადი მიზნობრივად შემოტანილია, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის წყარო. მისი გაუქმება და აქციზის გადასახადად ფორმირება, ვფიქრობთ გამართლებულად ვერ ჩაითვლება.

გვინდა აღვნიშნოთ, რომ ერთიანი სახელმწიფო ხაზინის შემოღება ქვეყნის საფინანსო პოლიტიკის სრულყოფის მიმართულებით უდავოდ წინ გადადგმული ნაბიჯია, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ქვეყანაში ერთიანი საფინანსო პოლიტიკის გატარება და, რაც ყველაზე მთავარია, მოაწესრიგოს საგადასახადო სამსახურების ფუნქციონირება, მაგრამ, ჩვენი აზრით, ის არ უნდა გადაიქცეს იმ ამორფულ შავ ტომრად, სადაც ყველა გადასახადმა უნდა მოიყაროს თავი და მერე, ძველი „კეთილი“ საბჭოთა ბიუჯეტის დარად, გადანაწილდეს სუბიექტური მოსაზრებებით. ამით ჩვენ შეიძლება დავკარგოთ მიზნობრივი გადასახადებით მიღებული სიკეთე.

ამასთან, სახელმწიფოს ცენტრალური ბიუჯეტის შემოსავლები, ჩვენი აზრით, ხელოვნურად არის გაზრდილი არასაბიუჯეტო შემოსავლებით. თავად განსაჯეთ: საბიუჯეტო შემოსავლებად მიჩნეულია ჯანდაცვის ფონდის მიმდინარე წლისთვის დაგეგმილი 7 194 ათასი ლარის ოდენობის შემოსავლები. დავაკონკრეტოთ, თუ რისგან შედგება ეს თანხა. ის სავალდებულო სამედიცინო გადასახადისგან (ოთხი მილიონი ლარი), ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებასა და რეალიზებაზე გადასახადი (ერთი მილიონი ლარი), რომლებიც საქართველოს პარლამენტმა შემოიღო შარშან შესაბამისი კანონების სახით და მათში მითითებულია, რომ ისინი წარმოადგენენ „... მიზნობრივ გადასახადს, რომელიც პირდაპირ ჩაირიცხება ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში და გამიზნულია რესპუბლიკური ჯანდაცვითი პროგრამებით გათვალისწინებული ღონისძიებების დასაფინანსებლად“. ამათ გარდა, აღნიშნულ შემოსავლებს მიეკუთვნება ჯანმრთელობისთვის მავნე შრომისა და ყოფის პირობების შექმნისთვის ჯარიმა (500 ათასი ლარი), სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციისა და ლიცენზირებისთვის დაწესებული გადასახდელი (294 ათასი ლარი), სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზაციიდან მიღებული შემოსავალი (1.5 მილიონი ლარი). ჯერ ერთი, მნელია ამ შემოსავლებს უწოდო საბიუჯეტო და მეორეც, მათ საფუძველი უნდა დაუდონ ქვეყანაში სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევას.

იმ შემთხვევაში, თუ ჯანდაცვის სახელმწიფოს ფონდის შემოსავლები „საქართველოს სახელმწიფოს ცენტრალური ბიუჯეტის“ საერთო შემოსავლებში აღირიცხება, გამოდის, რომ მათი გაზრდის ეკონომიკური მოტივაცია ჯანდაცვისთვის არ იარსებებს, ვინაიდან ამ შემთხვევაში შემცირდება საბიუჯეტო ასიგნებები, რომლის დაგეგმილი მოცულობა ორჯერ მეტია და, ამდენად, დარგი ისევ უზრუნდება მკაცრად რეგლამენტირებული საბიუჯეტო დაფინანსების არტახებს. ამიტომ, შეგვიძლია დაბეჯითებით დავასკვნათ, რომ ჯანდაცვის რეორიენტაციის პროცესი, რომელიც ქვეყანაში უკვე დაწყებულია, უკეთეს შემთხვევაში, შეჩერდა, შეჩერდა სვლაც ცივილური ურთიერთობებისკენ და, ამდენად, საქართველოს მთავრობის ვალდებულება სავალუტო ფონდის წინაშე, რომ ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმა გაგრძელდება სადაზღვევო მედიცინის განვითარების გზით (დანართი C განაყოფის მე-11 პუნქტი), ვერ შესრულდება.

ჩვენთვის ბოლომდე გასაგები არ არის მე-10 მუხლის არგუმენტაცია: „საგადასახადო შემოსავლების ზრდისა და მეწარმეთათვის თანასწორი კონკურენტული გარემოს შექმნის აუცილებლობიდან გამომდინარე გაუქმდეს 1996 წლის 1 მარტიდან ცალკეული სამეურნეო სუბიექტების საწარმოებისა და ორგანიზაციებისთვის ინდივიდუალური საგადასახადო შეღავათები.“ ბატონებო, როდის შემდეგ და რომელ ქვეყანაშია დასმული ამოცანა, რომ „თანასწორი კონკურენტული გარემო“ შეიქმნას საავადმყოფოსა და ქარხანას შორის, ავთიაქსა და გასტრონომს შორის. არსად ასეთი რამ არ ხდება და მართლა „რომის პაპზე უფრო დიდ კათოლიკებად“ ნუ გადავიქცევით საბაზრო (ზოგჯერ „გაბაზრებული“) ეკონომიკის სფეროში.

ყველა კლასიკურ და არაკლასიკურ კაპიტალისტურ ქვეყანაში მთელი რიგი დარგები და, მათ შორის, უპირველესად, სამედიცინო მომსახურების სფერო, სარგებლობს სახელმწიფო პროტექციული პოლიტიკით, რათა დაცულ იქნეს სხვა დარგების კონკურენციისგან. ამგვარად, ჩვენ ისევ დავუბრუნდებით იმ „ველური“ სამედიცინო ბაზრის ჩამოყალიბების პერსპექტივებს, რომლისგან თავის ასაცილებლადაც დავიწყეთ რეფორმა. მედიკამენტებზე დამატებითი ღირებულების გადასახადის დაწესება ავტომატურად გაზრდის მათზე ფასებს, გამოიწვევს მათ დეფიციტს ან გაზრდის არალეგალურად შემოტანილი საექვო ღირსებისა და დანიშნულების მედიკამენტების რიცხვს, გაართულებს და, საბოლოო ჯამში, გააძვირებს სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც რატომღაც მართლა „უფასო“ გვეონია ხოლმე, და პრაქტიკულად ჩაშლის ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირების მიმართულებით მიმდინარე სამუშაოებს, რომელსაც ჩვენთან ერთად ატარებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. ამით საქართველო შეუერთდება იმ მცირერიცხოვან ქვეყნებს, რომელებიც ფარმაცევტული ბაზრის უკონტროლობის გამო, ნარკოტიკული ნივთიერებების კონტრაბანდის ტრანზიტულ პუნქტებს წარმოადგენენ. აქედან გამომდინარე დამლუპველ საგარეო და საშინაო შედეგებზე ამ აუდიტორიაში საიტყვის გაგრძელება ზედმეტი მგონია.

ამასთან, ამ კანონპროექტში არ არის გამოკვეთილი, მაგრამ, ვგონებ, იგულისხმება, რომ სამედიცინო მომსახურების საფასურზეც დაირიცხება დამატებითი ღირებულების გადასახადი და სამედიცინო დაწესებულებათა მოგებაც, ალბათ დაიბეგრება. და ეს თუ ასეა, თამამად დავასკვნის, რომ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდება და წლის ბოლომდე საქართველოში მედიცინა, როგორც ასეთი,

აღბათ, აღარც იარსებებს. მდგომარეობიდან ერთადერთი გამოსავალი რჩება – სასწრაფოდ შეწყდეს რეფორმა და ყველა სამედიცინო დაწესებულება დაუბრუნდეს ბიუჯეტს, თუ კი მას ამის აწევა შეუძლია.

თქვენი ყურადღება მინდა გავამახვილო, აგრეთვე, განსახილველი კანონპროექტის 32-ე მუხლის ბოლო აბზაცზე, რომლის მიხედვითაც *„სამინისტროებს, უწყებებს, ტერიტორიული მმართველობის ორგანოებს ეკრძალებათ წინადადებების წარმოდგენა სტრუქტურული ცვლილებებისა და ახალ სტრუქტურაში სამტატო ერთეულების მომატების შესახებ“*. აქედან გამოდის, რომ ახალი ტიპის სახელმწიფოს მშენებლობა უკვე დაგვიმთავრებია. სხვისი არ ვიცი, მაგრამ ჯანდაცვის სისტემაში ეს პროცესი, სამწუხაროდ, ისევ გრძელდება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

ჯანდაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებულ სხდომა

1996 წლის თებერვალი

1995 წლის მუშაობის შედეგები

ავთანდილ ჯორბენაძე

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონებო და ქალბატონებო,

ჯანმრთელობის დაცვის კოლეგიის გაფართოებულ სხდომაზე განსახილველად გამოგვაქვს საკითხი 1995 წელს ჩატარებული მუშაობის შესახებ.

ამ საკითხის განხილვა თავისი მნიშვნელობით სცილდება ტრადიციულ ანგარიშს, ვინაიდან 1995 წელი გამორჩეულია დარგის ისტორიაში. ეს არის საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის საფუძვლების მომზადებისა და მისი პირველი ეტაპის განხორციელების წელი.

გასული წელი ჩვენს დარგში რთული და მრავალწახნაგიანი მოვლენებითა იყო დატვირთული. ჯანდაცვის ძირეული რეორიენტაციის პროცესი თავისთავად ურთულეს საზოგადოებრივ მოვლენებს უკავშირდება, მეტადრე ისეთ მიმღე მდგომარეობაში მყოფი ქვეყნებისათვის, როგორც დღევანდელი საქართველოა.

ბუნებრივია, რეფორმები ჯანდაცვაში თვითმიზანი და ახირებულთა კაპრიზი არ არის. იგი იძულებითი ღონისძიებაა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაქსიმალურად შესაძლო დაცვისა და დარგის ღირებული ნაწილის გადარჩენის მიზნით.

მე ხშირად მილაპარაკია დარგში რეფორმების აუცილებლობაზე, მაგრამ დღემდე არ წყდება მავანთა და მავანთა ნაკლებად გაცნობიერებული „მსჯელობები“ ამ მიმართულებით. რეფორმის გადავადება მრავალთა სიცოცხლის გადარჩენის შესაძლებლობის დაკარგვისა და ჩვენი მედიცინის სრული თუ არა, მნიშვნელოვანი ნაწილის განადგურების ტოლფასი იყო. ამიტომაც აიღო სრული პასუხისმგებლობა მისი დაწყების შესახებ ქვეყნის ხელისუფლებამ და, უპირველესად, სახელმწიფოს მეთაურმა.

სამიოდე თვის წინათ ჩატარებულმა არჩევნებმა თვალნათლივ დაადასტურა, რომ ხალხმა მოიწონა ეს ნაბიჯი; რომ საქართველოს მოსახლეობა მართალი პოლიტიკის მხარეს დგას და ის არასოდეს არ დაბრუნდება უკან ფუჭი, ილუზიური ოცნებებისა და ტყუილების სამყაროში.

პროგრესისკენ სვლა შესაძლებელია მხოლოდ სიმართლის, თუნდაც მწარე სიმართლის, შეცნობისა და გათავისების საფუძველზე რეალური გადაწყვეტილებების მიღებით.

ასეთი სიმართლე იყო ის, რომ უფასო და საყოველთაო სამედიცინო მომსახურება ჩვენი ეკონომიკის პირობებში არარსებული, ეფემერული ფანტაზიის ნაყოფია. რეალური სინამდვილეა, რომ როცა სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრები რამდენიმე ათეულჯერ ჩამორჩება მინიმალურად აუცილებელს, საჭიროა მკაცრად რეგლამენტირებული და ოპტიმალური ეკონომიკური სისტემის ჩამოყალიბება და ამოქმედება.

საანგარიშო პერიოდი სწორედ ამ მიმართულებით გაწეული მუშაობის წელი იყო. ის შეიძლება პირობითად ორ ნაწილად დაიყოს – 1995 წლის 10 აგვისტომდეელი ეტაპი და 10 აგვისტოს შემდგომი ეტაპი, რომელიც დღემდე გრძელდება.

10 აგვისტომდე მიმდინარეობდა დარგის რეორიენტაციის საფუძვლის მომზადება, როდესაც წინა წელს მომზადებული და დამტკიცებული კონცეფციის ბაზაზე შემუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის პრინციპულად ახალი მოდელი. ეს მოდელი მიმართულია საბაზრო ეკონომიკური ურთიერთობისკენ და ის ემყარება მკაცრი სახელმწიფოებრივი მმართველობის ლიბერალიზაციას, მის დეცენტრალიზაციასა და ძირეული რგოლების სამეურნეო საფინანსო დამოუკიდებლობის ზრდას. ამასთან, სისტემის რეგულირება ხდება სახელმწიფოს მიერ. მასში მკვეთრადაა გამიჯნული სახელმწიფოებრივი ფუნქციებისა და მოქმედებების დიაპაზონი. სისტემა აგებულია ერთიანი სახელმწიფოებრივი რეგულირების პირობებში საკუთრების ყველა ფორმის სამართალსუბიექტის თანაბარუფლებიან ფუნქციონირებაზე.

საჭირო იყო ახალი სისტემის დამკვიდრებისთვის აუცილებელი მეთოდური, ნორმატიული და მეთოდოლოგიური ბაზისის შექმნა.

შევიმუშავეთ ათასამდე ნოზოლოგიის სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტი. დღეს თქვენ შეგიძლიათ შეიძინოთ უკვე წიგნებად დასტამბული 1500-ზე მეტი სტანდარტი, რაც იმ პირველი სტანდარტების მეცნიერული დახვეწისა და განვრცობის შედეგია; ეს პროცესი კვლავ გაგრძელდება და მათი ხარისხიც უთუოდ ამაღლდება, მაგრამ სამედიცინო მომსახურების უნიფიცირების პირველი ნიშნები ყოველთვის დარჩება ცივილიზებული ურთიერთობისკენ გადადგმულ პირველ ნაბიჯად და ის სიამაყით აღიქმება ნებისმიერ დროს.

ამ სტანდარტებმა მოგვცა ფიქსირებული ტარიფების შემუშავების საშუალება. შესაძლო დაავადებათა პროგნოზირებით, მათი პრიორიტეტების მიხედვით დალაგებითა და ფინანსურ შესაძლებლობებთან დაბალანსებით შედგა პირველი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები როგორც ცენტრალური, ასევე მუნიციპალური მასშტაბებით.

პროგრამები დაამტკიცა საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის 1995 წლის 30 ივნისის დადგენილებამ. რეფორმის მეორე უმთავრესი მიმართულება იყო მართვის დეცენტრალიზაცია. საკითხი ეხება როგორც ფუნქციურ, ასევე ხაზობრივ (ვერტიკალურ) მართვას. აუდიტორია ინფორმირებულია ამ მიმართულებით გაწეული მუშაობის შესახებ. შეიქმნა მთელი რიგი ახალი სამსახურები, თვისობრივად შეიცვალა ძველის ფუნქციები. მომზადდა სამართლებრივი და მეთოდოლოგიური ბაზა ძირეული რგოლის – სამედიცინო დაწესებულების დამოუკიდებელი ფუნქციონირებისთვის.

მესამე, უმთავრესი, მიმართულება გულისხმობდა ახალი ფინანსური მექანიზმების შექმნას. შემუშავდა პროგრამული და პროგრამულ-მიზნობრივი დაფინანსების პრინციპულად ახალი სისტემა; გაწეული მუშაობისთვის ჩეკური ანაზღაურების საბანკო სტრუქტურა და მექანიზმები; საფუძველი ჩაეყარა ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაში იურიდიულ და ფიზიკურ პირთა თანამონაწილეობას; შეიქმნა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი, როგორც ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამებისთვის გამიზნული სახსრების აკუმულირებისა და ორგანიზების მდგრადი არასაბიუჯეტო სისტემა.

ამით ძირითადად დასრულდა მოსამზადებელი სამუშაოები. საჭირო იყო პოლიტიკური გადაწყვეტილების მიღება და 1995 წლის 5 ივლისს გამოიცა სახელმწიფო მეთაურის შესაბამისი ბრძანებულება, რის შემდეგ, 10 აგვისტოს,

ქვეყანაში დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა. სოციალურ-ეკონომიკური სისტემის შექმნა არ არის ერთჯერადი აქტი, ის გრძელვადიან პროცესში თანმიმდევრული ეტაპების გავლის შედეგად უნდა ჩამოყალიბდეს. რეფორმის პირველი ეტაპზე დაიწყო ჯანდაცვის ახალი სისტემის ძირითადი ელემენტების მასობრივ დანერგვა საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე.

ყველა სამედიცინო დაწესებულებამ, განურჩევლად უწყებრივი დაქვემდებარებისა და საკუთრების ფორმისა, გაიარა რეგისტრაცია, როგორც სამედიცინო საქმიანობის სამართალ-სუბიექტმა. ისინი გადავიდნენ სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე. მათი დაფინანსების ოდენობა დამოკიდებულია შესრულებული სამუშაოს მოცულობაზე, ხარისხსა და მნიშვნელობაზე, რითაც დარგში შემოვიდა ჯანსაღი ეკონომიკური მოტივაცია.

დამტკიცებული პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო სტანდარტის შესაბამისად მკურნალობის ანაზღაურება ხორციელდება ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდიდან, რომლის ანგარიში ჩვენი კოლეგიის დღის წესრიგში ცალკეა შეტანილი და, ამდენად, აქ აღარ გავამახვილებ თქვენს ყურადღებას. ჯანდაცვის რეორიენტაციის პირველი ეტაპის განხორციელების დაწყებიდან გავიდა თითქმის 6 თვე. უკვე გამოიკვეთა ახალი სისტემის ძირითადი თავისებურებები და ტენდენციები. პროცესები ძირითადად ჩვენი პროგნოზით განვითარდა. როგორც მოსალოდნელი იყო, რეფორმის პირველ დღეებში არსებითად შემცირდა ავადმყოფების რიცხვი. შემდგომში მდგომარეობა დასტაბილურდა და დაიწყო ავადმყოფთა რიცხვის ზრდა. თანდათანობით გაძლიერდა მკურნალობის ინტენსიურობა და ეფექტიანობა. არსებითად გაიზარდა იმ სამედიცინო დაწესებულებათა შემოსავლები, რომელთაც მეტ-ნაკლებად ნორმალური დატვირთვა ჰქონდათ. მათ მიეცათ შესაძლებლობა, ჩაეტარებინათ გადაუდებელი სარემონტო სამუშაოები, განემტკიცებინათ მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. მათი შემოსავლების ზრდამ 200%-300% შეადგინა. მოხდა ხელფასების მკვეთრი დიფერენციაცია, თვიური ხელფასების დიაპაზონმა 6-დან 800 ლარამდე შეადგინა.

ამასთან, თანდათანობით იკვეთება იმ დაწესებულებათა და სამედიცინო დარგების არცთუ სასურველი მდგომარეობა, რომელთა მკურნალობის ფორმები და მეთოდები სტაციონარული მკურნალობის ცივილიზებული ფარგლებში ვერ თავსდება. ავადმყოფი 15-20 დღეს საავადმყოფოში აღარ

ატარებს ისეთი დაავადების სამკურნალოდ, რომლის მკურნალობაც ამბულატორიულ პირობებშია შესაძლებელი. ასევე, სახლიდან საავადმყოფოში გადმონაცვლა მშობიარობამ, ტუბერკულოზისა და ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობამ. ვიმეორებ, ეს ჯერჯერობით პროცესის დასაწყისია და აღნიშნული ტენდენციები მხოლოდ იკვეთება, მისი განვითარება შემდგომშია მოსალოდნელი.

რეფორმა, სამწუხაროდ, დაზღვეული არ იყო ხარვეზებისაგანაც. ზოგი ხარვეზი გამოწვეულია ახლის დაფუძნებით გამოწვეული ბუნებრივი სირთულეებით, ზოგი – ტექნიკური და მეთოდური შეცდომებით, ზოგიერთი კი სულაც უგულისყურობით. ყოველივე ამის საფუძველი იყო რეფორმის მიმდინარეობის პროცესში ორგანიზებულობისა და ინფორმირებულობის შედარებით დაბალი დონე, რის შედეგადაც 500-მდე სტანდარტით დაწყებული რეფორმა შესაბამისი დაბალანსების გარეშე 1300-მდე სტანდარტის მოქმედების არეალში მოექცა, რის გამოც პროფილაქტიკური მედიცინის პროგრამით გათვალისწინებული რიგი ღონისძიებები დაფინანსების გარეშე დარჩა. სათანადო კონტროლის სისტემის დაბალი ორგანიზებულობის გამო, სამედიცინო დაწესებულებებში გახშირდა ფაქტების გაყალბების შემთხვევები. დღევანდელ კოლეგიაზე ცალკე საკითხად გამოვა შერჩევითი შემოწმების შედეგები, რომლებიც ადასტურებს ჩვენს მოსაზრებას.

მთელ რიგ რეგიონებში რეფორმის დაწყება გაჭიანურდა (სამეგრელო, აჭარა), ზოგან ის ნაწილობრივ და ცალმხრივად მიმდინარეობს (სამცხე-ჯავახეთი). ეს საკითხი კონკრეტულადაა შესასწავლი და ჩვენ ვაპირებთ მომავალში შესაბამის რეგიონებში კოლეგიის გამსვლელი სხდომების ჩატარებასაც.

მიუხედავად აღნიშნული და სხვა ხარვეზებისა, შეიძლება ითქვას, რომ რეფორმა ძირითადად სწორი გაზით მიდის და პროცესმა შეუქცევადი ხასიათი მიიღო.

საანგარიშო პერიოდში სამინისტრომ გარკვეული მუშაობა ჩატარა ახალი სისტემის საკმარისობის უზრუნველსაყოფად, თუმცა, ეტყობა, ეს მხარე შემდგომი მუშაობის გააქტიურებას საჭიროებს. მომზადდა მთელი რიგი სატელევიზიო და რადიოგადაცემები. წამყვანი სპეციალისტები სისტემატურად აშუქებდნენ დარგის რეორიენტაციის ცალკეულ ასპექტებს პრესაში. მოეწყო შეხვედრები რეგიონებში, სამედიცინო დაწესებულებებში.

სისტემატურად ტარდება თათბირები სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელებთან, მაგრამ, როგორც პრაქტიკამ გვიჩვენა, ძველი, დახავსებული მენტალიტეტის შეცვლა ესოდენ ადვილი არ ყოფილა.

ჯერ კიდევ ბევრია ადამიანი, რომელთაც არ სურთ გაიგონ და დაიჯერონ დარგის რეორიენტაციის აუცილებლობა, ამიტომაც საჭიროა, ამ მიმართულებით მუშაობის გაძლიერება. ამ მიზნით ჩვენთან შეიქმნა პრესცენტრი დამოუკიდებელი იურიდიული პირის სტატუსით, რომელზეც გარკვეულ იმედებს ვამყარებთ.

ჯანდაცვის რეფორმა სრულყოფის ისეთი პროცესია, რომელიც გათვლილია ძველი მოდელის ეტაპობრივ დანერგვაზე. დღის წესრიგში დგას ისეთი აქტუალური საკითხები, როგორებიცაა: სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირება, სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების სისტემების რეორიენტაცია, აუცილებელია საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა, რომლის საფუძვლებიც თანმიმდევრულად მზადდება.

საანგარიშო პერიოდში მოხდა ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტი, რომელიც, ვფიქრობთ, მნიშვნელოვან როლს შეასრულებს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის შემდგომ ეტაპზე. მსოფლიო ბანკის სპეციალურმა მისიამ დაამთავრა მუშაობა ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროექტზე. პროექტი შეიმუშავა საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ მსოფლიო ბანკის წამყვან სპეციალისტებთან და მოწვეულ საერთაშორისო კონსულტანტებთან და ექსპერტებთან ერთწლიანი ინტენსიური თანამშრომლობით.

პროექტი მიზნად ისახავს, გაატაროს კონკრეტული ღონისძიებები, რომლებიც ხელს შეუწყობს დარგში მიმდინარე რეორიენტაციის პროცესის ეფექტიან და მიზანმიმართულ განხორციელებას. ის შედგება ხუთი ურთიერთდამოუკიდებელი კომპონენტისგან და მისი განხორციელება უნდა შევძლოთ ოთხ წელიწადში. არის შეთანხმება, რომ ამ პროექტის განხორციელების ბოლო ეტაპზე დამუშავდება ახალი პროექტი.

პროექტის ძირითადი კომპონენტებია:

- ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების კომპონენტი, რომელიც მიზნად ისახავს ქვეყანაში გატარდეს იმგვარ ღონისძიებათა კომპლექსი, რაც უზრუნველყოფს ადამიანის ჯანმრთელობის, როგორც უზენაესი

ღირებულების, ფორმირების ინდივიდუალურ შემეცნებასა და საზოგადოებრივ აღიარებას ჩვენს ქვეყანაში;

- უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სუბკომპონენტი გულისხმობს არსებული სამედიცინო პოტენციალის იმგვარ ოპტიმალურ განლაგებასა და მკურნალობისა და პრევენციის ისეთი ფორმებისა და მეთოდების დანერგვას, რომელიც უზრუნველყოფს ქვეყანაში გარანტირებული დედობისა და ჯანმრთელი ბავშვობის მაქსიმალურ უზრუნველყოფას;
- არსებული სამედიცინო პოტენციალის რეაბილიტაციის სუბკომპონენტის ღონისძიებათა განხორციელებამ უნდა უზრუნველყოს სასიცოცხლოდ აუცილებელი სამედიცინო ობიექტების კეთილმოწყობა და სათანადოდ აღჭურვა;
- დარგის რეორიენტაციის მნიშვნელოვანი სუბკომპონენტი გულისხმობს ცივილიზებული ჯანდაცვითი ფორმების (უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის, საოჯახო მედიცინის პერსპექტიული ფორმების, სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლისა და სამედიცინო დაწესებულებათა მართვის ცივილური ფორმების, აგრეთვე ახალი ტიპის საექთნო დახმარების) შემოღებასა და დამკვიდრებას;
- დარგის საფინანსო მექანიზმების სრულყოფა გულისხმობს რეორიენტაციის პროცესში ჩამოყალიბებული ჯანდაცვის ახალი სისტემის ადეკვატური საფინანსო მექანიზმების შემოღებასა და ამოქმედებას. სადაზღვევო მედიცინის ეკონომიკური უზრუნველყოფისთვის სათანადო კადრების მომზადებას, ტექნიკურ აღჭურვასა და საფინანსო მექანიზმების სრულყოფას.

ვფიქრობთ, რომ პროექტის დროული და სრული რეალიზება მნიშვნელოვნად განაპირობებს დარგში მიმდინარე რეფორმების ეფექტიანობის ამაღლებას და ქვეყანაში ჯანდაცვის ცივილიზებული სისტემის ამოქმედებას.

ჯანდაცვის რეორიენტაციის შემდგომ ეტაპზე საჭირო იქნება სახელმწიფო პროგრამების არეალის გაფართოება და სამედიცინო დაზღვევის ელემენტების მოქმედებაში მოყვანა. დღეისთვის დამუშავებულია ამბულატორიული მკურნალობის სამედიცინო სტანდარტები. აუცილებელია, საქართველოში დამკვიდრდეს ცივილური სამყაროსთვის დამახასიათებელი წესი, რომლის მიხედვითაც ძვირად ღირებული სტაციონარული მკურნალობა

გადასულია მინიმალურ ინტენსიურ ფორმებზე და ავადმყოფთა ხანგრძლივი მკურნალობა, მათი დიაგნოსტიკა და სამედიცინო რეაბილიტაცია მთლიანად ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ ქსელზე მოდის. ამგვარ პირობებში იქმნება ჯანდაცვითი პროგრამების შემდგომი გაფართოების შესაძლებლობა.

მნიშვნელოვანია ბოლო წლებში საქართველოში ჩამოყალიბებული „ველური“ ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება, სამკურნალწამლო საშუალებებისა და ავადმყოფის მოვლის საგნების საქართველოში შემოტანა და აქედან გატანა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კონტროლის ქვეშ. ეს პროცესი უკვე დაწყებულია, ხოლო მისი თანმიმდევრული განხორციელება საშუალებას მოგვცემს სამკურნალო საშუალებების მიმოქცევა მართოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ, რაც მოსახლეობისთვის უვნებელი, ეფექტიანი, ხარისხიანი მედიკამენტების მოწოდების გარანტია იქნება. წამლის მიმოქცევის სახელმწიფო კონტროლი და ადგილობრივი წარმოებისთვის ხელის შეწყობა მომავალ ეტაპზე უზრუნველყოფს საქართველოში წამლებზე ფასების რეგულირებას.

დღევანდელ სხდომაზე განსახილველად წარმოდგენილია, აგრეთვე, 1996 წლის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები. ეს არის ის მოცულობა, რასაც თავის თავზე იღებს სახელმწიფო და რაც საქართველოს თითოეული მოქალაქისთვის გარანტირებული იქნება. ნებისმიერი ქვეყნის რეალური ჯანდაცვითი პროგრამა გამომდინარეობს ამ ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე. ასეა მიღებული ცივილიზებული სახელმწიფოს პირობებში. აღნიშნული პროგრამები ჩვენი შესაძლებლობებიდან გამომდინარეობს. მასში გამოკვეთილია უმთავრესი პრიორიტეტები. სამწუხაროდ, ჩვენი მწირი შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, ვალდებულებებიც მცირეა.

თქვენთვის დარიგებულ მასალებში მოცემულია აღნიშნული პროგრამების ანოტაციები და ხარჯთაღრიცხვა. სამწუხაროდ, ჩვენი სახსრები არ ეყო ისეთ მნიშვნელოვან პროგრამებს, როგორცაა ნარკომანიასთან, ვენერიულ დაავადებებთან ბრძოლა; ომის მონაწილეთა დამატებითი სამედიცინო დახმარება; წვევამდელთათვის აუცილებელი სამედიცინო-დიაგნოსტიკურ დახმარება; მთელი რიგი მნიშვნელოვანი სამედიცინო მომსახურებისა და პრევენციის ღონისძიებების დაფინანსება. ახალი პროგრამით გათვალისწინებულია ჯანდაცვით პროგრამებში შემავალ ელემენტებში თანაგადახდის პრინციპების შემოღება. საკითხი უაღრესად აქტუალურია და

ამიტომაც ის გამოყოფილია ცალკე. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, რომ კოლეგიამ იმსჯელოს აღნიშნული პროგრამების ბედზე.

ნება მიბოძეთ, ორიოდ სიტყვით შევჩერდე სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში მოსახლეობის თანამონაწილეობის პრინციპის შემოღებაზე. ამას ორი მიზანი აქვს. ჯერ ერთი, მნიშვნელოვნად იზრდება ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების ოდენობა, რითაც იქმნება მათი არეალის გაფართოების შესაძლებლობა, და მეორეც, ამ შემთხვევაში მნიშვნელოვნად იზრდება პროგრამის შესრულებაზე კონტროლის განხორციელების შესაძლებლობა.

დარგის რეორიენტაციის მეორე ეტაპის სამუშაოების დაწყება უკვე დღეისათვის არის შესაძლებელი. ამ მიზნით სამინისტროსთან შეიქმნა სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანია. მის ხელმძღვანელად დაინიშნა მინისტრის მოადგილე ბატონი თემურ კალანდაძე. ამით პრაქტიკულად იწყება რეორიენტაციის მეორე ეტაპი – სამედიცინო დახმარების სადაზღვევო პრინციპებზე გადაყვანა. თავდაპირველად დავიწყეთ უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პროგრამით დაზღვევა.

სახელმწიფოს მიერ არაგარანტირებული სამედიცინო დახმარება იქნება მოსახლეობისთვის უშუალოდ გადასახდელი. დღეისთვის მისი მოცულობა, სამწუხაროდ, საკმაოდ დიდია. მიგვაჩნია, რომ მომავალში ქვეყნის ეკონომიკური სიძლიერის ზრდასთან ერთად გაჩნდება შესაძლებლობა გავზარდოთ სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობისთვის გარანტირებული და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების გასაწევად.

მიუხედავად ამისა, უკვე დღეისთვის საჭიროდ მიგვაჩნია, შემუშავდეს კონკრეტული ფორმები და მეთოდები საქართველოში კერძო ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის განვითარებისთვის, რაც მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს სახელმწიფო პროგრამების გარეთ დარჩენილი სამედიცინო მომსახურების გადახდისუნარიანობის ზრდას.

ჩასატარებელი რეფორმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია ჯანდაცვის ობიექტების პრივატიზება. შემუშავებულია შესაბამისი პროგრამა, რომლის ხანგრძლივობაც ორი წლითაა განსაზღვრული. პროგრამა ოთხი ეტაპისაგან შედგება.

პირველი ეტაპის პრივატიზაცია უკვე მიმდინარეობს. შერჩეულია მეორე ეტაპის ობიექტები, რომელთა ნუსხა ამ დღეებში წარედგინება სახელმწიფო ქონების მართვას სამინისტროს. საჭიროა პრივატიზებულ ობიექტებთან თანამშრომლობის, მათი მართვისა და კოორდინირების ფორმებისა და მეთოდების დახვეწა.

სახელმწიფო მართვისა და საშემსრულებლო სტრუქტურათა რღვევა-გარდაქმნის ვითარებაში პრივატიზების მექანიზმების ჩამოყალიბებისას მნიშვნელოვანია სახელმწიფო სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის როლისა და ფუნქციების მკვეთრად გამოხატვა, ვინაიდან ეს სამსახური თითქმის ერთადერთი რგოლია მოსახლეობის სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური კეთილდღეობის და ქვეყნის ტერიტორიის განსაკუთრებით საშიში და სხვა ინფექციების შემოტანა-გავრცელებისგან დაცვის საკითხების ორგანიზებისა და მათ გატარებაზე სახელმწიფო კონტროლის წარმოების საქმეში.

ამასთანავე, აუცილებელი გახდა ჯანდაცვის სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის სამსახურის ფუნქციებისა და მოვალეობების მკვეთრი გამიჯვნა. ერთმანეთზე არასასურველი ზემოქმედების თავიდან აცილებისა და ამით კონკრეტული საქმიანობისადმი პასუხისმგებლობისა და ეფექტურობის ამაღლების მიზნით განხორციელდა სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დამოუკიდებელ სამსახურებად ჩამოყალიბება. ამასთან დაკავშირებით სამინისტროსთან შეიქმნა ორი დეპარტამენტი, რომელთაც შესაბამისად უნდა უზრუნველყონ სათანადო სტრუქტურების და სისტემების ეფექტიანი ამოქმედება.

რეორიენტაციის პროცესი ხორციელდება თანმიმდევრულად, ძირითადად მოსათმენი ხარვეზებითა და შეცდომებით. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ქვეყანაში მიმდინარე პროცესების კვალდაკვალ მიემართება ცივილიზებული საზოგადოებრივი ურთიერთობების დანერგვისკენ.

ეს მიმართულება შეუქცევადია და ჩატარებულმა არჩევნებმა თვალნათლივ დაადასტურა ჩვენი მოსახლეობის ნდობა მთლიანად ქვეყნისა და მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კურსისადმი.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული კონფერენცია

კოპენჰაგენი, 1996 წლის 15 მაისი

ავთანდილ ჯორბენაძე

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონებო და ქალბატონებო,

უპირველესად, ნება მიბოძეთ, უდრმესი მადლობა გადაგიხადოთ იმისათვის, რომ მომეცა საშუალება, წარვმდგარიყავი თქვენ წინაშე. ჩემთვის დიდი პატივია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ კონფერენციაზე მოხსენებით გამოსვლა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს მსოფლიოს მედიცინისა და ჯანდაცვის განვითარებაში და, მით უმეტეს, ისეთ ურთულეს პროცესებში, როგორცაა დარგის რეფორმები. ამ ყველაფერს ჯერ კიდევ „ალმა-ათის დეკლარაციამ“ და „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ სტრატეგიამ ჩაუყარა საფუძველი.

ჩვენი ქვეყანა – საქართველო განვითარებული ქვეყნების დახმარებით მსოფლიოში მიმდინარე ურთულესი ქარტეხილების შედეგად დატრიალებული უმძიმესი სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური კრიზისის მორევიდან ნელა, მაგრამ მყარად იკაფავს გზას დემოკრატიული საზოგადოებისკენ. ამაში დიდია ჩვენი ერთგული მეგობრების დამსახურება. თუმცა მნიშვნელოვანია თვით ჩვენი ხალხისა და სახელმწიფოს, მისი პრეზიდენტის, ბატონი ედუარდ შევარდნაძის გადაწყვეტილება, ამ ძნელ პერიოდშიც ვუერთგულოთ დემოკრატიისა და ჰუმანიზმის პრინციპებს, რათა მომავალ თაობებს დავახვედროთ სამართლიანი საზოგადოება. ვერ დაგიმაღავთ, გვიჭირს, მაგრამ მტკიცედ გვჯერა, რომ სწორ გზას ვადგავართ.

ამიტომაც არის, რომ მძიმე პერიოდშიც კი საქართველოს პრეზიდენტი, პარლამენტი და მთავრობა ხალხის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას თავიანთ ერთ-ერთ უპირველეს ამოცანად მიიჩნევენ. სწორედ ამის გამოა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფა ქვეყნის ერთ-ერთ უმთავრეს პრიორიტეტადაა მიჩნეული.

ნება მიზომით, წარმოგიდგინოთ საქართველოში მიმდინარე რეფორმის ძირითადი მიმართულებები და მოგახსენოთ, თუ რა შედეგები გვაქვს დღეისათვის.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესი ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმების მრავალწლიანი კომპლექსური პროგრამის განუყოფელი ნაწილია. პროგრამა სახელმწიფოს მეთაურმა დამტკიცა 1994 წლის იანვარში. ის მიზნად ისახავს ქვეყნის სტაბილიზაციას და მაკროეკონომიკური განვითარების ისეთი ფორმების ჩამოყალიბებას, რომლებიც უზრუნველყოფს საქართველოში ცივილიზებული, დემოკრატიული საზოგადოებრივი ურთიერთობების ჩამოყალიბებასა და დამკვიდრებას და საქართველოს მოქალაქეების კონსტიტუციური უფლებებისა და მოვალეობების რეალიზებას.

ქვეყნის მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გამო ჯანმრთელობის დაცვისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა ბოლო ხუთი-შვიდი წლის განმავლობაში რამდენიმე ათეულჯერ შემცირდა, რის გამოც პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისთვის აუცილებელი მატერიალური და შრომითი რესურსების მინიმალურ დონეზე ფუნქციონირებაც კი. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა ყოვლისმომცველ სამედიცინო მომსახურებას, რის გამოც საჭირო გახდა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებების დაბალანსებულიყო მის შესაძლებლობებთან.

საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის საპროგრამო გამოსვლაში ხაზგასმული იყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის დიდი საზოგადოებრივი მნიშვნელობა, რეფორმის პროცესის სირთულე და ისიც, რომ ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმა რთული გამოცდაა ქვეყნისა და თითოეული მოქალაქისთვის და რომ ის მხოლოდ ერთი უწყების პრობლემას არ წარმოადგენს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია, რომელიც ეყრდნობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ქართული მედიცინის გადარჩენის აუცილებლობის პოზიციებს, მოიცავს დარგის განვითარების ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებებს. ამ მოდელის

პრინციპები მოცემულია იმ დოკუმენტში, რომელიც თქვენ დაგირიგდათ და ამიტომ მხოლოდ მოკლედ შეგახსენებთ მის ძირითადად დებულებებს.

საქართველოში შექმნილი მწვავე კრიზისული მდგომარეობიდან გამოსვლისთვის საჭირო გახდა სისტემის საფუძვლიანი რეორგანიზაცია, პრინციპულად ახალი მოდელის ამუშავება, რომელიც დააკმაყოფილებდა შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

- შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიასთან;
- სამუშაოს მოცულობის დაბალანსება მისი შესრულებისთვის აუცილებელ რესურსებთან;
- სისტემა უნდა ყოფილიყო რეგულირებადი და გამიზნული რესურსების რაციონალურ ხარჯვაზე.

კონცეფციის თანახმად დარგის რეორიენტაცია უხდა განხორციელებულიყო შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

- ახალი სისტემის, სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია;
- დარგის რეორიენტაციის ეკონომიკური და ფინანსური ასპექტები, პროგრამული დაფინანსება;
- პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- მედიცინის მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფა;
- წამალპოლიტიკის რეფორმა;
- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირება;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ინფრასტრუქტურის სტრატეგიული განვითარების განუყოფელი ნაწილია. იგი ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი პროცესია, სადაც პირობითად შეიძლება გამოიყოს ოთხი ძირითადი ეტაპი.

I ეტაპი – დარგის რეორგანიზაცია, რომელიც დაიწყო 1995 წლის 10 აგვისტოდან და დღეისათვის ძირითადად დასრულდა.

II ეტაპი – დარგში ახალი ურთიერთობების ადაპტირებისა და სამედიცინო დაზღვევის დანერგვა. ეს პროცესი დაიწყო მიმდინარე წლის 15 თებერვალს და ძირითადად დასრულდება 1997 წლის 1 მაისამდე.

III ეტაპი – ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და ორგანიზაციის მოდელის კომპლექსური დანერგვისა და ამოქმედების პერიოდი, რომელიც დასრულდება 1998 წლის ბოლოს.

IV ეტაპი – ახალი მოდელის ადაპტირების, სრულყოფისა და დახვეწის ეტაპი, რომელსაც 1999-2000 წლები დასჭირდება.

ამდენად, ახალ, 21-ე საუკუნეს საქართველო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ორგანიზებისა და მართვის ახალი, სრულყოფილი მოდელით უნდა შეხვდეს.

ყოველი ეტაპის სამუშაოები თავისი ფუნქციური დატვირთვის მიხედვით იყოფა ოთხ მიმართულებად:

1. შესაბამისი მეთოდოლოგიური სამუშაოების ჩატარება;
2. სამართლებრივი უზრუნველყოფა;
3. იდეოლოგიური უზრუნველყოფა;
4. სათანადო ორგანიზაციული სამუშაოების ჩატარება.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აქტიურად თანამშრომლობდა საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და საზღვარგარეთის ქვეყნების შესაბამის სამსახურებთან. თავად რეორიენტაციის პროგრამისა და ახალი მოდელის შემუშავებაში აქტიურად მონაწილეობდნენ მსოფლიო ბანკისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შესაბამისი დეპარტამენტები. ამ ეტაპს ისიც ახასიათებს, რომ ჰუმანიტარულ დახმარებას თანდათან ცვლის ტექნიკური დახმარება, ჯანდაცვის სამინისტრო საკმაოდ ინტენსიურად მუშაობს სხვადასხვა ქვეყნის სამთავრობო და კერძო სტრუქტურებთან ორმხრივი საინვესტიციო პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაზე.

გვინდა აღვნიშნოთ ის კავშირები, რომლებიც გვაქვს სხვადასხვა ქვეყნის მთავრობებთან, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან, გაეროს

ბავშვთა ფონდთან, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და აშშ-ის ნაციონალური ინსტიტუტების სისტემასთან, გერმანიის ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების სამინისტროსთან, ემორისა და ჯორჯიის უნივერსიტეტებთან, მთელ რიგ საერთაშორისო ჰუმანიტარულ ორგანიზაციებთან. ამან შეგვაძლევინა რეორიენტაციის პირველი ეტაპის ნაკლებად მტკივნეულად და საკმაოდ მაღალი ეფექტიანობით განხორციელება.

დარგის რეორიენტაციის პროცესში შემუშავდა და ამოქმედდა რეალური ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, განხორციელდა ერთიანი სამედიცინო სტანდარტებისა და ფასების სისტემების შემუშავება, დანერგვა და აპრობირება. სამედიცინო დაწესებულებები ჩამოყალიბდნენ ახალი ტიპის სამართალსუბიექტებად. მათ ფუნქციონირება დაიწყო სამეურნეო ანგარიშიანი ურთიერთობების პრინციპებით, რაც ნიშნავს, რომ ფინანსური უზრუნველყოფა ხორციელდება შესრულებული სამუშაოს მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის შესაბამისად. დაწესებულებებში დანერგილია შრომის ორგანიზაციისა და ანაზღაურების ახალი ფორმები და მეთოდები, გაფორმებულია სათანადო კონტრაქტები ცალკეულ მუშაკებთან, დაიწყო შემოსავლებისა და ხელფასების დიფერენცირება, რომლის დიაპაზონი 15-20 ჯერადს შეადგენს. ჯანდაცვის რეორიენტაციის პროცესის ერთ-ერთი მთავარი მიმართულება იყო მისი ორგანიზებისა და მართვის სტრუქტურების რადიკალური ცვლილება, სამინისტროსა და მთლიანად ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემის ფუნქციების ახლებური გააზრების საფუძველზე დასახული ამოცანების ადეკვატური ინსტიტუტების შექმნა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა ქვეყანაში არსებული „ველური“ ფარმაცევტული ბაზრის მოწესრიგებასა და რეგულირებას. შემუშავდა სააფთიაქო დაწესებულებებისა და ფარმაცევტული ბაზრების ლიცენზირების წესები. ხორციელდება მათი ლიცენზირება. დაიწყო საქართველოში შემოტანილი და საქართველოდან გატანილი ფარმაცევტული საშუალებების ლიცენზირება.

ჩამოყალიბდა ფარმაციის მართვისა და კოორდინირების სახელმწიფო სისტემა, სადაც ფარმაკოლოგიისა და ფარმაკოპეის კომიტეტებთან ერთად ფუნქციონირებენ წამლის ხარისხის კონტროლისა და ნარკოტიკულ და

ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის ინსპექციები.

რეორიენტაციის პროცესის ერთ-ერთი მთავარი შედეგია მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების საქმეში სახელმწიფოსთან ერთად ინდივიდისა და მეწარმის ჩართვა. სამუშაო ძალის კვლავწარმოების პროცესი, რომლის უმთავრესი გარანტი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაა, მონოპოლისტური სახელმწიფო ვალდებულებიდან საზოგადოებრივ ფუნქციად გარდაიქმნა. სახელმწიფოებრივი რეგულირებისა და თანაგადახდის ლეგალიზაცია ხელს უწყობს ქაოსური, „ველური“ სამედიცინო ბაზრის სულ უფრო მეტ რეგულირებას.

ამ მნიშვნელოვანი სამუშაოების დროული და მიზანმიმართული განხორციელება დიდწილად დამოკიდებულია მსოფლიო ბანკთან ერთად საკმაოდ მცირე პერიოდში შემუშავებული ერთობლივი პროექტის განხორციელების ხარისხზე.

პროექტი შედგება ხუთი კომპონენტისგან:

1. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია:
 - ა) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოდერნიზაცია, პრევენცია და ცხოვრების ჯანსაღი წესი;
 - ბ) ჯანსაღი ბავშვები და უსაფრთხო დედობა;
 - გ) ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს გარდაქმნა.
2. ჯანდაცვის დაწესებულებათა რეაბილიტაცია და აღჭურვა;
3. ჯანდაცვაში მომუშავე ადამიანური რესურსების განვითარება;
4. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდერნიზაცია;
5. პროექტის მართვა და კოორდინირება.

ეს პროექტი საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამის საკვანძო ელემენტია. პროგრამის ძირითადი ნაწილი ფინანსდება მსოფლიო ბანკის გრძელვადიანი კრედიტით. მისი განხორციელება მიმდინარე წლის ივლისიდან დაიწყება, მაგრამ ის ვერ მოიცავს რეორიენტაციის მეორე ეტაპის ისეთ მნიშვნელოვან პრობლემებს, როგორცაა სადაზღვევო მედიცინის განვითარებისა და სისტემის ოპტიმიზაციის საფუძველზე გამოთავისუფლებული მატერიალური და შრომითი რესურსების გამოყენების ასპექტები. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია

ჯანდაცვის ობიექტების პრივატიზება და სამედიცინო დარგის მუშაკთა სოციალური დაცვისა და რეაბილიტაციის პრობლემები.

მიუხედავად ხარვეზებისა, შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველი ეტაპი – დარგის რეორგანიზაცია – ძირითადად დასრულდა.

მიმდინარე წლის 15 თებერვლიდან დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მეორე ეტაპის ღონისძიებების გატარება. ამ ეტაპზე ხორციელდება დარგის შემდეგი ძირითადი ამოცანების გადაწყვეტა:

- დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში აკუმულირებული მატერიალური, შრომითი და ფინანსური რესურსების ოპტიმიზაცია;
- მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება ძირითადად სადაზღვევო მედიცინის საწყისეზზე;
- ორგანიზაციულად ყალიბდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა და ამოქმედდება პრევენციული მედიცინის, ავადობის კონტროლისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამები;
- ორგანიზაციულად ყალიბდება და ამოქმედდება ჰიგიენური ნორმირებისა და სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის სამსახურები;
- იწყება სამედიცინო განათლებისა და სამედიცინო მეცნიერების რეორგანიზაციის სამუშაოები;
- ორგანიზაციულად ყალიბდება ახალი ტიპის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო.

სახელმწიფო პროგრამებში შემავალი სამედიცინო მომსახურების საფასურში პირველად შევიდა თანაგადახდის პრინციპი. ეს კარგად ცნობილი მეთოდია და რამდენიმე მიზანს ემსახურება. ერთი მხრივ, ხორციელდება სახელმწიფო პროგრამების არეალის გაფართოება და, მეორე მხრივ, თანაგადახდის პროცესი სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და ხარისხის კონტროლის კარგი მექანიზმია. და ბოლოს, ის ხელს უწყობს მოსახლეობის მენტალიტეტის ჩამოყალიბებას, რომელიც გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურება მისთვის თუნდაც სიმბოლური, მაგრამ მაინც ღირებულების გამომხატველია, რის შედეგადაც საკუთარი ჯანმრთელობის განმტკიცება და დაცვა, შესაბამისი პრევენციული ღონისძიებების გატარება მას ამგვარ დანახარჯებს ააცილებს.

პაციენტს აქვს სამედიცინო დაწესებულებისა და ექიმის არჩევის უფლება, რომლებიც გადადიან გამომუშავებაზე, რაც ობიექტურად იწვევს ჭარბი სამედიცინო კადრების გამოთავისუფლებას. ამ მხრივ მნიშვნელოვანი იქნება ობიექტების პრივატიზებისა და გამოთავისუფლებული შრომითი რესურსების გამოყენების ოპტიმალური პოლიტიკის შემუშავება და გატარება.

ყურადსაღებია სახელმწიფო სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის როლისა და ფუნქციების მკვეთრად გამოხატვა. ჯანდაცვის რეორიენტაციის ეტაპზე ამ სამსახურიდან ჩამოყალიბდა ორი მნიშვნელოვანი დეპარტამენტი: საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტები. რეორიენტაციის მეორე ეტაპზე უნდა დასრულდეს მათი ორგანიზაციული სტრუქტურების ჩამოყალიბება და გრძელვადიანი პროგრამების შემუშავება.

რეორიენტაციის მეორე ეტაპის უმნიშვნელოვანესი საკითხია მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების გადაყვანა სადაზღვევო პრინციპებზე. ამ მიზნით შეიქმნა სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანია, რომელმაც პერსპექტივაში სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის საფუძველზე უნდა უზრუნველყოს სახელმწიფოს ვალდებულებების განაღდება მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების სფეროში. კომპანიამ უკვე დაიწყო სადაზღვევო პრინციპით უმწეო მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. სათანადო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში შესაბამისი სადაზღვევო პოლისის მფლობელებს უნაზღაურდებათ დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ღირებულება და ძირითადი სამედიცინო მომსახურების თანაგადახდის წესით დასაფარი სახსრები.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მეორე ეტაპზე აუცილებელია რეფორმის არეალის გაფართოება, რაც გულისხმობს სამედიცინო განათლებისა და სამედიცინო მეცნიერების სფეროებში ახალი, ცივილიზებული ურთიერთობების დანერგვას.

სამედიცინო განათლების მიმართულებით გასატარებელია გადაუდებელი ღონისძიებები იმ ანარქიული პროცესების დასარეგულირებლად, რომლებსაც ადგილი აქვს სამედიცინო განათლების სფეროში. ეს ღონისძიებები დაფუძნებული უნდა იყოს თანამედროვე მიდგომებზე და მოიცვას სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებების აკრედიტაცია და ლიცენზირება, განურჩევლად საკუთრების ფორმისა; სამეტაპიანი უმაღლესი სამედიცინო

განათლების სისტემის, უწყვეტი განათლების, რეზიდენტურისა და ექიმთა სერტიფიცირება-ლიცენზირების ინსტიტუტების დანერგვა.

სამედიცინო მეცნიერების მიმართულებით მნიშვნელოვანია ისეთი ღონისძიებების გატარება, რომლებიც ხელს შეუწყობენ იმ ღირებული ნაწილის გადარჩენასა და განვითარებას, რაც შექმნა ქართულმა სამედიცინო აზრმა. ამასთან, რადიკალურად უნდა შეიცვალოს სამედიცინო მეცნიერების დაფინანსების მექანიზმი მისი ცენტრალიზებული ფორმიდან გრანტულ პრინციპზე გადასვლით.

განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ ჩვენი პროგრამის ბოლო საკითხს. როგორც მოგესვენებათ, ბოლო 5 წლის განმავლობაში რეგიონის უმრავლეს ქვეყანაში იმატა სოციალურად დაუცველი ფენების – იძულებით გადაადგილებული პირების, ლტოლვილების, იმიგრანტების, უსახლკაროების, ხანშიშესულებისა და ინვალიდების რაოდენობამ. სამწუხაროდ, ამ პროცესს თავისი ობიექტური მიზეზები აქვს, მაგრამ, ვფიქრობთ, ჩვენმა ორგანიზაციამ სხვადასხვა სოციალურ სამსახურთან, საერთაშორისო სამედიცინო ორგანიზაციებთან ერთად უნდა თქვას თავისი სიტყვა და გამოიმუშაოს ერთიანი პოზიცია აღნიშნული პროცესების რეგულირებისთვის.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია მრავალეტაპიანი და ხანგრძლივი პროცესია. რეფორმის მტკივნეული ელემენტების გარკვეულწილად "შერბილების" საშუალებას იძლევა მისი დროსა და სივრცეში გაშლა. განვლილმა პერიოდმა დაადასტურა, რომ ძირითადი გეზი სწორადაა არჩეული. ჯანმრთელობის დაცვის რეორიენტაციის პროცესი ქვეყანაში მიმდინარე რადიკალური რეფორმების შემადგენელი ნაწილია. ეს არის გზა ცივილიზებული, დემოკრატიული სახელმწიფოს აშენებისაკენ და ნებისმიერი პოზიცია მის წინააღმდეგ ან მხარდასაჭერად შესაბამისად უნდა შეფასდეს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა პერმანენტული პროცესია, რომლის დახვეწა და განვითარება ყველა ქვეყანაში მუდმივად მიმდინარეობს. ქვეყნები დღეს განსხვავდებიან მხოლოდ რეფორმების მიმდინარეობის რადიკალიზმითა და ტემპით, რასაც ძირითადად თვითონ ქვეყანაში მიმდინარე სოციალურ-პოლიტიკური და მაკროეკონომიკური ძვრები განაპირობებს. აქედან გამომდინარე, განსაკუთრებულ ყურადღებას ვანიჭებთ

ქვეყნებს შორის ინფორმაციების გაცვლას ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმების თვალსაზრისით, ჯანდაცვის სხვადასხვა ეკონომიკური მოდელის გამოცდილების ურთიერთგაზიარებას, დახვეწასა და შესაბამისი ქვეყნის პირობებისთვის ადაპტირებას.

ამ მხრივ მნიშველოვანია ის ფაქტი, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპული რეგიონული ბიურო 90-იანი წლების დასაწყისიდან ახორციელებს რეფორმებისა და მათი გატარების მსარდაჭერის ფართომასშტაბიან პროგრამას, რომელიც მოიცავს ისეთ მნიშველოვან საკითხებს. როგორებიცაა ჯანდაცვის რეფორმებთან დაკავშირებული მონაცემთა ბაზებისა და ინფორმაციული სისტემის შექმნა, შესაბამისი სტრატეტიების ჩამოყალიბებისა და განვითარების საკითხებთან დაკავშირებით უშუალო საკონსულტაციო დახმარების გაწევა, რეგიონის ქვეყნებში მიმდინარე რეფორმების ანალიტიკური კვლევები და სხვა.

დღითი დღე სულ უფრო აქტიურდება საქართველოს ურთიერთობები ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან. ჩვენს ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმის პროცესში სხვადასხვა საკითხის გადაწყვეტაში დიდი მხარდაჭერა გვქონდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების მხრიდან და ჩვენ ვიმედოვნებთ, რომ ასეთი ურთიერთსასარგებლო თანამშრომლობა კელავაც გაგრძელდება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**საქართველოს მთავრობის დელეგაციის მუხვედრა
დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან**

პარიზი, 1996 წლის 27 მაისი

ავთანდილ ჯორბენაძე

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონო თავმჯდომარე,
ბატონებო და ქალბატონებო,

უპირველესად, ნება მიბოძეთ, უღრმესი მადლობა გადაგიხადოთ იმისთვის, რომ კიდევ ერთხელ მომეცა საშუალება, წარმდგარიყავი თქვენ წინაშე და გამოემხატა ჩემი მადლიერება თქვენი უაღრესად კეთილშობილური და ჰუმანური საქმიანობის გამო.

ჩვენი ქვეყანა, საქართველო, თქვენი – ცივილიზებული სამყაროს დახმარებით უმძიმესი სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური კრიზისების მორევიდან ნელა, მაგრამ მყარად იკაფავს გზას დემოკრატიული საზოგადოებისკენ. აქ დიდია ჩვენი ერთგული მეგობრების დამსახურება, თუმცა მეტად მნიშვნელოვანია თვით ჩვენი ხალხისა და სახელმწიფოს, მისი პრეზიდენტის – ბატონი ედუარდ შევარდნაძის გადაწყვეტილება, ამ რთულ პერიოდშიც ვუერთგულოთ დემოკრატიისა და ჰუმანიზმის პრინციპებს, რათა მომავალ თაობებს დავახვედროთ სამართლიანი საზოგადოება. ვერ დაგიმალავთ – გვიჭირს, მაგრამ მტკიცედ გვჯერა, რომ სწორ გზას ვადგავართ.

ამიტომაც არის, რომ მძიმე პერიოდშიც კი საქართველოს პრეზიდენტი, პარლამენტი და მთავრობა ხალხის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას თავიანთ ერთ-ერთ უპირველეს ამოცანად მიიჩნევენ. სწორედ ამის გამოა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფა ქვეყნის ერთ-ერთ უმთავრეს პრიორიტეტადაა მიჩნეული. ამის დასტურია ისიც, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრს ამ მოკლე პერიოდში თქვენ წინაშე მეორედ გამოსვლის საშუალება მიეცა.

ნება მიბოძეთ, შეგახსენოთ ორი წლის წინანდელი ჩემი გამოსვლის ძირითადი თეზისები, რომლებშიც ასახული იყო ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემები და მოგახსენოთ თუ რისი გაკეთება შეეძელით თქვენი თანადგომითა და ჩვენი ძალისხმევით ამ მცირე პერიოდში. ვფიქრობ, ეს წარმოდგენას შეგიქმნით

მთლიანად ქვეყანაში მიმდინარე გარდაქმნის მიმართულებებსა და მასშტაბებზე.

ორი წლის წინათ საქართველოში უმძიმესი სიტუაცია იყო, რის გამოც ეგრეთ წოდებული უფასო და საყოველთაო სამედიცინო დახმარება „ხორცილედებოდა“ ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი 40-60 ცენტის საშუალებით. ამჟამად ამ თანხამ ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით თითქმის შვიდ აშშ დოლარს მიაღწია. რა თქმა უნდა, ეს სახსრებიც უაღრესად მცირეა და რამდენჯერმე ჩამორჩება მინიმალურად აუცილებელს, მაგრამ რაღაც პრობლემების გადაჭრა მაინც ხერხდება. ორი წლის წინათ მე გესაუბრეთ უაღრესად საშიშ ეპიდემიოლოგიურ ვითარებაზე. ამ მხრივ მდგომარეობა ჯერ კიდევ მძიმეა, მაგრამ საერთაშორისო ორგანიზაციების თანადგომით ჩვენ შევძელით მოსახლეობის იმუნიზაციის ხუთი წლის განმავლობაში გაწყვეტილი ჯაჭვის გამრთელება, გარკვეული სოციალურად საშიში დაავადებების პრევენცია, ხოლო ზოგიერთის (ტუბერკულოზი, ფსიქიატრიული დაავადებები, ჰეპატიტი) – მკურნალობის ორგანიზებაც კი. ქვეყანაში განსაკუთრებულ პრიორიტეტად გამოიყო დედებისა და ბავშვთა გადარჩენის კომპლექსური ღონისძიების გატარება, რამაც არსებული კრიტიკული სიტუაციის მართვის საშუალება მოგვცა. მდგომარეობის სტაბილიზაციისა და გაუმჯობესების ტენდენციები არსებითად უკვე იკვეთება და აშკარაა.

ყოველივე ამის საშუალება მოგვცა დარგის რეორგანიზაციის მიმართულებით გადადგმულმა პირველმა ნაბიჯებმა. ორი წლის წინათ მე მოგახსენებდით, რომ ჩვენს წინაშე ერთდროულად იდგა ორი თითქოსდა ურთიერთსაწინააღმდეგო ამოცანა – მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და მედიცინის, როგორც დარგის, გადარჩენა.

აღვნიშნავთ, რომ ამის განხორციელება არსებული სისტემისა და სტრუქტურის ფარგლებში შეუძლებელი იყო და აუცილებელად გვესაჭიროებოდა დარგის ძირეული რეორგანიზაცია, რის შედეგადაც ყალიბდება ისეთი ორგანიზაციული ფორმები, რომლებიც უზურნველყოფს ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებულ, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან თავისუფალი სისტემის ჩამოყალიბებას. იქმნება იმგვარი სოციალურ-ეკონომიკური მექანიზმები,

რომლებიც განაპირობებს ძირითადი სტრატეგიული ორიენტირებისკენ სვლას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის რთული, თავისთავად მტკივნეული და მრავალეტაპიანი პროცესი საქართველოში უკვე დაიწყო. ის ძირითადად 2000 წლისთვის უნდა დასრულდეს. ასე რომ, ახალ საუკუნეს შეხვდება საქართველო ჯანდაცვის მართვისა და ორგანიზაციის განახლებული მოდელით. ეს მოდელი, რომლის დამუშავებაში მონაწილეობდნენ მსოფლიო ბანკის, საერთაშორისო ორგანიზაციების, ევროპისა და ამერიკის წამყვანი სპეციალისტები, აღიარებულია, როგორც ერთ-ერთი საინტერესო გამოცდილება, რომელიც შეიძლება სხვა

მოდელის ძირითადი პრინციპები მოცემულია იმ დოკუმენტში, რომელიც თქვენ დაგირიგდათ და ამიტომაც აღვნიშნავ მხოლოდ იმას, რომ მის საფუძველზე აგებული რეორიენტაციის პირველი ეტაპი უკვე ძირითადად დასრულდა და რომ:

- დაიწყო დარგის სახელმწიფოებრივი მმართველობის სისტემის დეცენტრალიზაცია და დემოკრატიზაცია;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვა ხორციელდება პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ საწყისებზე;
- სამედიცინო დაწესებულებებისა და დარგში დასაქმებული 130 ათასი მუშაკის საქმიანობის ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება შეიცვალა შესრულებული სამუშაოს ოდენობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის ადეკვატური ანაზღაურების წესით;
- პაციენტებს მიეცათ სამედიცინო დაწესებულებისა და მკურნალის თავისუფალი არჩევის საშუალება;
- დაიწყო სამედიცინო მომსახურების სფეროში თავისუფალი კონკურენცია;
- შემუშავდა და აპრობაცია გაიარა ცალკეული ნოზოლოგიების სტანდარტიზაციისა და ფასწარმოქმნის ორიგინალურმა სისტემამ.

მიმდინარე წლიდან დაიწყო დარგის რეორიენტაციის მეორე ეტაპი, რომლის ძირითადი ამოცანებია:

- ჯანდაცვის სისტემაში აკუმულირებული მატერიალური და შრომითი რესურსების ოპტიმიზაციის პროცესის დაწყება;

- მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ძირითადად სადაზღვევო მედიცინის საწყისეზზე გადაყვანა;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული ჩამოყალიბება და პრევენციული მედიცინის, ავადობის კონტროლისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამების ამოქმედება;
- ჰიგიენური ნორმებისა და სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის სამსახურების ორგანიზაციულად ჩამოყალიბება და ამოქმედება;
- სამედიცინო განათლებისა და სამედიცინო მეცნიერების რეორგანიზაციის სამუშაოების დაწყება;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფოებრივი მართვის ახალი ტიპის სტრუქტურული ჩამოყალიბება.

ამ მნიშვნელოვანი სამუშაოების თავისდროული და მიზანმიმართული განხორციელება დიდწილად არის დამოკიდებული მსოფლიო ბანკთან ერთად საკმაოდ მცირე პერიოდში შემუშავებული ერთობლივი პროექტის განხორციელების ხარისხზე. აღნიშნული პროექტი შედგება ხუთი ურთიერთგამომდინარე კომპონენტისგან:

1. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაცია:
 - ა) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოდერნიზაცია, პროფილაქტიკა და ცხოვრების ჯანსაღი წესი;
 - ბ) ჯანსაღი ბავშვები და უსაფრთხო დედობა;
 - გ) ჯანდაცვის სამინისტროს გარდაქმნა.
2. ჯანდაცვის დაწესებულებათა რეაბილიტაცია და აღჭურვა;
3. ჯანდაცვაში მომუშავე ადამიანური რესურსების განვითარება;
4. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდერნიზაცია;
5. პროექტის მართვა და კოორდინაცია.

ეს პროექტი საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამის საკვანძო ელემენტია. პროგრამის ძირითადი ნაწილი ფინანსდება მსოფლიო ბანკის გრძელვადიანი კრედიტით.

პროექტი, რომლის განხორციელებაც მიმდინარე წლის ივლისიდან დაიწყება, ვერ მოიცავს რეორიენტაციის მეორე ეტაპის ისეთ მნიშვნელოვან პრობლემებს, როგორცაა სადაზღვევო მედიცინის განვითარებისა და სისტემის ოპტიმიზაციის საფუძველზე გამოთავისუფლებული

მატერიალური და შრომითი რესურსების გამოყენების ასპექტები. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის ობიექტების პრივატიზაცია და სამედიცინო დარგის მუშაკთა სოციალური დაცვის პრობლემები. ამასთან, ჩვენთან სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევა ამოქმედდა უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პროგრამის მეშვეობით, მაგრამ იმის გამო რომ ქვეყანაში არ არსებობს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის განსაზღვრის მკაცრი კრიტერიუმები, ძნელდება აღნიშნული პროგრამის პრაქტიკული რეალიზება. ამ მხრივ აუცილებლად გვჭირდება სათანადო დახმარება და სწორედ ამიტომ ამჟამად მიმდინარეობს მოსამზადებელი სამუშაოები მსოფლიო ბანკის ექსპერტებთან ერთად ახალი, გაცილებით მასშტაბური პროექტის მოსამზადებლად. მოხარული ვიქნებოდით, ამ პროგრამის შემუშავებასა და განხორციელებაში სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებიც თუ ჩაერთვებოდნენ.

უაღრესად კმაყოფილი ვართ მსოფლიო ბანკთან თანამშრომლობით, რის შედეგადაც მივიღეთ არა მარტო მნიშვნელოვანი ფინანსური და ინტელექტუალური დახმარება, არამედ დავრწმუნდით, რომ გზა, რომელსაც ჩვენ გავდივართ, იმდენად სწორია, რომ მასში ღირს ინვესტიციის ჩადება.

დიდად ვაფასებთ იმ თანადგომას, რომელიც გვაქვს აშშ-ის, გერმანიისა და იაპონიის მთავრობებისგან, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან, გაეროს ბავშვთა ფონდთან, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთან, აშშ-ის ნაციონალური ინსტიტუტების სისტემასთან, გერმანიის ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების სამინისტროსთან, ემორისა და ჯორჯიის უნივერსიტეტებთან, ასევე, ვთანამშრომლობთ მთელ რიგ საერთაშორისო ჰუმანიტარულ ორგანიზაციებთან; ყოველივე ამან შეგვაძლევინა რეორიენტაციის პირველი ეტაპის ნაკლებ მტკივნეულად და საკმაოდ მაღალი ეფექტიანობით გავლა. იმედი გვაქვს, რომ მეორე ეტაპზე ჩვენი მეგობრებისა და თანამდგომების რიცხვი კიდევ უფრო გაიზრდება და იმაშიც დარწმუნებული ვარ, რომ თქვენი სახით დღეს მათი მნიშვნელოვანი ნაწილის წინაშე გამოვდივარ.

დარგის რეორიენტაციის პროცესი ხორციელდება ქვეყანაში მიმდინარე რთული და კომპლექსური რეფორმების ფონზე. უფრო ზუსტად რომ ვთქვათ, ეს მისი შემადგენელი ნაწილია. ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობა, რაგინდ კარგი მოდელიც უნდა გამოიყენებოდეს, საბოლოო

ჯამში, განპირობებულია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობით. ეს აქსიომატური ჭეშმარიტებაა და, ამდენად, ჩვენი მდგომარეობაც, გარკვეული სასიკეთო ძვრების ფონზე, მაინც კრიტიკულია. მიუხედავად იმისა, რომ რესურსების ოპტიმიზაციის მიზნით გადავედით პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ დაფინანსებაზე და შემოვიღეთ სახელმწიფო საბაზისო პროგრამაში მოსახლეობის მიერ თანაგადახდის პრინციპი, მისი მოცულობა აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ 10-12%-ს შეადგენს.

რამდენიმე წელია გრძელდება საჭირო სახსრების დეფიციტი. ამის გამო დარგის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა უაღრესად კრიტიკულ მდგომარეობაშია. რთული ვითარებაა სამედიცინო დაწესებულებებისა და მოსახლეობის წამალმომარაგების საქმეში. ქვეყანაში 32 ათასი ინსულინდამოკიდებულია, ამჟამად სახელმწიფოს შეუძლია მხოლოდ ბავშვების ინსულინი შეიძინოს, დანარჩენი მოსახლეობა კი ჰუმანიტარული დახმარების იმედთა ცოცხლობს. არ გვყოფნის სანარკოზო, ტკივილგამაყუჩებელი, ფსიქოტროპული, ჰიპოტენზიური, საგულე საშუალებები, ანტიბიოტიკები, ვაქცინები, ქიმიოპრეპარატები, რენტგენის ფირები, ერთჯერადი მოხმარების სამედიცინო საგნები და სხვა.

ქვეყანა არ აწარმოებს ფარმაცევტულ, სამედიცინო ტექნიკასა და სახარჯ მასალებს, არადა, ამისთვის საჭირო თითქმის ყველა წინაპირობა არსებობს.

მიუხედავად იმისა, რომ საბაზისო პროგრამაში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ისეთი სოციალურად საშიში დაავადებების მკურნალობასა და პრევენციას, როგორცაა ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებები, ნარკომანია, ტოქსიკომანია, ამ მხრივ მდგომარეობა ჯერ კიდევ საგანგაშოა. ეს არცაა გასაკვირი, ვინაიდან ამ დაავადებებთან ბრძოლაში მხოლოდ მედიცინა უძლურია.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების თანმიმდევრულ და მიზანმიმართულ განვითარებას, დაავადებათა კონტროლისა და მონიტორინგის სისტემის ორგანიზებასა და ეფექტიან ამოქმედებას. აგრეთვე, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას მოსახლეობაში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს არსებული პრობლემების მოგვარების შორი გზაა, ის ერთადერთია და ამიტომაც გვინდა, რომ ამ მნიშვნელოვან საქმეს დღესვე ჩაეყაროს საფუძველი.

საქართველო საინტერსო პერსპექტივების ქვეყანაა. მას ნათელი მომავალი აქვს. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უკვე გადადის ცივილიზებულ ურთიერთობებზე. ამდენად, ის დახმარებები, რომლებიც შესაძლოა დღეს გაგვიწიოთ, უნდა განვიხილოთ როგორც მომავალი პარტნიორისთვის გაწვდილი დახმარების ხელი. ქართველებმა ვიცით გაჭირვებაში თანადგომის ფასიცა და დაფასებაც. მ

იმედი მაქვს, რომ უახლოეს პერიოდში ერთმანეთს საიმედო პარტნიორების რანგში შევხვდებით.

ნება მომიძეთ უღრმესი მადლობა გადაგიხადოთ ყურადღებისა და მომავალი თანადგომისთვის.

**შავი ზღვის ქვეყნების ეკონომიკური თანამშრომლობის
ორგანიზაციის (BSEC) ჯანდაცვასა და ფარმაციაში მუშა ჯგუფის
შეხვედრა**

თბილისი, 1996 წლის 4 ივნისი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

დიდად პატივცემულო დელეგაციების ხელმძღვანელებო,
დელეგაციების წევრებო,
დამკვირვებლებო,
სამუშაო შეხვედრის სტუმრებო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

ნება მიბოძეთ, საქართველოს მთავრობისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველა მუშაკის სახელით მოგესალმოდ თბილისში შავი ზღვის ეკონომიკური თანამშრომლობის ქვეყნების ჯანდაცვასა და ფარმაციაში მუშა ჯგუფის შეხვედრის მონაწილეებს. გისურვებთ ჯანმრთელობას, სიკეთესა და ნაყოფიერ მოღვაწეობას ჩვენი ქვეყნების საკეთილდღეოდ.

თითქმის ოთხი წელი იწურება იმ დღიდან, როდესაც სტამბოლში უმაღლეს დონეზე შეხვედრის დროს გადაწყდა შავი ზღვის ქვეყნების ეკონომიკური თანამშრომლობის ორგანიზაციის ჩამოყალიბება და მივიღეთ ისტორიული დოკუმენტი „უმაღლესი დონის დეკლარაცია შავი ზღვის ეკონომიკური თანამშრომლობის შესახებ“. განვლილმა პერიოდმა გვიჩვენა ამ გაერთიანების შექმნის მიზანშეწონილობა, ცხოველმყოფლობა, ქმედუნარიანობა და ურთიერთსარგებლიანობა რეგიონის ქვეყნებისთვის. მსგავსი თანამშრომლობის გარეშე ჩვენი რეგიონი დღეს უკვე წარმოუდგენელია.

უკანასკნელ წლებში საერთაშორისო ეკონომიკური ურთიერთობების ინტენსიფიკაცია რეგიონული პოლიტიკის ერთ-ერთ დომინანტურ თვისებად იქცა. გლობალური ექსპორტების მოცულობის მნიშვნელოვანი ზრდა ადასტურებს, რომ ეს პროცესი რეალობაა. სწორედ ამ პროცესის ასახვას წარმოადგენს მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში შექმნილი ეკონომიკური გაერთიანებები.

დღევანდელი მსოფლიოს განვითარების მძლავრი სტიმულია რეგიონული ეკონომიკური კავშირები და ქვეყნებს შორის ორმხრივი თუ მულტილათერალური თანამშრომლობები. მოხარული ვართ, რომ შავი ზღვის ქვეყნების ეკონომიკური თანამშრომლობაც თანდათან ხდება რეგიონის განვითარების ერთ-ერთი მძლავრი ბერკეტი.

ჩვენი ერთობლივი საქმიანობის ყველაზე დიდ მიღწევად უეჭველად შეიძლება ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ, მიუხედავად გარკვეულ საკითხებზე გაერთიანების წვერი ქვეყნების აზრთა სხვადასხვაობისა, BSEC-მა დაამტკიცა თავისი სიცოცხლისუნარიანობა. იგი არსებობს და ვითარდება განსხვავებული პოლიტიკური წყობის, ეკონომიკური განვითარების დონის, კულტურული ტრადიციებისა და მრავალმხრივი თანამშრომლობის საფუძველზე. BSEC-ის ქვეყნებს აერთიანებს ერთი იდეა – რეგიონში მშვიდობა და ეკონომიკური განვითარება.

ყველა რეგიონს, და მათ შორის შავი ზღვის აუზის ქვეყნებსაც, გარკვეული თავისებურებები ახასიათებს, რაც მას გამოარჩევს დანარჩენი მსოფლიოსგან. მიუხედავად იმისა, რომ ამ რეგიონის სახელმწიფოები შედიან სხვადასხვა პოლიტიკურ და ეკონომიკურ გაერთიანებაში, მათ შორის თანამშრომლობა თანაბარ პარტნიორულ საფუძველზე ვითარდება, ისახება რეგიონის ეკონომიკური წინსვლის ახალი პერსპექტივები.

ერთ-ერთი კონკრეტული შედეგი ამ პროცესისა არის ევრაზიური დერეფნის იდეა, რომელიც სცდება ორმხრივი ხელშეკრულების ჩარჩოებს. როგორც ცნობილია, ამ იდეას მხარი დაუჭირა 1993 წლის 7 მაისის ბრიუსელის დეკლარაციამ, რომელსაც ხელი მოაწერეს დაინტერესებულმა ქვეყნებმა და ევროგაერთიანების კომიტეტმა. საქართველოს პრეზიდენტმა ბატონმა ედუარდ შევარდნაძემ 1994 წლის 30 ივნისს BSEC-ის საგარეო საქმეთა მინისტრების შეხვედრაზე აღნიშნა „*მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, რომ მხარი უნდა დაუჭიროთ ყველა მცდელობას, რომელიც მიმართული იქნება იმისკენ, რათა შეიქმნას ევრაზიის დერეფანი BSEC-ის ფარგლებში*“. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ეგრეთ წოდებულ საუკუნის პროექტს – კასპის ზღვიდან გამოსულ ნავთობსადენს, რომლის მშენებლობასა და ექსპლოატაციასთან პირდაპირი თუ არაპირდაპირი შეხება ექნება BSEC-ის მრავალ ქვეყანას და, ვფიქრობთ, დიდი სტიმული იქნება ამ ორგანიზაციის ეკონომიკური მომძლავრებისთვის.

ხმელთაშუა ზღვა – შავი ზღვა – კასპიის ზღვა – მსოფლიო ცივილიზაციის აკვანია და ინტეგრაციის შემდგომი განვითარება კარგ საფუძველს შექმნის ზოგადსაკაცობრიო ღირებულებების სრულყოფისთვის.

დიდი სიამაყით აღვნიშნავთ, რომ საქართველო და მისი პრეზიდენტი ბატონი ედუარდ შევარდნაძე ამ კავშირის ერთ-ერთი ინიციატორები და დამფუძნებლები იყვნენ. საქართველოში უკვე მოეწყო ორი შეხვედრა: ერთი – საგარეო საქმეთა მინისტრების დონეზე და მეორე – სამუშაო ჯგუფისა, გარემოს დაცვის საკითხებთან დაკავშირებით. ამრიგად, ჩვენი ქვეყანა საკმაოდ აქტიურად თანამშრომლობს BSEC-ის ფარგლებში, რისი დასტურიცაა დღევანდელი შეხვედრა, რომელიც, ფაქტობრივად დასაბამს აძლევს ახალ მიმართულებას BSEC-ის ისტორიაში – თანამშრომლობას ჯანდაცვასა და ფარმაციის დარგში. ასევე, გარკვეული სიამაყით აღვნიშნავთ, რომ ამ მიმართულებით მუშაობის დაწყების ინიციატივა მოდის საქართველოსა და თურქეთის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრებისგან და ემსახურება სტამბოლის დეკლარაციის მე-13 პუნქტში ჩამოყალიბებული ამოცანების შესრულებას, რომელთა მიხედვითაც პრიორიტეტული მნიშვნელობა ენიჭება თანამშრომლობას ჯანდაცვასა და ფარმაციაში.

ჩვენი ქვეყანა განვითარებული ქვეყნების დახმარებით მსოფლიოში მიმდინარე ურთულესი ქარტეხილების შედეგად უმძიმესი სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური კრიზისების მორევიდან ნელა, მაგრამ მყარად იკაფავს გზას დემოკრატიული საზოგადოებისკენ. ამაში დიდი როლი ჰქონდა მეგობრების დამსახურება, მაგრამ მნიშვნელოვანია თვით ჩვენი ხალხისა და სახელმწიფოს, მისი პრეზიდენტის – ბატონი ედუარდ შევარდნაძის გადაწყვეტილება, ამ მხელ პერიოდშიც ვუერთგულოთ დემოკრატიისა და ჰუმანიზმის პრინციპებს, რათა მომავალ თაობებს სამართლიანი საზოგადოება დავახვედროთ. ვერ დაგიმალავთ, გვიჭირს, მაგრამ მტკიცედ გვჯერა, რომ სწორ გზას ვადგავართ.

ამიტომაც არის, რომ მძიმე პერიოდშიც კი საქართველოს პრეზიდენტი, პარლამენტი და მთავრობა ხალხის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას თავის ერთ-ერთ უპირველეს ამოცანად მიიჩნევენ. სწორედ ამის გამოა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფა ქვეყნის ერთ-ერთ უმთავრეს პრიორიტეტადაა მიჩნეული.

ორიოდე წლის წინათ საქართველოში უმძიმესი სიტუაცია იყო, რის გამოც „უფასო და საყოველთაო სამედიცინო დახმარება“ ხორციელდებოდა ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი 40-60 ცენტის საშუალებით. ამჟამად, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების ოდენობამ ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით თითქმის შვიდ აშშ დოლარს მიაღწია. რა თქმა უნდა, ეს სახსრებიც უაღრესად მცირეა და რამდენჯერმე ჩამორჩება მინიმალურად აუცილებელს, მაგრამ რაღაც პრობლემების გადაჭრა უკვე ხერხდება. ორი წლის წინათ მე ვსაუბრობდი უაღრესად საშიშ ეპიდემიოლოგიურ ვითარებაზე. ამ მხრივ მდგომარეობა ჯერ კიდევ მძიმეა, მაგრამ ჩვენ შევძელით საერთაშორისო ორგანიზაციების თანადგომით მოსახლეობის იმუნიზაციის ხუთი წლის განმავლობაში გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენა, გარკვეული სოციალურად საშიში დაავადებების პრევენცია, ხოლო ზოგიერთის (ტუბერკულოზი, ფსიქიატრიული დაავადებები, ჰეპატიტი) მკურნალობის ორგანიზებაც კი. ქვეყანაში განსაკუთრებული პრიორიტეტია უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის კომპლექსური ღონისძიებების გატარება, რამაც არსებული კრიტიკული სიტუაციის მართვის საშუალება მოგვცა. მდგომარეობის სტაბილიზებისა და გაუმჯობესების ტენდენციები არსებითად უკვე იკვეთება და აშკარაა.

ყოველივე ამის საშუალება მოგვცა დარგის რეორიენტაციის მიმართულებით გადადგმულმა პირველმა ნაბიჯებმა. ორი წლის წინათ მე მოგახსენებდით, რომ ჩვენს წინაშე ერთდროულად იდგა ორი ამოცანა – მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და მედიცინის, როგორც დარგის, გადარჩენა, რისი განხორციელებაც არსებული სისტემის ფარგლებში შეუძლებელი იყო და აუცილებელი გახდა დარგის ძირეული რეორიენტაცია, რის შედეგადაც ყალიბდება ისეთი ორგანიზაციული ფორმები, რომლებიც უზრუნველყოფს ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებულ, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან თავისუფალი სისტემის ჩამოყალიბებას. იქმნება იმგვარი სოციალურ-ეკონომიკური მექანიზმები, რომლებიც განაპირობებს ძირითადი სტრატეგიული ორიენტირებისკენ სვლას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის რთული, თავისთავად მტკივნეული და მრავალეტაპიანი პროცესი საქართველოში უკვე დაიწყო. ის ძირითადად 2000 წლისთვის უნდა დასრულდეს, ასე რომ, ახალ საუკუნეს საქართველო შეხვდება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განახლებული

მოდელით. ეს მოდელი, რომლის დამუშავებაში მონაწილეობდნენ მსოფლიო ბანკის, საერთაშორისო ორგანიზაციების, ევროპისა და ამერიკის წამყვანი სპეციალისტები, აღიარებულია, როგორც ერთ-ერთი საინტერესო გამოცდილება, რომელიც შეიძლება სხვა ქვეყნებსაც გამოადგეთ.

ამ მოდელის ძირითადი პრინციპები მოცემულია დოკუმენტში, რომელიც თქვენ დაგირიგდათ და ამიტომ აღვნიშნავ მხოლოდ იმას, რომ მის საფუძველზე აგებული რეორიენტაციის პირველი ეტაპი ძირითადად უკვე დასრულდა და რომ:

- დაიწყო დარგის სახელმწიფოებრივი მმართველობის სისტემის დეცენტრალიზაცია;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვა ხორციელდება პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ საწყისებზე;
- დაიწყო სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების პრივატიზების პროცესი;
- სამედიცინო დაწესებულებებისა და 130 ათასი დარგის მუშაკის საქმიანობის დაფინანსება, ნაცვლად ბიუჯეტურ-მუხლობრივი უზრუნველყოფისა, ხორციელდება შესრულებული სამუშაოს ოდენობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის მიხედვით;
- პაციენტებს მიეცათ სამედიცინო დაწესებულებისა და მკურნალის თავისუფალი არჩევის საშუალება;
- დაიწყო სამედიცინო მომსახურების სფეროში თავისუფალი კონკურენცია;
- შემუშავდა და აპრობაცია გაიარა ცალკეული ნოზოლოგიების სტანდარტიზაციისა და ფასწარმოქმნის ორიგინალურმა სისტემამ.

მომდინარე წლიდან დაიწყო დარგის რეორიენტაციის მეორე ეტაპი, რომლის ძირითადი ამოცანებია:

- ჯანდაცვის სისტემაში აკუმულირებული მატერიალური და შრომითი რესურსების ოპტიმიზაციის პროცესის დაწყება;
- მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ძირითადად სადაზღვევო მედიცინის საწყისებზე გადაყვანა;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული ჩამოყალიბება და პრევენციული მედიცინის, ავადობის კონტროლისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამების ამოქმედება;

- ჰიგიენური ნორმირებისა და სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის სამსახურების ორგანიზაციულად ჩამოყალიბება და ამოქმედება;
- სამედიცინო განათლებისა და სამედიცინო მეცნიერების რეორგანიზაციის სამუშაოების დაწყება;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფოებრივი მართვის ახალი ტიპის სტრუქტურების ჩამოყალიბება.

ამ მნიშვნელოვანი სამუშაოების თავისდროული და მიზანმიმართული განხორციელება დიდწილად არის დამოკიდებული მსოფლიო ბანკთან ერთად საკმაოდ მცირე პერიოდში შემუშავებული ერთობლივი პროექტის განხორციელების ხარისხზე.

დარგის რეორიენტაციის პროცესი ხორციელდება ქვეყანაში მიმდინარე რთული და კომპლექსური რეფორმების ფონზე. უფრო ზუსტად რომ ვთქვათ, ეს მისი შემადგენელი ნაწილია. ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობა, რაგინდ კარგი მოდელიც უნდა გამოიყენებოდეს, საბოლოო ჯამში, განპირობებულია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობით. ეს აქსიომატური ჭეშმარიტებაა და, ამდენად, ჩვენი მდგომარეობაც, მიუხედავად გარკვეული სასიკეთო ძვრებისა, მაინც კრიტიკულია. მიუხედავად იმისა, რომ რესურსების ოპტიმიზაციის მიზნით გადავედით პროგრამულ და პროგრამულ-მიზნობრივ დაფინანსებაზე და შემოვიღეთ სახელმწიფო საბაზისო პროგრამაში მოსახლეობის მიერ თანაგადახდის პრინციპი, მისი მოცულობა აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ 10-12%-ს შეადგენს.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების თანმიმდევრულ და მიზანმიმართულ განვითარებას – დაავადებათა კონტროლისა და მონიტორინგის სისტემის ორგანიზებასა და ეფექტიან ამოქმედებას, აგრეთვე ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს არსებული პრობლემების მოგვარების შორი გზაა, ის ერთადერთია და ამიტომაც მაინც გვინდა, ამ მნიშვნელოვან საქმეს საფუძველი დღესვე ჩაეყაროს.

განსაკუთრებით პერსპექტიულად მიგვაჩნია თანამშრომლობის განვითარება ყველა იმ საკითხის ირგვლივ, რომლებიც თბილისის შეხვედრის პროგრამაშია შეტანილი და რომლებიც პროგრამის ზემოთ აქ დელეგაციებისა და

ექსპერტების მიერ დისკუსიის დროს შეიძლება დაისვას. ვფიქრობთ, რომ ყველა ეს საკითხი ყურადღებით უნდა იქნეს განხილული და დამუშავებული. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, დღევანდელმა შეხვედრამ მოამზადოს BSEC-ის ქვეყნების ჯანდაცვის მინისტრების შეხვედრა, რომელსაც, ალბათ, გარკვეული ეტაპობრივი მნიშვნელობა ექნება რეგიონის ჯანდაცვის სისტემების ანალიზის, გამოცდილების ურთიერთგაზიარების და კონკრეტული გადაწყვეტილებების მიღების თვალსაზრისით.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა პერმანენტული პროცესია, რომლის დახვეწა და განვითარება ყველა ქვეყანაში მუდმივად მიმდინარეობს. ქვეყნები დღეს განსხვავდებიან მხოლოდ რეფორმების მიმდინარეობის რადიკალიზმითა და ტემპით, რასაც ძირითადად თვითონ ქვეყანაში მიმდინარე სოციალურ-პოლიტიკური და მაკროეკონომიკური ძვრები განაპირობებს. აქედან გამომდინარე, BSEC-ის თანამშრომლობის ფარგლებში განსაკუთრებულ ყურადღებას ვანიჭებთ ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების თვალსაზრისით ინფორმაციების გაცვლას, ჯანდაცვის სხვადასხვა ეკონომიკური მოდელის გამოცდილების გაზიარებას, დახვეწასა და შესაბამისი ქვეყნის პირობებში ადაპტირებას.

ჩვენს ქვეყნებს შორის, მიგრაციის საკმაოდ მაღალი ტემპიდან გამომდინარე, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ რეგიონში თანამშრომლობას სამედიცინო დაზღვევის სფეროში. მოსახლეობის მიმოსვლის დღევანდელ დონეზე აქტუალური ხდება სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების რაციონალური წყაროების ძიება ინდივიდებისთვის, რომლებიც არ იმყოფებიან სამშობლოში.

მიზანშეწონილად გვეჩვენება, აღნიშნული პრობლემების მოგვარების მიზნით თანამეგობრობის მთელ ტერიტორიაზე დაიწყოს თანამშრომლობა საკანონმდებლო ბაზის შესაქმნელად, რაც საფუძვლად დაედება შავი ზღვის ქვეყნების მოქალაქეთა სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას სადაზღვევო პრინციპებით.

იმის გამო, რომ შავი ზღვის ეკონომიკური თანამშრომლობის ქვეყნები გარკვეულ გეოგრაფიულ გზაჯვარედინს წარმოადგენენ დასავლეთისა და აღმოსავლეთის, სამხრეთისა და ჩრდილოეთის ქვეყნებს შორის, სულ უფრო მძაფრ მნიშვნელობას იძენს ნარკომანიის, ნარკოტიკულ ნივთიერებათა ლეგალური თუ არალეგალური ბრუნვის და ნარკობიზნესის პრობლემები. ამ

მიმართებით განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ რეგიონის ქვეყნების თანამშრომლობას და ძალისხმევას ერთობლივი ღონისძიებების გამომუშავების მიზნით კაცობრიობის ამ უბოროტეს მტერთან საბრძოლველად. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, მომავალში სამუშაო ჯგუფის ერთი შეხვედრა დაეთმოს მხოლოდ ამ საკითხს.

BSEC-ის რეგიონის რიგ ქვეყნებში სულ უფრო მწვავედება სიტუაცია სხვადასხვა ინფექციური დაავადებების გავრცელებასთან დაკავშირებით. მაგალითისთვის საკმარისია თუნდაც დიფთერიის აფეთქებები მთელ რიგ ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში, ვირუსული ჰეპატიტების გავრცელების მზარდი ტენდენცია, ქოლერისა და სხვა დიარეული დაავადებების სულ უფრო მზარდი შემთხვევები. ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ინფორმაციის დროულ გაცვლას და ურთიერთშეთანხმებული პოლიტიკის წარმოებას ეპიდემიების წინააღმდეგ საბრძოლველად.

შავი ზღვის ქვეყნების განსაკუთრებულ ბუნებრივ სიმდიდრეს წარმოადგენს მათი საკურორტო რესურსები, სხვადასხვა სახის მინერალური და თერმული წყლები, კლიმატი, თავისი შემადგენლობით და სამკურნალო თვისებებით უნიკალური ზღვის სანაპირო, კასტრული მღვიმეები, ულამაზესი მთისა და ზღვის ლანდშაფტები, რომელთა ბაზაზეც შექმნილია სხვადასხვა სამედიცინო დანიშნულების საუცხოო კურორტების საკმაოდ ფართო ქსელი. სამწუხაროდ, უკანასკნელი ხუთი წლის განმავლობაში განვითარებულმა ცნობილმა მოვლენებმა დიდი ზიანი მიაყენა საქართველოს კურორტებს, მაგრამ იმედი გვაქვს, რომ ერთობლივი ძალისხმევით ეს საკითხი იქნება ერთ-ერთი პრიორიტეტული და ეკონომიურად მომგებიანი BSEC-ის თანამშრომლობის ფარგლებში.

სახელმწიფოთა და ქვეყანათა ნებისმიერი გაერთიანება საჭიროებს მჭიდრო და მეცნიერულად გათვლილ, დასაბუთებულ კოორდინირებას სტიქიური უბედურებებისა და კატასტროფების დროს. ამდენად, ჩვენი შეხვედრის ერთ-ერთ ძირითად ამოცანად დგას „ფორსმაჟორული“ სიტუაციების დროს კოორდინირებული მოქმედების საერთო ტაქტიკის შემუშავება.

რეგიონის ქვეყნების თანამშრომლობის ერთ-ერთი უმთავრესი მიმართულება უნდა იყოს თანამშრომლობა ფარმაციისა და ფარმბიზნესის დარგში. ეს გახლავთ საკითხი, სადაც მრავალი ქვეყნის – როგორც BSEC-ის წევრის, ისე არაწევრი ქვეყნების – ინტერესები იკვეთება და, ამდენად, მიზანშეწონილად

მიგვაჩნია მაქსიმალურად შეთანხმებული სტრატეგიის შემუშავება. ვფიქრობთ, თბილისის შეხვედრის საკმაოდ დრო დაეთმოა ფარმაციის მიმართულებით თანამშრომლობის საკითხთა განხილვას.

ფარმინდუსტრიის განვითარებასთან ერთად განსაკუთრებულ ყურადღებას ვანიჭებთ სამედიცინო ტექნიკისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების წარმოებას. ამ მხრივ ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში, და მათ შორის საქართველოში, არის უზარმაზარი პოტენციური ყოფილი სამხედრო-სამრეწველო კომპლექსის ქარხნების სახით, რომელთა კონვერსია ხშირად ვერ ამართლებს თავის დანიშნულებას.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ჩვენი ქვეყნების მედიკოს-მეცნიერებს, სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებებს, სამედიცინო პროფილის უმაღლეს სასწავლებლებს შორის პირდაპირი კავშირებისა და ურთიერთობების დამყარების ხელშეწყობას, რამეთუ ჯანდაცვაში ზედმეტია ლაპარაკი ყოველგვარ პროგრესზე, თუ მას მყარი მეცნიერული და პროფესიული საფუძველი არა აქვს.

განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ ჩვენი პროგრამის ბოლო საკითხს. როგორც მოგეხსენებათ ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში რეგიონის უმრავლეს ქვეყანაში იმატა სოციალურად დაუცველი ფენების – იძულებით გადაადგილებული პირების, ლტოლვილების, იმიგრანტების, უსახლკაროების, ხანშიშესულებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების რაოდენობამ. სამწუხაროდ, ამ პროცესს თავისი ობიექტური მიზეზები აქვს, მაგრამ, ვფიქრობთ, ჩვენმა ორგანიზაციამ სხვადასხვა სოციალურ სამსახურებთან, საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ერთად უნდა თქვას თავისი სიტყვა და გამოიმუშაოს ერთიანი პოზიცია აღნიშნული პროცესების რეგულირებისთვის.

მადლობა ყურადღებისთვის.

**კონფერენცია თემაზე
„საზოგადოებრივი ჯანდაცვა დღეს და მისი მომავალი“**

თბილისი, 1996 წლის 29 ივლისი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ნება მომეცით, მივესალმო კონფერენციის მონაწილეებს და ვუსურვო წარმატებები მუშაობაში.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა – ეს არის სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი ფუნქცია, რომელიც უზრუნველყოფს მოქალაქეთა ჯანმრთელ და პროდუქტიულ ცხოვრებას. შეიძლება ითქვას, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის ჩამოყალიბება საშუალებას მოგვცემს, დროულ და ადეკვატურ ინფორმაციაზე დაყრდნობით გამოვავლინოთ ის პრობლემები, რომლებიც ყველაზე აქტუალურია ჩვენი ქვეყნისთვის და ცალკეული რეგიონებისთვის, რაც, თავის მხრივ, შეზღუდული რესურსების პირობებში მიზანდასახული გადაწყვეტილებების მიღების წინაპირობა იქნება.

ერთი საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციიდან მეორეში გადასვლის თავისთავად რთულ პერიოდში მიმდინარეობს უმთავრესი ღირებულებების გადაფასებისა და საზოგადოებრივი ცნობიერების რადიკალური შეცვლის პროცესი.

სახელმწიფოში, რომელშიც მოგვიწია ცხოვრება, ჩამოყალიბდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულება სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის სახით, რომელსაც ძირითადად ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი და მონიტორინგი ეხებოდა და შეიძლება ითქვას, მნიშვნელოვანი წარმატებებიც ჰქონდა ამ სფეროში. მაგრამ ქვეყანაში მიმდინარე ძვრებმა მიგვიყვანა ჯანდაცვის სისტემაში რეორიენტაციის აუცილებლობამდე, რომლის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი შედეგიც იყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის ჩამოყალიბება, რომელსაც თანამედროვე მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში აპრობირებული ფუნქციების შესრულება დაეკისრა. საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის პრიორიტეტულობის უმთავრესი კრიტერიუმი, უპირველესად, მის ეკონომიურობაში მდგომარეობს. საყოველთაოდ ცნობილია, რომ პრევენციაში „დაზოგილი“ ერთი ლარი შემდგომში არანაკლებ 10 ლარი ჯდება.

დღეს, როდესაც ქვეყანა გადადის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე, პრევენციული მიდგომებისა და მისი დანერგვის გზების ძიებისას სწორედ ადამიანების ეკონომიკური მოტივაციიდანაც უნდა გამოვიდეთ.

ერთ წელზე მეტია, რაც ჩვენს ქვეყანაში დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მძიმე, მაგრამ აუცილებელი და გარდაუვალი პროცესი. ეს პროცესი მიმართულია იმგვარი მოდელის შექმნაზე, რომელიც სტიმულს მისცემს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტულ განვითარებას. თანამედროვე საზოგადოებაში ექიმი ფასდება არა მარტო იმით, რომ ავადმყოფს ცხოვრებას გაუხანგრძლივებს, არამედ იმითაც, რომ დროულად აღმოაჩენს ავადმყოფობის განვითარების რისკ-ფაქტორებს და აღმოფხვრის მათ, რათა ადამიანი ავად არ გახდეს.

ამ პირობებში განსაკუთრებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის როლი. ცნობილია, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე სამედიცინო მომსახურების გავლენა 12-14%-ს არ აღემატება, დანარჩენი წილი სოციალურ, გარემო და გენეტიკურ ფაქტორებზე მოდის. ამიტომაც მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის ყველაზე ეფექტური გზა ავადობის მიზეზების შესწავლა და მათი განეიტრალება, რაც პრევენციის ოპტიმალური ღონისძიებების შემუშავებითა და მათი განხორციელებით მიიღწევა.

სწორედ ამიტომ, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების უმნიშვნელოვანესი ნაწილი, რომელიც შემდგომში კიდევ უფრო განვითარდება, ამ ელემენტების დაფინანსებაში მდგომარეობს. ამასთან, განსაკუთრებული ყურადღება მიექცევა იმუნიზაციასა და ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის შესწავლას, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელი გახდება რესურსების რაციონალური და ეფექტური წარმართვა პრიორიტეტული პრობლემების გადასაჭრელად.

ვიცი რა ის სიმწელებები, რომლებიც დღეისათვის არსებობს დაფინანსებაში, მით უმეტეს დასაფასებელია ჩვენი ეპიდემიოლოგებისა და საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის მუშაკების საქმიანობა. არსებული ეპიდემიოლოგიური სამსახურის დიდ ტრადიციებს, იმედია, ეს კონცეფციაც დაადასტურებს. ჩვენი მეცნიერებისა და პრაქტიკოსი ექიმების აქ წარმოდგენილი მოხსენებები იმის კარგი მაგალითია, რომ, უმძიმესი პირობების მიუხედავად, რომელშიც უწყვეტ მუშაობა, ისინი მაინც თავდადებულად ემსახურებიან თავიანთ პროფესიას.

არ შემიძლია, არ გამოვხატო ჩემი და მთელი ჩვენი სამედიცინო საზოგადოების ღრმა პატივისცემა ამ კონფერენციის სულისჩამდგმელის, აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის თბილისის ოფისის ხელმძღვანელის, ბატონ სტენლი მიუზიკის მიმართ, რომლის დახმარება საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამედროვე სისტემის ჩამოყალიბებაში მეტად მნიშვნელოვანია.

მინდა, მადლობა მოვახსენო აშშ-ის განვითარების საერთაშორისო სააგენტოსა და დაავადებათა კონტროლის ცენტრს ატლანტაში, რომელთა უდიდესი დახმარების გარეშე ჩვენს ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ესოდენ მოკლე დროში ჩამოყალიბება შეუძლებელი იქნებოდა.

მივესალმები კონფერენციის ყველა სტუმარს და ნაყოფიერ მუშაობას ვუსურვო მათ.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**კონფერენცია თემაზე
„ჯანდაცვის ეკონომიკის პრობლემები“**

თბილისი, 1996 წლის 17 სექტემბერი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

მკურნალობის უფლება, ისევე, როგორც თავისუფლებისა და თანასწორობისა, იმ ძირეულ პრინციპებში შედის, რომელნიც საქართველოს კონსტიტუციით გარანტირებული აქვს ჩვენი ქვეყნის თითოეულ მოქალაქეს.

ადამიანის უფლებათა მსოფლიო დეკლარაცია 24-ე პუნქტი აზუსტებს: „ყველა ადამიანს აქვს უფლება ცხოვრების ისეთ დონეზე, რომ უზრუნველყოფილი ჰქონდეს საკუთარი ჯანმრთელობა და აგრეთვე მისი ოჯახისა ... მას აქვს უფლება სოციალური უზრუნველყოფისა იმ შემთხვევაში თუ უმუშევარია, ან ავად არის, ან ხეივარია, ან ქვრივია ან ხანდაზმულია; ანდა თუ საარსებო საშუალებები დაკარგა, მისგან დამოუკიდებელი მიზეზების გამო“.

ამდენად, მკურნალობის უფლება არის კოლექტიური აუცილებლობა და ამ პრინციპმა მთელს მსოფლიოში სულ უფრო ფართო გამოყენება პოვა.

ამასთანავე, სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ხარჯები გეომეტრიული პროგრესით იზრდება და რაღაც დონეზე მათი ოდენობა წინააღმდეგობაში მოდის მკურნალობის ჰუმანურ უფლებასთან. ამგვარი წინააღმდეგობისთვის რეალური პასუხების მოსამზადებლად გაჩნდა მეცნიერების ისეთი დარგი, როგორცაა ჯანდაცვის ეკონომიკა. ეს ახალგაზრდა დარგი მთელს მსოფლიოში საკმაოდ სწრაფად ვითარდება. სამწუხაროდ, ჩვენს ქვეყანაში მას თითქმის არ გააჩნია გამოცდილება, არადა, საკმაოდ მაღალია მასზე პრაქტიკული მოთხოვნილება, რადგან ის პასუხს იძლევა სოციალურ მოთხოვნებსა და ეკონომიკურ იძულებას შორის არსებულ წინააღმდეგობაზე. მისი მთავარი მიზანია, ამოქმედოს ამ განსაკუთრებულ სფეროში ეკონომიკური მეცნიერების კონცეფციები და მეთოდები.

ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკაზე მსჯელობისას ხშირად ადგილი აქვს ურთიერთსაწინააღმდეგო აზრების შეჯახებასა და კონფრონტაციას ისტორიული გამოცდილების განსხვავებულად აღქმის გამო. და მართლაც,

ექიმთან მისვლა, სავადმყოფოში დაწოლა, წამლის ყიდვა უფრო აუცილებლობად მოიაზრება, ვიდრე ეკონომიკურ საქმიანობად. სოციალურ წარმოდგენაში ღრმადაა ფესვგამდგარი აზრი, რომ „ჯანმრთელობას არა აქვს ფასი“. აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობის მნიშვნელობა, რაც ადამიანის ნებისმიერი საქმიანობის საწინდარია, ილუზორულად აქცევს სამედიცინო მომსახურებისთვის საჭირო ანგარიშს.

შეიმჩნევა ასეთი ტენდენციაც – უფრო მეტ ყურადღებას აქცევენ სამედიცინო მომსახურებას, ვიდრე იმ ეკონომიკურ შედეგებს, რასაც ეს მომსახურება მოიტანს. არადა, სამედიცინო მომსახურებას აქვს თავისი ეკონომიკური შედეგები, რომლებიც შეიძლება გაუმჯობესდეს შესაბამისი ეკონომიკური ურთიერთობების ოპტიმალური წარმართვით, მაგრამ მათ დადგენას სპეციფიკური კვლევა სჭირდება.

სწორედ ამგვარი მიმართულების ჯანდაცვის ეკონომიკის პრობლემების კვლევის სტიმულირებისთვის იმართება ეს კონფერენცია, რომლის ორგანიზატორები ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან ერთად არიან ეკონომიკის სამინისტრო, სახელმწიფო კანცელარიის ეკონომიკური სამსახური და მსოფლიო ბანკი.

ვიმედოვნებთ, რომ კონფერენცია პასუხს გასცემს დღეისათვის საჭირობოტო მრავალ პრობლემას და, ასევე, საფუძველს ჩაუყრის ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის სტრატეგიულ მიმართულებებზე საფუძვლიან მეცნიერულ კვლევებს. ამიტომაც სასიამოვნოა, რომ მის მუშაობაში მონაწილეობას იღებენ ეკონომიკური პროფილის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და კათედრები. ქვეყანას სჭირდება მაღალკვალიფიციური ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომისტები. ვიმედოვნებთ, ჩამოყალიბდება მათი მომზადებისა და გადამზადების ერთიანი სისტემა, მაგრამ ჩვენთვის ყველაზე მთავარია, გაეცეს პასუხი დარგში მიმდინარე ეკონომიკური რეფორმის დღევანდელ ეტაპზე წამოჭრილ კითხვებს.

როგორც მოგეხსენებათ, გასული წლის 10 აგვისტოდან დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის სრული და მრავალეტაპიანი პროცესი. ამჟამად აღნიშნული პროცესი გადამწყვეტ ფაზაში შევიდა. დაგროვდა პრაქტიკული გამოცდილება, თუმცა დაგროვდა პრობლემებიც, რომლებიც საფუძვლიან განსჯას საჭიროებს. ამიტომაც კონფერენციაზე განსახილველად გამოვყოფთ საკითხთა სამ ბლოკს. ესენია:

- ჯანდაცვის ეკონომიკის გლობალური პრობლემები რეფორმის პირველი ეტაპის შედეგების მეცნიერული ანალიზის საფუძველზე, შემდეგი ეტაპის სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრა;
- მიკროეკონომიკური საკითხები – სამედიცინო დაწესებულებების საფინანსო-ეკონომიკური ურთიერთობების, ფასებისა და ხელფასების გაანგარიშებების მეთოდური საფუძვლები, მატერიალური, შრომითი და ფინანსური რესურსების ოპტიმიზაცია უკვე ჩამოყალიბებული სამედიცინო ბაზრის სახელმწიფოებრივი რეგულირების პირობებში;
- სამედიცინო დაზღვევის სოციალურ-ეკონომიკური და სამართლებრივი ასპექტები.

კონფერენციის პროგრამა ისეა აგებული, რომ გამოსვლები დაჯგუფებული არიან სხვადასხვა ბლოკების მიხედვით და იმედი გვაქვს, კონფერენციის რეკომენდაციებიც შესაბამისად იქნება აგებული.

სულმოუთქმელად ველით ამ რეკომენდაციებს. იმედი გვაქვს, რომ ისინი დიდად წაადგება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესის შემდგომ წარმართვას. დარგში მიმდინარე რეფორმები ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმატული გარდაქმნების ორგანული შემადგენელი ნაწილია და გამომდინარეობს საპრეზიდენტო პროგრამის „დამოუკიდებელი, განუყოფელი დემოკრატიული საქართველოს“ ძირითადი დებულებიდან და მოთხოვნებიდან.

ის, თუ როგორი ურთიერთობები იქნება დამკვიდრებული ჩვენს ქვეყანაში XXI საუკუნეში, გარკვეულწილად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მიმართულებებითაც განისაზღვრება.

კიდევ ერთხელ მივესალმები კონფერენციის მონაწილეებსა და სტუმრებს. გისურვებთ წარმატებებს მუშაობაში და ვიმედოვნებთ, რომ დიდი ილიას საუკუნის წინანდელი სიტყვები, რომ *„ეკონომიკურს მოედანზე უნდა ვიამაყოთ ქვეყნისა და ერის საკეთილდღეოდ“*, დღესაც აქტუალური იქნება.

მადლობა ყურადღებისთვის.

საქართველოს დელეგაცია ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრში

ბეთესდა, მერილენდი, აშშ - 1996 წლის 14 ნოემბერი

ავთანდილ ჯორბენაძე

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონებო და ქალბატონებო,

უპირველეს ყოვლისა, ნება მიბოძეთ, მოგესალმოდ და მადლობა მოგახსენოთ იმისათვის, რომ მომეცა საშუალება ასეთი წარმომადგენლობითი საზოგადოების წინაშე სიტყვით გამოსვლისა. მსურს მთელ ამერიკელ ხალხს მიუზღოცო ცოტა ხნის წინ ჩატარებული საპრეზიდენტო არჩევნების შედეგად მეორე ვადით პრეზიდენტ ბილ კლინტონის არჩევა. მინდა, გულითადი მადლობა მოგახსენო ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტების ხელმძღვანელობას, ჯონ ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრს და პირადად ბატონ ფილიპ შამბრას, სამოქალაქო კვლევებისა და განვითარების ფონდს იმისათვის, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს წილად ერგო ასეთი დიდი პატივი – მიგველო გრანტი ერთობლივი სამეცნიერო სიმპოზიუმის ჩასატარებლად ბეთესდაში.

მე მგონი, სწორად გამიგებთ, რომ ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტებისა და სამოქალაქო კვლევებისა და განვითარების ფონდის გრანტი საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან ერთობლივი სიმპოზიუმისთვის ჩვენი ქვეყნისთვის ამ ძნელ, გარდამავალ პერიოდში დიდი მხარდაჭერის გამოხატვაც არის, რომელსაც გარდა წმინდა სამეცნიერო მნიშვნელობისა, გარკვეული პოლიტიკური დატვირთვაც გააჩნია.

ნება მიბოძეთ, გადმოგცეთ მისალმება და საუკეთესო სურვილები ჩვენი ქვეყნის პრეზიდენტის, ბატონი ედუარდ შევარდნაძისა, რომელიც ესოდენი პოპულარობით სარგებლობს შეერთებულ შტატებში.

როგორც მოგეხსენებათ, ამერიკის შეერთებული შტატების მხარდაჭერასა და დახმარებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს საქართველოში დემოკრატიული პროცესების განვითარებისა და ქვეყნის ეკონომიკის წინსვლისთვის. თქვენთვის, ალბათ, ცნობილია, რომ საქართველომ უკანასკნელი 4-5 წლის განმავლობაში დიდი დახმარებები მიიღო აშშ-დან ჰუმანიტარული, ტექნიკური თუ ფინანსური სახით. განსაკუთრებით

შეუფასებელია ამერიკის დახმარება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისათვის ჩვენი ქვეყნისათვის ამ მწელებდობის ჟამს. აშშ-ის განვითარების საერთაშორისო სააგენტოსა და სხვა ამერიკული ორგანიზაციების ეგიდით ბევრჯერ მივიღეთ მედიკამენტები და ავადმყოფთა მოვლის საგნები ჰუმანიტარული დახმარების სახით.

დიდი წვლილი შეიტანა ჩვენი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის კონფეციის მომზადებაში ატლანტა-თბილისის პარტნიორულმა პროგრამამ, რომელიც აშშ-ის განვითარების საერთაშორისო სააგენტოსა და ამერიკის ჯანდაცვის საერთაშორისო ალიანსის ეგიდით მიმდინარეობს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მსოფლიო ბანკისა და საერთაშორისო სავალუტო ფონდის პროექტებს საქართველოსთვის და, კერძოდ, ჩვენი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისათვის.

ჩვენ მჭიდროდ ვთანამშრომლობთ აშშ-ის რიგ უნივერსიტეტებთან, ასოციაციებთან, კომპანიებთან, ცალკეულ ბიზნესმენებთან, ამჟამად კი აქ ვიმყოფებით და ვიწყებთ სერიოზულ თანამშრომლობას ამერიკისა და, შეიძლება ითქვას, მთელი მსოფლიოს სამედიცინო მექასთან – ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალურ ინსტიტუტებთან. ჩვენ კარგად ვაცნობიერებთ თუ რას წარმოადგენს ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალურ ინსტიტუტები და რა გამოცდილება და პოტენციალი არსებობს აქ. ასევე, თუ რისი მოტანა შეუძლია ჩვენი ქვეყნისთვის ამ ურთიერთობების სწორად განვითარებას.

ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალურ ინსტიტუტებთან ჩვენი ურთიერთობა ორი წლის წინათ დაიწყო, როდესაც ხელი მოეწერა ასთმისა და ჰიპერტონიის მიმართულებით თანამშრომლობის პროექტებს გულის, ფილტვისა და სისხლის ნაციონალურ ინსტიტუტსა და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს შორის. 1995 წლის ივლისში ასთმასთან დაკავშირებით ჩვენ ჩავატარეთ ერთობლივი სიმპოზიუმი თბილისში, სადაც იმყოფებოდა ამერიკელ სპეციალისტთა დელეგაცია ქალბატონი სუზან ჰარდის ხელმძღვანელობით. რამდენადაც ვიცი, უახლოეს ხანში იგეგმება ანალოგიური ღონისძიება ჰიპერტონიის მიმართულებით. უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში ინფორმაციის ურთიერთგაცვლის მიზნით ჩვენ რეგულარული კავშირი გვქონდა. მიმდინარე წლის მარტში ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალურ ინსტიტუტებში სპეციალური პროგრამით იმყოფებოდა ბატონი ამირან გამყრელიძე; ამერიკის ჯანმრთელობის

ნაციონალურ ინსტიტუტების პირველი სტიპენდიანტი გახდა ჩვენი შიდსის ცენტრის დირექტორი ბატონი თენგიზ ცერცვაძე, რომელმაც, როგორც ჩვენთვის ცნობილია, მჭიდრო საქმიანი ურთიერთობა დაამყარა თქვენს წამყვან სპეციალისტებთან და აქ კარგი ავტორიტეტით სარგებლობს.

და დღეს უკვე ბეთესდაში ვართ საკმაოდ სოლიდური წარმომადგენლობით. ნება მიბოძეთ, მოგესალმეთ ყველა ქართველი ექიმისა და მეცნიერის სახელით, კიდევ ერთხელ გამოვხატო გულითადი მადლობა ორგანიზატორებისადმი და წარმატება ვუსურვო ჩვენს სიმპოზიუმს. იმედი მაქვს, რომ იგი ნაყოფიერად ჩაივლის და 15 თებერვლისთვის სამოქალაქო კვლევებისა და განვითარების ფონდს წარვუდგენთ საინტერესო ერთობლივ პროექტებს. როგორც მოგეხსენებათ, საქართველოს დელეგაციაში ჩემთან ერთად არის შვიდი მეცნიერი და ნება მიბოძეთ, მოკლედ წარმოგიდგინოთ თითოეული მათგანი:

ბატონი ამირან გამყრელიძე – ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის მოადგილე, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის დირექტორი. ეს ცენტრი გახლავთ სამინისტროს სტრატეგიული კვლევების ინსტიტუტი, რომელიც კოორდინირებას უწევს საქართველოში სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების განვითარებას. ამ ცენტრის ექსპერტების საშუალებით ხდება ჩვენი ცენტრალური და მუნიციპალური სამედიცინო პროგრამების და სტანდარტების შემუშავება, საერთაშორისო პროგრამების კოორდინირება და სხვა ბატონი ამირან გამყრელიძე არის ალერგოლოგიისა და კლინიკური იმუნოლოგიის პროფესორი და სწორედ მისი ინიციატივით ჩაეყარა საფუძველი თანამშრომლობას ბრონქული ასთმის სფეროში ამერიკის გულის, ფილტვისა და სისხლის ნაციონალურ ინსტიტუტსა და ჩვენს სამინისტროს შორის.

ქალბატონი ნინო ვეფხვაძე – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ზოგადი ჰიგიენის კათედრის გამგე, აღიარებული სპეციალისტი სამედიცინო რადიაციისა და რადიაციული უსაფრთხოების დარგში. მისი უშუალო მონაწილეობით შეიქმნა სახელმწიფო პროგრამა „რადიაციული უსაფრთხოება“.

ბატონი გელა ლეჟავა – ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორი; აღიარებული სპეციალისტია ნარკოლოგიასა და ნეიროფიზიოლოგიაში, ასევე, არის საქართველოში ცნობილი ჯანდაცვის

ორგანიზატორი; წლების განმავლობაში ხელმძღვანელობდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას, როგორც მინისტრი.

ბატონი გიორგი ხენიჩაშვილი – პულმონოლოგისა და ფთიზიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორი, ცნობილი სპეციალისტი პულმონოლოგიის დარგში. იგი ერთი წელია, რაც სათავეში ჩაუდგა აღნიშნულ ინსტიტუტს; არის, ასევე, ტუბერკულოზის სახელმწიფო პროგრამის კოორდინატორი.

ბატონი თენგიზ ცერცვაძე – შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრის დირექტორი, აღიარებული სპეციალისტი აივ-ინფექციისა და კლინიკური იმუნოლოგიის დარგში. აქ განსაკუთრებით აღსანიშნავია მისი დიდი როლი ჯანმრთელობის ნაციონალურ ინსტიტუტებთან ურთიერთობების განვითარებასა და აღნიშნული სიმპოზიუმის ორგანიზებაში.

ბატონი რევაზ გაგუა – ონკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრის დირექტორის მოადგილე სამეცნიერო დარგში, ცნობილი გულმკერდის ქირურგი და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მთავარი ონკოლოგი.

ბატონი გიორგი კაჩუხაშვილი – ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის გრანტების განყოფილების უფროსი; ცნობილი სპეციალისტი სამედიცინო ინფორმატიკის სფეროში, ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტებთან ურთიერთობების კოორდინატორი. მისი უშუალო მონაწილეობით შემუშავდა საქართველოში სამედიცინო მეცნიერების გრანტული დაფინანსების საინტერესო მექანიზმი.

მადლობა ყურადღებისთვის.

ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის გახსნა

1996 წლის 17 დეკემბერი

*ავთანდილ ჯორნებაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბარბარობას და ბედობას გილოცავთ, ბატონო პრეზიდენტო,
მვირფასო სტუმრებო,

დღევანდელი დღე საკმაოდ მნიშვნელოვანია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში – დღეს ჩვენს ამერიკელ პარტნიორებსა და მეგობრებთან ერთად საშუალება მოგვეცა, გავხსნათ ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრი, რომელიც, ჩვენი ღრმა რწმენით, საქართველოს ბიოსამედიცინო დარგების მუშაკთათვის მსოფლიოს თანამედროვე ინფორმაციული რესურსებისკენ გაჭრილი ფანჯრის როლს შეასრულებს.

პროექტი, რომელსაც საფუძველი 1994 წელს ჩაეყარა, ერთ-ერთია ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო კავშირის იმ მრავალ ინიციატივათა შორის, რომელთაც ეს ორგანიზაცია საქართველოში წარმატებით ახორციელებს ატლანტა-თბილისის პარტნიორული პროგრამის ფარგლებში. ერთი წლის წინათ ამავე შენობაში მოეწყო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სასწავლო ცენტრის გახსნა და დღეს კმაყოფილებით შეიძლება აღინიშნოს, რომ დამაბული, მრავალმხრივი და სასარგებლო მუშაობა უკვე რეალობად იქცა. იმედი გვაქვს, რომ მომავალ წელს, როდესაც ამავე შენობაში გამიზნულია უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრის გახსნა, შესაძლებლობა მოგვეცემა, დავრწმუნდეთ დღეს გახსნილი საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის პრაქტიკულ სარგებლიანობაში.

თანამედროვე მსოფლიოს მთავარი მახასიათებელი ნიშანი და განვითარების მამოძრავებელი ძალა ინფორმაციის გაცვლაა. უკანასკნელ ათწლეულში ამ სფეროში რაოდენობრივმა ცვლილებებმა ხარისხობრივი ნახტომი განაპირობა. პერსონალურ კომპიუტერთა რაოდენობის ზრდამ მათი გამაერთიანებელი ლოკალური, რეგიონული, ნაციონალური და საერთაშორისო ქსელების ჩამოყალიბება მოითხოვა. ამ მხრივ, ყველაზე ფართოდ ცნობილი და მასშტაბური ქსელი – ინტერნეტი 1995 წლის დასაწყისისთვის მსოფლიოს 90 ქვეყანაში მოიცავდა 56 ათასამდე უფრო

მცირე ზომის ქსელს და მათში გაერთიანებულ ოთხ მილიონამდე პერსონალურ კომპიუტერს.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამ კომპიუტერთა შორის ზოგიერთი ეკუთვნის არა კერძო პირებს, არამედ ემორისა და სტენფორდის უნივერსიტეტების ანალოგიურ მსხვილ სასწავლო-სამეცნიერო ცენტრებს, ამერიკის კონგრესისა და ამერიკის ნაციონალური სამედიცინო ბიბლიოთეკების მასშტაბის სხვადასხვა კატალოგს, ბიოტექნოლოგიური კვლევების პიონერ საერთაშორისო კომპანიებს, მაშინ აშკარა ხდება, თუ რა ფანტასტიკურ ჰორიზონტებს ხსნის ინტერნეტი მასში გაერთიანებული მომხმარებლებისთვის.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა რეფორმირების მიმე და საინტერესო პროცესშია. შეიძლება, ზოგიერთმა კრიტიკის მოყვარულმა დაგვიწუნოს საკმაოდ შეჭირვებულ ჟამს ინტერნეტის, ელექტრონული ფოსტისა და ტელემედიცინის პრობლემებით ეგზომ დაინტერესება, აქაოდა, რა დროს საინფორმაციო ცენტრის გახსნაა, როცა საავადმყოფოებში წამლების უკმარისობის, სამედიცინო დახმარების ექიმების მომზადების დონის ამაღლების საკმაოდ მწვავე პრობლემები გადაუჭრელიაო. დაგვერწმუნეთ, ამ ცენტრის გახსნა სწორედ დასახელებული პრობლემების გადაჭრის გასაღებად გვესახება. საკმაოდ მაცდუნებელია ამწუთიერ ამოცანებზე კონცენტრირება, მაგრამ, ჩვენი ღრმა რწმენით, მხოლოდ მომავალი მასშტაბებისა და ხედვის გათვალისწინებით შეიძლება სტრატეგიული ამოცანების გადაწყვეტა.

რამდენიმე სიტყვა საინფორმაციო ცენტრის მნიშვნელობასთან დაკავშირებით.

ამ შენობაში არსებული 5 სხვადასხვა ორგანიზაცია უკვე სადღეისოდ მიიღებს ინტერნეტს ცენტის სერვერისა და ლოკალური ქსელის მეშვეობით, ხოლო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ქალაქის მე-2 საავადმყოფო, სხვა სამედიცინო დაწესებულებები – სატელეფონო მოდემური კავშირის მეშვეობით.

მეცნიერები შეძლებენ მიიღონ რეფერატული ხასიათის ინფორმაცია პრაქტიკულად ნებისმიერ სამედიცინო ჟურნალში სტატიის გამოჩენიდან უკვე 2-3 კვირის ვადაში, ხოლო, თუ სტატია თხუთმეტ ყველაზე პოპულარულ ჟურნალშია გამოქვეყნებული, მაშინ მოხერხდება მისი სრული ტექსტის ამობეჭდვაც კი ჩვენს ცენტრში არსებული კომპიუტერიდან.

სტუდენტებს მიეცემათ საშუალება, მოამზადონ თეორიული და კლინიკური საგნები არა მარტო ამ ბრწყინვალე წიგნების დახმარებით, არამედ ლაზერულ დისკზე ჩაწერილი თანამედროვე მულტიმედიური ტიპის პროგრამებით, როცა ტექსტის პარალელურად შეიძლება ორ- ან სამგანზომილებიანი მოძრავი გამოსახულების თვალყურის დევნება (იქნება ეს ექოკარდიოგრაფიის მონაცემები თუ ოპერაციის ვიდეომასალა), ხმოვანი ჩანაწერების (ფონოკარდიოგრამის) მოსმენა და ტესტებზე პასუხის გაცემით საკუთარი ცოდნის თვითკონტროლი.

პრაქტიკოსი ექიმები ინტერნეტის წყალობით შეძლებენ შეკითხვების გაგზავნას მთელი მსოფლიოს მასშტაბით და პასუხების მიღებას ელექტრონული ფოსტით. შეიძლება ჩატარდეს ვიდეოკონფერენციები, როდესაც ერთდროულად რამდენიმე ქვეყნის სპეციალისტები განიხილავენ ნარკომანიასთან თუ ტუბერკულოზთან ბრძოლის აქტუალურ საკითხებს, და საკუთარი ქალაქებიდან გაუსვლელად მოახერხებენ ერთიანი პროგრამის მიღებას. კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მომენტია ეპიდსიტუაცია და მისი ანალიზი.

ვაპირებთ რეგიონული ცენტრების გახსნას საქართველოში, რაც განუზომლად გააიოლებს ჯანდაცვის მართვისა და სტატისტიკური ინფორმაციის მიღების უმნიშვნელოვანეს ამოცანებს.

ჩვენი ყველაზე ამბიციური გეგმები უკავშირდება ტელემედიცინის პროექტს, როდესაც სოფლის ამბულატორიის ექიმებს ცაგერისა თუ ხულოს რაიონების კაბინეტებში შეეძლება, სპეციალური აპარატურის მეშვეობით ინფორმაცია (იქნება ეს ლაბორატორიული ანალიზების შედეგები, რენტგენოგრამები თუ ულტრაბგერითი გამოსახულებები) გადმოსცენ თბილისის წამყვან სპეციალისტებს და საკუთარ ეკრანზევე მოისმინონ მათი კომპეტენტური აზრი.

თანამედროვე ინფორმაციული ტექნოლოგიები წარმოუდგენლად ამცირებს დროისა და სივრცის გადალახვასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. დიდი იმედი გვაქვს, რომ რესპუბლიკის კავშირგამბულობის სამინისტრო ჩვენს ამერიკელ მეგობრებთან ერთად დაგვეხმარება დასახელებული ამოცანების პრაქტიკულ რეალიზებაში. განსაკუთრებული იქნება ის წვლილიც, რომელსაც აშშ-ის თავდაცვის სამინისტროსთან პარტნიორობით მივიღებთ

პროგრამის „მშვიდობიანი კავკასია“ ფარგლებში (საერთაშორისო ჰოსპიტალი კავკასიის რეალობისთვის).

და ბოლოს, გვინდა უღრმესი მადლიერება გამოვხატოთ ამერიკის მთავრობისა და იმ ფედერალური სამსახურებისადმი, რომელთა ფინანსური და ტექნიკური დახმარების გარეშე ეს პროექტი ვერ განხორციელდებოდა. ესაა ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო და ამერიკის ჯანდაცვის საერთაშორისო კავშირი.

ასევე, მადლობა გვინდა ვუთხრათ იმ ადამიანებს, რომელთა უანგარო და დამაბული შრომის უშუალო შედეგია ცენტრის დღევანდელი სახე და შესაძლებლობები – ბატონ ჯიმ სმიტს, ბატონ კენეტ უოკერს და ქალბატონ კეროლ ბარნსს. არ შეიძლება ხაზგასმით არ აღვნიშნოთ ის დიდი ღვაწლიც, რომელიც ჩვენი პროგრამის დაფინანსებაში მიუძღვის „ღია საზოგადოება – საქართველოს“ ფონდს, რომელიც სოროსის ინსტიტუტის ადგილობრივი სტრუქტურაა.

იმედს გამოვთქვამთ, რომ ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრი ღირსეულად გაართმევს თავს მის წინაშე მდგომ დიდ და მნიშვნელოვან ამოცანებს და იგი 21-ე საუკუნის საქართველოს სამედიცინო დარგის ჩამოყალიბების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საფუძველი გახდება.

გილოცავთ!

ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის გახსნაში მონაწილეობდნენ:

საქართველოს პრეზიდენტი **ედუარდ შევარდნაძე**;

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი **ავთანდილ ჯორბენაძე**;

აშშ-ის ელჩი საქართველოში **ვილიამ ქორთნი**;

ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო კავშირის დირექტორთა საბჭოს წევრი **ლარი გეიჯი**;

ემორის უნივერსიტეტის პროფესორი **კენეტ უოლკერი**.

ჯანდაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებული სხდომა

1996 წლის 21 დეკემბერი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მიმდინარეობა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ქალბატონებო და ბატონებო,

დღევანდელი შეხვედრა საეტაპო მნიშვნელობისაა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და, საერთოდ, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის. მას შემდეგ, რაც დარგში დაიწყო მნიშვნელოვანი პროცესები, რომლებსაც რეორიენტაციას ან რეფორმას ვუწოდებთ, ესოდენ მნიშვნელოვანი შეხვედრა პარლამენტის თავმჯდომარის ხელმძღვანელობით პირველად იმართება.

ყველას კარგად გვახსოვს – როდესაც ამ ნაბიჯის გადადგმას ვაპირებდით, მაშინ კოლეგიის გაფართოებულ სხდომაზე საქართველოს სამედიცინო საზოგადოებას მსჯელობა ჰქონდა იმ მიზეზების შესახებ, რომელთა გამოც საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში რეფორმა უნდა დაწყებულიყო, და მის ძირითად მიმართულებებზე. ამ სხდომას ესწრებოდა ბატონი ედუარდ შევარდნაძე და დღეს, ორი წლის შემდეგ, პარლამენტის თავმჯდომარის, პარლამენტისა და საქართველოს მთავრობის წარმომადგენელთა ესოდენ წარმომადგენლობითი დელეგაციის წინაშე უნდა გამოვიტანოთ სადისკუსიოდ მრავალი საკითხი, რომლებიც შეეხება მიღებულ შედეგებს, გამოცდილებას, ჩვენს შეცდომებს, ნაკლოვანებებს და მომავლის პერსპექტივებს.

ნება მიბოძეთ, მოკლედ შევჩერდე საზოგადოებისთვის, ალბათ, უკვე მეტ-ნაკლებად ცნობილ ზოგად ინფორმაციაზე და შემდგომ უფრო დაწვრილებით მოგახსენოთ ფაქტების შესახებ.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირეული რეორიენტაციის აუცილებლობა განაპირობა საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკური სისტემის და სოციალურ-ეკონომიკური საფუძვლების რადიკალურმა ცვლილებებმა. მეტადრე, რომ, ქვეყნის მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გამო, ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა ბოლო 5-7 წლის განმავლობაში რამდენიმე ათეულჯერ შემცირდა,

რის გამოც პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისთვის საჭირო მატერიალური და შრომითი რესურსების მინიმალურ დონეზე ფუნქციონირებაც კი. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა „საყოველთაო და უფასო“ სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფას.

უკანასკნელი რამდენიმე წლის განმავლობაში მკვეთრად გაუარესდა მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები. ბავშვთა სიკვდილიანობის 1990 წლის მაჩვენებელი საქართველოში (17,8/1000 ახალშობილზე) ორჯერ აღემატებოდა დასავლეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს; 1993-94 წლებისთვის მოიმატა 13%-ით და მიაღწია 21.4/1000 ახალშობილზე. გაიზარდა მშობიარე ქალთა სიკვდილიანობაც, რისი ერთ-ერთი გამომწვევი მიზეზია ბინაზე მშობიარეთა რიცხვის ზრდა. მშობიარეთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ჩვენთან ოცჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში (დაახლოებით 39.0 / 100.000 მშობიარეზე). გულსისხლძარღვთა დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობა გაიზარდა 35%-ით, ხოლო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში სიკვდილიანობამ მოიმატა 18%-ით.

განსაკუთრებით საგანგაშო გახდა სოციალურად საშიშ დაავადებათა (ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებანი, ვენერიული სნეულებანი და სხვა) მნიშვნელოვანი ზრდა. პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა კრიზისმა, ლტოლვილთა და იძულებით ადგილნაცვალ პირთა რაოდენობის მკვეთრმა ზრდამ დაარღვია ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციის ვადები, რამაც განაპირობა დიფთერიისა და სხვა საშიშ ინფექციათა აფეთქება, გახშირდა ნაწლავური ინფექციები, ბოტულიზმის, ტიფის, ტეტანუსის შემთხვევები. ამ ზაფხულს გვექონდა ყბაყურას შემთხვევების მკვეთრი ზრდა, რომელმაც თბილისში, შეიძლება ითქვას, ეპიდემიის ხასიათი მიიღო.

ამგვარი მდგომარეობის შემდგომი გაგრძელება, ერთი მხრივ, მოსახლეობას რეალურად დაუცველ მდგომარეობაში დატოვებდა ადვილად პროგნოზირებადი სავალალო შედეგებით, ხოლო, მეორე მხრივ, საბოლოოდ გააპარტახებდა სამედიცინო დახმარების ისედაც სულთმობრძავ სისტემას. ამიტომ აუცილებელი გახდა, სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დაბალანსებულიყო მის შესაძლებლობებთან.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია, რომელიც ითვალისწინებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ქართული მედიცინის გადარჩენის აუცილებლობას, მოიცავს დარგის განვითარების ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებებს.

დარგის რეორიენტაცია ხორციელდება შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

- ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია;
- დარგის რეორიენტაციის ეკონომიკური და ფინანსური ასპექტები, პროგრამული დაფინანსება;
- პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- მედიცინის მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფა;
- წამალპოლიტიკის რეფორმა;
- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირება;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ინფრასტრუქტურის სტრატეგიული განვითარების განუყოფელი ნაწილია. ეს არის ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი პროცესი, რომელშიც პირობითად შეიძლება გამოიყოს რეორიენტაციის ოთხი ძირითადი ეტაპი.

I ეტაპი – დარგის რეორგანიზაცია, რომელიც დაიწყო 1995 წლის 10 აგვისტოდან და ძირითადად დასრულდა;

II ეტაპი – დარგში ახალი ურთიერთობების ადაპტირებისა და სამედიცინო დაზღვევის დანერგვა. ეს პროცესი დაიწყო მიმდინარე წლის 15 თებერვალს და ძირითადად დასრულდება 1997 წლის 1 მაისამდე;

III ეტაპი – სისტემის მართვისა და ორგანიზების მოდელის კომპლექსური დანერგვისა და ამოქმედებას პერიოდი, რომელიც დასრულდება 1998 წლის ბოლოსთვის;

IV ეტაპი – ახალი მოდელის ადაპტირების, სრულყოფისა და დახვეწის ეტაპი, რომელსაც 1999-2000 წლები დასჭირდება.

ამდენად, ახალ 21-ე საუკუნეს საქართველო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ორგანიზებისა და მართვის ახალი მოდელით უნდა შეხვდეს.

ყოველი ეტაპის სამუშაოები, თავისი ფუნქციური დატვირთვის მიხედვით, იყოფა ოთხ მიმართულებად:

1. შესაბამისი მეთოდოლოგიური სამუშაოების ჩატარება;
2. სამართლებრივი უზრუნველყოფა;
3. იდეოლოგიური უზრუნველყოფა;
4. სათანადო ორგანიზაციული სამუშაოების ჩატარება.

თითოეული ეტაპის კალენდარული გეგმები აღნიშნული მიმართულებების შესაბამისად დგება.

რეფორმის მიმდინარეობის ანგარიში 1996 წლის 18 აპრილს მოხსენდა მთავრობის სხდომას და დაიბეჭდა ცალკე ბროშურის სახით.

დღეს, ნება მიბოძეთ, ყურადღება გავამახვილო ზემოაღნიშნული მიმართულებების მიხედვით განვლილ პერიოდში მიღწეულ ძირითად შედეგებსა და პრობლემებზე. თითოეული მიმართულების შესახებ უფრო კონკრეტულად ისაუბრებენ შემდგომ გამოსვლებში შესაბამისი სფეროების პასუხისმგებელი პირები, მე კი მხოლოდ ძირითად საკითხებზე შევაჩერებ თქვენს ყურადღებას.

ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემა იყო ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა. პრაქტიკულად, მისი საფუძვლები შექმნა საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის შემდეგმა ბრძანებულებებმა:

- N400 (23.12.1994) – „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ“;

- N269 (05.07.1995) – „საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“;
- N351 (13.09.1995) – „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესში სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკთა სოციალური დაცვის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“;
- N464 (04.11.1995) – „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველ ეტაპზე მოსახლეობის სახელმწიფო დახმარების გაფართოების შესახებ“.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ 1995 წლის თებერვალში საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტმა მოისმინა და დაამტკიცა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია. იმავე წლის მარტში პარლამენტმა მიიღო შემდეგი კანონები:

- სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ;
- ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;
- ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილიქტიკის შესახებ;
- სამედიცინო გადასახადის შესახებ;
- ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციის გადასახადის შესახებ.

დარგის რეორიენტაციის სამუშაოების უზრუნველყოფა განხორციელდა საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილებებით:

- N728 (05.10.1994) – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის ღონისძიებათა პირველი ეტაპის შესახებ;
- N388 (30.06.1995) – საქართველოს რესპუბლიკაში ფარმაცევტული დარგის შემდგომი განვითარების შესახებ;
- N389 (30.06.1995) – საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სამსახურის რეორგანიზაციის შესახებ;
- N391 (30.06.1995) – საქართველოს რესპუბლიკის ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში სავალდებულო გადასახდელების შეტანისა და ხარჯვის წესების შესახებ;
- N392 (30.06.1995) – საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტების პრივატიზების შესახებ;

- N398 (30.06.1995) – საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდში ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და საქართველოში რეალიზაციისათვის დაწესებული გადასახადების შეტანისა და ხარჯვის წესების შესახებ;
- N399 (30.06.1995) – საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სისტემის რეორგანიზაციისათვის ჩატარებული მოსამზადებელი სამუშაოების მიმდინარეობის შესახებ.

მიმდინარე წლის 11 ივნისს გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის კიდევ ხუთი ბრძანებულება:

- N377 – საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დებულებისა და სტრუქტურის დამტკიცების შესახებ;
- N378 – საქართველოში მედიცინის მეცნიერების მართვისა და დაფინანსების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ;
- N379 – საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ;
- N380 – საქართველოს ტერიტორიაზე ნედლეულის, პროდუქციისა და ობიექტების სახელმწიფო ჰიგიენური სერტიფიკაციისა და რეგისტრაციის შესახებ;
- N393 – მოსახლეობის სამკურნალო საშუალებებით და დაწესებულებათა სამედიცინო ტექნიკით უზრუნველყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ.

ჯანდაცვის სამინისტროში დამუშავდა და დამტკიცდა რიგი ნორმატიული დოკუმენტებისა:

- სამეურნეოანგარიშთან დაწესებულებათა ტიპური წესდება;
- დებულება სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის შესახებ;
- დებულება სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზაციის შესახებ;
- დებულება მართვის რეგიონული ცენტრების შესახებ;
- დებულება ჯანდაცვის რაიონული/საქალაქო სამმართველო ორგანოს შესახებ;
- დებულება ჯანდაცვის რაიონული/საქალაქო სახელმწიფო ფონდის შესახებ;

- დებულება სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის შესახებ.

მინისტრთა კაბინეტმა განიხილა და მოიწონა კანონპროექტი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“, „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ და ისინი განსახილველად და დასამტკიცებლად გადაეცა საქართველოს პარლამენტს. მომზადებულია კანონპროექტი „ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“. მიმდინარეობს მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ ზოგადი კანონის შემუშავებაზე.

მაგრამ დამეთანხმებით, რომ ამ მხრივ გასაკეთებელი კიდევ ძალიან ბევრია. ჩვენ, ალბათ, ორი-სამი წელი გვჭირდება, რათა შევქმნათ სამედიცინო საქმიანობის სრული სამართლებრივი ბაზა. ჩვენ აქ ძირითად კანონებზე ვლაპარაკობთ, თორემ, როგორც მოგეხსენებათ, ეს პროცესი მუდმივი და დაუსრულებელია. საზოგადოების განვითარებასთან ერთად უფრო მეტი მოთხოვნილება იქნება სრულყოფილ სამართლებრივ დოკუმენტებზე. ამიტომ ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრში მუშაობს ჯგუფი, რომელიც აზუსტებს უახლოესი ორი-სამი წლის განმავლობაში შესამუშავებელი კანონებისა და ნორმატიული აქტების ნუსხას.

ადრე არსებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა იყო ზედმიწევნით ცენტრალიზებული და ხასიათდებოდა ტოტალიტარული მიდგომით მართვის, დაფინანსების, მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვისა და კონტროლის სფეროებში. სისტემის არსი, განხორციელების გზები და დანახარჯები განისაზღვრებოდა ცენტრალიზებული, ვერტიკალურად მართვადი წესით და, რაც მთავარია, იგი წარმოადგენდა არაქართული სახელმწიფოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მცირე ნაწილს.

ახალი მოდელის მიხედვით აგებული სისტემის ფუნქციონირების ძირითადი განმსაზღვრელია მისი ეკონომიკური სტრუქტურა, რომელშიც მოტივაცია და შემოსავლები ლეგალიზებულია. ახალმა ეკონომიკურმა ურთიერთობებმა განაპირობა სისტემის ძირეული ცვლილებების აუცილებლობა, რამაც რის წესრიგში დააყენა მართვის სრული რეორგანიზაციისა და ახალი პირობების შესატყვისი სამსახურების შექმნის საკითხი. სერიოზული ცვლილებები მოითხოვა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემამ. აუცილებელი გახდა მართვის სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და გადანაწილება ქვეყნის ცენტრალური და ადგილობრივი

მართვის ორგანოებს შორის. ამიტომ განხორციელდა მმართველობითი ფუნქციების გარკვეული ნაწილის ცენტრიდან რეგიონებში დელეგირება. საქართველოს ბუნებრივ-სამეურნეო და ისტორიულ-გეოგრაფიული ზონების მიხედვით ჩატარდა საქართველოს ტერიტორიაზე განლაგებული სამედიცინო დაწესებულებების პირობითი დაყოფა და ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის რეგიონული მართვის ცამეტი ცენტრი შესაბამისი სამსახურებით რაიონებსა და ქალაქებში.

რეგიონული ცენტრები თანდათან იკრებენ ძალას – ისინი რეალურად ხდებიან რეგიონულ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მართვის ძირითადი რგოლები. რამდენიმე ცენტრის დირექტორი დღეს აქ სიტყვით გამოვა და თვითონ მოგახსენებენ იმ მიღწევათა და პრობლემების შესახებ, რაც რეგიონულ მართვის რგოლში გვაქვს. მე კი მსურს, მოგახსენოთ, რომ ასეთი სახის დეცენტრალიზაციამ უკვე გაამართლა. დღეს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მრავალი ფუნქცია დელეგირებულია რეგიონებზე და დაგეგმილია კიდევ მეტის გადაცემა. სულ მალე ვფიქრობთ ჯანდაცვის რეგიონული ფონდების შექმნას, ანუ რეგიონები თვითონ მოახდენენ ანგარიშსწორებას სამედიცინო დაწესებულებებთან სახელმწიფო პროგრამების მხრივ. სადაზღვევო კომპანიის რეგიონულ რგოლებთან, ვფიქრობთ, შევქმნათ შესაბამისი რეგიონების სამედიცინო განვითარების პროგრამები. ერთიანი აკრედიტაციისა და ლიცენზირების დასრულების შემდეგ, ალბათ, ეს პროცესიც რეგიონებში გადაინაცვლებს. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო სულ მალე წარმოგვიდგება სრულიად ახალი ფუნქციით, როგორც დარგის პოლიტიკისა და სტრატეგიის განმსაზღვრავი და მაკონტროლებელი ორგანო.

მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხი სისტემის ფინანსურ მექანიზმებს ეხება. უპირველესად, მინდა, ხაზი გავუსვა იმ გარემოებას, რომ ქვეყნისთვის მძიმე პერიოდშიც კი საქართველოს პრეზიდენტი, პარლამენტი და მთავრობა ხალხის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას თავიანთ ერთ-ერთ უპირველეს ამოცანად მიიჩნევენ. სწორედ ამის გამოა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფა ქვეყნის ერთ-ერთ უმთავრეს პრიორიტეტებაა მიჩნეული. სახელმწიფო დიდ ყურადღებას აქცევს სოციალურ განვითარებას – ქვეყნის 1997 წლის ბიუჯეტის 47,1% სოციალური სფეროს დაფინანსებაზეა გამოხუნული, ხოლო ჯანდაცვაზე მოდის ერთად აღებული ცენტრალური და ტერიტორიული ბიუჯეტების 8,1%, რაც

აბსოლუტურ ციფრებში 92.7 მილიონი ლარია და ეს დაახლოებით სამჯერ მეტია, ვიდრე 1996 წელს იყო გათვალისწინებული. აღარაფერს ვამბობთ იმაზე, რომ ორი წლის წინათ საქართველოში უმძიმესი სიტუაცია იყო, რის გამოც ეგრეთ წოდებული უფასო და საყოველთაო სამედიცინო დახმარება ხორციელდებოდა ერთ სულ მოსახლეზე 40-60 ცენტის ეკვივალენტური თანხით. დღეს კი უკვე ამკარა წინსვლაზე შეგვიძლია ვისაუბროთ – ამჟამად, ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების ოდენობამ თითქმის შვიდ ლარს მიაღწია, ხოლო 1997 წლისათვის თვრამეტ ლარამდე მატებაა გათვალისწინებული. დამერწმუნებით, რომ ეს სახსრებიც უაღრესად მცირეა საქართველოს მოსახლეობის ჯანდაცვის პრობლემების გადასაწყვეტად და რამდენჯერმე ჩამორჩება მინიმალურად აუცილებელს, მაგრამ უკვე ხერხდება გარკვეული ამოცანების გადაჭრა და პროგრესიც თვალნათლივ ჩანს.

ახალ პირობებში მკვეთრად შეიცვალა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოქმედი სახელმწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები. ცენტრალური, ბიუჯეტური დაფინანსების ძველი, მუხლობრივი სისტემის ნაცვლად დაინერგა პროგრამული დაფინანსება. შეიქმნა ახალი საფინანსო სამსახური – ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდი, რომელიც წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისთვის გამიზნული ფულადი სახსრების აკუმულირების ორგანოს და გამიზნულია უმნიშვნელოვანესი ჯანდაცვითი პროგრამების დასაფინანსებლად.

ჯანდაცვის ფონდის მუშაობის წელიწადზე მეტი ხნის გამოცდილებამ ბევრი რამ გვასწავლა. ვაღიარებთ, რომ, ფინანსური რესურსების უკმარისობის გამო, ფონდს დიდი სიმძნელები აქვს ცენტრალური პროგრამების დაფინანსებაში. ეს უკმარისობა გამოწვეულია ჯანდაცვაზე გამოყოფილ საბიუჯეტო სახსრების სიმცირით, მიზნობრივი სამედიცინო გადასახადების ამოღების სიმძნელებით, ჩვენი არასწორი პროგნოზული გათვლებით, ჯანდაცვითი პროგრამების ხშირად დაუბალანსებელი დაგეგმვით და ზოგჯერ მძიმე შეცდომებითაც, რომლებიც გამოწვეული იყო ფონდში მრავალი ორგანიზაციული საკითხის მოუგვარებლობით. ყოველივე ამან გვაიძულა, ამ ერთი თვის წინ მიგველო გადაწყვეტილება ფონდის ხელმძღვანელობის შეცვლის შესახებ. ფონდში მიმდინარე პროცესებზე ასევე დიდი ზეგავლენა იქონია საბანკო სისტემაში არსებულმა პრობლემებმა.

როგორც მოგეხსენებათ, ჯანდაცვის ფონდს აქვს შემოსავლების რამდენიმე ძირითადი წყარო, რომელთაგან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საბიუჯეტო ასიგნებანი და მიზნობრივი სამედიცინო გადასახადები.

1996 წლის ექვსი თვის განმავლობაში ფონდის შემოსავლები სხვადასხვა მუხლის მიხედვით მკვეთრად განსხვავებულია. ფაქტობრივი ასიგნებანი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან 1,3 მილიონი ლარით ნაკლებია ექვსი თვის გრაფიკით ნავარაუდევზე, ხოლო სავალდებულო სამედიცინო გადასახედებიდან ამოღებული თანხები პირიქით – პროგნოზს აღემატება: პირველი მუხლით – 8.033,9 ათასი ლარი 9.333,9-ის ნაცვლად და მეორე მუხლით – 2.723,5 პროგნოზირებული 2000-ის ნაცვლად. ამავე დროს, ფრიად მნიშვნელოვანია, რომ ვერ მოხერხდა სათანადო თანხების ამოღება სხვა პუნქტების მიხედვით: ძალიან დიდი სხვაობაა დაგეგმილსა და ამოღებულ თანხებს შორის მავნე პროდუქციის წარმოების გადასახადისა (27.6 ათასი ლარი 750-ის ნაცვლად) და აკრედიტაციიდან და ლიცენზირებიდან შემოსულ გადასახადში (10,1 ათასი ლარი 147 ათასის ნაცვლად). შედარებით უკეთესი მდგომარეობაა პრივატიზებიდან მიღებულ შემოსავლებში: 4,382 ათასი ლარი პროგნოზირებული 500 ათასის ნაცვლად, ხოლო მავნე ყოფისა და შრომის პირობებზე გადასახადის პროგნოზი – 200 ათასი ლარი საერთოდ არ შემოსულა.

სიამოვნებით გვინდა აღვნიშნოთ, რომ კარგი პროგრესით ხასიათდება შემოსავლებ სავალდებულო სამედიცინო გადასახადებიდან, ეგრეთ წოდებული 3+1-დან. თუ დავაკვირდებით 1996 წლის რვა თვის მონაცემებს, ვნახავთ, რომ მისი ამოღება თანდათან იზრდება. ვფიქრობთ, რომ საგადასახადო სამსახურების მეტი აქტივობისა და ჩვენი ეკონომიკის ზრდის ტემპებთან ერთად ამ გადასახადის წილი (მით უმეტეს, 1997 წელს ის 5+1 ხდება) ძალიან მნიშვნელობას შეიძენს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური უზრუნველყოფის საქმეში.

ფონდის ძირითად ხარჯვას სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსება წარმოადგენს, რომელთა ბაზისური პაკეტი შედგენილი იყო მრავალი ქვეყნის გამოცდილების, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, მსოფლიო ბანკისა და სხვა საერთაშორისო ექსპერტების რეკომენდაციების გათვალისწინებით. პროგრამებში წარმოდგენილ დაავადებათა პრიორიტეტულობა განისაზღვრა ქვეყნის მოსახლეობის ავადობისა და

სიკვდილიანობის სტრუქტურის გათვალისწინებით. ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების საფუძველზე შემუშავდა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობის სტანდარტები. სტანდარტების შერჩევა განხორციელდა ცალკეულ ნოზოლოგიათა საექსპერტო შეფასებით, რომლის ძირითადი კრიტერიუმებია დაავადებათა სოციალური საფრთხე, გავრცელების სიხშირე, განკურნებადობა, დახმარების გადაუდებლობა და ეფექტურობა. სტანდარტების შემუშავების კომპლექსურ სამუშაოებში მონაწილეობდა ორასამდე ექსპერტი. რეფორმის დაწყებისთვის ამოქმედდა 433 სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტი, მისი გადასინჯვისა და გაფართოების შედეგად კი 1996 წლის თებერვლიდან უკვე 1200-მდე სტანდარტი მოქმედებს.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაციის შედეგად ქვეყანაში გაჩნდა ერთიანი ტარიფები. შემუშავდა დინამიკური ფასწარმოქმნის ორიგინალური მოდელი. ამ მოდელის მეშვეობით, ქვეყანაში არსებული საბაზრო ფასებიდან გამომდინარე, საკმაო სიზუსტით შემუშავდა 1700-მდე ნოზოლოგიის მკურნალობის ფასები, რომელთა კომპიუტერული დამუშავების საკმაოდ ოპერატიულად ხდება მათში სათანადო ცვლილებების შეტანა.

ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის შესაბამის ექსპერტთა ჯგუფი მუდმივად მუშაობს სტანდარტების დახვეწაზე და მათ ანალიზზე. სამედიცინო პროგრამებთან და სტანდარტებთან დაკავშირებით შემოვიდა მრავალი შენიშვნა, წინადადება როგორც სამედიცინო დაწესებულებებიდან, ასევე ცალკეული მედიცინის მუშაკებისგან. 59 ორგანიზაციიდან შემოსულია 350-ზე მეტი შენიშვნა და წინადადება. აქედან 150-ზე მეტი პრინციპული შენიშვნა, რომელთა უმრავლესობა გათვალისწინებულია სტანდარტების ახალ რედაქციაში. შენიშვნები ძირითადად შეეხება სტანდარტების, მედიკამენტების და მანიპულაციების განფასებას (მათი ფასების მიახლოება საბაზროსთან). არის წინადადებები სტანდარტში შესწორებებისა და დამატებების შეტანის თვალსაზრისითაც.

მუნიციპალურ პროგრამებში, სადაც თანაგადახდის პროცენტი საკმაოდ მაღალია (30% ბავშვებისთვის და 50% მოზრდილებისთვის) შემუშავდა თანაგადახდის სპირალისებური ვარიანტი. მისი არსი იმაში მდგომარეობს, რომ, ძვირი სტანდარტების შემთხვევაში, მოსახლეობის თანაგადახდის პროცენტი მცირდებოდა (10%-მდე ბავშვებში და 25%-მდე მოზრდილებში),

ხოლო შედარებით იაფი სტანდარტებისთვის მოსახლეობის თანაგადახდის მოცულობა იზრდებოდა 60-90%-მდე. აღნიშნული საკითხის განხილვას დაეთმო რამდენიმე სხდომა ექსპერტებისა და სამედიცინო საზოგადოების ჩართულობით. მათმა უმრავლესობამ მხარი არ დაუჭირა სპირალისებური თანაგადახდის პრინციპის ცხოვრებაში დანერგვას იმ მიზეზით, რომ მოსახლეობის დიდ ნაწილს თანაგადახდის პროცენტის მოცულობა ეზრდებოდა, თუმცა იაფი სტანდარტების ხარჯზე.

განვიხილოთ პერიოდში შეიქმნა ცალკე საექსპერტო ჯგუფი, რომელმაც იმუშავა სტანდარტებში შემავალი მედიკამენტების, დიაგნოსტიკური პროცედურების, მანიპულაციების, გამოკვლევების ნუსხისა და ფასების, სამედიცინო პერსონალის დატვირთვის მაჩვენებლების გადასინჯვაზე. აღსანიშნავია, რომ მნიშვნელოვნად გაძვირდა მედიკამენტებისა და დიაგნოსტიკური მანიპულაციების ფასი. ერთი მხრივ, ეს განაპირობა დაურეგულირებელმა ფარმაცევტულმა ბაზარმა, მიმდინარე შიდაინფლაციურმა პროცესმა და წამლების, სამედიცინო ტექნიკისა და გადასახადების შემოდებამ. მეორე მხრივ, გასათვალისწინებელია, რომ 1996 წლის 15 თებერვლის სტანდარტების გადასინჯვაში არ მომხდარა დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მანიპულაციების ექსპერტიზა. ამრიგად, იმპორტის გადასახადის ზრდასთან ერთად დიაგნოსტიკური მანიპულაციების ფასების ზრდის მეორე მიზეზს წარმოადგენს ზოგადად ფასების რეალური დაახლოება ამჟამად არსებულ საბაზრო ფასებთან.

სახელმწიფო პროგრამები დაჯგუფებულია სამ დიდ ბლოკად. 1996 წლის ექვსი თვის მონაცემებით სამედიცინო პროფილაქტიკური პროგრამების მიხედვით პროგნოზით იყო 1.967,0 ათასი ლარი, მოთხოვნილ იქნა 1.840,0 ათასი, ხოლო ფაქტიურად გასულია 1.108,9 ათასი ლარი. მოსახლეობის მკურნალობის პროგრამების მიხედვით პროგნოზით იყო 9.938,5 ათასი ლარი, მოთხოვნილ იქნა 9.727 ათასი, ხოლო ფაქტობრივად გასულია 7.590,7 ათასი ლარი; მთლიანად, ყველა პროგრამის მიხედვით გაცემულია 10.957,1 ათასი ლარი დაგეგმილი 15.030-ის ნაცვლად. მოყვანილ ფაქტობრივ გასაველებში არ შედის ცენტრალიზებული და ჰუმანიტარული გზით შეძენილი და პროგრამების მიხედვით ორგანიზაციებზე გაცემული მედიკამენტებისა და სამედიცინო საგნების ღირებულება, რომელთა ჩათვლების სახით გამოსაკლები საერთო თანხა შეადგენს 3 მილიონ ლარს. ისე რომ, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ბიუჯეტური ასიგნებებით არ შემოსულა 1.300.000

ლარი, განსხვავება პროგნოზულ და შესრულებულ სამუშაოებს შორის, ფონდს რჩება ვალი 700.000 ლარის ოდენობით, რაც, ვფიქრობთ, შეიძლება დაიფაროს მომავალი 6 თვის განმავლობაში.

რაც შეეხება სავალდებულო მუნიციპალურ პროგრამებს, ერთ სულ მოსახლეზე 1996 წლისთვის ნავარაუდები იყო 2,2 ლარის ხარჯვა. 1996 წლის ექვსი თვის განმავლობაში პროგნოზის გადაჭარბება გვექნა ცხრა ქალაქსა და რაიონში: დაგეგმილის 154,3%-ით შესრულდა ასპინძის რაიონში, 149,8%-ით – სენაკის რაიონში, 135,9%-ით – ახალციხის რაიონში, 113,8%-ით – ფოთში, 108,5%-ით – მცხეთის რაიონში, 108,4%-ით – წალკის რაიონში, 110,4%-ით – კასპის რაიონში, 109,4%-ით – წყალტუბოს რაიონში, 101,1%-ით – გორის რაიონში. ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი (10,4%) ახალქალაქის რაიონშია, ხოლო ყაზბეგის რაიონში დაგეგმილი 6,4 ათასი ლარის ნაცვლად საერთოდ არ გაცემულა თანხები. თბილისის მონაცემებით დაგეგმილი იყო 3.514,3 ათასი ლარი, ფაქტობრივად შესრულდა 1.775,4, რაც მხოლოდ 50,1%-ს შეადგენს.

დღეს საქართველოში მიმდინარეობს დემოკრატიული, ადამიანზე ორიენტირებული, საბაზრო ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული სახელმწიფოს ჩამოყალიბების ურთულესი პროცესი. სიამოვნებით მინდა მოგახსენოთ, რომ სამედიცინო საზოგადოება მხარს უჭერს და იწონებს მოქალაქეთა კავშირის მიერ წარმოდგენილ სოციალური განვითარების კონცეფციას და მიგვაჩნია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მეორე ეტაპი მისი პრაქტიკული განხორციელების რეალური გამოხმაურებაა.

ქართული სახელმწიფოებრიობის ჩამოყალიბების დღევანდელ ეტაპზე ეკონომიკის გამოცოცხლებამ საშუალება მისცა ხელისუფლებას ადრინდელ პრიორიტეტებში გამოეკვეთა სოციალური ორიენტაციის მართულებები (ამის დამადასტურებელია 1997 წლის ბიუჯეტის პროექტი და რამდენიმე დღის წინ საქართველოს მოქალაქეთა კავშირის ფორუმზე მიღებული რეზოლუცია) და ეს მით უფრო მნიშვნელოვანია დღევანდელ დღეს, როდესაც იმატა სოციალურად დაუცველი ფენების – იძულებით გადაადგილებული პირების, ლტოლვილების, იმიგრანტების, უსახლკაროების, ხანშიშესულებისა და ინვალიდების რაოდენობამ. 1997 წლის ბიუჯეტში სახსრების 25%-მდე პირველად გამოიყო პრევენციულ ღონისძიებებზე, რამეთუ პრევენციაზე დახარჯული ერთი ლარი 10-20-ჯერ მეტ მოგებას იძლევა. სწორედ ამით იყო

განპირობებული ის გარემოება, რომ სახელმწიფო პროგრამებში წელს ასევე პირველად გამოჩნდა ვენერიულ დაავადებებთან ბრძოლის კომპონენტი, გაფართოვდა შიდს-ის პროგრამა, პირველად შემოვიდა ნარკომანიისა და ენდემიური ჩიყვის პროფილაქტიკის პროგრამები. იმასაც ვფიქრობთ, რომ უნდა გამოინახოს სახსრები რადიაციული ფონის ზეგავლენის შესწავლისთვის, კერძოდ, კი ჩერნობილის ავარიის შედეგების შესასწავლად, განსაკუთრებით დასავლეთ საქართველოს რეგიონებში.

1997 წლის სამკურნალო პროგრამებში გათვალისწინებულია ასიგნებათა საგრძნობი გაზრდა სოციალურად დაუცველი ფენებისთვის. ეს არის უმწეოთა სამედიცინო დახმარების დამატებითი პროგრამა, რომელიც უკვე 1996 წლიდან მოქმედებს სადაზღვევო პრინციპებზე. 1997 წლისთვის გათვალისწინებულია 200 ათასი უმწეო პირის დაზღვევა, მათ შორის იძულებით გადაადგილებული პირების. ამ მიმართულებით ასიგნებანი თითქმის სამმაგდება.

1997 წლიდან პირველად შემოდის ომის ინვალიდთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა. ამის გარდა, განსაკუთრებულ ყურადღებას ვაქცევთ მაღალმთიანი რაიონების მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას – ესეც პირველად შემოვა 1997 წლიდან და ითვალისწინებს კოდორის ხეობისა და ცხინვალის რეგიონის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამებს. გარდა ამისა, მივიღეთ გადაწყვეტილება სამედიცინო მომსახურების იმ ნაწილის შემცირების თაობაზე, რომელიც მოსახლეობას უნდა დაეფარა. კერძოდ, სავალდებულო მუნიციპალურ პროგრამებში მოსახლეობის თანაგადახდა 1997 წელს მცირდება ბავშვთათვის 10%-მდე და მოზრდილებისთვის 15%-მდე (30%-ისა და 50%-ის ნაცვლად). ამასთან ერთად, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დაწყებული აქვს მიზანმიმართული მუშაობა იმ რესურსების მოსაძიებლად, რომლებიც იძლევა საშუალებას ზოგიერთი სოციალური ჯგუფის მედიკამენტოზური უზრუნველყოფისას სახელმწიფოს მიერ მოხდეს გარკვეული კომპენსაცია. ეს ფრიად მნიშვნელოვანია, რამდენადაც ხორციელდება სახელმწიფოს არცთუ ისე უმნიშვნელო წილის მიმართვა სოციალური დაცვისკენ.

ქვეყნის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ცივილიზებული წესით მოწყობის მიზნით დარგის რეორიენტაციის დღევანდელ, მეორე ეტაპზე მიმდინარე სამუშაოთა ძირითადი დანიშნულებაა პროგრამული

დაფინანსების წესით მომუშავე სისტემა გადაიყვანოს სადაზღვევო პრინციპებზე. ეს ამოცანა გასული წლის დამლევადან ფრთხილად და ნაბიჯ-ნაბიჯ ხორციელდება. სამოქმედო დოკუმენტად მიღებულია სახელმწიფოს მეთაურის 1995 წლის N351 და N464 ბრძანებულებები. პირველი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამა, რომელიც სადაზღვევო წესის უმნიშვნელოვანეს ელემენტებს მოიცავს, არის უმწეოთა სპეციალიზებული დახმარების პროგრამა. მას ერთობლივად ახორციელებენ, ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურის მხრიდან, საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია და, მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების მხრიდან, სოციალური დახმარების განყოფილებები.

დღეისთვის ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებმა სადაზღვევო კომპანიიდან მიიღეს 90.203 პოლისი, რომელთაგან 34.000-მდე იძულებით გადაადგილებული პირისთვისაა განკუთვნილი. სადაზღვევო პროგრამის წლიური ღირებულება 1,4 მილიონი ლარითაა განსაზღვრული (ყოველ დაზღვეულზე მოდის დაახლოებით 15 ლარი). კომპანიამ პროგრამის განსახორციელებლად 1 სექტემბრისთვის 395.800 ლარი მიიღო.

სახელმწიფოს მეთაურის დავალებით ამ პროგრამის ბენეფიციართა შერჩევა მოხდა უკიდურესი ეკონომიური ხელმოკლეობის ნიშნის მიხედვით. ამიტომაც დაზღვეული კონტინგენტის უმეტესობას პენსიონრები და შრომისა და ომის ინვალიდები შეადგენენ. 15 აგვისტოსთვის ამ პროგრამის პოლისის მფლობელებს გაეწიათ 201.775 ლარის შესატყვისი სამედიცინო მომსახურება. ამჟამად მზადდება სიები, რომლითაც უახლოეს მომავალში უნდა მოვიცვათ მრავალშვილიანი ოჯახები. მიმდინარეობს მუშაობა, რათა მომავალი წლის პროგრამა გაფართოვდეს და სტაციონარულ მომსახურებისათან ერთად მოიცვას ამბულატორიულიც. ვცდილობთ, ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებიდან მიღებული სიების შესაბამისად შევისწავლოთ დაზღვეულთა სამედიცინო საჭიროება და ამით მივაღწიოთ სამედიცინო დაზღვევის უმთავრეს მიზანს – გავაკეთოთ აქცენტი პერსონიფიცირებულ პრევენციულ დახმარებაზე. 1997 წელს დაგეგმილია 4 მლნ-მდე ლარი გამოიყოს უმწეოთა სადაზღვევო პროგრამისთვის და კიდევ 100 ათას ხელმოკლე მოქალაქეს გადაეცეს სადაზღვევო პოლისი. ხელმოკლე მოქალაქეთა სიების შედგენაში აქტიურად ვთანამშრომლობთ არა მარტო სახელმწიფო ორგანოებთან, არამედ საზოგადოებრივ გაერთიანებებთან და საპატრიარქოსთან.

უმწეოთა პროგრამასთან მუშაობამ ფასდაუდებელი სამსახური გაგვიწია სადაზღვევო პროგრამის განხორციელების გამოცდილების შექმნის თვალსაზრისით. თვითკრიტიკულად უნდა შევნიშნო – და, ალბათ, მომჭირნეობა თავის გასამართლებლად არ გამოდგება – რომ მოვიკოჭლებთ ქმედითი სააგიტაციო-განმარტებითი ღონისძიებების მხრივ. შედეგად მივიღეთ ის, რომ არცთუ იშვიათად ხელმძღვანელი მუშაკებიც კი ცუდად ერკვევიან, ზოგადად, სამედიცინო დაზღვევის და, კერძოდ, უმწეოთა სადაზღვევო პროგრამის არსში, სადაზღვევო პოლისის მნიშვნელობასა და დანიშნულებაში, მისი ხმარების წესებში. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ნორმატიული და განმარტებითი დოკუმენტები, რომლებითაც საკუთარი ხარჯით შეძლებისდაგვარად მოვამარაგეთ ადგილობრივი მართვის ორგანოები, აშკარაა, რომ სამუშაო ჯერ კიდევ ბევრია. ამ მხრივ გარკვეულ იმედებს ვამყარებთ ჩვენი და შრომის, დასაქმებისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივ სამუშაო ჯგუფზე, რომელიც ახლახან ჩამოყალიბდა. უთუოდ გავაუმჯობესებთ შეთანხმებულ საქმიანობას მმართველობის ადგილობრივ ორგანოებთან, რაშიც, ვფიქრობთ, გადამწყვეტი როლი უნდა შეასრულოს სადაზღვევო კომპანიის რეგიონული სტრუქტურების ჩამოყალიბებამ. ამის შესახებ უკვე არსებობს სამინისტროს კოლეგიის სპეციალური გადაწყვეტილება და ამ მხრივ მეტად ნაყოფიერად გვესახება სექტემბერ-ოქტომბრის პერიოდი.

უახლოეს ხანებში მოგვარდება სადაზღვევო კომპანიის განთავსებისა და სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფის საკითხი, თუმცა დღევანდელ პირობებშიც ხერხდება, ჩატარდეს კომპანიის სარეგისტრაციო-სტატისტიკური მონაცემების დამუშავების ავტომატიზება, რაშიც დიდ დახმარებას გვიწევს მსოფლიო ბანკის პროექტით გათვალისწინებული ტექნიკური დახმარების პროგრამა.

დიდი მოსამზადებელი სამუშაოა დაგეგმილი ჩვენს ქვეყანაში უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სადაზღვევო პროგრამის ასამოქმედებლად. ზემოაღნიშნული გამოცდილების კვალდაკვალ სამუშაო გეგმა საკმაოდ სოლიდურად გამოიყურება. ამ პროგრამაში გაერთიანდა ორსულთა სამედიცინო მეთვალყურეობის, სამეანო დახმარების, ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო მეთვალყურეობისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამები. მისი წლიური ღირებულება დღევანდელი მდგომარეობით 11,6 მილიონ ლარს აჭარბებს. მინდა, ხაზი გავუსვა, რომ 1997

წლის გეგმით აქაც მნიშვნელოვან პროგრესს ველით და, ცხადია, რიცხვიც უფრო შთამბეჭდავი იქნება.

სადაზღვევო სისტემის ჩამოყალიბება ერთი ხელის აქნევით არ ხდება. ამიტომაც ვცდილობთ, განსაკუთრებული სიფრთხილით მოვეპყროთ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროგრამული დაფინანსებიდან სადაზღვევო სისტემაზე გადაყვანას. 7-8 თვის განმავლობაში სადაზღვევო წესით დაფინანსება სრულიად მოიცავს ამ სფეროს და პროგრამული დაფინანსება სწორედ ამ დროისთვის დასრულდება.

არ შემიძლია, აქვე არ შევებო სადაზღვევო სისტემის დაფინანსების სტაბილურობის გადამწყვეტ მნიშვნელობას სამედიცინო მომსახურების თანამედროვე მოდელის ჩამოყალიბების საქმეში. აუცილებელია დამუშავდეს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემების მკვებავი სახელმწიფო სადაზღვევო შენატანის უწყვეტი ნაკადის განმაპირობებელი მექანიზმი. ჩვენი სპეციალისტები მზად არიან, ეკონომიკის და ფინანსთა სამინისტროების შესაბამის სამსახურებთან, საბანკო საქმის პასუხისმგებელ პირებთან და მმართველობის ადგილობრივ ორგანოთა მუშაკებთან ერთად ჩამოაყალიბონ სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემის დაფინანსების ადეკვატური მექანიზმები.

რეფორმის პროცესში ერთ-ერთი საკითხად წამოიჭრა ისეთი სამსახურის შექმნა, რომელიც კონტროლს გაუწევდა მიმდინარე მოვლენებს. ეს ფუნქცია დაეკისრა სამედიცინო საქმიანობაზე კონტროლის დეპარტამენტს, რომლის ამჟამინდელი საქმიანობის მთავარი მიმართულებაა პროგრამული დაფინანსებით მიღებული თანხების ათვისების შემოწმება. დღეისათვის უკვე შემოწმებულია 90 სამედიცინო ობიექტი, რის შედეგადაც დადგინდა, რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო და მუნიციპალურ ფონდებში უნდა დაბრუნდეს არასწორად მიღებული 1.085.899 ლარი, ხოლო წარდგენილი სანქციების ოდენობა 40.468 ლარს შეადგენს.

რამდენიმე სიტყვით მოგახსენებთ, ტა მდგომარეობაშია საქართველოს ჯანდაცვის ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. ქვეყანაში დღეისათვის ფუნქციონირებს 405 საავადმყოფო 54.150 საწოლით და 1.323 პოლიკლინიკა ცვლაში 121.073 მომსვლელზე; მოქმედებს სასიცოცხლოდ აუცილებელი ას თექვსმეტი ობიექტი, მათ შორის თბილისში – ოცდაექვსი. 1994 წელს ამ

ობიექტების შეკეთებისთვის გამოიყო 732 მილიონი კუპონი, 1995 წელს – 230 მილიარდი კუპონი, ხოლო 1996 წელს სულ 80-100 ათასი ლარი.

რეფორმის შემდეგი მიმართულება სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმას ეხება. ქვეყანაში მეტად მძიმე სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სიტუაციაა, რაც რიგი ობიექტური და სუბიექტური მიზეზებით არის გამოწვეული. სხვადასხვა სამინისტროსა და უწყების მიერ ამ მიმართულებით გაწეული არასაკმარისი მუშაობის შედეგია ისეთი დაავადებების აღმოცენება-გავრცელება, როგორცაა მუცლის ტიფი (მარნეული – 1996), დიზენტერეა და მწვავე ნაწლავური ინფექციები (რუსთავი – 1995, საგარეჯო – 1996), ციმბირის წყლული (გარდაბანი – 1995, სამტრედია – 1996), კვებითი მოშხამვები (მცხეთა – 1996), ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს უხდება თავისი მწირი სახსრებით აღნიშნული დაავადებების სალიკვიდაციოდ პრევენციული და სამკურნალო ღონისძიებების გატარება.

ამავე დროს, დადგინდა სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის სამსახურის რეორგანიზაციის საკითხი. შექმნილია სამსახურის დებულება, რომელიც განსაზღვრავს ადმინისტრაციული ზემოქმედების ზომების გამოყენებას, ფიზიკური და იურიდიული პირების მოვალეობას და პასუხისმგებლობას სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმების დაცვაზე და ითვალისწინებს სამეურნეო-სახელმშეკრულებო მექანიზმების შემოღებას.

ამჟამად მიმდინარეობს მუშაობა კანონპროექტზე „მოსახლეობის სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური კეთილდღეობის შესახებ“ და საჯარიმო სანქციების სრულყოფაზე, რამეთუ დღეს არსებული ჯარიმები ისეთი მცირეა (ფიზიკური პირი – 4,5 ლარი, იურიდიული პირი – 9 ლარი), რომ მათი გამოყენება ფაქტობრივ შედეგს ვერ იძლევა. აგრეთვე, მიმდინარეობს მუშაობა სანიტარულ-ჰიგიენური წესებისა და ნორმების შესაქმნელად და დასამტკიცებლად, რაც სამართლებრივი სახელმწიფოს აუცილებელი ატრიბუტია და უფრო ქმედითს გახდის სახელმწიფო სანიტარულ ზედამხედველობას.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა, რომელიც გულისხმობს ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა მინიმუმაციას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, სამედიცინო სტატისტიკის მოწესრიგებას და სხვა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის განუყოფელი ნაწილია მოსახლეობის ხარისხიანი და ეფექტური სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფის საკითხი. ქვეყნის საბაზრო ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლამ გარკვეული ცვლილებები მოითხოვა ფარმაცევტულ საქმიანობაში. ცენტრალიზებული სისტემის მოშლამ და ფარმაცევტულ დარგში საკანონმდებლო ბაზის არარსებობამ ხელი შეუწყო საქართველოში წამლის წარმოებაზე, იმპორტსა და რეალიზებაზე მომუშავე ორგანიზაციების რიცხვის შეუზღუდავ და უკანონო არსებობას, რომლის საფუძველზეც ქვეყანაში შეიქმნა უმართავი წამლის ბაზარი.

ფარმაცევტულ საქმიანობაში არსებული პრობლემების გამოსწორების მიზნით ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო 1994 წლიდან ნაყოფიერად მუშაობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან. შევიმუშავეთ წამლის ეროვნული პოლიტიკა, რომელიც საფუძვად დაედო კანონპროექტს „წამლის და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“. კანონი მიმდინარე წლის 4 აგვისტოს განიხილა მთავრობის სხდომამ და გადაეცა პარლამენტს.

დღეს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში შექმნილია ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი სტრუქტურები, ვვიქრობთ, პრეზიდენტის 1996 წლის 16 ივნისის ბრძანებულება და კანონი „წამლის და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ გახდება მოსახლეობისთვის ხარისხიანი და ეფექტური სამკურნალო საშუალებების მიწოდების საფუძველი. მაგრამ, აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბრძანებულების და კანონის ცხოვრებაში გატარებისთვის აუცილებელია შესაბამისი სამინისტროებისა და ადგილობრივი მმართველობის ორგანოების თანადგომა.

თქვენი ყურადღება მინდა მივაპყრო იმ გარემოებას, რომ მედიკამენტებს, სამედიცინო ტექნიკასა და ავადმყოფის მოვლის საგნებს განხილავენ როგორც ჩვეულებრივ სავაჭრო საქონლს (მაგალითად, სიგარეტი, ლუდი და სხვა), რაც უდიდეს შეცდომად მიგვაჩნია. ის ფაქტი, რომ სამედიცინო ბიზნესში არის დიდი ბრუნვა, განპირობებულია სამკურნალო საშუალებებზე და სამედიცინო დანიშნულების საგნებზე არსებული მაღალი მოთხოვნით, მაგრამ გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ უშუალო მომხმარებელია ავადმყოფი, რომელსაც ეს პროდუქცია სიცოცხლის გადასარჩენად ესაჭიროება. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია მედიკამენტების, სამედიცინო ტექნიკისა და ავადმყოფის მოვლის საგნების გამიჯვნა სხვა სახის

საქონლისგან და მათი, როგორც უპირველესი სასიცოცხლო მნიშვნელობის საგნების განხილვა.

საქართველოს 1996 წლის ბიუჯეტის მიღებამდე სამედიცინო საქმიანობაში გვექონდა სხვადასხვა სახის შეღავათები. კერძოდ, სამკურნალო საშუალებების, სამედიცინო ტექნიკისა და ავადმყოფის მოვლის საგნების იმპორტი გათავისუფლებული იყო საბაჟო გადასახადებისგან, ხოლო 1995 წლის 13 სექტემბრის სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულებით მედიკამენტებით ვაჭრობა აღარ უნდა დაბეგრულიყო დამატებითი ღირებულების გადასახადითაც. ამ შეღავათებმა უდიდესი როლი ითამაშა აღნიშნული სფეროს განვითარებაში და გაზარდა სამედიცინო და ფარმაცევტული ფირმების დაინტერესება. მედიკამენტებისა და ავადმყოფის მოვლის საგნების მხოლოდ ოფიციალური გზით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ გაცემული ლიცენზიების საფუძველზე შემოტანა რეალურ კონკურენციას გუწევს არალეგალურ ბიზნესს, რომელიც ამ პერიოდამდე გაბატონებული იყო მთელ საქართველოში.

1996 წლის ბიუჯეტში გაუქმებულია ყოველგვარი შეღავათი. ამავე დროს შემოღებულია მაღალი საბაჟო გადასახადები დსთ-ის გარეთ წარმოებული მედიკამენტებისა და ავადმყოფის მოვლის საგნების შემოტანაზე. კერძოდ, დაწესდა 12%-იანი საბაჟო გადასახადი, 20% იმპორტზე დამატებითი გადასახადი და არსებული 0,2% საბაჟო პროცედურისათვის, რამაც რადიკალური ცვლილებები გამოიწვია ჩვენი ქვეყნის სამედიცინო ტექნიკისა და ფარმაცევტულ ბაზარზე და მთლიანად გააუფნებლყო ის სასიკეთო ძვრები, რომლებიც ხელს უწყობს ამ სფეროში საქმიანობის ცივილიზებული ფორმების ჩამოყალიბებას.

მკვეთრად შემცირდა იმ სამედიცინო და ფარმაცევტული ფირმების საქონელბრუნვა, რომლებსაც ოფიციალურად შემოჰქონდათ საქონელი და იხდიდნენ მოგების თუ სხვა გადასახადებს. დღეისათვის ახლად შემოღებული მაღალი გადასახადები გამოიწვევს ბიუჯეტის შემოსავლების შემცირებას მედიკამენტების, სამედიცინო ტექნიკისა და ავადმყოფის მოვლის საგნების იმპორტის მხრიდან იმ მონაცემებთან შედარებით, რასაც სამედიცინო და ფარმაცევტული ფირმები აქამდე იხდიდნენ ბიუჯეტში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ნათელია, რომ ახალ საბაჟო გადასახადებს არ შეუძლია რაიმე სასიკეთო ცვლილების მოტანა სამედიცინო

და ფარმაცევტულ საქმიანობაში. პირიქით, შესაძლოა ხელიც კი შეუშალოს ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის გატარებას. ამ საკითხზე ინფორმაცია მიეწოდა ბატონ შადმან ვალავის, რომელიც იზიარებს ჩვენს მოსაზრებებს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის ძირითად მიზანია მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროცესის ოპტიმიზაციის პირობებში სამედიცინო პერსონალის პროფესიული საქმიანობის პირობების თვისობრივი გაუმჯობესება. ამ მიზნის მიღწევის ძირითადი საშუალებაა აკრედიტაცია და ლიცენზირება. ამ მიმართულებით უკვე განხორციელდა ქვეყანაში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების რეგისტრაცია სამედიცინო საქმიანობის უფლების მქონე დამოუკიდებელ სუბიექტად; დამტკიცდა სამედიცინო დახმარების პირობები და წესები; სამედიცინო დაწესებულებებისა და პაციენტების უფლება-მოვალეობები საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების პირობებში; შემოღებულია სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის წესები და პირობები, რომელთა მიხედვით ნებისმიერ იურიდიულ პირს ეძლევა უფლება, აწარმოოს კანონით დადგენილი სამედიცინო საქმიანობა – რომლის ნებართვა განისაზღვრება სათანადო ლიცენზიით.

დღეისათვის განაცხადი რეგისტრაციაზე გააკეთა 1025 სუბიექტმა, აქედან: განაცხადი აკრედიტაციაზე – 952-მა (მათ შორის სახაზინოა – 885, ხოლო კერძო – 67 დაწესებულება). აკრედიტებულია 815 სუბიექტი (სახაზინო – 763, კერძო – 52). შემოდგომაზე ვიწყებთ ლიცენზირების საკმაოდ რთულ პროცესს.

შემდეგი ძირითადი მიმართულება სამედიცინო განათლების რეფორმა. ამჟამად საქართველოში არსებული სამედიცინო განათლების სისტემა ვერ პასუხობს თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებს და დღევანდელი მზარდ მოთხოვნებს. 1995 წლის დეკემბრისთვის, საქართველოს განათლების სამინისტროს მონაცემებით, ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 36 უმაღლესი (3 სახელმწიფო და 33 კერძო) და 71 საშუალო სამედიცინო სასწავლებელი. უმაღლეს სასწავლებლებში სწავლობდა 11.970 სტუდენტი, ხოლო საშუალოში – 12.000-ზე მეტი.

ევროპისა და ამერიკის სხვადასხვა ქვეყნის სამედიცინო განათლების სისტემების სტრუქტურის ანალიზისა და ევროგაერთიანების რეკომენდაციების მიხედვით, რომელიც ეყრდნობა ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობას, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას ნორმალური

ფუნქციონირებისთვის ყოველწლიურად ესაჭიროება 300-400 ახალი ექიმი და 900-1200 ექთანი. ამ რაოდენობის ექიმების მომზადებისათვის საკმარისია 3-4 უნივერსიტეტი თავისი სამედიცინო პროფილის ფაკულტეტით ან 3-4 უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი. რეკომენდებული მონაცემებისგან განსხვავებით, უკვე უახლოეს 2-3 წელიწადში საქართველოს სამედიცინო სასწავლებლები ყოველწლიურად გამოუშვებენ 5-6-ჯერ მეტ ექიმს და 3-ჯერ მეტ ექთანს, ვიდრე ეს ესაჭიროება ქვეყანას. სწორედ ამან გამოიწვია იმ ფრიად მნიშვნელოვანი ღონისძიებების გატარება, რომელთა შორის არის საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულების გამოცემა, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო განათლების სფეროში შექმნილი სიტუაციის მოწესრიგებას.

ჩვენს სფეროში ერთ-ერთი ძირითადი პრობლემა დიპლომისშემდგომი განათლებაა. ამასთან დაკავშირებით შემოიღეთ სწავლების ჩვენთვის ახალი ისეთი ფორმა, როგორცაა რეზიდენტურა. 1995 წელს სამინისტრომ შეიმუშანა რეზიდენტურის დროებითი დებულება, რომლითაც ექსპერიმენტის სახით განისაზღვრა რეზიდენტურაში სწავლება სამ დეფიციტურ სპეციალობაში: ფსიქიატრიაში, ფთიზიატრიაში და ინტერვენციულ თერაპიასა და სხივურ დიაგნოსტიკაში (რენტგენოლოგია-რადიოლოგია). ჩამოთვლილ სამ სპეციალობაში დღეისათვის სარეზიდენტო პროგრამით მზადდება 19 ექიმი, ხოლო კლინიკურ ორდინატურაში სწავლობს 261. თანახმად პრეზიდენტის ბრძანებულებისა, 1997 წლიდან ჩვენ მთლიანად გადავდივართ რეზიდენტურის წესით პოსტდიპლომურ მომზადებაზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა მედიცინის მეცნიერების გადარჩენასა და განვითარებაზე მიმართული საქმიანობა. საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებითა და ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის შესაბამისი ბრძანების თანახმად, მედიცინის მეცნიერების პრიორიტეტულ მიმართულებებად უახლოესი 3-5 წლისათვის მიჩნეულია:

- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის მეცნიერული უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო განათლების მეცნიერული უზრუნველყოფა;
- ეროვნული 3-5 წლიანი პროგრამების შემუშავება და დანერგვა (მაგ. კიბოს, ტუბერკულოზის, შიდსის, მაღალი წნევის და ა.შ.);

- არსებული სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების მეცნიერული უზრუნველყოფა;
- კვლევები, რომლებიც სწრაფად იძლევა ეფექტსა და უკუგებას (ეპიდემიოლოგიური და საინფორმაციო კვლევები).

1997 წლიდან შეიცვალა მედიცინის მეცნიერების დაფინანსების წესი. კერძოდ, გრანტული პრინციპით დაფინანსდება კონკრეტული მეცნიერული თემა და არა დაწესებულება. გრანტების მოსაპოვებელი კონკურსის შედეგებს შეაფასებენ საექსპერტო კომისიები.

გამოიცა ჯანდაცვის, ეკონომიკისა და ფინანსთა მინისტრების ერთობლივი ბრძანება, რომლის თანახმადაც, 1997 წლიდან სამედიცინო პროფილის ყველა სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებას შეუნარჩუნდება ბიუჯეტიდან განკუთვნილი დაფინანსება, მაგრამ სამეურნეოანგარიშობის პრინციპებზე გადასვლის შედეგად ორგანიზაციას ექნება უფლება თანხების დიფერენცირებულად განაწილებისა შესრულებული სამუშაოს მოცულობისა და ხარისხის მიხედვით.

დამტკიცდა და 1996 წლის 1 ოქტომბრიდან მოქმედებაში შევა:

- სამეურნეოანგარიშობის სამედიცინო სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულების ტიპური დებულება;
- სამედიცინო სამეცნიერო გრანტების მოსაპოვებლად განაცხადების წარდგენის წესები;
- სამეცნიერო გრანტებზე განაცხადების ექსპერტიზის ჩატარების წესები;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გრანტების გაცემისა და გრანტული წესით დაფინანსებული სამუშაოების შესრულების ზოგადი წესი;
- ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის გრანტების საკოორდინაციო ჯგუფის დებულება;
- სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების დაფინანსების კომისიის დებულება.

რეორიენტაციის მთელ პროცესში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აქტიურად თანამშრომლობდა საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და საზღვარგარეთის ქვეყნების შესაბამის სამსახურებთან. თვით რეორიენტაციის პროგრამა და ახალი მოდელი დამუშავდა უცხოელი ექსპერტების აქტიური მონაწილეობით. დღეისათვის საქართველოს

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოქმედი საერთაშორისო პროგრამები შეიძლება რამდენიმე ჯგუფად დაიყოს:

- სახელმწიფოთა მთავრობების დონეზე ხელმოწერილი თანამშრომლობის პროგრამები: თურქეთის ჯანდაცვის სამინისტრო, რუსეთის თურქეთის ჯანდაცვის სამინისტრო, დსთ-ის საკოორდინაციო საბჭოს ფარგლებში მოქმედი თანამშრომლობის პროგრამა, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთან ხელმოწერილი პროგრამები (ატლანტა – თბილისის პარტნიორული პროგრამა და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის პროგრამა, რომელიც 1996 წლის ივლისში დამთავრდა);
- საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ხელმოწერილი პროგრამები: მსოფლიო ბანკი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს ბავშვთა ფონდი (UNICEF, წითელი ჯვრის საერთაშორისო ორგანიზაცია და სხვა;
- სახელმწიფო დახმარების ერთჯერადი პროგრამები: აშშ, იაპონია, გერმანია;
- არასახელმწიფოებრივი ორგანიზაციების დახმარების პროგრამები: ACTS-International, ACTS-Georgia, AIFS, ASB-Georgia, Care, ISAR, Lazerus, MSF/Holland, Spain, Gfseece, Oxfam, Premiere Urgence, Seltsation Army, TVG, WIA UNDIP, UNHHA და სხვა;
- ცალკეული სამედიცინო სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტებისა და სასწავლო დაწესებულებების თანამშრომლობის პროგრამები, უცხოეთის ცალკეულ ფირმებთან და პიროვნებებთან თანამშრომლობის პროგრამები, ურთიერთობები საერთაშორისო სამედიცინო და ფარმაცევტული ფირმების წარმომადგენლებთან თბილისში.

გარდა ამისა, მაისში ჩატარდა BSEC-ის ქვეყნების მედიცინისა და ფარმაციის სამუშაო ჯგუფის პირველი შეხვედრა, სადაც საფუძველი ჩაეყარა მომავალ ურთიერთობებს.

ამოქმედდა მსოფლიო ბანკის ჯანდაცვის პროექტი (გამოყოფილია 14,1 მილიონი აშშ დოლარი). იგეგმება მსოფლიო ბანკის მეორე პროექტი, რომლის მომზადებისათვის იაპონიის მთავრობამ გამოჰყო 600.000 აშშ-ის დოლარი. სავარაუდოა, რომ მეორე პროექტის მოცულობა აღემატება პირველს, თემატურად კი მისი ლოგიკური გაგრძელება იქნება.

ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებასაც თუ რაოდენ დიდი წვლილი შეაქვს განვითარებული ქვეყნების ჰუმანიტარულ დახმარებას მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით მომარაგების უზრუნველსაყოფად. სწორედ ჰუმანიტარული დახმარების ხარჯზე იფარებოდა სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში ჩადებული დაგეგმილი დეფიციტი.

არსებობს, აგრეთვე, სერიოზული პროექტები იაპონიის, ისრაელის, საფრანგეთის, დიდი ბრიტანეთის და ნიდერლანდების სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რომელთა რეალიზება უახლოეს მომავალში დაიწყება (მაგალითად, ბრიტანულ ნოუ-ჰაუს ფონდთან და სხვა).

ამ წლის 3-6 სექტემბერს თბილისში მოეწყო პირველი საერთაშორისო გამოფენა-გაყიდვა მედიცინის დარგში „სამედიცინო ტექნიკა, სტომატოლოგია და ფარმაცია“, რომელშიც მონაწილეობდა 16 ქვეყნის 46 ფირმა. გამოფენა-გაყიდვის ფარგლებში ჩატარდა რამდენიმე სემინარი და დისკუსია, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კონფერენცია „საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა: არსებული მდგომარეობა და პერსპექტივები“. მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება, რომ ასეთი გამოფენა-გაყიდვები ყოველწლიურად ჩატარდება, ხოლო 1997 წელს მის ფარგლებში დაგეგმილია საქართველოს ექიმთა პირველი კონგრესის ჩატარება.

გარდა ამისა, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრში მზადდება საინფორმაციო კომპიუტერული ბანკი, რომლის საშუალებითაც მოხდება არა მარტო არსებული პროგრამების კოორდინირება, არამედ ახალი პარტნიორების მოძებნაც.

მინდა, თქვენი ყურადღება შევაჩერო იმ გარემოებაზეც, რომ ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრში მუშაობს სოციოლოგიური კვლევების სპეციალური ჯგუფი, რომელმაც უკვე ჩაატარა გამოკითხვა სამედიცინო განათლების ამჟამინდელ მდგომარეობაზე საზოგადოებრივი აზრის გასარკვევად და ორჯერ (1995, 1996), გამოკითხვა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმაზე მოსახლეობის აზრის შესასასწავლად. აღნიშნული სოციოლოგიური გამოკითხვის შედეგებმა ცხადყო, რომ მოსახლეობა არასაკმარისად არის ინფორმირებული დარგში მიმდინარე პროცესების შესახებ, მიუხედავად იმისა, რომ არაერთხელ გვექონდა გამოსვლები რადიოთი და ტელევიზიით, პრესაში კი ქვეყნდებოდა შესაბამისი მასალები და ინტერვიუები დარგის ხელმძღვანელ პირებთან. ამ

ფრიად მნიშვნელოვანი პრობლემის გადასაჭრელად შეიქმნა საინფორმაციო-ანალიტიკური ცენტრი, რომლის ძირითადი დანიშნულება სწორედ მოსახლეობისთვის ოპერატიული, მუდმივი და ზუსტი ინფორმაციის მიწოდება იქნება. ამის გარდა, ორ კვირაში ერთხელ გამოვა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს გაზეთი „მედიცინა“, რომელიც ყველა დაინტერესებულ პირს მეგზურობას გაუწევს დარგში მიმდინარე მოვლენების შესახებ.

დროის სიმცირის გამო, შევჩერდი მხოლოდ ზოგიერთ მიმართულებაზე და კონკრეტულ პროგრამებზე, რომელთა განხორციელება მიმდინარეობს ან იწყება საქართველოში. იმედი მაქვს, კოლეგები სათანადოდ შეაფასებენ ჩემს გამოსვლას.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

1997 წლის 22 იანვარი

**კარდიოქირურგიისა და ტრანსპლანტაციის პროგრამების
ხელშეწყობის შესახებ**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

დღეს თქვენ წინაშე განსახილველად გამოგვაქვს თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური ქირურგიული მეთოდებით გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის და ორგანოთა ტრანსპლანტაციის პროგრამები, რომლებიც მოითხოვს მთავრობის ხელშეწყობას.

საქართველოში საერთო სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 70%-ზე მეტი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებითაა განპირობებული. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებიდან სიკვდილიანობისა და დაინვალიდების ძირითად მიზეზებში წამყვანი ადგილი უკავია გულის იშემიურ დაავადებას, რომელზეც მოდის სიკვდილიანობის 27.7%. ამდენად, სიკვდილიანობის შემცირება შეუძლებელია გულის იშემიური დაავადების მკურნალობის გაუმჯობესების სერიოზული ღონისძიებების გატარების გარეშე.

თანამედროვე ეტაპზე განვითარებულ ქვეყნებში გულის იშემიურ დაავადებას ძირითადად ქირურგიული მეთოდებით მკურნალობენ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტატისტიკური მონაცემების თანახმად, განვითარებულ ქვეყნებში წელიწადში მოსახლეობის საერთო რაოდენობის 0.1%-ს უტარდება გულის სისხლძარღვების – კორონარების ქირურგიული კორექცია. ამგვარი ინტერვენცია განსაკუთრებით ეფექტურია გულის იშემიური დაავადების ისეთი ფორმის სამკურნალოდ, როგორცაა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი. საქართველოში ყოველწლიურად მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის სამი ათასამდე შემთხვევა აღირიცხება, რომელთა შორის დაახლოებით 15% ლეტალური შედეგით მთავრდება. დროული ქირურგიული ჩარევა, რომელიც უზრუნველყოფს მიოკარდის

დაზიანებულ უბნებში სისხლის მიწოდების აღდგენას, ინფარქტის გართულებების (მათ შორის ლეტალობის) პრევენციის ყველაზე ეფექტური საშუალებაა. ამიტომ ქვეყანაში კარდიოქირურგიის განვითარების უზრუნველყოფა პრიორიტეტულ მიმართულებად უნდა იყოს აღიარებული.

ამ მიმართულებით შევიმუშავეთ გულის იშემიური დაავადებებისა და მისი გართულებების თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური ქირურგიული მეთოდებით პრევენციის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროგრამა, რომლის განხორციელებაში მონაწილეობას მიიღებს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ორი დაწესებულება: – გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი (დირექტორი – აკადემიკოსი გულნარა ჩაფიძე) და აკადემიკოს კონსტანტინე ერისთავის სახელობის ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ინსტიტუტი (დირექტორი – პროფესორი ბაადურ მოსიძე), ასევე უცხოელი პარტნიორები, კერძოდ, გერმანიიდან – ბად კროცინგენის გულის ცენტრი (დირექტორი – პროფესორი ჰ.როსკამი), შვეიცარიიდან – ჟენევის „ჰოსპიტალ დე ლა ტური“ (კარდიოქირურგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი ვ.ველეზიტი) და პოლონეთის სილეზიის აკადემიის კარდიოქირურგიის კლინიკა (დირექტორი – პროფესორი ზ.რელიგა). პროგრამაში მონაწილეობაზე მოლაპარაკებები მიმდინარეობს აშშ-ის, გერმანიისა და ავსტრიის ცნობილ კარდიოქირურგებთან.

საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის განვითარების მიზნით სერიოზული ნაბიჯები ჯერ კიდევ 80-იან წლებში გადაიდგა, როდესაც დაიწყო ახალგაზრდა ქართველი ექიმების კარდიოქირურგებად მომზადება. ამ პლედის ბევრი წარმომადგენელი ამჟამად უკვე ცნობილი კარდიოქირურგია და ისინი ჩვენს ქვეყანაში შესაბამისი პირობების, კერძოდ კი კარდიოქირურგიული ოპერაციების ჩატარებისთვის აუცილებელი აღჭურვილობის არარსებობის გამო, სამშობლოს ფარგლებს გარეთ მოღვაწეობენ.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ქირურგიული მკურნალობისთვის საკმაოდ ძვირად ღირებული ინსტრუმენტები და აღჭურვილობა საჭირო, რომელთა შეძენა, საკმაო ხანია დგას საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს გადაუდებელი ამოცანების დღის წესრიგში და წლების

განმავლობაში მიმდინარეობს ამ მიმართულებით ხელსაყრელი პარტნიორების მოძიება.

დღეისთვის ამგვარ პარტნიორებთან კონტაქტები უკვე დამყარებულია. ისინი სავსაოდ ხელსაყრელი პირობებით სთავაზობენ პროგრამის ავტორებს დარგის უახლეს მიღწევებზე დაფუძნებულ ქირურგიულ აღჭურვილობას. კარდიოვასკულარული ქირურგიის სისტემების კლინიკებში დამონტაჟებისა და ექსპლოატაციაში შეყვანის შემდგომ შესაძლებელი გახდება არა მარტო კორონარული სისხლძარღვების კორექცია, არამედ ნატიფი რეკონსტრუქციული ქირურგიული ოპერაციების ჩატარება სხვა მაგისტრალურ თუ პერიფერიულ სისხლძარღვებზეც, რომელთა ყოველწლიური საჭიროება ჩვენს ქვეყანაში ოთხ ათას შემთხვევას აღემატება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სტრუქტურაში ერთ-ერთ ყველაზე მძიმე ფორმაა გულის თანდაყოლილი მანკები, რომელთა ეფექტური მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიული კორექციის გზითაა შესაძლებელი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტატისტიკური მონაცემების თანახმად, ახალშობილთა 1%-მდე გულის თანდაყოლილი მანკის სხვადასხვა ფორმით იბადება. აქედან მკურნალობის გარეშე, 14-22% კვდება სიცოცხლის პირველ კვირას, 19-27% – სიცოცხლის პირველ თვეს, ხოლო 30-80% ერთი წლის ასაკს ვერ აღწევს. გადარჩენილები ძირითადად ინოპერაბელურები არიან ისეთი გართულებების გამო, როგორცაა ფილტვის ჰიპერტენზია, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება და სხვა.

უდიდესი სიამაყის გრძნობით მინდა აღვნიშნო, რომ გასული წლის 16 სექტემბერს თბილისში, ბავშვთა მე-2 საავადმყოფოს ბაზაზე ფუნქციონირება დაიწყო ჯო ენის სახელობის ბავშვთა კარდიოლოგიისა და გულის ქირურგიის კლინიკამ (დირექტორი – ირაკლი მეტრეველი). კლინიკის გახსნა განხორციელდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და აშშ-ის არასამთავრობო ორგანიზაციის GLOBAL HEALING-ის პრეზიდენტ ქალბატონ ჯო ენ მაკგოვენს შორის 1994 წლის 11 ოქტომბერს გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე. საქართველოს მხარემ საკუთარ თვზე აიღო კლინიკისთვის ფართის გამოყოფა და გარემონტება, ხოლო ამერიკის მხარემ – მისი აღჭურვა და პერსონალის მომზადება.

კლინიკას გააჩნია ოც საწოლზე გაშლილი კარდიოქირურგიული განყოფილება, რვა საწოლიანი კარდიორეანიმაცია, ორი საოპერაციო, ერთი ექსპრეს-ლაბორატორია და საოფისე ერთეული, რომლის საერთო ფართი 1300 კვადრატული მეტრია. კორპორაცია Global Healing-მა კლინიკა მოამარაგა ყველა საჭირო აღჭურვილობით, სამედიცინო მოხმარების საგნებითა და სახარჯი მასალით, უზრუნველყო კლინიკური პერსონალის გადამზადება, რისმა საერთო ღირებულება ხუთ მილიონ აშშ დოლარს მიაღწია.

კლინიკის სიმძლავრე წელიწადში ორასი ახალშობილის მკურნალობაზეა გათვლილი და მისი წარმატებული ფუნქციონირებისთვის კრიტიკული პერიოდი პირველი თვრამეტ თვეს. ამ დროის განმავლობაში კლინიკას ესაჭიროება მაქსიმალური ფინანსური მხარდაჭერა, რათა ჩამოყალიბდეს პროფესიონალთა ძლიერი კოლექტივი.

ამდენად, თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური ქირურგიული მეთოდებით გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის განხორციელება შესაძლებელს გახდის:

- ქვეყანაში სხვადასხვა პროფილის ექიმთა ურთიერთხელსაყრელი თანამშრომლობის განვითარებას;
- საერთაშორისო თანამშრომლობის უფრო ინტენსიურ განვითარებას;
- უცხოეთში მოღვაწე ქართველი კარდიოქირურგების სამშობლოში დაბრუნებას და მათი დახმარებით მომავალი სპეციალისტების აღზრდას;
- კარდიოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის თვისობრივ გაუმჯობესებასთან ერთად ნატიფ ტექნოლოგიებთან ვერიფიცირების გზით გაზრდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დიაგნოსტიკურ პოტენციალს;
- შექმნის სანიმუშო პრევენტს სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში მსგავსი პროგრამების შემუშავებისა და შესაბამისი მენეჯმენტის განვითარებისთვის;
- შიდა რესურსების გამოყენებით კლინიკური პერსონალის მომზადებასა და ოპერატიული სამსახურების შექმნას;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისგან ქვეყნისთვის მიყენებულ მატერიალური ზარალის აღრიცხვიანობის მოგვარებას და, შესაბამისად, ამ დაავადებების პრევენციის ეფექტური მეთოდების დანერგვას.

მაღალგანვითარებულ სამედიცინო ტექნოლოგიას საჭიროებს ჩვენი ქვეყნისთვის ისეთი მნიშვნელოვანი პრობლემაც, როგორცაა ორგანოთა ტრანსპლანტაცია, კერძოდ კი თირკმლის გადანერგვა, რაც თირკმლის ტერმინალური უკმარისობით დაავდებულ პაციენტთა რადიკალური დახმარების ერთადერთი საშუალებაა. ეს ოპერაცია საქართველოში პირველად 1981 წელს ჩატარდა აკადემიკოს კონსტანტინე ერისთავის სახელობის ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ინსტიტუტში.

ორგანოთა გადანერგვის წარმატებით განხორციელება მოითხოვს დონორისა და რეციპიენტის ქსოვილთა თავსებადობის ზუსტ განსაზღვრას, რათა არ მოხდეს რეციპიენტის ორგანიზმის მიერ გადანერგილი ორგანოს უარყოფა. ამას კი ნატიფი იმუნოლოგიური კვლევები ესაჭიროება.

თირკმლის ტრანსპლანტაცია საშუალებას აძლევს ავადმყოფებს, თავიდან აიცილონ ჰემოდიალიზის რთული და ტრავმული პროცედურების რეგულარი ჩატარების საჭიროება, რაც პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასთან ერთად ამცირებს დაავადებასთან დაკავშირებული მატერიალური ხარჯების ოდენობასაც.

პროგრამა ითვალისწინებს ორგანოთა ტრანსპლანტაციის არეალის გაფართოებასაც პანკრეასის, ღვიძლის, გულ-ფილტვის ბლოკის გადანერგვა. ამ ორგანოთა ტრანსპლანტაციის დაწყება 2000 წლისთვისაა დაგეგმილი.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, უკვე მიმდინარე წელს გადაიდგას პრაქტიკული ნაბიჯები ამ ორი პროგრამის დაწესებისა და შემდგომი განვითარებისთვის. დაგეგმილია გარკვეული ფინანსური სახსრების მობილიზება და მათი მიზანმიმართულად გამოყენება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისადმი მიძღვნილი
კონფერენცია**

ოპერის თეატრი, 1997 წლის 11 მარტი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
პატივცემულო სტუმრებო,

ნება მიბოძეთ, მოგესალმოდ და მადლობა მოგახსენოთ მობრძანებისთვის. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ძნელი, ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი პროცესის განხორციელებაში თქვენი მონაწილეობა წარმატების საწინდრად გვესახება.

მხოლოდ დემოკრატიული, მაღალზნეობრივი, სამოქალაქო საზოგადოების მქონე სახელმწიფოს ძალუმს, დაადგეს რთულ, მაგრამ, ამასთანავე, ერთადერთ და რეალურ გზას – დაამკვიდროს მისთვის სასურველი საზოგადოებრივი თანაცხოვრების წესი.

გუშინ საქართველოს მთავრობამ განიხილა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის პროექტი, რომელშიც უმთავრეს ფასეულობად არის მიჩნეული ადამიანის თავისუფალი ნება საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის მიმართ. მიგვაჩნია, რომ პიროვნების უფლებები და მოვალეობები არის სამართლებრივი რეგულირების ის ქვაკუთხედი, რომლის განხორციელებაც ევალება სახელმწიფოს. ნიშანდობლივია, რომ კანონპროექტი ადამიანთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ფუნქციას აკისრებს მეწარმეებსაც – საზოგადოების ნაწილს, რომელიც სამართლებრივი წესით იყენებს რა ადამიანის შრომას, მოვალეა, იზრუნოს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გამტკიცებაზეც, და თითოეულ პიროვნებას, რომელმაც თავადაც უნდა იზრუნოს საკუთარ ჯანმრთელობაზე.

ნებისმიერი სახელმწიფო იქმნება ადამიანისთვის, ადამიანის მიერ და მის ძირითად სიმდიდრესაც ადამიანი წარმოადგენს. ადამიანის სიცოცხლის ჯანსაღი საწყისი, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების ამოცანის გადაწყვეტა განსაკუთრებულ პირობებში აყენებს ქვეყანას, განსაზღვრავს მისი განვითარების ხარისხს. ამდენად, ჯანმრთელობის დაცვას უმთავრესი და უპირველესი როლი ენიჭება სოციალური პრობლემების გადაჭრაში.

სამწუხაროდ, ადამიანის ჯანმრთელობაზე სამედიცინო მომსახურების გავლენა 12-14%-ს არ აღემატება, უმთავრესი ადამიანის ნებაზეა დამოკიდებული, იმაზე თუ ცხოვრების როგორ წესს აირჩევს იგი.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სტრატეგია სხვა არაფერია, თუ არა მეცნიერულად დასაბუთებული და პრაქტიკაში აპრობირებული ყოფა-ცხოვრების ოპტიმალური ვარიანტის შემუშავება და ადამიანებისთვის გასაგებ ენაზე მიწოდება.

ჩვენ თავს არავის ვახვევთ ამგვარი წესით ცხოვრებას. მხოლოდ ვურჩევთ და ვცდილობთ, დამაჯერებლად დავანახოთ ალტერნატიული გზის მოსალოდნელი შედეგები. ჩვენი მიზანია, დავარწმუნოთ საზოგადოება ცხოვრების ჯანსაღი წესის უპირატესობაში. სწორედ ამ მიზნის მიღწევისთვის საჭიროა ჩვენი და ჩვენი მომხრეების რიგების თანდათანობით გაფართოება. ამიტომაც აქვს დიდი მნიშვნელობა იმას, რომ ბატონი პრეზიდენტი ამ გზის დასაწყისიდანვე ბრძანდება ჩვენთან, ეს ხომ მხოლოდ მისი მოღვაწეობით გახდა შესაძლებელი ასეთი სახელმწიფო პოლიტიკის გატარება. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია, რომელიც ორი წლის წინათ დაიწყო, მხოლოდ იმიტომ გახდა შესაძლებელი, რომ იგი ქვეყნის მაკროეკონომიკური სტაბილიზაციის საპრეზიდენტო პროგრამის განუყოფელ ნაწილად იქნა გააზრებული.

ჩვენ შორს ვართ იმ აზრისაგან, რომ დღეიდან ჩვენს ქვეყანაში ყველა დაიწყებს ჯანსაღი წესით ცხოვრებას – ხვალიდან არავინ მოწევს სიგარეტს, არ მიეძალება ალკოჰოლს, ნარკოტიკებს და ჩვენს სკვერებსა და ქუჩებში სპორტულ ფორმაში გამოწყობილი, სავარჯიშოდ გამოსული ადამიანები გახშირდებიან. მაგრამ ის კი გვინდა გვჯეროდეს, რომ საზოგადოება, თითოეული ადამიანი თანდათან დაიწყებს ამაზე ფიქრს.

ბატონმა ედუარდ შევარდნაძემ თავისი ერთ-ერთი გამოსვლა დანტე ალიგიერის სიტყვებით დაასრულა: „არ არსებობს უფსკრული, რომლიდანაც ამოსვლა არ შეიძლებოდა“.

მართლაც, ჩვენ თანდათანობით ამოვდივართ უფსკრულიდან, რომელშიც აღმოვჩნდით. ქვეყანა ფეხზე დგება და ეს ფაქტია, რომლის უარყოფაც არ შეუძლია არც მტერს და არც მოყვარეს. მაგრამ უფსკრული, რომელშიც ჩვენ ვიყავით, ჭაობიანიც ყოფილა და იქიდან ამოსულეებს შეგვრჩა ტანზე მიკრული

ჭაობის ნაშთები, დაწყებული პოლიტიკური დილექტანტიზმითა თუ ერის პოლიტიზირებით და დამთავრებული ნარკომანიით, პროსტიტუციით, ნიჰილიზმით, ძალადობითა თუ სხვა მძიმე სენით.

მათი დროულად მოშორება ერის ფიზიკური და სულიერი გადარჩენის წინაპირობაა. ამის გაკეთება მხოლოდ ბრძანებით, აღმასრულებელი და დამსჯელი ღონისძიებებით შეუძლებლად მიგვაჩნია. უნდა დავაჯეროთ ერი და ბერი მის აუცილებლობაში. სხვა გზას გარდაუვალ დეგრადაციამდე მივყავართ. ყოველივე ამის მიღწევა შეუძლებელია პრობლემის სიღრმისეული გააზრების გარეშე. პრობლემა თავისი არსით ინტერსექტორული ბუნებისაა და მისი გადაწყვეტა ყველა სახელმწიფოებრივი და საზოგადოებრივი ინსტიტუტების ერთობლივი ძალიხმევით არის შესაძლებელი.

ამჟამად პრეზიდენტის დავალებით მუშავდება შესაბამისი პროგრამა, რითაც ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება იქცევა სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის უმნიშვნელოვანეს სტრატეგიულ მიმართულებად.

მიგვაჩნია, რომ შექმნილი რთული დემოგრაფიული და სოციალური სიტუაციიდან ერთ-ერთი გამოსავალი ამ პოლიტიკის რეალიზებაა. იგი უზრუნველყოფს თითოეული მოქალაქის სოციალური აქტივობის გაზრდას და მთლიანობაში შექმნის ქვეყნის ეკონომიკური და სულიერი წინსვლის საფუძვლებს.

დღევანდელი ჩვენი შეხვედრა ოპერისა და ბალეტის ეროვნული თეატრის სახელგანთქმული ფარდის დაშვებასთან ერთად არ მთავრდება. იმედი მაქვს, მისი დევიზი – „ცხოვრების ჯანსაღი წესი – ჩვენი აწმყო და მომავალი“ – თითოეული ჩვენთაგანის სამოქმედო დევიზი გახდება.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება ერის არამარტო ფიზიკური გაჯანსაღების, არამედ მისი სულიერების გზაზე გადადგმული კიდეც ერთი ნაბიჯია და ამიტომაც ნიშანდობლივია სრულიად საქართველოს კათალიკოს-პატრიარქის, უწმიდესი და უნეტარესი ილია II-ის აქ მობრძანება.

მადლობას მოგახსენებთ ყურადღებისთვის.

საინვესტიციო საბჭოს სხდომა

თბილისი, 1997 წლის 20 მაისი

**საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორსა და მსოფლიო
ბანკს შორის თანამშრომლობა**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

რთული სოციალურ-პოლიტიკური და ეკონომიკური პირობები, რომლებიც ჩვენი პერიოდის საქართველოს რეალობას წარმოადგენდა, აუცილებელს ხდიდა 90-იანი წლების პირველ ნახევარში როგორც პოლიტიკის, ასევე ეკონომიკის მრავალ დარგში მკვეთრი პოლიტიკური ცვლილებების გატარებას, რათა ქვეყნის ღრმა კრიზისიდან გამოყვანა შეგვეძლებოდა. ამ მიზნის განხორციელებას საფუძველი დაუდო ანტიკრიზისული და შემდგომ ქვეყნის სტაბილიზაციის საპრეზიდენტო პროგრამების შემუშავებამ და ამოქმედებამ. ეს პერიოდი ხასიათდება ახალი გზების ძიების ტენდენციით, რომლის შედეგადაც ხშირად ხდებოდა ეფექტური სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრა.

ჯანდაცვის სექტორი, როგორც მოსახლეობისთვის ყველაზე მგრძობიარე დარგი, ვალდებული იყო, ერთ-ერთ პირველთაგანს დაეწყო რადიკალური რეფორმების გატარება. მიუხედავად უცხო ქვეყნიდან მიღებული დახმარებისა, კითხვის ქვეშ დადგა დარგის ფუნქციონირების საკითხი. ამ ეტაპზე ჩვენთვის ძალიან მნიშვნელოვანი იყო მსოფლიო ბანკთან ურთიერთობა, რადგან ჯანმრთელობის დაცვის სფერო თავისი ეკონომიკური ბუნებით ინვესტიციების მოზიდვისთვის რთული უბანია – კაპიტალუკუების ხარისხით ის მნიშვნელოვნად ჩამორჩება სხვა დარგებს. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ინვესტირება პრაქტიკულად გამორიცხული იყო, თუ დარჩებოდა დაფინანსების ძველი მოდელი, რომელიც საერთოდ გამორიცხავდა კაპიტალუკუებას.

ამიტომაც აუცილებელი იყო ჯანდაცვის მართვისა და ორგანიზაციის ახალი მოდელის შემუშავება და მისი თანმიმდევრული დანერგვა. თავად ეს პროცესი მოითხოვდა ექსპერტთა მოწვევას, ინფორმაციის მიღებისა და

გადამუშავების ახალი მექანიზმების ამოქმედებას, რაც მნიშვნელოვან ფინანსურ სახსრებთან იყო დაკავშირებული. დღეს, შეიძლება ითქვას, რომ ამ მიმართულებით უკვე საკმაო მოცულობის სამუშაოები ჩატარდა. განვლილი პერიოდის განმავლობაში კონსულტაციები მივიღეთ შესაბამის განხრათა საუკეთესო ექსპერტებისგან ავსტრიიდან, პორტუგალიიდან, კანადიდან, შვედური შტატებიდან, ჰოლანდიიდან, ჩილეიდან და სხვა ქვეყნებიდან. აღსანიშნავია ისიც, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე პროცესებისადმი ინტერესი დამატებითი მოტივაციაა კონსულტანტებისთვისაც – მათ შესაძლებლობა ეძლევათ გაიმდიდრონ საკუთარი პროფესიონალიზმისთვის ესოდენ მნიშვნელოვანი გამოცდილება, რის გამოც ისინი მზად არიან, განსხვავებით სხვა ქვეყნებისგან, ჩვენთან უფრო შეღავათიანი პირობებით იმუშაონ, რაც მნიშვნელოვანი ფინანსურ შეღავათს გვიწევს.

ამ ურთიერთობის შედეგად შემუშავდა დარგის განვითარების კონცეფცია, რომელიც ითვალისწინებდა ჯანდაცვაში მრავალი მიმართულების განვითარებას. ძალიან მოკლედ ამ კონცეფციის შინაარსი შეიძლება განვსაზღვროთ, როგორც ქვეყნის შიდა რესურსების სრული მობილიზება და მათი სწორი ხარჯვისთვის ახლებური სისტემებისა და ინფრასტრუქტურის შექმნა რეგულირებადი ეკონომიკური ურთიერთობების განვითარების გზით. ავირჩიეთ განვითარების სტრატეგიული კურსი, რომლის განსახორციელებლად აუცილებელი იყო ტაქტიკურ მიმართულებათა დასახვაც. სწორედ ეს გახლავთ მსოფლიო ბანკის პროექტების მისია. ბანკთან ურთიერთობით ხდება როგორც ფინანსური, ისე ინტელექტუალური რესურსების მობილიზება, რომელთა საშუალებითაც ქვეყნის მთავრობა ახორციელებს და რეალობაში მოჰყავს სხვადასხვა დარგის განვითარების სტრატეგიული გეგმა. მსოფლიო ბანკის პროექტები შეიძლება განვიხილოთ როგორც ეფექტური ინსტრუმენტი, რომლის გამოყენებით ხდება დასახულ იდეათა რეალიზება.

გარდა აღნიშნულისა, მსოფლიო ბანკთან თანამშრომლობა საქართველოს ჯანდაცვის სექტორისთვის მომგებიანი აღმოჩნდა იმ თვალსაზრისითაც, რომ დარგში მიმდინარე პროცესების შესახებ საერთაშორისო მასშტაბით გავავრცელრთ ინფორმაცია და ბანკი გარკვეულწილად იქცა იმის გარანტად, რომ ჩვენს მიერ არჩეული გზა იყო სწორი და ეფექტური. გაიზარდა მიმდინარე პროცესებით დაინტერესება და, საბოლოო ჯამში, მრავალი

საერთაშორისო ორგანიზაცია იქცა საქართველოს ჯანმდაცვის სექტორში მიმდინარე ცვლილებათა თანამონაწილედ და გულშემატკივრად. მათ შორის არის ისეთი ცნობილი ორგანიზაციები, როგორცაა: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, ამერიკის ჯანდაცვის საერთაშორისო ალიანსი, ამერიკის საავადმყოფოთა ასოციაცია, ემორის უნივერსიტეტი, ჯორჯიის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, კანადის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, დიდი ბრიტანეთის „ნოუ-ჰაუ ფონდი“ და მრავალი სხვა, ეს კი თავის მხრივ უზრუნველყოფს სხვა ქვეყანების გამოცდილების გაზიარებას და მის საფუძველზე ყველაზე ოპტიმალური მოდელების ადაპტირებასა და დანერგვას. დამეთანხმებით, ამას საკმაოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს. განვითარებული ქვეყნების მთავრობათა დაინტერესება გამოხატულია მათი მხრიდან მძლავრი მატერიალური მხარდაჭერითაც. ამ მიმართებით პროექტი აქტიურად თანამშრომლობს იაპონიის, ავსტრიის, ჰოლანდიის, საფრანგეთის, კანადის, პორტუგალიისა და სხვა ქვეყნების სამთავრობო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან.

პროექტის განხორციელება დაიწყო 1996 წლის სექტემბრიდან, ერთწლიანი მოსამზადებელი პერიოდის შემდეგ, რომლის დროსაც განისაზღვრა პრიორიტეტული მიმართულებები. ამგვარ მიმართულებად ავირჩიეთ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარება, რომელიც გულისხმობს ჯანდაცვის რეგიონული მმართველობის ორგანოების განვითარებასა და მათთვის ცენტრალური ორგანოებიდან მთელი რიგი ფუნქციების დელეგირებას, ასევე, პრევენციული მედიცინის განვითარებას და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვას. პრიორიტეტულ მიმართულებად გამოიყო ასევე, დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება.

მოგეხსენებათ, დღევანდელი სოციალურ-ეკონომიკური ვითარების გამო, მხოლოდ მრავალშვილიანობის პროპაგანდაზე აქცენტირებით ნაკლებად სავარაუდოა დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესება. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს ამ პრობლემის გადაჭრა სამედიცინო ასპექტებზე ყურადღების გამახვილებით დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებისთვის. პროექტის ეგიდით გათვალისწინებულია რიგი ღონისძიებების გატარება, როგორცაა: სარეზიდენტო პროგრამის მომზადება მეან-გინეკოლოგიასა და პედიატრიაში, სპეციალისტთა უცხოეთში სტაჟირება, ოჯახის დაგეგმვისა და

პერინატალური დახმარების გაუმჯობესება, რიგ საავადმყოფოთა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესება და სხვა. პროექტის მნიშვნელოვანი კომპონენტია სამედიცინო დაწესებულებებისა და აღჭურვილობის რეაბილიტაცია. კერძოდ:

- თბილისში მრავალპროფილური საავადმყოფოს საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად შეკეთება. სხვათა შორის, ამ კომპონენტში მსოფლიო ბანკთან ერთად ფინანსურ თანამონაწილეობას იღებენ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო და თბილისის მერია;
- ქუთაისის ბავშვთა საავადმყოფოს რეაბილიტაცია, რომელიც სამშობიარო სახლთან გაერთიანების შედეგად გადაიქცევა დასავლეთ საქართველოს რეგიონის დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების ცენტრად. ამავე დროს, ორი დაწესებულების გაერთიანება სამედიცინო დაწესებულებათა ოპტიმიზაციის კარგი მაგალითი იქნება, რაც ესოდენ საგრძნობ პრობლემაა დღეს;
- ცაგერის რაიონული საავადმყოფოს რეაბილიტაცია, რომელიც იქნება მთიან რეგიონებში სამედიცინო დაწესებულების პილოტური მოდელი და რომლის ბაზაზე აიგება მთიანი რეგიონების პირველადი ჯანდაცვის რგოლებისა და რაიონის მულტიპროფილურ სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ეფექტური კავშირის სისტემა.

ჯანდაცვის რეფორმათა ქვაკუთხედია სისტემის დაფინანსების გაუმჯობესება. აქედან გამომდინარე, მსოფლიო ბანკის პროექტი განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს ფინანსური მდგრადობის შენარჩუნებას და მისი ეფექტურობის გაზრდას. პროექტი აქტიურად თანამშრომლობდა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდთან. ამჟამად მიმდინარეობს ამ ფონდის სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიად ტრანსფორმირება, რომელიც თავისთავად მეტად რთული პროცესია და პროექტის მისიაც სწორედ ამ პროცესის მხარდაჭერაა. პარალელურად ვიყენებთ სადაზღვევო პრინციპების შესაბამისად სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების ალტერნატიულ მეთოდებსაც. გატარებულ ღონისძიებათა გამო, წელს არ აღინიშნება სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის ფინანსური დავალიანება სამედიცინო დაწესებულებათა მიმართ. ამ პროცესში მნიშვნელოვანი როლი აკისრია ფინანსთა სამინისტროს და იმედი გვაქვს მათი აქტიური მხარდაჭერისა.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთ-ერთ ურთულეს პრობლემას სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის ჭარბი რაოდენობა. პრობლემის გადაჭრის გზაა აკრედიტაცია და ლიცენზირება, რომელიც ამჟამად მიმდინარეობს. პროექტის ეგიდით დაგეგმილია ამ პროცესის მხარდაჭერა და უკვე გატარებულია რიგი ღონისძიებები, რომელთა შესახებ ქვემოთ მოგახსენებთ.

ეფექტურობის პირველ ცხრა თვეში პროექტის ბიუჯეტიდან დაიხარჯა 844.225 აშშ დოლარი, რაც პროექტის მთლიანი ღირებულების 4,3%-ს შეადგენს. დახარჯული თანხიდან 610.403 დოლარი მსოფლიო ბანკის კრედიტის წილია, ხოლო 233.822 დოლარი არის საქართველოს სამთავრობო კონტრიბუციის ნაწილი.

გარდა ამისა, პროექტის დაწყებიდანვე სხვადასხვა ქვეყნის მთავრობებმა საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის საკონსულტაციოდ ექსპერტთათვის გამოყო 423.600 აშშ დოლარი. ეს თანხა გაიხარჯა თბილისისა და ქუთაისის საავადმყოფოების ფუნქციური პროგრამის მომზადებაზე, ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მეთოდების განვითარების, პროექტის დადგენისა და მონიტორინგის სისტემის შესაქმნელად.

პროექტის ბიუჯეტიდან დღეისათვის ათვისებული თანხის განაწილების სქემა ასეთია: უცხოური ტექნიკური დახმარება – 150.000 აშშ დოლარი, საოფისე აღჭურვილობა – 89.000 დოლარი, კადრების ტრენინგი უცხოეთში – 35.000 დოლარი, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროგრამა – 92.000 დოლარი, ადგილობრივი ტექნიკური დახმარება – 90.000 დოლარი და პროექტის შტატი – 52.000 დოლარი.

ნება მიბოძეთ, მოკლედ შევეხო პროექტის განხორციელების დაწყებიდან დღემდე შესრულებულ სამუშაოებს.

შექმნილია და დანერგვის პროცესშია პროექტის ფინანსური მართვის ავტომატიზებული სისტემა, რომლის უპირატესობა მდგომარეობს საერთაშორისო და ადგილობრივი, ერთმანეთისაგან საკმაოდ განსხვავებული საბუღალტრო აღრიცხვის სისტემათა ურთიერთშეჯერებაში.

მომზადდა და ამჟამად ხორციელდება ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამა. საკონკურსო წესით გაიცა გრანტები იმ პროექტების

დასაფინანსებლად, რომელთა ძირითადი თემატიკაა ჩიყვის, ონკოლოგიური დაავადებების, ნარკომანიის პრევენცია, ასევე, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა. საგულისხმოა, რომ კონკურსის შედეგად აღნიშნული გრანტების მიმღებები აღმოჩნდნენ როგორც სახელმწიფო უწყებები, ისე არასამთავრობო და კერძო დაწესებულებები. საერთო ჯამში, გარდა ძირითადი შედეგის მიღწევისა, აღნიშნულმა ღონისძიებამ სამოცდაათამდე ახალი სამუშაო ადგილი შექმნა.

ურბანიზაციისა და მშენებლობის სამინისტროსთან ერთად მიმდინარეობს მუშაობა სამედიცინო დაწესებულებათა ახალი სამშენებლო სტანდარტების შესაქმნელად. ის ობიექტები, რომელთა რეაბილიტაციაც გათვალისწინებულია პროექტის ეგიდით, და ყოველი ახალი სამედიცინო ობიექტი სწორედ ახალი, საერთაშორისო სამშენებლო სტანდარტების მიხედვით აიგება.

ექსპერტებთან ერთად შემუშავებულია სამედიცინო და საექთნო სკოლებისა და სამედიცინო პერსონალის აკრედიტაციისა ლიცენზირების დაწესებისთვის საჭირო საკანონმდებლო ბაზა.

სამედიცინო განათლების სტრუქტურულ ცვლილებებთან დაკავშირებით აქცენტი კეთდება ოჯახის ექიმის კონცეფციის შემუშავებაზე. ამ მიმართულებით პროექტი თანამშრომლობს დიდი ბრიტანეთის „ნოუ-ჰაუ ფონდთან“. გათვალისწინებულია თბილისის რიგ პოლიკლინიკებში ოჯახის ექიმთა გადამზადების ცენტრების ორგანიზება.

სამედიცინო განათლების რეფორმების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მომენტი რეზიდენტურის სისტემის დანერგვა. პროექტის ეგიდით გათვალისწინებულია პედიატრიასა და მეან-გინეკოლოგიაში სარეზიდენტო პროგრამების მომზადება. საქართველოს სარეზიდენტის ბრძანებულების თანახმად, მზადდება და ივლისის თვეში წარმოდგენილი იქნება სამედიცინო განათლების განვითარების კონცეფცია.

პროექტის ეგიდით მნიშვნელოვანი სამუშაო ჩატარდა საკანონმდებლო ბაზის მომზადებაშიც: დამუშავდა კანონები „სამედიცინო დაზღვევისა“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. ამჟამად მზადდება სამედიცინო დაზღვევის კანონქვემდებარე აქტები და სარეგულაციო მექანიზმები როგორც სახელმწიფო, ასევე, კერძო სამედიცინო დაზღვევისთვის. მძლავრ

საკონსულტაციო დახმარებას იღებს სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანია. ჩვენთან ერთდ რეგულარულად მუშაობენ ნიდერლანდელი ექსპერტები, რომლებიც გვეხმარებიან სადაზღვევო კომპანიის სტრუქტურულ განვითარებაში, სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების გაანალიზებაში, სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების ალტერნატიული მეთოდების დამუშავებაში. დაგეგმილია საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიისა და ნიდერლანდების ანალოგიურ საფინანსო ორგანიზაციას შორის ხანგრძლივი პარტნიორული პროგრამის დაწყება, რომელსაც ნიდერლანდების მთავრობა დააფინანსებს.

მზადდება სასწავლო პროგრამა ჯანდაცვის მენეჯმენტისა და ადმინისტრირების მიმართულებით. ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრში მიმდინარე წლის სექტემბრიდან დაიწყება კვალიფიკაციის ასამაღლებელი გადამზადების კურსები ჯანდაცვის მენეჯერთათვის. ასევე, გათვალისწინებულია ამავე დარგში მაგისტრის ხარისხის სასწავლო პროგრამის მომზადება.

აღნიშნულ პერიოდში საკმაოდ ინტენსიურად ვაგზავნით ადგილობრივ კადრებს სტაჟირებისთვის საზღვარგარეთ, კვალიფიკაციის ამღლების მიზნით. ამ მხრივ საშუალება გვაქვს, მონაწილეობა მივიღოთ მსოფლიოს საუკეთესო უნივერსიტეტების მიერ ორგანიზებულ სასწავლო ტურებში. სექტემბრის თვიდან ოთხი კანდიდატი გაიგზავნება გრძელვადიან სტაჟირებაზე ჯანდაცვის მენეჯმენტის, ჯანდაცვის ეკონომიკის, დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციისა და დაავადებათა პრევენციის განხრით მაგისტრის ხარისხის მოსაპოვებლად.

გარდა ამისა, ჩასატარებელია საინვესტიციო ხასიათის სამუშაოებიც, როგორცაა მთელი რიგი დაწესებულებების სამშენებლო-სარემონტო სამუშაოები. კერძოდ, მიმდინარეობს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარების დეპარტამენტების, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის და სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის როგორც ცენტრალური, ასევე რეგიონული ფილიალების ოფისების კეთილმოწყობა. დაწყებულია მათი კომპიუტერული და საოფისე ტექნიკით აღჭურვა და ელექტრო-გენერატორებით მომარაგება. ჩატარდა ტენდერი და ივლისის თვიდან დაიწყება სამშენებლო სამუშაოები ცაგერის რაიონულ საავადმყოფოში. ამჟამად მიმდინარეობს საერთაშორისო ტენდერი

თბილისისა და ქუთაისის საავადმყოფოების არქიტექტორული დაგეგმარებისთვის.

პროექტის მიმდინარეობის შესახებ ინფორმაციას პერიოდულად იხილავს პროექტის სამეთვალყურეო კომიტეტი, რომლის შემადგენლობაში შედიან როგორც საკანონმდებლო, ასევე აღმასრულებელი ხელისუფლების წარმომადგენლები.

ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე რეფორმებისთვის მსოფლიო ბანკის პროექტის მნიშვნელობაზე მეტყველებს ის ფაქტიც, რომ საქართველოს მთავრობასა და მსოფლიო ბანკს შორის მიღწეულია შეთანხმება 1997 წლიდან ჯანდაცვის მეორე პროექტის მომზადების შესახებ, რომლისთვისაც გრანტის სახით უკვე გამოყოფილია 500 ათასი აშშ-ის დოლარის ოდენობის თანხა. დღევანდელ ეტაპზე ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა ქვეყანაში სადაზღვევო მედიცინის განვითარების დაჩქარება და ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის სამხარეო პრინციპების ამოქმედება.

ცნობილია, რომ ნორმალური სამედიცინო დახმარების ოპტიმალური მოცულობაა არანაკლებ 300-500 ათასი მოსახლე, რასაც, სამწუხაროდ, ქვეყნის ადმინისტრაციული რაიონების მასშტაბები ვერ აკმაყოფილებს. ამიტომაც საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 30 მარტის N158 ბრძანებულების საფუძველზე დავიწყეთ ჯანმრთელობის დაცვის რაიონული და საქალაქო პროგრამების გაფართოება რეგიონების დონეზე. შესაბამისად, მოხდება ფინანსური სახსრების კონცენტრაცია, რაც მოგვცემს ჯანდაცვის ორსაფეხურიან სისტემაზე გადასვლის საშუალებას. პირველ საფეხურზე – რაიონი, ქალაქი – განხორციელდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები და გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება, ხოლო მეორე დონეზე – რეგიონის მასშტაბით შესაძლებელი გახდება სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების განვითარება. მომავალში ეს მიმართულებები ძირითადად განხორციელდება სადაზღვევო პრინციპებით, რაც მოგვცემს სამედიცინო მომსახურების კონკრეტულ პირამდე მიტანის საშუალებას.

მსოფლიო ბანკის მეორე პროექტი ლოგიკური გაგრძელება იქნება პირველი პროექტისა და კვლავაც მხარს დაუჭერს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის განვითარებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ივლისის თვის ბოლოს გეგმავს წარმომადგენლობითი კონფერენციის ჩატარებას, რომელშიც მონაწილეობას მიიღებენ როგორც სამთავრობო უწყებებისა და სამედიცინო საზოგადოების, ასევე უცხოურ ორგანიზაციათა წარმომადგენლები. კონფერენცია განიხილავს იმ პრიორიტეტულ მიმართულებებს, რომლებზეც ყურადღება გამახვილდება მსოფლიო ბანკის მეორე პროექტის მომზადებისას.

ვსარგებლობ შემთხვევით და აქ დამსწრეთ საიმოვნებით გიწვევთ აღნიშნულ ღონისძიებაზე. ჩვენი სურვილია, რომ ყველა ჩვენგანის აზრის გათვალისწინებით შევიმუშაოთ საერთო კონცეფცია და დავსახოთ მისი განხორციელების გეგმა, რომელიც სასარგებლო იქნება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შემდგომი განვითარებისათვის.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

განათლების თათბირ-სემინარი

1997 წლის 4 ივლისი

სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
პატივცემულო მთავრობის წევრებო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

ჩვენი დღევანდელი თათბირ-სემინარის ძირითადი თემა სამედიცინო განათლებას ეხება. ეს პრობლემა მით უფრო აქტუალურია დღეს, როდესაც უკვე მოახლოვდა უმაღლეს სასწავლებლებში მისაღები გამოცდების დრო და აღნიშნული საკითხების შესახებ მსჯელობა განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს სახელმწიფოსა და საზოგადოებისგან. ამასთანავე, სამედიცინო განათლების სრულყოფა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესის მიმდინარე, მესამე ეტაპის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა და ის ქვეყნის რადიკალური რეფორმისტული გარდაქმნების პროგრამის შემადგენელ ელემენტად იქცევა.

კარგად გვაქვს გაცნობიერებული, რომ საქართველოსთვის სამედიცინო განათლება გაცილებით მეტია, ვიდრე ერთი, თუნდაც მნიშვნელოვანი და პრესტიჟული, პროფესიის დაუფლების სისტემა. მას კლასიკური საფუძველი, მართალია, 1918 წელს ჩაეყარა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის სახით, მაგრამ მისი ფესვები გაცილებით ღრმაა და იგი ჩვენი ერის ისტორიის შორეულ წარსულში – ლეგენდარული მედეადან, ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილისა და მათი მრავალრიცხოვანი თანამოაზრეებიდან იღებს სათავეს. ამიტომაცაა, რომ ქართული მედიცინა არა მარტო ადამიანისადმი სამედიცინო დახმარების ხელოვნებაა, არამედ ჩვენი ერის კულტურის უმნიშვნელოვანესი ნაწილია.

სამედიცინო განათლების საკითხის განსაკუთრებული მნიშვნელობიდან გამომდინარე, 1997 წლის 2 აპრილს ჩატარებულ მთავრობის სხდომაზე ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ მიიღო დავალება, შეემუშავებინა სამედიცინო განათლების განვითარების ხუთწლიანი სახელმწიფო პროგრამა.

ჩვენ სხვა დაინტერესებულ უწყებებთან ერთად ვიმუშავებთ საქართველოს პრეზიდენტის დავალების შესასრულებლად და დღეს თქვენდამი მოწოდებულ დოკუმენტთა პაკეტში წარმოდგენილია საქართველოს სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარების პროგრამა, კანონპროექტი სამედიცინო და ფარმაცევტული განათლების შესახებ, „უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო და ფარმაცევტული პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიკატისა და სახელმწიფო ლიცენზიის მინიჭების შესახებ“ დებულების პროექტი, ექიმთა და ფარმაცევტთა სპეციალობების ნუსხა და „ზოგად და დარგობრივ რეზიდენტურაში სამედიცინო კადრების პროფესიული მზადების შესახებ“ დებულების პროექტი. ყველა ეს საკითხი უკანასკნელ თვეებში დიდი მსჯელობის საგანი იყო. დღეს ისინი კიდევ ერთხელ გამოგვაქვს ფართო სამედიცინო საზოგადოების სამსჯავროზე, რათა უახლოეს ხანში მოხდეს მათი დამტკიცება საქართველოს პრეზიდენტის შესაბამისი ნორმატიული აქტებით.

დღეს მუშაობა გვიწევს ქვეყნისთვის უაღრესად მნიშვნელოვან პირობებში: იცვლება საზოგადოებრივი ურთიერთობები, რაც გვაიძულებს ბევრ საკითხში შევცვალოთ ჩამოყალიბებული სტერეოტიპები და მენტალიტეტი. მწირია ჩვენი შესაძლებლობები მოთხოვნილებებთან შედარებით, მაგრამ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში სწორედ საქართველოს პრეზიდენტის ხელდასმით გამოიკვეთა ორი უმთავრესი მიზანი – მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცებასთან ერთად უნდა ვიზრუნოთ ქართული მედიცინის ღირებული და ფასეული ნაწილის გადარჩენისა და განვითარებისთვის.

ამ უკანასკნელი მიზნის მისაღწევად აუცილებელია საქართველოს სამედიცინო განათლების არსებული სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია.

საქართველოში მოქმედი ძველი კონსტიტუციების სხვადასხვა რედაქციაში მრავალ სხვა საკითხთან ერთად გამოკვეთილი იყო პუნქტი, რომლის მიხედვითაც ადამიანს უფლება ჰქონდა ჯანმრთელობის დაცვისა, რომელიც უნდა უზრუნველყო სახელმწიფოს. სინამდვილეში ეს თეზისი სხვა არაფერს ნიშნავდა, თუ არა იმას, რომ ადამიანს არ ჰქონდა საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის არავითარი ვალდებულება – მას მორჩილად უნდა შეესრულებინა სახელმწიფოს მითითები თუ ვისთვის, სად და როდის უნდა მიემართა ჯანმრთელობის პრობლემების გაჩენის შემთხვევაში. ასე აღმოჩნდა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში (ადამიანი, საზოგადოება, სახელმწიფო) მისი მთავარი ნაწილი – ადამიანი – სრულიად უფუნქციო. ის არაფერზე არ იყო პასუხისმგებელი, მასზე ყველა ეტაპზე სახელმწიფოსგან იყო განპიროვნებული ფიზიკური თუ იურიდიული პირი, რომელსაც უნდა გაერკვია მისი მდგომარეობა და მიეღო სათანადო გადაწყვეტილებები ადამიანის სიცოცხლის მთელ პერიოდში – დაბადებიდან სიკვდილამდე. ამგვარ პირობებში სახელმწიფოს თავი არ მიაჩნდა ვალდებულად ეთქვა ადამიანისთვის თუ მის მიერ განსაზღვრული ღონისძიებები რამდენად ფარავდა ამ ადამიანის საჭიროებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია, რომელიც ქვეყნის უმაღლესი ხელისუფლების გაბედული გადაწყვეტილების შედეგია სწორედ ამ პოლიტიკის კარდინალურ შეცვლას ისახავდა მიზნად.

ორი წლის წინათ, 1995 წლის 10 აგვისტოს დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის პრაქტიკული დანერგვა. მოდელი უზრუნველყოფს ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისაგან თავისუფალი სისტემის ჩამოყალიბებას, რომელიც ეყრდნობა შემდეგ პრინციპულ მოთხოვნებს:

- მაქსიმალურად თავისუფლდება სახელმწიფოებრივი მართვის ადმინისტრაციული ფორმებისგან;
- სახელმწიფო საკუთრებაში რჩება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაწესებულებები, რომლებიც შექმნილია უშუალოდ სახელმწიფო ფუნქციების აღსასრულებლად ან რომელთა არსებობის ეკონომიკური პირობების უზრუნველყოფა შეუძლებელია რომელიმე სხვა ორგანიზაციული ფორმით;
- ქვეყანაში ნებისმიერი იურიდიული ან ფიზიკური პირის სამედიცინო საქმიანობას არეგულირებს სახელმწიფო;
- ქვეყნის ტერიტორიაზე მოქმედი და სამედიცინო საქმიანობით დაკავებული ნებისმიერი სუბიექტი, განურჩევლად საკუთრების ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა, თანაბრად ანგარიშვალდებულია სახელმწიფოსთან.

ამ მოთხოვნების რეალიზება, მიუხედავად ჯერ კიდევ არსებული მრავალი პრობლემისა, ამკვიდრებს სისტემას, რომლითაც უზრუნველყოფილი იქნება:

- სამედიცინო მომსახურების საფასურის ანაზღაურება მისი საზოგადოებრივად სასარგებლო ხასიათისა და დანახარჯების შესაბამისად;
- სამკურნალო დაწესებულებებისა და მკურნალის თავისუფალი არჩევა;
- სამედიცინო დახმარების სფეროში თავისუფალი კონკურენციის პირობების შექმნა.

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის ჩამოყალიბება დაეფუძნა შესაბამის სამართლებრივ ბაზას. მიღებულია რიგი კანონებისა, კერძოდ: სამედიცინო გადასახადების შესახებ; ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციისთვის გადასახადის შესახებ; კანონები, რომლებიც არეგულირებს სპეციფიკურ ურთიერთობებს სამედიცინო დახმარების ცალკეულ დარგებში – შიდსი, დონორობა, ფსიქიატრია; კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის და კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ. შემუშავებულია და მთავრობის სხდომაზე განსახილველად საქართველოს მზად არის კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ; კანონი სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების შესახებ; კანონი სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებებისა და სამედიცინო საშუალებების ლეგალური ბრუნვის შესახებ; კანონი სამედიცინო განათლების შესახებ; კანონი ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილებისა და ქსოვილების აღების, შენახვისა და გადანერგვის შესახებ. გამოცემულია საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ხუთი ბრძანებულება, საქართველოს პრეზიდენტის თერთმეტი ბრძანებულება და ერთი განკარგულება, მზად არის კიდევ სამი ბრძანებულება; გამოცემულია მინისტრთა კაბინეტის რვა დადგენილება, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ბრძანებები, რომლებიც არეგულირებს ამ სფეროს ურთიერთობებს.

სამედიცინო დარგში შრომის ანაზღაურება ხორციელდება სახელშეკრულებო პრინციპებით. არსებითად შეიცვალა სისტემის დაფინანსების წესი და მეთოდები – დარგი გადავიდა პროგრამულ და პროგრამულ-მიზნობრივ დაფინანსებაზე. ნარჩენი წესით ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების ნაცვლად, რაც კონკრეტული ხარჯების დაფარვას გულისხმობდა, დაიწყო კონკრეტულად შესრულებული სამუშაოების ანაზღაურება, რამაც შესაძლებელი გახადა, ამოქმედებულიყო პრიორიტეტულ სამუშაოთა შერჩევის მექანიზმი, რასაც დაეყრდნო სახელმწიფოს ვალდებულებების

დაკონკრეტება და მათი დაბალანსება სახელმწიფოს რეალურ შესაძლებლობებთან; მკვეთრად გაიმიჯნა სახელმწიფო ვალდებულებები მმართველობის იერარქიულ საფეხურებზე სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების სახით.

შემუშავდა და ამოქმედდა 2000-მდე ნოზოლოგიის სტანდარტი, გაანგარიშდა მათი ტარიფები, რითაც დადგინდა სამედიცინო მომსახურების უნიფიცირებული ღირებულებითი პარამეტრები, რაც უდავოდ მნიშვნელოვანი წინ გადადგმული ნაბიჯი იყო. ცხოვრებამ პრაქტიკულად დაამტკიცა შემუშავებული ეკონომიკური მექანიზმების სიცოცხლისუნარიანობა.

მიმდინარეობს „ველური“ ფარმაცევტული ბაზრის მოწესრიგება და რეგულირება, ჩამოყალიბდა ფარმაციის მართვისა და კოორდინირების სახელმწიფო სისტემა.

დარგის დეცენტრალიზაციის პროცესში ქვეყანაში გამოიყო 14 რეგიონი (თბილისისა და ფოთის ჩათვლით); შეიქმნა ჯანდაცვის მართვის სამხარეო ცენტრები, რომელთაც გადაეცა მართვის ფუნქციები; შემუშავებულია სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზების ორწლიანი პროგრამა; აკრედიტაცია-ლიცენზირების პროცესში რეგისტრირებული და აკრედიტებულია 1000-ზე მეტი სახაზინო და კერძო სამკურნალო დაწესებულება. ამჟამად მიმდინარეობს მათი ლიცენზირება.

რეორიენტაციის ამ ეტაპზე განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება საქართველოს პრეზიდენტის 1997წ. 30 მარტის ბრძანებულებას, რომელიც მიზნად ისახავს მიმდინარე რეფორმების ეკონომიკური მექანიზმების სრულყოფას, მათ შორის, ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამხარეო მოწყობას.

ჯანმრთელობის დაცვის რეორიენტაციის ამჟამინდელი ეტაპის უმნიშვნელოვანესი, საკვანძო საკითხია მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების გადაყვანა სადაზღვევო პრინციპებზე, რისთვისაც შეიქმნა სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანია. სადაზღვევო პროგრამებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მათი სოციალური ორიენტაციის გამო. ამ პროგრამებს მიეკუთვნება: უმწეოთა სამედიცინო დაზღვევის

სპეციალური პროგრამა, უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა, ფთიზიატრიული და ფსიქიატრიული პაციენტების მკურნალობის პროგრამა, ონკოლოგიურ ავადმყოფთა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამა.

დიდი ცვლილებები მოხდა სამედიცინო მეცნიერების მიმართულებითაც, რასაც საფუძველი ჩაუყარა საქართველოს პრეზიდენტის 1996 წლის 11 ივნისის ბრძანებულებამ, რომლითაც რადიკალურად შეიცვალა სამედიცინო მეცნიერების დაფინანსების მექანიზმი – ცენტრალიზებული ფორმიდან გრანტულ პრინციპზე გადასვლით. მინდა, აღვნიშნო ის გარემოებაც, რომ ჩვენ ერთ-ერთმა პირველებმა დავიწყეთ გრანტული პრინციპის გამოყენება მეცნიერების დაფინანსებისთვის. 1996 წლის სექტემბერში გამოცხადდა კონკურსი, რომელიც ორ ეტაპად ჩატარდა და 1997 წლისთვის შეირჩა 62 თემა ქვეყნისათვის პრიორიტეტული მიმართულებებით. საქართველოს პრეზიდენტის დავალებით ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო მიმდინარე წლის შემოდგომისთვის ამზადებს ანალოგიურ თათბირს, სადაც ჩვენ მოგახსენებთ ქართული სამედიცინო მეცნიერების განვითარების შესახებ და წარმოგიდგინებთ სამედიცინო მეცნიერების განვითარების 3-5 წლიან პროგრამას.

ჯანდაცვის ორგანიზაციის და მართვის თვისებრივად ახალი მოდელი, რომელშიც შერწყმულია მსოფლიოს საუკეთესი გამოცდილება და საქართველოს სპეციფიკური თავისებურებები, პრაქტიკული აპრობაციის პროცესში ძირითადად ამართლებს თავის დანიშნულებას და ქვეყანაში ინერგება ახალი ტიპის, ცივილიზებული სამყაროსთვის დამახასიათებელი საზოგადოებრივი ურთიერთობები, რამაც თავისი პირველი ეკონომიკური და სოციალური შედეგები უკვე გამოიღო. ყოველივე ეს საფუძვლიანი კვლევისა და ანალიზის საგანია და ის მეტ დროს საჭიროებს. თუმცა რამდენიმე ძირითადი შედეგი შეიძლება ახლავე დაფიქსირდეს:

1. პროგრამულ მართვაზე გადასვლამ შესაძლებელი გახადა პრიორიტეტული პრობლემების ცალკე გამოყოფა და არსებული რესურსების მობილიზება მათ გადასაჭრელად, რის შედეგადაც აღდგა იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვი, რამაც პრაქტიკულად შეაჩერა ინფექციური დაავადებების გავრცელების პროცესი; მართვადი გახდა ისეთი სოციალურად საშიში დაავადებების გავრცელება, როგორცაა ტუბერკულოზი და ფსიქიკური დაავადებები; მოხდა მცირეწლოვან

ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტულობის უზრუნველყოფა; უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის გამოყოფა და მათთვის პრიორიტეტის დაწესება;

2. პრაქტიკულად მართვადი გახდა „ველური“ სამედიცინო ბაზარი;
3. ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაში თანაგადახდის წესით ჩაება ყველა მომხმარებელი;
4. სამედიცინო დაწესებულებებმა მოიპოვეს სამეურნეო დამოუკიდებულება;
5. მკურნალობის პროცესი გახდა უნიციფირებული, რამაც მოგვცა მათი ხარისხის კონტროლის შესაძლებლობა; სულ უფრო იმატა დაიწყო მკურნალობის ინტენსიური მეთოდების დანერგვამ;
6. დაჩქარდა სამედიცინო დაწესებულებებისა და ცალკეული მუშაკების დაფარული შემოსავლების ლეგალიზების ტემპი.

ამგვარად, რეფორმის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს ადამიანური რესურსები და მათთან დაკავშირებული სამედიცინო განათლების სისტემის ძირეული რეორგანიზების აუცილებლობა, რათა სამედიცინო კადრების მომზადებისა და პროფესიული დახელოვნების სისტემა შესაბამისობაში მოვიდეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეალურ მოთხოვნილებებთან.

საქართველოში ამჟამად არსებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემა ვერ პასუხობს თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებს და დღევანდელი მზარდ მოთხოვნებს. ახლო წარსულში სამედიცინო პროფესიის პრესტიჟულობამ, დიპლომის (და შესაბამისად, საექიმო მოღვაწეობის უფლების) მიღების სიმარტივემ და პროფესიული დახელოვნების სისტემაში არსებულმა ნაკლოვანებებმა გამოიწვია საექიმო კადრების სიჭარბე და შედარებით დაბალი კვალიფიკაცია.

1991 წლამდე საქართველოში არსებობდა მხოლოდ ერთი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი, რომელშიც მისაღებ გამოცდებზე კონკურსი საკმაოდ მაღალი იყო.

სწორედ უმაღლესი სამედიცინო განათლების არსებულმა სისტემამ გამოიწვია ექიმთა როგორც საერთო რაოდენობის, ისე ვიწრო სპეციალისტთა სიმრავლე

და საკმაოდ დიდი დისბალანსი ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა და სპეციალისტთა შორის. მაგალითად, საერთაშორისო პრაქტიკით ექიმთა საერთო რაოდენობაში ზოგადი პრაქტიკისა და ოჯახის ექიმთა წილი 50-60%-ია, ჩვენთან პირიქით – ექიმთა 70% ვიწრო სპეციალისტია და ზოგადი პრაქტიკის ექიმები შეადგენენ მხოლოდ 30%-ს, მაშინ, როდესაც სწორედ ეს უკანასკნელები უნდა აწარმოებდნენ პირველად სამედიცინო მომსახურებას, რაც განსაკუთრებით ეფექტურს ხდის და შედარებით აიაფეს მთლიანად სამედიცინო მომსახურებას. ამიტომაც არის, რომ მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთი ქვაკუთხედაა პირველად ჯანდაცვასა და ოჯახის ექიმებზე ორიენტირებულ სისტემაზე თანდათანობითი გადასვლა.

1988 წლის მონაცემებით საქართველოში მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სისტემაში მუშაობდა 23 916 ექიმი, 1994 წელს მათი რიცხვი 22 578-მდე, ხოლო 1995 წელს 21 186-მდე შემცირდა. მიუხედავად დასაქმებული ექიმების რაოდენობის კლებისა, დღეისათვის 10 ათას მოსახლეზე გადაანგარიშებით მათი რიცხვი 1,8-ჯერ აღემატება გერმანიის, 1,9-ჯერ აშშ-ის, 2,2-ჯერ კანადის და 4,8-ჯერ დიდი ბრიტანეთის შესაბამის მაჩვენებლებს. ეს შეფარდება კიდევ მეტი იქნება, თუ გავითვალისწინებთ უწყებრივ სამედიცინო სამსახურებსაც (ტრანსპორტის, თავდაცვის, შინაგან საქმეთა და უშიშროების სამინისტროები).

ზემოაღწერილი მდგომარეობა კიდევ უფრო გაართულა უკანასკნელ წლებში სამედიცინო სასწავლებლებისა და მათში მოსწავლე კონტინენტის მოზღვავებულმა რაოდენობამ.

პოლიტიკური კატაკლიზმების პერიოდში ხელისუფლებაზე წნეხის განხორციელებით მკვეთრად გაიზარდა უმაღლეს სასწავლებლებში ჩარიცხულ აბიტურიენტთა რაოდენობა. 1989 წელს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში ჩაირიცხა 1400-მდე აბიტურიენტი (პრაქტიკულად ყველა, ვინც მისაღებ გამოცდებზე დადებითი შეფასება მიიღო). 1990 წელს სამედიცინო ინსტიტუტის მოსამზადებელი განყოფილების 1300-მდე კურსდამთავრებული, რომლებმაც მისაღებ გამოცდებზე მიიღეს უარყოფითი შეფასება, ჩაირიცხა თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში, რომელსაც მანამდე დიპლომამდელი სწავლების არავითარი გამოცდილება არ ჰქონია.

1991 წლის 14 ივნისს საქართველოს კონსტიტუციაში ცვლილებები შევიდა და საქართველოს უზენაესმა საბჭომ მიიღო დადგენილება და დაამტკიცა დებულება „საქართველოს რესპუბლიკაში ფასიანი სასწავლებლების შესახებ“, რომლის თანახმადაც გაჩნდა კერძო უმაღლესი სასწავლებლების გახსნის შესაძლებლობა.

საქართველოს პარლამენტის 1994 წლის 17 მარტის N435 დადგენილებით „საქართველოს რესპუბლიკის არასახელმწიფო საერო სასწავლებლების შესახებ“ გაუქმდა ზემოხსენებული დადგენილება და გადაწყდა, რომ შექმნილიყო საერო სასწავლებლების საატესტაციო და სააკრედიტაციო კომისიის დებულება და შესაბამისი კომისია. კომისია შეიქმნა, დებულება შემუშავდა, მაგრამ არ ჩატარებულა საერო სასწავლებლების ატესტაცია-აკრედიტაცია და, ამდენად, მათი სტატუსი დღესაც გადაუწყვეტელი რჩება.

საქართველოს პრეზიდენტის 1996 წლის 11 ივნისის N379 ბრძანებულებით „საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“ დაიწყო უმაღლესი სამედიცინო განათლების ოპტიმიზაციის პროცესი. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ვფიქრობთ, ერთ-ერთი პირველი უწყებაა, რომელმაც ხელი მოჰკიდა ამ რთული და მეტად ფაქიზი პრობლემის შესწავლასა და მოწესრიგებას. აღსანიშნავია, რომ N379 ბრძანებულებაში მოყვანილი პუნქტების ძირითადი ნაწილი, რომელიც შეეხებოდა უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში მიმდინარე პროცესების დარეგულირებას, საქართველოს მინისტრთა კაბინეტს ჯერ კიდევ 1995 წლის ივლისში წარედგინა, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის დოკუმენტების პაკეტის ნაწილი. სამწუხაროდ, მაშინდელმა მინისტრთა კაბინეტმა სხვადასხვა სუბიექტური მოსაზრებით, ამოიღო ნაწილი, რომელიც განათლებას ეხებოდა; შედეგად – მთელი ერთი წლით გადაიდო სამედიცინო განათლებაში არსებული პრობლემების მოწესრიგების დაწყება.

სამედიცინო განათლების სისტემაში არსებული მდგომარეობიდან გამომდინარე, გადასაწყვეტი გვექონდა შემდეგი პრობლემები:

- საერო სასწავლებლებში ამ ეტაპზე გასაცემი დიპლომების სახე;
- 5 და 7 წლიანი სასწავლებლების კურსდამთავრებულთა უფლებები;
- ერთიანი სასერტიფიკაციო და სალიცენზიო გამოცდის დამკვიდრება;
- მისაღები და რეზიდენტურის ადგილების ლიმიტირება;

- მისაღები კონტინგენტის ეტაპობრივი დაყვანა ოპტიმალურ რაოდენობამდე;
- ნაადრევი სპეციალიზაცია და ფაკულტეტების სიმრავლე;
- არაკრედიტიბული სასწავლებლების სტუდენტების ბედი.

ნება მომეცით, მოკლედ შევჩერდე, რა გაკეთდა ამ პრობლემების მოსაწესრიგებლად და შემოგთავაზოთ ჩვენი წინადადებები ზოგიერთის გადასაწყვეტად.

ერთ-ერთი საკვანძო საკითხია – უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების ატესტაცია-აკრედიტაციის პროცესი, რადგან პრეზიდენტის ბრძანებულებით გათვალისწინებული თითქმის ყველა საკითხის მართებული და დროული გადაწყვეტა სწორედ ამ პროცესის გამართულად და მაღალ დონეზე ჩატარებასა და მიღებულ შედეგებზეა დამოკიდებული.

საქართველოს პრეზიდენტის N379 ბრძანებულების საფუძველზე 1996 წლის ნოემბრიდან დაიწყო სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ატესტაცია-აკრედიტაციის პროცესი. საქმიანობა დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სამინისტროების ერთობლივმა სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების საატესტაციო და სააკრედიტაციო კომისიამ.

ატესტაციის პროცესის დაწყებისთვის განათლების სამინისტროში ლიცენზირებული იყო 58 უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი. თვითშეფასების კითხვარზე პასუხები კომისიაში შემოიტანა 54 სასწავლებელმა, რომლებშიც სულ 14 857 სტუდენტი სწავლობს (აქედან I კურსზე – 3 780), მათ შორის 77% ქალია, 23% კი – ვაჟი.

ევროპისა და ამერიკის სხვადასხვა ქვეყნის სამედიცინო განათლების სისტემების სტრუქტურის ანალიზის შედეგებისა და ევროგაერთიანების რეკომენდაციების მიხედვით, რომელიც ეყრდნობა ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობას, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას ნორმალური ფუნქციონირებისათვის ყოველწლიურად ესაჭიროება 400-მდე ახალი ექიმი.

სასწავლებლების უმრავლესობაში მისაღებ გამოცდებს ფორმალური ხასიათი აქვს, 1996 წლის მისაღები გამოცდების კონკურსის მაჩვენებლებით ერთ ადგილზე კანდიდატთა რაოდენობა საშუალოდ 1,2-დან 1,3-მდეა. მხოლოდ

უფასო სექტორზე, რომელიც ხუთ საერო ინსტიტუტს აქვს, კონკურსის მაჩვენებელი მისაღებ ადგილზე სამიდან ხუთმდე იყო.

სწავლების ღირებულების და მისი მინიმუმის დადგენის ერთიანი პოლიტიკის რაიმე წესი არ არსებობს. ფასწარმოქმნას სამედიცინო განათლების სისტემაში შესაბამისი ეკონომიკური ბაზისი არა აქვს. ამაზე მეტყველებს თუნდაც ის ფაქტი, რომ უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში სწავლების ღირებულება მერყეობს 120-დან 910 ლარამდე. აბიტურიენტთა მოზიდვის მიზნით ზოგიერთ საერო სასწავლებელში გამოცხადდა მიღება უფასო სექტორზე ან დაწესდა არარეალურად დემპინგური ფასები, რაც შემოსავლების დაფარვის ერთგვარი საშუალებაა და თან იმის მანიშნებელიც, რომ ფასწარმოქმნის მექანიზმი საჭიროებას რეგულირებასა და დახვეწას.

54 სასწავლებლიდან 36-ში ფუნქციონირებს სამკურნალო და სტომატოლოგიური ფაკულტეტები (66%), 10-ში – პედიატრიული (18%), 7-ში – ფარმაცევტული (12%), 4-ში – სამკურნალო-პროფილაქტიკური (7,4%), 3-ში – ბიოსამედიცინო ეკოლოგიური გენეტიკის (5,5%), 2-ში – სამედიცინო კიბერნეტიკის (3,7%), თითოში კი სამხედრო-სამედიცინო, ფსიქოსომატური მედიცინისა და ფსიქოთერაპიის, სამედიცინო ბიოლოგიის, ფიტოთერაპიის, წყლის ბიორესურსებისა და აკვაკულტურისა (1,8%).

სამედიცინო სასწავლებლების უმრავლესობაში სწავლება მიმდინარეობს საბჭოთა ეპოქის უნიფიცირებული სასწავლო გეგმებისა და პროგრამების საფუძველზე შედგენილი საკუთარი სასწავლო გეგმებითა და პროგრამებით. თანამედროვე განვითარებული ქვეყნების სწავლების პროგრამების მიხედვით სასწავლო პროცესი მიმდინარეობს მხოლოდ რამდენიმე უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელში.

საქართველო – ევროპული ორიენტაციის ქვეყანაა, სულ მალე, ალბათ, ევროკავშირის წევრიც გახდება და, ამდენად, სხვა მრავალ პარამეტრთან ერთად ჩვენი საგანმანათლებლო პროგრამებიცა და მათი სწავლებისთვის საჭირო სახელმძღვანელოებიც ევროგაერთიანების მოთხოვნების მიხედვით უნდა შევიმუშაოთ. დღესდღეობით ეს ლიტერატურა ძირითადად ინგლისურენოვანია. ამდენად, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სასწავლო პროცესში ევროპული ენების მცოდნე ახალგაზრდა ნიჭიერი ექიმებისა და მეცნიერ მუშაკების მოზიდვას, მათ მასწავლებლებად

ჩამოყალიბებას, დღეს მოქმედ მასწავლებელთა გადამზადების სისტემის შექმნას.

პედაგოგიური პერსონალის შემადგენლობის შესწავლამ გამოავლინა, რომ 53 სასწავლებელში მუშაობს 2.486 ფიზიკური პირი; ერთსა და იმავე პირებს გაფორმებული აქვთ ხელშეკრულება რამდენიმე სასწავლებელთან და, ამდენად, სულ გაფორმებულია 4094 ხელშეკრულება. არიან ისეთებიც, რომლებიც სხვადასხვა სასწავლებელში ასწავლიან 9-10 და ზოგიერთ შემთხვევაში 17 საგანსაც კი. მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ თბილისში მცხოვრებ პედაგოგებს ხშირად, თბილისის სასწავლებლების გარდა, ხელშეკრულებები გაფორმებული აქვთ ქუთაისის, ბათუმის, ზუგდიდის და თელავის სასწავლებლებთან. სასწავლებლებში ძალზე მცირეა ძირითადი საშტატო განრიგით მომუშავე თანამშრომელთა რაოდენობა. ზოგიერთი სასწავლებლის ძირითადი შტატი მხოლოდ ბუღალტრით შემოიფარგლება. ყოველივე ეს, სხვას რომ თავი დავანებოთ, მეტყველებს სასწავლებლების აღმზრდელიობითი დანიშნულების უგულებელყოფაზე.

ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ სამედიცინო ინსტიტუტებს (ან უნივერსიტეტების სამკურნალო და სტომატოლოგიურ ფაკულტეტებს) ხშირად არაპროფესიონალები ხელმძღვანელობენ. 5 უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის რექტორს არა აქვს სამედიცინო განათლება, ხოლო 15 უმაღლესი სასწავლებლის სამედიცინო ფაკულტეტების დეკანები არ არიან შესაბამისი პროფილის სპეციალისტები, რომელთაგან ექვსს არა აქვს სამედიცინო განათლება. პედაგოგთა სპეციალობა ხშირად არ შეესაბამება იმ სასწავლო დისციპლინას, რომელსაც ისინი ასწავლიან.

ექვს არ იწვევს ის გარემოება, რომ შეუძლებელია ექიმის მომზადება მისი ავადმყოფთან კონტაქტის გარეშე. სასწავლებლების კლინიკურ ბაზებთან ხელშეკრულებების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ზოგიერთ წამყვან სამკურნალო დაწესებულებაში ერთდროულად სწავლობენ მრავალი სასწავლებლის სტუდენტები. 145 კლინიკურ ბაზას (რომელთა მნიშვნელოვანი ნაწილი მონოპროფილური სამკურნალო დაწესებულებაა, რომელშიც, პრაქტიკულად, მხოლოდ ერთი ან ორი საგნის სწავლებაა შესაძლებელი) გაფორმებული აქვს 968 ხელშეკრულება სხვადასხვა საგნის სწავლებაზე. თუ მხედველობაში მივიღებთ აღნიშნული სამედიცინო დაწესებულებების საწოლთა ფონდის დატვირთვას და მათ ბაზაზე ასეთი დიდი რაოდენობით სტუდენტების

სწავლებას, შეიძლება გამოვიტანოთ დასკვნა სტუდენტთა მომზადების პირობების ფაქტობრივად არარსებობის შესახებ.

ამჟამად მიმდინარე სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირების პროცესში თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელშიც სასწავლო პროცესი მიმდინარეობს, დაუწესდება სტუდენტთა ოპტიმალური რაოდენობების ლიმიტები, რაც, ერთი მხრივ, საგრძნობლად გაზრდის სტუდენტთა მომზადების დონეს, და, მეორე მხრივ, დაარეგულირებს კლინიკურ ბაზებთან დადებული ხელშეკრულებების რაოდენობას.

თითოეული სასწავლებლის შესწავლის შედეგად მიღებული ინფორმაციის დაწვრილებითი ანალიზის შემდეგ კომისიამ შეადგინა რეკომენდაციები ამ სასწავლებლების შემდგომი ფუნქციონირების მიზანშეწონილობისა და მისაღები კონტინგენტის ლიმიტირების თაობაზე. კომისიის გადაწყვეტილებით 9 სასწავლებელს გადაუვადდა ატესტაცია, რაც, სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ატესტაციისა და აკრედიტაციის დებულების შესაბამისად, ამ სასწავლებლებს დროებით, საექსპერტო კომისიის მიერ აღნუსხული ნაკლოვანებების გამოსწორებამდე უჩერებს კონტინგენტის მიღებას. ერთი სასწავლებელი საერთოდ ლიცენზიის გარეშე ფუნქციონირებდა და ამის გამო ატესტაცია არ ჩატარებია. ამგვარად, 1997 წელს 10 სასწავლებელი ვერ მიიღებს აბიტურიენტებს, დარჩენილ 44 სასწავლებელში მიღება შეწყდება 7 ფაკულტეტზე, 32 სასწავლებელს მიეცა სხვა სასწავლებელთან გაერთიანების რეკომენდაცია.

ყველა სასწავლებელს დაუწესდა მისაღები კონტინგენტის ლიმიტი, რომელიც საგრძნობლად ნაკლებია მათ მიერ 1996 წელს მიღებული სტუდენტების რაოდენობაზე. ლიმიტების გათვალისწინებით, 1997 წელს მისაღები კონტინგენტის რაოდენობა განსაზღვრულია 2300 ადგილით (3780 პირველკურსელი 1996 წელს), მათ შორის სამკურნალო ფაკულტეტზე 1831-ის ნაცვლად 1314 (კლება 28,2%), სტომატოლოგიურზე 1111-ის ნაცვლად 531 (კლება 52,2%), პედიატრიულზე 386-ის ნაცვლად 178 (კლება 53,9%), ფარმაციის ფაკულტეტზე 213-ის ნაცვლად 112 (კლება 47,4%) და პროფილაქტიკური მედიცინის ფაკულტეტზე 52-ის ნაცვლად 32 (კლება 38,5%). 1996 წლის მაჩვენებელთან შედარებით 1997 წლის ლიმიტით განსაზღვრულია მისაღები კონტინგენტის 39,2%-ით კლება.

კომისიის რეკომენდაცია იყო, რომ სწავლების მოწესრიგებისთვის საჭიროა სახელმწიფო საგანმანათლებლო სტანდარტების შემუშავება. ყოველწლიურად მისაღები გამოცდების აგვისტოში დამთავრება და სწავლების ერთდროულად დაწყება 1 სექტემბერს; სასწავლებლების ხელმძღვანელებად მხოლოდ შესაბამისი დარგის სპეციალისტთა დანიშვნა; ძირითად დისციპლინებში კათედრების არსებობა; ამავე დროს, სასურველია სწავლების მინიმალური ფასის განსაზღვრა. აღნიშნულიდან განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ სახელმწიფო საგანმანათლებლო სტანდარტების შემუშავებას, რომლებიც საფუძვლად უნდა დაედოს ატესტირებული სამედიცინო სასწავლებლების აკრედიტაციის პროცესს.

მინდა აღვნიშნო ერთი ფაქტიც: კომისიამ ბევრი იმსჯელა იმის თაობაზე თუ რა ბედი ელით საერო უმაღლესი სასწავლებლების სტუდენტებს, რომლებიც ამჟამად ამთავრებენ 5-6 კურსს. ჩვენ გვქონდა კონსულტაციები იუსტიციის სამინისტროსთან, რის შედეგადაც მივედით შეთანხმებამდე, რომ, ვინაიდან საქართველოს უზენაესი საბჭოს 1991 წლის 14 ივნისის დადგენილება „საქართველოს რესპუბლიკაში ფასიანი სასწავლებლების შესახებ“ გაუქმდა საქართველოს პარლამენტის 1994 წლის 17 მარტის დადგენილებით „საქართველოს რესპუბლიკის არასახელმწიფო საერო სასწავლებლების შესახებ“, საერო სასწავლებლებში 1994 წლამდე ჩარიცხულმა სტუდენტებმა სწავლება უნდა დაასრულონ სასწავლებლებთან გაფორმებული ხელშეკრულებების შესაბამისად. ამავე დროს, უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების 1997 წლის და შემდგომი წლების კურსდამთავრებულებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება მიეცემათ რეზიდენტურის დამთავრების და სახელმწიფო სალიცენზიო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ, ხოლო ორ- და სამეტაპიანი სამედიცინო განათლება ძალაში შევა მათთვის, ვინც ჩარიცხულია 1994 წლის შემდეგ.

თუ რა სახის დიპლომები და რა უფლებები ექნებათ ხუთ- და შვიდწლიანი სასწავლებლების კურსდამთავრებულებს, ვფიქრობთ, რომ ამ საკითხებს, ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების შესახებ კანონების გარდა, დაარეგულირებს ისეთი სპეციფიკური კანონი, როგორცაა კანონი სამედიცინო განათლების შესახებ, რომლის პროექტი დღეს არის წარმოდგენილი და ჩვენ სიამოვნებით მივიღებთ თქვენს შენიშვნებსა და წინადადებებს, რათა სექტემბერში შესაძლებელი გახდეს მისი შესაბამისი წესით მთავრობაში წარდგენა.

სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ხუთ- და შვიდწლიან (ანუ ორ- და სამეტაპიან) სასწავლებლებად დაყოფა გამოიწვია ჩვენი ქვეყნის სამედიცინო განათლების სისტემაში შექმნილმა არაორდინარულმა მდგომარეობამ და იგი გარკვეულწილად ხელოვნური და დროებითია. ასეთი დაყოფა მიზნად ისახავდა სტუდენტების ასეთი დიდი რაოდენობისთვის უკვე ხუთწლიანი სწავლების შემდეგ გარკვეული პროფესიული უფლებების მინიჭებას. მოგეხსენებათ, რომ საქართველოს კლინიკური ბაზები, მიუხედავად მათი სიჭარბისა, ვერ შეძლებს დაახლოებით 3.700 სტუდენტის მომზადებას ზოგად რეზიდენტურაში, ანუ მეექვსე და მეშვიდა კურსებზე.

დღეს ხუთ წელზე აკრედიტებული უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულებს, თუ მათ არ სურთ, კონკურსის წესით განაგრძონ სწავლა შვიდ წელზე აკრედიტირებულ სასწავლებელში ან ვერ გავლენ კონკურსში, ვფიქრობთ, უნდა ჰქონდეთ უფლება, იმუშაონ ლაბორატორიულ მედიცინაში, სამედიცინო მენეჯმენტში, აწარმოონ სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობა მედიცინის თეორიულ დარგებში და ასე შემდეგ, რაც შესაბამის ასახვას ჰპოვებს ჯანდაცვისა და სამედიცინო განათლების კანონებში.

რაც შეეხება შვიდ წელზე აკრედიტირებულ სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულებს, ისინი სახელმწიფო სასერტიფიკაციო-სალიცენზიო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ მიიღებენ დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლებას ზოგადი პრაქტიკის ექიმის პროფილით სამედიცინო მომსახურების პირველად ეტაპზე (ამბულატორია, პოლიკლინიკა, სასწრაფო დახმარება, მიმღების ექიმი და ასე შემდეგ).

ზოგადი და დარგობრივი რეზიდენტურების შემოღება მნიშვნელოვნად მოაწესრიგებს სამკურნალო ფაკულტეტის კურსდამთავრებულთა ნაადრევი სპეციალიზების საკითხს. რაც შეეხება სხვა ფაკულტეტებს, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია დროთა განმავლობაში მათი თანდათანობითი შერწყმა, რათა გარკვეული პერიოდის შემდეგ საქართველოშიც ფუნქციონირებდეს ექიმების მომზადების მსოფლიოში საყოველთაოდ მიღებული მოდელი.

რაც შეეხება არაკრედიტირებული სასწავლებლების სტუდენტებს, მათ უნდა მიეცეთ საშუალება, დაასრულონ ხუთწლიანი სამედიცინო განათლება შესაბამისი აკრედიტაციის მქონე სასწავლებელში (ანუ მოხდეს სტუდენტთა გადანაწილება), დამთავრების შემდეგ მათ მიეცემათ უფლება ერთიანი

კონკურსის საფუძველზე ჩაირიცხონ შვიდწლიან სწავლებაზე აკრედიტებულ სასწავლებლებში. ამდენად, საერო სასწავლებლებში მოსწავლე სტუდენტების უფლებები სრულად იქნება დაცული და ამის გარანტიად დგანან სახელმწიფო და პრეზიდენტი.

ამავე დროს, არ შეიძლება არ აღინიშნოს, რომ საერო სამედიცინო სასწავლებლების გახსნას გარკვეული დადებითი მხარეც ჰქონდა. კერძოდ, ჩამოყალიბდა რამდენიმე ინსტიტუტი სწავლების ორიგინალური პროგრამებითა და მეთოდებით, გაჩნდა კონკურენცია სასწავლებლებს შორის, სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებები ჩაერთო სწავლების პროცესში. და ბოლოს, ამ პროცესმა ხელი შეუწყო მაღალკვალიფიკურ პროფესორ-მასწავლებელთა კადრების შენარჩუნებას და მათ ფიზიკურ გადარჩენას ჩვენი ქვეყნისთვის მძიმე პერიოდში.

მაგალითისთვის გვინდა, მოვიყვანოთ არასახელმწიფო უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელთა შორის ერთ-ერთი პირველთაგანი – უმაღლესი სამედიცინო სკოლა „აიეტი“. თავისი მიზნებით, სწავლების სტრუქტურით, ორიგინალური პროგრამებითა და სასწავლო პროცესის მართვის მეთოდებით იგი არსებითად განსხვავდება საქართველოში არსებული ყველა სახელმწიფო თუ საერო სამედიცინო სასწავლებლისგან. უფრო დაწვრილებით „აიეტის“ შესახებ ბატონი დავით ტვილდიანი მოგახსენებთ, მე კი მხოლოდ აღვნიშნავ იმ ფაქტს, რომ „აიეტი“ ერთადერთი საერო სამედიცინო სასწავლებელია საქართველოში, რომელიც 1995 წლიდან რეგისტრირებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დირექტორატის ნუსხაში.

შევჩერდებით კიდევ ერთ საკითხზე, რომელიც ეხება სამედიცინო განათლების პრობლემებს მსოფლიო ბანკის ჯანდაცვის პროექტში, რადგანაც სამედიცინო განათლების სისტემის ეფექტურობის ამაღლება ამ პროექტის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულებაა.

ჯერ კიდევ პროექტის განხორციელების დაწყებამდე მსოფლიო ბანკის ექსპერტებთან ერთად შემუშავდა ის ძირითადი მიმართულებები, რომელთა მიხედვითაც უნდა მომხდარიყო სამედიცინო საგანმანათლებლო სისტემის მოდერნიზება. მსოფლიო ბანკმა წამოაყენა სპეციალური პირობები, რომელთა ქართული მხარის მიერ დაკმაყოფილება აუცილებელი იყო კრედიტის გამოსაცხადად. ამ პირობებს მიეკუთვნებოდა მედიცინის გარკვეულ

სპეციალობებში რეზიდენტურის პროგრამების, ანუ პოსტდიპლომური მზადების სარეგულაციო ნორმატივების მიღება, სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო უმაღლესი და საშუალო სასწავლო დაწესებულებების აკრედიტაციისა და ლიცენზირებისთვის ნორმატიული აქტების მიღება და, რაც მეტად მნიშვნელოვანია, სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებებისთვის ყოველწლიურად მისაღებ კონტინგენტზე ლიმიტის დაწესება.

მსოფლიო ბანკის ეგიდით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სპეციალისტებმა და უცხოელმა ექსპერტებმა ერთობლივად მოაზადეს სარეზიდენტო პროგრამა მეან-გინეკოლოგიაში. ამჟამად მიმდინარეობს ანალოგიური პროგრამის მომზადება პედიატრიაში. ამის შესახებ ნაწილობრივ მსოფლიო ბანკის წარმომადგენელი პროფესორი ელ ბრანიც ისაუბრებს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მოდერნიზებასთან დაკავშირებით მეტად აქტუალურია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის ჩამოყალიბება. ოჯახის ექიმი, პრაქტიკულად, ძირითადი საყრდენი იქნება ახალი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისათვის და, ამდენად, მათი პროფესიონალიზმი ერთ-ერთი გადამწყვეტი ფაქტორია სისტემის სრულყოფილი მუშაობისთვის. ამ მიმართულებით მსოფლიო ბანკის პროექტი აქტიურად თანამშრომლობს ბრიტანულ „ნოუ-ჰაუ ფონდთან“. ამ თანამშრომლობის შედეგად იქმნება სასწავლო პროგრამა ზოგადი პრაქტიკის ექიმისთვის და მისი რეალიზება თბილისის რამდენიმე პოლიკლინიკის ბაზაზე მოხდება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მეტად მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება საშუალო რანგის მენეჯერთა და ადმინისტრატორთა რგოლს. სამწუხაროა, რომ დღეს, ამ რგოლის სისუსტის გამო, გარკვეული სიძნეეები იქმნება ადგილებზე. ამ თვალსაზრისით, მსოფლიო ბანკის პროექტის ერთ-ერთ ამოცანას წარმოადგენს ჯანდაცვის მენეჯმენტში გადასამზადებელი კურსების ორგანიზება, რომლებიც რეგულარულად ჩატარდება უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრში. ამავე ცენტრში და შესაბამის კლინიკურ ბაზებზე ჩატარდება ექთანთა გადამზადების კურსებიც.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო გეგმავს მსოფლიო ბანკის ჯანდაცვის მეორე პროექტში, რომლის მომზადება ამჟამად მიმდინარეობს, მნიშვნელოვანი ყურადღება დაუთმოს სამედიცინო განათლების საკითხებს.

მომავალ კვირაში ჩატარდება საკმაოდ წარმომადგენლობითი კონფერენცია, სადაც განვიხილავთ მეორე პროექტის დიზაინს.

და ბოლოს, არ შეიძლება არ შევეხოთ სამედიცინო კადრების სერტიფიკაცია-ლიცენზირებას, რომელიც, ჩვენი აზრით, გახლავთ ზემოაღწერილი პროცესების მოწესრიგების ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ცივილიზებული გზა და რომლის მაღალ დონეზე ჩატარება გარკვეულწილად პრობლემის გადაწყვეტის მთავარ ბერკეტად მიგვაჩნია.

ამჟამად შემუშავებულია და დოკუმენტების პაკეტში წარმოდგენილია „უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო და ფარმაცევტული პერსონალის სერტიფიცირებისა და ლიცენზირების დებულების“ პროექტი, სამედიცინო სპეციალობათა ნუსხა და „დებულება ზოგად და დარგობრივ რეზიდენტურაში სამედიცინო კადრების პროფესიული მზადების შესახებ“. აღნიშნული პროცესები, ვფიქრობთ, უნდა დაიწყოს 1997 წლის შემოდგომიდან.

სამედიცინო განათლების სისტემაში არსებული რთული სიტუაციის მოწესრიგებამ დღის წესრიგში დააყენა სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამის შემუშავება, რომლის რეალიზება უნდა წარმართოს ამ სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის, სტრატეგიული მიმართულებისა და გენერალური გეგმის შესაბამისად. პროგრამა ძირითადი დებულებების სახით წარმოდგენილია თათბირ-სემინარის მონაწილეთა წინაშე და იგი სათანადო განხილვის შემდგომ, მიღებული შენიშვნების გათვალისწინებით, დამტკიცდება, როგორც ძირითადი სამოქმედო დოკუმენტი მომავალი ხუთი წლის განმავლობაში.

სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს ხუთ სტრატეგიულ მიმართულებას:

1. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი განათლების სრულყოფის საკითხში, რომლის მიზანია სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი სამედიცინო განათლების პროგრესული ფორმებისა და მეთოდების დანერგვა, საგანმანათლებლო პროგრამების საერთაშორისო წესებთან და სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა;

2. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო კადრების დიპლომის შემდგომი პროფესიული მზადების სრულყოფის საკითხში, რომლის მიზანია სამედიცინო კადრების დიპლომის შემდგომი პროფესიული მზადების პროგრესული ფორმებისა და ეფექტური მეთოდების დანერგვა, სპეციალისტების მზადების პროგრამების საერთაშორისო წესებთან და სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა;
3. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო განათლების ცალკეულ ეტაპებზე კადრების მომზადების პროცესის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი რეგულირების საკითხებში, რომლის მიზანია დარგის განვითარების ობიექტური მოთხოვნილებების საფუძველზე და რეალური რესურსების გათვალისწინებით სამედიცინო კადრების მომზადების პროცესის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი რეგულირება;
4. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო სასწავლებლებში და პროფესიული მზადების პროგრამებში მისაღები გამოცდების ჩატარების წესების, აბიტურიენტების შერჩევისა და ჩარიცხვის პროცედურების საქმეში, რომლის მიზანია დიპლომამდელ და დიპლომის შემდგომ საგანმანათლებლო და პროფესიული მზადების პროგრამებში მისაღები გამოცდების, მოსამზადებელი კონტინგენტის შერჩევისა და ჩარიცხვის პროცესებში მოქალაქეთა თანასწორუფლებიანობის, სამართლიანობისა და ობიექტურობის უზრუნველყოფა;
5. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო განათლების პროცესის ხარისხის უზრუნველყოფისა და სამედიცინო კადრების პროფესიული მომზადების დონის კონტროლის საქმეში, რომლის მიზანია სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული მზადების პროცესის ხარისხის, კურსდამთავრებულთა და მოქმედი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მზადების მაღალი დონის უზრუნველყოფა და მისი შემდგომი გაუმჯობესების სტიმულირება.

სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამაში დეტალურად არის განხილული თითოეული სტრატეგიული მიმართულების მიზნები და ამოცანები, თითოეული ამოცანის განხორციელებისთვის აუცილებელი ღონისძიებები, მათი შესრულების ვადები და პასუხისმგებელი ორგანიზაციები.

მთავრობის მხრიდან დიდ ყურადღებას და მხარდაჭერას მოითხოვს სამედიცინო განათლების სფეროში დადგენილი პრიორიტეტებისა და

შესაბამისი ღონისძიებების პრაქტიკული რეალიზება, რათა შევძლოთ ადრე მიღებული და ამჟამად არსებული სამედიცინო განათლების წესებისა და მეთოდების ახლით ჩანაცვლება.

ამგვარად, შევეცადეთ, მოკლედ გადმოგვეცა ის პროცესები, რაც მიმდინარეობს ჩვენი ქვეყნის უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში. ვფიქრობთ, განათლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ პარლამენტის მიერ წელს მისაღები კანონები შექმნის ანარქიული პროცესების საბოლოო მოწესრიგების ფუნდამენტურ სამართლებრივ ბაზას. კარგად ვაცნობიერებთ პრობლემის სირთულეს, რის გამოც ზოგიერთი საკითხის გადაწყვეტა დროში იწელება, მაგრამ დამერწმუნეთ, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ყველა დაინტერესებულ უწყებასთან ერთად განაგრძობს ამ მიმართულებით ინტენსიურ მუშაობას და მცდელობას არ მოაკლებს პრობლემის მართებულად გადაწყვეტას ჩვენი ქვეყნისა და ხალხის საკეთილდღეოდ.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

ჯანდაცვის სამინისტროს კოლეგიის გაფართოებული ცხდომა

1997 წლის 2 აგვისტო

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

დღევანდელი კოლეგიის გაფართოებული სხდომა ეძღვნება უაღრესად აქტუალურ საკითხს – დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობას საქართველოში.

მრავალი ათეული წელია, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა არა მარტო ექიმთა, არამედ სოციოლოგთა და დემოგრაფთა განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს. ეს ინტერესი კანონზომიერია, რადგან დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე არსებით გავლენას ახდენს სიცოცხლის მოსალოდნელ საშუალო ხანგრძლივობაზე. იგი, ასევე, მჭიდროდაა დაკავშირებული და გარკვეულწილად ასახავს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული განვითარების დონეს.

დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა საქართველოში წლების განმავლობაში მაღალი იყო და არც ამჟამად აქვს შემცირების ტენდენცია. 1995 წელს – 30, ხოლო 1996 წელს – 31 მშობიარე გარდაიცვალა. ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1995 წელს 13,5 პრომილე იყო, ხოლო 1996 წელს 17.2 პრომილე.

დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლებით ხასიათდება თბილისი (8 შემთხვევა), იმერეთის მხარე (6 შემთხვევა), ქვემო ქართლი და სამეგრელო (შესაბამისად 5-5 შემთხვევა).

ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლებით ხასიათდება აჭარა (27,1), შიდა ქართლი (25,5) და ქ.თბილისი (23,8). მიუხედავად იმისა, რომ ქვემო ქართლი ხასიათდება მაღალი შობადობით, იქ ბავშვთა სიკვდილიანობის საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნა (4,9), რაც გარდაცვალების შემთხვევათა არასრულ რეგისტრაციაზე უნდა მიუთითებდეს.

დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლების მქონე სამხარეო ცენტრების დირექტორებმა: ვასილ ბეთლემიძემ, ვაჟა დობორჯგინიძემ, დოდო შელიამ, ლევან მიროტაძემ, ვახტანგ ყუფუნიაშვილმა და

აჭარის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრმა აკაკი ბერიძემ, ღრმა ანალიზის საფუძველზე უნდა წარმოადგინონ ბავშვთა სიკვდილიანობის შესამცირებელი პროგრამის პროექტი, ხოლო რაც შეეხება ქვემო ქართლში ბავშვთა სიკვდილიანობის რეგისტრაციის საკითხს, ლევან მიროტაძემ შეისწავლოს მიზეზები და წარმოადგინოს მდგომარეობის გამოსასწორებელი პროგრამის პროექტი.

დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის დღევანდელმა ანალიზმა ცხადყო სწორი ინფორმაციის მოპოვების აუცილებლობა. ვიყოთ გულახდილნი და გულწრფელნი – რეალური სიტუაციის თაობაზე ინფორმაციის უქონლობამ შეიძლება სავალალო შედეგებამდე მიგვიყვანოს. თითქმის ორი წელი დასჭირდა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს იმისათვის, რომ ჯანდაცვის დაწესებულებებამდე დაეყვანა 500-დან 1000 გრამამდე სხეულის მასის მქონე ნაყოფის რეგისტრირების აუცილებლობის საკითხი, რაც პროფესიული ანალიზისთვის უფრო იყო საჭირო, ვიდრე რაიმე დისციპლინარული ზომების მისაღებად. თუმცა, როგორც ვხედავთ, მკაცრი ზომების გარეშე სიტუაციას ვერ გამოვასწორებთ, თუ ადგილობრივი მმართველობის ორგანოები და ჯანდაცვის კოორდინატორები ჯეროვან ყურადღებას არ მიაქცევენ მკვდრადშობადობისა და ბავშვთა გარდაცვალების შემთხვევების რეგისტრაციის საკითხს.

სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ არასათანადოდ სრულდება საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვისა და იუსტიციის სამინისტროებისა და სოციალურ-ეკონომიკური ინფორმაციის კომიტეტის 1993 წლის 9 ნოემბრის M334/ო, 134, 95/2 ბრძანებები, რომლებიც ქვეყანაში შობადობის, მკვდრადშობადობისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის რეგისტრაციის საკითხებს შეეხება. ზემოაღნიშნული ბრძანებების შესრულების მდგომარეობა შესწავლილ იქნა ხაშურის სამშობიარო სახლში, სადაც გამოვლინდა სერიოზული დარღვევები. კერძოდ, რეგისტრირებული არ იყო მკვდრადშობადობის 7 შემთხვევა. ამ და სხვა დარღვევათა გამო, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კოლეგიამ იმსჯელა და სამშობიარო სახლის მთავარი ექიმი გაათავისუფლა დაკავებული თანამდებობიდან, ხაშურის რაიონის ჯანმრთელობის დაცვის საკოორდინაციო ცენტრის ხელმძღვანელის სამსახურიდან გაათავისუფლების საკითხი გადაეცა ადგილობრივი მმართველობის ორგანოს, რომელმაც არ გაიზიარა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს პოზიცია და ის დაკავებული თანამდებობიდან არ გაათავისუფლა, რითაც გამოიჩინა

არაპრინციპულობა და, ფაქტობრივად, ხელი დააფარა ორგანიზატორს, რომელმაც სახელმწიფოს დაუმალა ინფორმაცია.

დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები განპირობებულია ორსულთა და ბავშვთა არასრულყოფილი მეთვალყურეობით, არ ხდება რისკის ჯგუფის ორსულთა და ბავშვთა დროული გამოყოფა, მათზე სათანადო მეთვალყურეობის დაწესება. დაბალია ორსულთა კვლევისა და დიაგნოსტიკის დონე, სამედიცინო ხასიათის პრობლემებთან ერთად სიკვდილიანობის მაჩვენებლების ზრდას ხელი შეუწყო სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუარესებამ, ორსულთა არასრულყოფილმა კვებამ, ქალთა შრომისა და ყოფა-ცხოვრების პირობების გაუარესებამ. მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი მიაღწია სიღარიბის ზღვარს, თავი იჩინა არასრულფასოვანი კვების შედეგებმა, ორსულთა შორის გახშირდა ანემიები. იმატა ნაადრევი მშობიარობების რაოდენობამ, შედარებით გაიზარდა მკვდრადშობადობის მაჩვენებელიც.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის – ერთი მხრივ, საფერშლო საბებიო პუნქტის, ქალთა კონსულტაციისა და სამშობიარო სახლის, ხოლო მეორე, მხრივ, ბავშვთა პოლიკლინიკისა და ბავშვთა საავადმყოფოს მოუქნელი მუშაობის გამო, მოიშალა ის ტრადიციული ურთიერთობები, რომლებიც არსებობდა ჩამოთვლილ დაწესებულებათა შორის. ქალთა კონსულტაციები და სამშობიარო სახლები ერთმანეთთან სრულიად შეუთანხმებლად მუშაობენ, ერთმანეთთან არ განიხილავენ ორსულთა პათოლოგიების, გართულებული მშობიარობებისა და მკვდრადშობადობის შემთხვევებს. თავის მხრივ, ყოველგვარ კოორდინირებას არის მოკლებული ბავშვთა პოლიკლინიკების, სამშობიარო სახლებისა და ბავშვთა საავადმყოფოების საქმიანობა. პრაქტიკიდან გამოიდევენა ურთიერთობის ისეთი ფორმა, როგორც იყო ბინაზე გარდაცვალებისა და დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების ერთობლივად გარჩევა. ასევე, დავიწყებას მიეცა ახალშობილის სამშობიაროდან გაწერისას უბნის პედიატრისთვის ჩაბარების პრაქტიკა. სტაციონარულ დაწესებულებებში აღარ ტარდება კლინიკურ-პათოლოგ-ანატომიური კონფერენციები.

აღნიშნულიდან გამომდინარე სერიოზულ ყურადღებას და დახმარებას საჭიროებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემა.

დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების პირველი დონე – საფერშლო-საბებიო პუნქტები – განსაკუთრებით მაღალმთიან რეგიონებში – უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაშია. გართულებულია სამედიცინო პერსონალისთვის შრომის ანაზღაურება, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა განსაკუთრებით ძნელდება ზამთრის პერიოდში.

მდგომარეობის გამოსასწორებლად ჯანდაცვის მართვის სამხარეო ცენტრების დირექტორებმა და სადაზღვევო კომპანიის ფილიალების დირექტორებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმონ საფერშლო-საბებიო პუნქტებისა და ამბულატორიების მუშაობასა და დაფინანსებას. დედათა და ბავშვთა მომსახურების გამართული მუშაობა უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შესაფერისი სამეანო-გინეკოლოგიური და პედიატრიული კადრებით. თუ რა მდგომარეობაშია დღევანდელი სამედიცინო პრაქტიკა, მეცნიერება და სწავლება, თუ რამდენად ჩამოვრჩებით საერთაშორისო სტანდარტებს, ეს დაუფარავად ჩანს და ნათლად ისახება დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლებშიც. სიტუაციის გამოსწორება მხოლოდ საქმის სწორი ორგანიზაციით, მაღალი პროფესიონალიზმითა და მოთხოვნილებათა გაზრდითაა შესაძლებელი.

დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მიზეზების ანალიზმა გამოავლინა მთელი რიგი ორგანიზაციული თუ სამედიცინო ხასიათის დარღვევები, რაც უდაოდ მიუთითებს სამედიცინო კადრების დაბალ კვალიფიკაციაზე. განსაკუთრებით საყურადღებო და გასათვალისწინებელია ორსულთა ურგენტული დახმარებისა და ახალშობილთა რენანიმაციში სამედიცინო კადრების გადამზადების საკითხი. აქვე უნდა ითქვას ჭარბი სამედიცინო კადრების თაობაზე, რომელთა შორის მრავალი არასათანადო კვალიფიკაციისაა.

შექმნილი ვითარებიდან გამომდინარე, მიმდინარე წლის სექტემბრიდან დაიწყება სამედიცინო კადრების სერტიფიკაცია-ლიცენზირების პროცესი, რომელიც ხელს შეუწყობს სამეანო-გინეკოლოგიური და პედიატრიული დაწესებულებების მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრებით დაკომპლექტების საქმეს. ვფიქრობთ, ეს ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ცივილიზებული გზაა შექმნილი რთული ვითარების მოსაწესრიგებლად.

მსხვილი სამრეწველო ქალაქებისა და რეგიონული ცენტრების დედათა და ბავშვთა დაწესებულებებში დასაქმებული ჭარბი სამედიცინო კადრების

გადანაწილება იმ რაიონებში, სადაც სამედიცინო პერსონალის ქრონიკული დეფიციტია, ნაწილობრივ გააუმჯობესებს ქალთა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების მდგომარეობას, განსაკუთრებით მაღალმთიან რეგიონებში. დაწყებულია კონსულტაციები და მოლაპარაკებები უცხოეთის ზოგიერთ ქვეყანასთან მეან-გინეკოლოგთა და პედიატრთა დასაქმების თაობაზე. ამ მხრივ განსაკუთრებულ დაინტერესებას იჩენენ შუა აზიის ქვეყნები და ირანი.

სამეანო-გინეკოლოგიური და პედიატრიული კადრების მომზადების საკითხი გათვალისწინებულია მსოფლიო ბანკისა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს პირველ ერთობლივ პროექტში. უკვე მომზადდა რეზიდენტურის პროგრამა მეან-გინეკოლოგიაში, ამჟამად მიმდინარეობს ანალოგიური პროგრამის მომზადება პედიატრიაში.

უკანასკნელ პერიოდში რთულ ვითარებაში აღმოჩნდა ქართული სამედიცინო მეცნიერება, მათ შორის სამეანო-გინეკოლოგიური და პედიატრიული პროფილის სამი დიდი სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი. სამივე ეს ინსტიტუტი სხვა საკითხებთან ერთად შეისწავლის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვისა და სიკვდილიანობის შემცირების საკითხებს. დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის ღრმა ანალიზის საფუძველზე უნდა გამოიკვეთოს ის ძირითადი შრომები, რომელთა მომზადებას დიდი სამეცნიერო და პრაქტიკული ღირებულება აქვს, ხოლო მათი დაფინანსება, როგორც სამეცნიერო ნაშრომებისა, განხორციელდება გრანტული პრინციპით. პედიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი უნდა იყოს ძირითადი დაწესებულება, სადაც შემუშავდება რეკომენდაციები პედიატრიული დარგის განვითარების, ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირების და სხვა საკითხებზე. პერინატალური მედიცინისა და მეანობა-გინეკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი სათავე დაწესებულებაა, რომელიც პერინატოლოგია-ნეონატოლოგიასა და მეანობა-გინეკოლოგიაში არსებული ყველა პრობლემის მოგვარების თაობაზე რეკომენდაციებს უნდა იძლეოდეს და პრაქტიკულ ღონისძიებებს ატარებდეს. ჟორდანიას სახელობის ინსტიტუტი უნდა იყოს ქვეყანაში რეპროდუქტოლოგიური სამსახურის ძირითადი წარმმართველი.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში არსებული მძიმე მდგომარეობა, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის ანალიზი, ახალშობილთა ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში მაღალი სიკვდილიანობა,

აბორტების ჯერ კიდევ მაღალი რიცხვი, ქალთა დაბალი სანიტარული განათლება, მენ-გინეკოლოგთა დაბალი კვალიფიკაცია – აი, ყოველივე ის, რასაც ადგილი აქვს პედიატრიისა და მენოპა-გინეკოლოგიის სფეროში.

ვიცი, რომ თითოეული ინსტიტუტი გარკვეულ მუშაობას ეწევა, ყველასთან ერთად ინსტიტუტებმაც მძიმე პერიოდი განვლეს, მაგრამ დარგს უნდა ეტყობოდეს სამი დიდი ინსტიტუტის არსებობის ფაქტორი. ამ სტრუქტურითა და სახით ინსტიტუტების საქმიანობას ვერ შევურიგდებით. მათი მუშაობა კოორდინირებული და ურთიერთშეთანხმებული უნდა იყოს და მაშინ სასურველი შედეგაც არ დააყოვნებს.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო შემოდგომისთვის ამზადებს გაფართოებულ თათბირს ქართული სამედიცინო მეცნიერების განვითარების საკითხებზე, სადაც წარმოდგენილი იქნება სამედიცინო მეცნიერების განვითარების 3-5 წლიანი პროგრამა. აღნიშნული თათბირისთვის საჭიროა მომზადდეს პრაქტიკული წინადადებები დედათა და ბავშვთა პროფილის სამი ძირითადი სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულების ურთიერთობისა და სამომავლო მუშაობის თაობაზე.

დედათა და ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა მუშაობის საქმეში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს სამკურნალო-საშუალებებითა და სამედიცინო აღჭურვილობით უზრუნველყოფას. დაწესებულებათა მედიკამენტებით მომარაგების მდგომარეობა შედარებით გაუმჯობესდა, მაგრამ დედათა გარდაცვალების შემთხვევების ანალიზმა ცხადყო, რომ სამედიცინო დაწესებულებები ჯერ კიდევ არ არიან მზად ურგენტულ შემთხვევებში სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად. არცთუ იშვიათად სამკურნალოდ აუცილებელ პრეპარატებისა და მკურნალობის ღირებულებას თავად პაციენტები ანაზღაურებენ.

განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს მენოპა-გინეკოლოგიური და პედიატრიული დაწესებულებების მედიკამენტებით მომარაგების საქმე. ქვეყანაში მიმდინარეობს ფარმაცევტული ბაზრის მოწესრიგების და რეგულირების პროცესი, შეიქმნა ფარმაციის მართვისა და კოორდინირების სახელმწიფო სისტემა, მედიკამენტებით უზრუნველყოფის რამდენიმე პროგრამას ახორციელებენ საერთაშორისო ორგანიზაციები, მათ შორის განსაკუთრებით აღსანიშნავია იუნისეფის და ამქორის დახმარება. ასეთ

ვითარებაში ყოველი დაწესებულება უზრუნველყოფილი უნდა იყოს სასიცოცხლო მნიშვნელობის პრეპარატებით.

სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების სამედიცინო აპარატურით უზრუნველყოფის გაუმჯობესების მიზნით სერიოზული პროექტი ხორციელდება იაპონიის მთავრობის დახმარებით. ახლახანს მოგვარდეს ძვირად ღირებული სამედიცინო აპარატურა, რომლის ნაწილი დედათა და ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკურმა დაწესებულებებმაც მიიღეს. ახლად მიღებული აპარატურა მალე დამონტაჟდება და დაიწყებს ფუნქციონირებას, რაც გააუმჯობესებს დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების საქმეს და, ამასთან ერთად, შეამცირებს გამოკვლევისა და მკურნალობის ღირებულებას.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა რეორიენტაციის რთული პროცესის საწყის ეტაპზე იქნა აღიარებული პრიორიტეტულ მიმართულებად. მიუხედავად მწირი მატერიალური რესურსებისა, შევიშუშავთ უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც ხორციელდება სახელმწიფო დაზღვევის პრინციპით.

დღითი დღე იზრდება მოსახლეობის ინტერესი სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის მიმართ, სულ უფრო მეტი მოქალაქე გამოთქვამს სურვილს, იყოს დაცული სამედიცინო დაზღვევის პოლისით, რაც მიუთითებს სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის ამოქმედებისადმი დადებით დამოკიდებულებაზე, მოსახლეობის ნდობაზე, ანუ გადასახადის გადამხდელთა კეთილგანწყობაზე, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს შემდგომში სადაზღვევო სისტემის განვითარებისა და სრულყოფისთვის.

მიუხედავად აღნიშნულისა, სერიოზული პრობლემები ამ მიმართულებითაც გვაქვს. სადაზღვევო კომპანიას ხუთი თვის განმავლობაში გეგმით გათვალისწინებულზე გაცილებით ნაკლები სახსრები გამოეყო 0-1 წლამდე პროგრამების დასაფინანსებლად. ადგილი აქვს გამოყოფილი სახსრების არარაციონალურ განაწილებასაც, რაც დასტურდება წყალტუბოს ცენტრალური საავადმყოფოს მაგალითზე. ამ საავადმყოფოს თვიური ლიმიტი განესაზღვრა 7.050 ლარის ოდენობით, რაც ექვს ბაბებს, ვინაიდან 1996 წელს საავადმყოფოს გატარებული ჰყავდა სულ 675 ავადმყოფი (თვეში საშუალოდ 56 ავადმყოფი). ამავე წელს ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდიდან მიიღო 44.474 ლარი (თვეში 3.706 ლარი). ამ საბაზისო მაჩვენებლის

საფუძველზე სადაზღვევო კომპანიამ საავადმყოფოს რატომღაც, ორჯერ გაუზარდა (7.050 ლარი) ყოველთვიური ლიმიტი. ასეთი მექანიკური ზრდის შედეგად სადაზღვევო კომპანიიდან გადარიცხულმა თანხებმა მიმდინარე წლის მარტიდან ივლისის ჩათვლით საავადმყოფოს მთელი შემოსავლების 86,8% შეადგინა. შეზღუდული დაფინანსების პირობებში, აღნიშნული პროგრამის სხვა შემსრულებლებმა შეიძლება ვერ მიიღონ რეალურად გაწეული სამუშაოს ანაზღაურება. საკითხის დეტალური შესწავლა დავალებული აქვს შესაბამის სამსახურს და შედეგებს დამატებით განვიხილავთ.

სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის განვითარებასთან ერთად საჭიროა, ვიფიქროთ უწყებრივი სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის შექმნაზე, აგრეთვე, მხარი დავუჭიროთ კერძო სადაზღვევო სისტემის ჩამოყალიბებას.

დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარება ხორციელდება ორი სადაზღვევო პროგრამით. უსაფრთხო დედობის (მეანობის) პროგრამის ღირებულება შეადგენს 6.900 ათას ლარს და მის ფარგლებში 1997 წლის 1 მარტიდან დღემდე სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულებებისთვის გადარიცხულია 1.278.053 ლარი. 0-1 წლამდე ბავშვთა გადარჩენის პროგრამის ღირებულება 7 მილიონი ლარია და იმავე პერიოდში ბავშვთა დაწესებულებებში გადარიცხულია 802.761 ლარი.

წინასწარი მონაცემებით საჭიროა, სერიოზულად ვიფიქროთ ამ პროგრამების გაფართოებაზე, განსაკუთრებით მისი პრევენციული და ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დახმარების ნაწილის გაფართოების მიმართულებით. მნიშვნელოვანია ბავშვთა გადარჩენის პროგრამის 2-3 წლის ასაკამდე გაფართოებაზე ზრუნვა.

ჩვენი სამომავლო ამოცანებიდან განსაკუთრებული ზრუნვის საგანია პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირება, რომლის ერთ-ერთი ძირითადი პირობაა ორსულთა მეთვალყურეობისა და ახალშობილთა მოვლა-მკურნალობის გაუმჯობესება, რისთვისაც საჭიროა ახალშობილთა განყოფილებების აღჭურვა აუცილებელი რეანიმაციული საშუალებებით, ნოზოკომიურ ინფექციებთან ბრძოლა, მეან-გინეკოლოგთა და ნეონატოლოგთა კვალიფიკაციის დონის ამაღლება.

1-14 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება მუნიციპალური პროგრამის მიხედვით, რაც ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებს ავალდებულებს, სამედიცინო მომსახურების ღირებულება აანაზღაურონ სამკურნალო დაწესებულებიდან წარდგენილი ანგარიშების საფუძველზე. მიუხედავად არაერთი თხოვნისა და მიმართვისა, ეს საკითხი კვლავ მოუგვარებელია. ადგილობრივი მმართველობის ორგანოები არ ასრულებენ თავიანთი მოსახლეობის წინაშე აღებულ ვალდებულებებს. მაგალითისთვის საკმარისია ბავშვთა მრავალპროფილიან საავადმყოფო „რესპუბლიკაში“ შექმნილი ვითარება, რომელსაც 1996 წლის განმავლობაში მუნიციპალური პროგრამების მიხედვით შესრულებული აქვს 150 ათას ლარზე მეტი ღირებულების სამუშაოები, მაგრამ დღემდე არც ერთი თეთრი არ მიუღია, თუ არ გავითვალისწინებთ თბილისის მუნიციპალიტეტის მიერ ვალების ჩათვლის წესით გასწორების ფაქტს.

განვლილი ექვსი თვის განმავლობაში, ცალკეული რეგიონების მიხედვით, მუნიციპალური პროგრამების დასაფინანსებლად ერთ სულ მოსახლეზე გეგმით გათვალისწინებული 1,25 ლარის ნაცვლად, ფაქტობრივად გამოიყო მხოლოდ 0.83 ლარი. საგანგაშო მდგომარეობაა საგარეჯოში, სადაც ერთ სულ მოსახლეზე ექვს თვეში გამოიყო 5 თეთრი, ხონში – 9 თეთრი, კასპში – 3 თეთრი, მარნეულში – 1 თეთრი. მთელ რიგ რაიონებში ადგილი აქვს მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამებისათვის გამოყოფილი თანხების არამიზნობრივ ხარჯვასაც.

თქვენთვის ცნობილია, რომ სახელმწიფოს განსაკუთრებული ძალისხმევა მიმართულია ფიზიკურად ჯანმრთელი და სოციალურად აქტიური მომავალი თაობის აღზრდისაკენ. ლაპარაკია XXI საუკუნის ახალგაზრდობის შესახებ, ვინც უნდა აშენოს თვისებრივად ახალი სახელმწიფო.

ჯანსაღი მომავალი თაობის აღზრდის საქმეში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ნარკომანიისა და ტოქსიკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეს. შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან ერთად შემუშავებულია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის ეროვნული პროგრამა, რომელიც დამტკიცდა ეროვნული უშიშროების საბჭოს სხდომაზე. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში სულ ახლახანს ჩამოყალიბდა კომისია, რომელიც ხელს შეუწყობს ზემოაღნიშნული პროგრამის განხორციელებას და გააუმჯობესებს ნარკომანიის საკითხებზე სხვადასხვა უწყებასთან ურთიერთობას.

ჯანმრთელი მომავალი თაობის აღზრდა დიდად არის დამოკიდებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის თანამშრომლობაზე, განსაკუთრებით ისეთი პროგრამების განხორციელების საქმეში, როგორცაა იმუნოჩაცვის, იოდის დეფიციტით განპირობებულ დაავადებათა პროფილაქტიკის, შიდსის პროფილაქტიკისა და ვენსნეულებათა წინააღმდეგ ბრძოლის პროგრამები.

ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა დიდად არის დამოკიდებული ჯანმრთელ და უსაფრთხო გარემოზე. ამ მხრივ სერიოზულ ყურადღებას და შესწავლას საჭიროებს საქართველოში ჰაერის, ნიადაგისა და წყლის მდგომარეობა. ჩერნობილის კატასტროფის შემდეგ ათი წელი გავიდა, მაგრამ ჯერ კიდევ არ არის შესწავლილი მისი შედეგების გავლენა შობადობაზე, სიკვდილიანობაზე და მოსახლეობის ავადობაზე.

ისტორიულ-კულტურული დონის, სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისა და პოლიტიკური წყობის მიუხედავად, ნებისმიერი ქვეყნის ქვაკუთხედი ოჯახია. ჯანმრთელი ოჯახი, მისი სიმშვიდე და სიმყუდროვე სახელმწიფოს სტაბილური განვითარების გარანტიაა.

უკანასკნელ წლებში საქართველოში შექმნილმა მძიმე პოლიტიკურ-ეკონომიკურმა პირობებმა, ხშირმა სტრესულმა სიტუაციებმა, არასტაბილურმა ვითარებამ საგრძნობლად შეამცირა შობადობის დონე, რამაც კიდევ უფრო დაამძიმა ქვეყანაში არსებული ისედაც მძიმე დემოგრაფიული ვითარება. მოსახლეობის კვლავწარმოება, მიგრაციულ პროცესებთან ერთად, ძირეულად განაპირობებს დემოგრაფიული სიტუაციის თავისებურებას და მის შესაძლო სამომავლო ცვლილებებს.

1997 წლის 4 ივლისს გამართულ თათბირ-სემინარზე, რომელიც სამედიცინო განათლების საკითხებს ეძღვნებოდა, საქართველოს პრეზიდენტმა აღნიშნა, რომ ძალზე სერიოზულად უნდა ვიფიქროთ დემოგრაფიულ პრობლემებზე.

საქართველოში 80-იანი წლებიდან შეინიშნება შობადობის კლების ტენდენცია, სიკვდილიანობის მატება და ინდივიდუალური მიგრაციის გააქტიურება, რამაც განაპირობა ბუნებრივი ზრდის დაბალი ტემპი. საკუთრივ შობადობის თანამედროვე ტიპისთვის, გარდა დაბალი დონისა, დამახასიათებელია შიდაოჯახური რეგულირების ფართო გავრცელება,

შობადობის მკვეთრი შემცირება ძირითადად მე-3 და მეტი ბავშვის გაჩენის შეზღუდვის შედეგად. ამის გამო დაბადებულთა ძირითადი მასა (80%) მოდის 30 წლამდე ასაკის დედებზე და ოჯახის საბოლოო ფორმირება ახალგაზრდა ასაკში მთავრდება. ამავე დროს, ადგილი აქვს სიკვდილიანობის ინტენსივობის გადასვლას უფროსი ასაკის მოსახლეობაში. სიკვდილიანობის საერთო კოეფიციენტის ზრდა ძირითადად გამოწვეულია მოსახლეობის დემოგრაფიული დაბერებით, ანუ 60 და მეტი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილის ზრდით. ამავე დროს, ბოლო პერიოდში სიკვდილიანობის საერთო კოეფიციენტის ზრდაზე გარკვეული გავლენა მოახდინა 50 და მეტი ასაკის ორივე სქესის მოსახლეობაში, განსაკუთრებით კი მამაკაცებში, სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტის ზრდამ. შობადობის შემცირებასთან ერთად სიკვდილიანობის ზრდამ მკვეთრად შეამცირა მოსახლეობის ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი, რაც 1989 წლის 417 ათასიდან 1992 წელს 250 ათასამდე შემცირდა.

შობადობის ისედაც დაბალი დონის შემდგომი შემცირება გამოწვეულია არსებულ ოჯახებში შობადობის კიდევ უფრო მეტად შეზღუდვით და, რაც მთავარია, ქორწინების შემცირებითაც. ამიტომ საჭიროა საქორწინო ასაკის გადასინჯვა. დღეს მოქმედი კანონმდებლობით საქორწინო ასაკი 16 წელია, რაც სამედიცინო თვალსაზრისით არ არის გამართლებული. დაბალი საქორწინო ასაკი ხელს უწყობს ოჯახების დანგრევას მათი შექმნიდან პირველ სამ წელიწადში, ანუ მაშინ, როდესაც ყველაზე ხშირად ჩნდებიან ბავშვები. ასევე საგულისხმოა ძალიან ახალგაზრდა დედებში ორსულობისა და მშობიარობის გართულებების სიხშირე, რაც ზოგჯერ დედის გარდაცვალების მიზეზიც ხდება.

ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით, მხოლოდ უკანასკნელი ხუთი წლის განმავლობაში (1989-1993) დაქორწინებული წყვილების რაოდენობა 38,3 ათასიდან შემცირდა 26,7 ათას წყვილამდე, ანუ თითქმის ერთი მესამედით. მაშასადამე, ყოველწლიურად ქორწინდება საშუალოდ ორი ათასი წყვილით ნაკლები, რაც კიდევ უფრო გაამწვავებს დემოგრაფიულ ვითარებას.

დემოგრაფიული ვითარების გასაუმჯობესებლად, მართალია, საკმარისი არ არის მხოლოდ სამედიცინო ასპექტების განხილვა და სამედიცინო ხასიათის ღონისძიებების გატარება, მაგრამ, მიუხედავად აღნიშნულისა, დემოგრაფიული ვითარების გაუმჯობესების გარკვეული რეზერვები

არსებობს და ეს სერიოზული რეზერვებია. შევხები რამდენიმე საკითხს, რომლებიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია და ვფიქრობ, საფუძვლად დაედება ჩვენს მომავალ საქმიანობისა და მოქმედებას.

არსებული დემოგრაფიული სიტუაცია ჯეროვნად არა აქვთ გაცნობიერებული არც საზოგადოებას და არც შესაბამის სამსახურებს. ამაზე მეტყველებს თუნდაც ის, რომ დღემდე არ არის შემუშავებული ყოველმხრივ დასაბუთებული სახელმწიფო დემოგრაფიული პოლიტიკა, არ არის უზრუნველყოფილი ამ მიმართულებით მომუშავე სხვადასხვა უწყებისა და ორგანიზაციის კოორდინირება.

საქართველოს პრეზიდენტის დავალების თანახმად, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში უკვე დაიწყო მუშაობა დემოგრაფიულ პრობლემებზე. ვფიქრობთ, ჩავატაროთ კონფერენცია, მოვიწვიოთ მაღალკვალიფიციური ექსპერტები და ისე დავსახოთ ღონისძიებები.

მიმდინარეობს სახელმწიფო დემოგრაფიული პოლიტიკის კონცეფციაზე მუშაობა, სადაც განისაზღვრება ყველა ის სამუშაო, რომელიც აუცილებლად დაგვჭირდება მიზნის მისაღწევად.

ბოლო ხანს საკმაო სიმწვავეთ დადგა ეგრეთ წოდებული ქუჩის ბავშვების საკითხი. მართალია, მაწანწალა და ქუჩის ბავშვების მოვლა-პატრონობისა და აღზრდა-განათლების საკითხი განათლების, შინაგან საქმეთა და იუსტიციის სამინისტროების კომპეტენციაში შედის, მაგრამ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო არ შეიძლება გულგრილად მოეკიდოს ამ მოვლენას.

ეს საერთო პრობლემაა და ყველასთვის ერთნაირი საფიქრალი და საზრუნავი უნდა იყოს, ვინაიდან ოჯახს მოწყვეტილი და ქუჩას მიკედლებული ბავშვების რაოდენობის მიხედვით ხშირად მსჯელობენ ქვეყნის განვითარების დონეზე, საზოგადოების ზნეობასა და მორალზე. თუმცა ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ, პრაქტიკულად, არ არსებობს ქვეყანა, თვით ყველაზე მაღალგანვითარებული ეკონომიკითა და დემოკრატიული ინსტიტუტებით, რომ აღნიშნული პრობლემა არ აწუხებდეს. მით უმეტეს, ისეთ სიტუაციაში მყოფ ქვეყანას, როგორც საქართველოა.

ქვეყანაში დაწყებული სტაბილიზაციის პროცესი და ეკონომიკის აღმასვლის ნიშნები გვამლევს ოპტიმიზმის საფუძველს და ქვეყნის მომმლავრებასთან

ერთად მეტი საშუალებები გაჩნდება ქუჩის ბავშვების საკითხის გადასაწყვეტად.

ადამიანის უფლებათა დაცვის საერთაშორისო დეკლარაციის 25-ე პუნქტი განმარტავს: „ყველა ადამიანს აქვს ისეთ დონეზე ცხოვრების უფლება, რომ უზრუნველყოფილი ჰქონდეს საკუთარი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობა ... მას აქვს სოციალური უზრუნველყოფის უფლება იმ შემთხვევაში, თუ უმუშევარია, ან ავად არის, ან ხეივარია, ან ქვრივი, ან ხანდაზმული, ანდა თუ საარსებო საშუალებები დაკარგა მისგან დამოუკიდებელი მიზეზების გამო“. სწორედ ამ უფლებების რეალიზებაზეა მიმართული უკიდურესად გაჭირვებულ და უმწეო მდგომარეობაში მყოფ მოქალაქეთა სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად შექმნილი სპეციალური სამედიცინო პროგრამა.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა იქნა „ოჯახის მზრუნველობას მოკლებულ და ობოლ ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა“, რომელიც უზრუნველყოფს ჩვილ ბავშვთა სახლებში განთავსებულ ბავშვთა მოვლა-პატრონობასა და მკურნალობას დადგენილი სამედიცინო სტანდარტების ფარგლებში. ჩვილ ბავშვთა სახლის თითოეულ აღსაზრდელზე გაცემულია პოლისი, რომელიც, საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოფს მათ მკურნალობას სტაციონარულ პირობებში.

რეორიენტაციის მეორე ეტაპზე გამოიძებნა საშუალება სადაზღვევო პრინციპით იმ ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების განსახორციელებლად, რომლებიც სულ ახლო წარსულში ქუჩას იყვნენ მიკედლებულნი, დღეს კი იმყოფებიან ძველის ბავშვთა სახლში, სადაც მოწესრიგდა აღრიცხვიანობა და გამოიყო პოლისები, რომელთა მიხედვით უკვე დაიწყო ბავშვთა პრევენციული გასინჯვები და შესაბამისი ღონისძიებების გატარება. გურამიშვილის სახელობის პედიატრიული კლინიკისა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიის კათედრის ძალებით ჩატარებული გასინჯვების შედეგად გამოვლინდა სხვადასხვა სახის პათოლოგიები, რომელთა მკურნალობა (სტაციონარულის ჩათვლით) განხორციელდება სადაზღვევო პოლისების შესაბამისად.

ქუჩის ბავშვების აღრიცხვიანობის მოწესრიგების, ელემენტარული საპასპორტო მონაცემების შედგენისა და ასაკობრივი ჯგუფების დადგენის

შემთხვევაში, შესაძლებელია გაგრძელდეს მუშაობა მათი სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებაზე.

არასრულწლოვანთა ფიზიკურ და სულიერ ჯანმრთელობაზე უნდა წარმართოს ზრუნვა ექიმთა, პედაგოგთა, ფსიქოლოგთა და სოციოლოგთა ერთობლივი ძალისხმევით. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში უკვე დაიწყო სოციალური პედატირის პროგრამაზე მუშაობა, რომელიც ითვალისწინებს ბავშვთა, და მათ შორის არასრულწლოვანთა, სულიერ და ფიზიკურ აღზრდასთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებს.

დღევანდელი კოლეგიის გაფართოებული სხდომას ესწრებიან ჯანდაცვის ორგანიზატორები, ხელმძღვანელი მუშაკები, პრაქტიკოსი ექიმები, მოწვეული სტუმრები პარლამენტიდან, სახელმწიფო კანცელარიიდან, ასევე, არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენლები. მათი თანდასწრებით მინდა შევეხო ისეთ მწვავე და აქტუალურ თემას, როგორიცაა ბავშვთა გაშვილება. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით მომზადებულია საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება და განკარგულება, საქართველოს პარლამენტში წარდგენილია კანონპროექტი გაშვილების შესახებ, რაც მიუთითებს საკითხის აქტუალობასა და დიდ მნიშვნელობაზე.

ახლო წარსულში ქვეყანაში შექმნილმა მძიმე ვითარებამ ხელი შეუწყო ბავშვთა გაშვილების საკითხებში ისეთი ნაკლოვანებების წარმოშობას, რომელზედაც საკმაოდ ბევრი ითქვა და დაიწერა. ბავშვთა უცხოეთში გაშვილებით დაინტერესებული პირები ყველა გზით ცდილობდნენ, ხელი შეეშალათ გაშვილების საკითხის მოწესრიგებისთვის. ისინი არცთუ იშვიათად მიმართავდნენ ჩვილ ბავშვთა სახლების დისკრედიტირებას, რათა საზოგადოებაში ჩამოეყალიბებინათ მცდარი აზრი, თითქოს საქართველოს არ შესწევს უნარი, მოუაროს თავის ობოლ და მშობლების მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვებს. ამაზე მეტყველებს მიმდინარე წლის მაისში თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლისთვის იმის დაბრალება, თითქოს აქ აღსაზრდელები შიდსის ვირუსით იყვნენ დაინფიცირებულნი. ორივე აღსაზრდელის სისხლი მაშინვე გადამოწმდა უზუსტესი იმუნოლოგიური ანალიზებით და უარყოფითი პასუხი იქნა მიღებული. იმისათვის, რომ უფრო ღრმად დავრწმუნებულიყავით ჩვენს სიმართლეში და ბავშვების ჯანმრთელობაში,

აღსაზრდელთა სისხლი გაიგზავნა მოსკოვის წამყვან იმუნოლოგიურ ლაბორატორიაში, საიდანაც ასევე უარყოფითი პასუხი მოვიდა.

უზნეობად მიმაჩნია ისედაც უმწეო მდგომარეობაში მყოფი პატარებისთვის, საკუთარი მიზნების მისაღწევად ავადმყოფობის დაბრალება. აღნიშნულს ხელი შეუწყო თვით ჩვილ ბავშვთა სახლში არსებულმა ვითარებამაც, სადაც მთავარი ექიმი, მისი მოადგილე სამკურნალო დარგში და რიგითი ექიმები არ იცავენ ისეთ ელემენტარულ წესებს, როგორცაა აღსაზრდელის ისტორიაში სისხლის აღების ჩვენების გაფორმება, ვინ აიღო სისხლი, რა მოცულობით, ვინ წაიღო ლაბორატორიაში და ასე შემდეგ. ამ ერთი შეხედვით უმნიშვნელო ორგანიზაციულმა დარღვევებმა გამოიწვია მცდარი ინფორმაციის გავრცელება და ჩვილ ბავშვთა სახლის ირგვლივ შეიქმნა არაჯანსაღი ვითარება. აღნიშნული ფაქტი შეისწავლა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ და ის, ალბათ, ცალკე მსჯელობის საგანი იქნება.

ბავშვთა გაშვილების საკითხის რეგულირება, საქართველოში დაბადებულ ბავშვთა აქვე დაბინავება და ოჯახურ გარემოში აღზრდა მეტად სერიოზული საკითხია, მით უმეტეს, რომ ქვეყანაში ამდენი უშვილო ოჯახია. თითოეული ჩვენგანის ვალია, ვიზრუნოთ ობოლ და უპატრონო ბავშვთა ოჯახური აღზრდის ფორმების მოძიებაზე. ახლო მომავალში მივიღებთ სათანადო კანონს, რომელიც განსაზღვრავს გაშვილების პროცესში მონაწილე ყველა სუბიექტის ვალდებულებას. ჩემი თხოვნაა, ვიდრე კანონს მივიღებდეთ, განსაკუთრებული ზრუნვა და მოვლა-პატრონობა არ დააკლოთ ისედაც დაჩაგრულ პატარებს, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტს კი ვავალებ, განსაკუთრებული კონტროლი დაუწესოს ჩვილ ბავშვთა სახლებში თუ საავადმყოფოებში უდედმამო ბავშვთა მოვლა-პატრონობისა და მკურნალობის საკითხებს.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად საჭიროა არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებზე კოორდინირებული მუშაობა ან. განსაკუთრებით ისეთ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რომლებიც მუშაობენ სანიტარული განათლების, ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდის, მშობლების მზრუნველობას მოკლებულ და ობოლ ბავშვთა მოვლა-პატრონობის, მათი მკურნალობისა და ოჯახებში განთავსების საქმეზე. უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს არასამთავრობო ორგანიზაციების თანადგომას ოჯახის

დაგეგმვისა და რეპროდუქტიული ჯანმრთელობის პროგრამის განხორციელების, აბორტების წინააღმდეგ ბრძოლის, თამბაქოს, ნარკომანიის, ალკოჰოლიზმის საწინააღმდეგო პროპაგანდის, აგრეთვე, მოზარდთა ფსიქო-სოციალური აღზრდის საქმეში.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის საკითხია, მით უმეტეს, როდესაც ქვეყანაში ასე მწვავედ დგას დემოგრაფიული პრობლემები. ამიტომ მიზანშეწონილად მიმაჩნია, შეიქმნას დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობასთან ბრძოლის ეროვნული კომიტეტი, რომელიც გააერთიანებს წამყვან მეცნიერებს, მაღალკვალიფიციურ სპეციალისტებს, საზოგადოებრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლებს და ჯანდაცვის ორგანიზატორებს.

ვფიქრობ, ჩვენ ერთიანი ძალისხმევით სასურველ შედეგს მივაღწევთ.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

აჭარის სამედიცინო საზოგადოების მე-100 წლისთავი

1997 წლის 12 სექტემბერი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ქართული მედიცინის ისტორია ჩვენი ქვეყნის ისტორიის ორგანული და განუყოფელი ნაწილია. სამედიცინო საქმიანობა და სამედიცინო აზროვნება ნებისმიერი ქვეყნისა და ერის განვითარების მაჩვენებელია. ქართულმა ცივილიზაციამ საუკუნეთა განმავლობაში შეისისხლხორცა სამედიცინო ჰუმანიზმის ის საყოველთაო პრინციპები, რაც მსოფლიოს მთელ რიგ ქვეყნებში მე-20 საუკუნის მონაპოვრადაა მიჩნეული. ტოლერანტობა, მოყვასზე ზრუნვა, შეჭირვებული კაცის ტკივილის გათავისება, დედისა და მოზარდი თაობის პატივისცემა და მათი პრობლემების წინა პლანზე წამოწევა საუკუნეების განმავლობაში ქართველი კაცის განსაკუთრებულ მახასიათებლად იყო მიჩნეული.

ლეგენდარული კოლხი მედეას გრძნეულებებიდან, ფაზისის, იყალთოსა და გრემის აკადემიების განსწავლულობიდან მოდიოდა ქართული მედიცინა, ვიდრე ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილის სკოლით კლასიკური მედიცინის დონემდე ამაღლდებოდა. საქართველოში მედიცინა ოდითგანვე იყო ძლიერთა ამა ქვეყნისა განსაკუთრებული სარგებლობის საგანი, მაგრამ მას მუდამ დაკრავდა საერთო სახალხო სოციალური ელფერი. საერო მკურნალი ჩვენი მდიდარი ფოლკლორის ერთ-ერთი ყველაზე საპატიო გმირია.

ასეთი ტრადიციების მქონე ერი დღეს აქ ვზეიმობთ მართლაც ღირსშენანიშნავ და სასიამოვნო თარიღს – აჭარის სამედიცინო საზოგადოების მე-100 წლისთავს. პარადოქსია, მაგრამ ესეც ჩვენი ისტორიის ბედუკუდმართობის შედეგია, რომ აჭარა – ქართული ცივილიზაციის ერთ-ერთი აკვანთაგანი, დედასაქართველოს მოწყვიტეს მთელი ორნახევარი საუკუნის განმავლობაში და მხოლოდ მას შემდეგ, რაც წარჩინებული და გამორჩეული მამულიშვილების ძალისხმევით შესაძლებელი გახდა მისი მშობლიურ კალთასთან მობრუნება, აჭარაში დაიწყო ქართული სამედიცინო ტრადიციების აღორძინება.

შეიძლება ზოგიერთს ეს ისტორიული პარალელები ზედმეტად მოეჩვენოს, მაგრამ ილიასეული ჭეშმარიტება – „აწმყო, შობილი წარსულისაგან, არის მშობელი მომავლისა“ დღევანდელი ქართველობის უპირველესი გზამკვლევი უნდა გახდეს.

აჭარის სამედიცინო საზოგადოება ქართული სამედიცინო საზოგადოების ღირსეული და გამორჩეული ნაწილია, რაც ასე კონკრეტულად გამოიკვეთა საქართველოს პრეზიდენტის მისალმებაში და იმ სახელმწიფო ჯილდოებში, რითაც ქვეყანამ შეაფასა ამ საზოგადოების წარჩინებული წევრები.

დღეს, ჩვენი ქვეყნის განვითარების ურთულეს პერიოდში, განსაკუთრებული სიმწვავით დგას აჭარის აღორძინების საკითხი, როგორც სრულიად საქართველოს განვითარების აქტუალური ამოცანა, და ეს სხვაგვარად არც შეიძლება იყოს. დმერთმა დაგვიფაროს, რომ დადგეს აჭარის გადარჩენის საკითხი, ვინაიდან ეს ამოცანა ზოგადქართული ბუნებისაა. ყველა ჩვენგანი გადარჩება მხოლოდ მაშინ, თუ გადარჩება საქართველო, მაგრამ, ამასთანავე, თითოეული ჩვენგანის აღორძინება და სრულყოფა არის მთლიანი საქართველოს განვითარების გზა. ასეთია ჩვენი დროის ფილოსოფია, დემოკრატიული ცივილიზაციის დიალექტიკა, ასეთია ჩვენი ნაიარვეი ისტორიის გამოცდილება.

დღეს, საქართველოს მედიცინის ამ ღირსშესანიშნავ ზეიმზე, არ შეიძლება ხაზგასმით არ აღინიშნოს ის დიდი აღორძინებითი ხასიათის სამუშაოები, რაც აჭარაში ხორციელდება და რითაც მკვიდრი ბალავარი ეყრება ქართული მედიცინის განვითარების საერთო საქმეს. ჩვენ ერთად ვიზეიმეთ კიდევ ერთი ახალი, თანამედროვე ტიპის სამშობიარო სახლის გახსნა. ჩვენი ვალია, რომ დღესვე ჩავუყაროთ საფუძველი იქ დაბადებული ჩვენი მოქალაქეების ფიზიკურ და სულიერ აღზრდასა და განვითარებას.

სამი წლის წინათ სწორედ ამ მიზნით დაიწყო ჩვენს ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა, რათა უზრუნველგვეყო საქართველოს ხვალისდელი მზიანი დღე და ეს არ გახლავთ პოპულისტური გადაწყვეტილება. პირიქით, ამისთვის მრავალი საყვედური და კრიტიკა შეგვხვდა. მაგრამ ჩვენ დარწმუნებული ვიყავით არჩეული გზის სისწორეში და განვლილმა პერიოდმა დაამტკიცა ჩვენი სიმართლე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესს გაგებითა და თანადგომით შეხვდნენ აჭარაში. აქ გატარებულ ღონისძიებებზე ვრცლად ისაუბრებს ბატონი აკაკი ბერიძე, მე კი მინდა, მოკლედ ჩამოვთვალო ის ძირითადი საკითხები, რაც ამ კუთხით გაკეთდა ჩვენს ქვეყანაში.

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის ჩამოყალიბება დაეფუძნა შესაბამის სამართლებრივ საფუძვლებს, რომელთა შემუშავება და მიღება საკმაოდ მოკლე დროში შევძელით. მათ მიეკუთვნება კანონები „სამედიცინო გადასახადების შესახებ“, „ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზებისთვის გადასახადის შესახებ“; კანონები, რომლებიც არეგულირებს სპეციფიკურ ურთიერთობებს სამედიცინო დახმარების ცალკეულ დარგებში – შიდსი, დონორობა, ფსიქიატრია; „კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“, „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“; საქართველოს პარლამენტმა ახლახან მიიღო კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, რაც სისტემის უმთავრესი სამართლებრივი ბაზაა. აქ გამოკვეთილია ისეთი არასახელმწიფოებრივი ორგანიზაციების ადგილი და როლი დარგის მართვასა და ორგანიზებაში, როგორცაა აჭარის სამედიცინო საზოგადოება. კანონის უმთავრესი ნიშანია ის, რომ ყურადღების ცენტრში ექცევა ადამიანი, გამოკვეთილია მისი უფლება-მოვალეობანი საკუთარი და გარშემომყოფთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ნიშანდობლივია, რომ კანონი კონკრეტულად ავალდებულებს მეწარმეებს, იზრუნონ იმ ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვაზე, რომელთა შრომასაც საკუთარი სამეწარმეო ამოცანების გადასაწყვეტად იყენებენ. აღნიშნული კანონის სრული და მართებული რეალიზება საქართველოს ჩააყენებს იმ ცივილიზებულ სახელმწიფოთა რიგში, რომელთათვისაც უმთავრესია პოსტნიურნბერგული პრინციპების მიხედვით ადამიანის უფლებების დაცვა.

განსახილველად მზადაა კანონპროექტი „სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების შესახებ“, „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების და სამედიცინო საშუალებების ლეგალური ბრუნვის შესახებ“. გამოცემულია სახელმწიფოს მეთაურის ხუთი ბრძანებულება; საქართველოს პრეზიდენტის ცამეტი ბრძანებულება; მინისტრთა კაბინეტის რვა დადგენილება; ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის რიგი ბრძანებები, რომლებიც არეგულირებენ ურთიერთობებს ამ სფეროში.

სამედიცინო დარგში შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურება ხორციელდება სახელშეკრულებო პრინციპებზე. არსებითად შეიცვალა სისტემის დაფინანსების წესი და მეთოდები. დარგი გადავიდა პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ დაფინანსებაზე, რამაც შესაძლებელი გახადა პრიორიტეტულ სამუშაოთა შერჩევის მექანიზმის ამოქმედება და რასაც დაეყრდნო სახელმწიფო ვალდებულებების განსაზღვრა და მათი დაბალანსება ქვეყნის რეალურ შესაძლებლობებთან. მკვეთრად გაიმიჯნა სახელმწიფო ვალდებულებები მმართველობის იერარქიულ საფეხურებზე – ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების სახით.

შემუშავდა და ამოქმედდა ორი ათასამდე ნოზოლოგიის სტანდარტი, გაანგარიშდა მათი ტარიფები, რითაც უზრუნველყავით სამედიცინო მომსახურების ღირებულებითი, უნიფიცირებული პარამეტრების დადგენა.

მიმდინარეობს ველური ფარმაცევტული ბაზრის მოწესრიგება და რეგულირება. ჩამოყალიბდა ფარმაციის მართვისა და კოორდინაციის სახელმწიფო სისტემა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტებმა ფარმაციის დარგში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან შეთანხმებით მიიღეს წამლის ფასების რეგულირების სისტემის შემუშავების გადაწყვეტილება.

შემუშავდა და რეალიზაციაშია სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზების პროგრამა. ამჟამად პრივატიზებულია ოთხასი ობიექტი. ქვეყანაში გაჩნდა კერძო საკუთრებაზე დაფუძნებული სამედიცინო დაწესებულებები, რომელთა რაოდენობა კიდევ უფრო გაიზრდება. კანონმდებლობით პრივატული სექტორის ფუნქციონირება სახელმწიფო სექტორის დონეზეა დაცული და გარანტირებული.

რეორიენტაციის ერთ-ერთი საკვანძო საკითხია მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების გადაყვანა სადაზღვევო პრინციპებზე. ამჟამად სავალდებულო სახელმწიფო დაზღვევის წესით ხორციელდება ფთიზიატრიის, ფსიქიატრიის, ორ წლამდე ასაკის ბავშვების, ორსულობისა და მშობიარობის სამედიცინო მომსახურება. ამის გარდა, სამას ათას განსაკუთრებით უმწეო მდგომარეობაში მყოფი პირი, რაც ქვეყნის მოსახლეობის 6%-ს შეადგენს, უზრუნველყოფილია დამატებითი სამედიცინო მომსახურებით.

სადაზღვევო პროგრამების გარდა, მოქმედებს სამედიცინო პრევენციის შემდეგი სახელმწიფო პროგრამები: ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, იმუნიზაციის, შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ნარკომანიის პროფილაქტიკის, უსაფრთხო სისხლის, რადიაციული ფონის გამოკვლევების, ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, მოსახლეობის აქტიური გამოკვლევისა. ამ პროგრამებს ცენტრალური ხელისუფლება აფინანსებს.

აღბათ, დამეთანხმებით, რომ ამ სამუშაოების ჩატარება შეუძლებელი იქნებოდა ქვეყნის სამედიცინო საზოგადოების მთლიანად და, მათ შორის, მე ვიტყვოდი, პირველ რიგში, აჭარის სამედიცინო საზოგადოების ერთსულოვნებისა და მიზანმიმართული შრომის გარეშე. მიმდინარე წელს მხოლოდ აჭარის სამედიცინო დაწესებულებებმა შეძლეს გაეტარებინათ 341 ათასი ავადმყოფი. ესაა 341 ათასი შეჭირვებული თანამოქალაქისთვის შვების მინიჭება და ეს შესაძლებელი გახდა ახალი მოდელის ამუშავებით.

თავად განსაჯეთ, ყოველივე ამას მხოლოდ ადამიანთა გულისხმიერება არ ჰყოფნიდა, მას გარკვეული მატერიალური და ფინანსური დანახარჯები სჭირდებოდა. აჭარაში ამ ხარჯების კრებსითი მოცულობა ჩვენი ეკონომიკის მწირი შესაძლებლობების ფარგლებშიც კი 4.187 ათასი ლარით გაიზომება, მათგან 1.685 ათასი ლარი, ანუ მთელი ხარჯის 40,2% ქვეყნის ცენტრალური ბიუჯეტის სახსრებითაა უზრუნველყოფილი. ადგილობრივი ხარჯებით დაფინანსდა 722 ათასი ლარის სამუშაო, რაც მთელი ღირებულების 17,2%-ია. ნიშანდობლივია, რომ წლეულს მოხერხდა მოსახლეობის მიერ გაღებული ხარჯების საკმაოდ მნიშვნელოვანი ნაწილის ლეგალიზება, რომლის მოცულობამაც 878 ათასი ლარი შეადგინა.

ვფიქრობთ, ეს ციფრები ერთიანი დემოკრატიული სამოქალაქო საზოგადოების აშენების მნიშვნელოვანი პარამეტრების დასტურია და მასზე კიდევ ბევრი რამის თქმა შეიძლება.

არის მოსაზრება, რომ იუბილეებს და საზეიმო შეხვედრებს არ უხდება პრობლემებზე ყურადღების გამახვილება, მაგრამ ჩემი აზრით ეს მცდარი მოსაზრებაა. სად, თუ არა ამგვარ შეხვედრებზე, უნდა დაისვას პრობლემებიც და უნდა დაისახოს კიდევ მათი გადაჭრის გზები.

სამწუხაროა, მაგრამ ფაქტია, რომ აჭარაში, რომელიც მთელ კავკასიაში ხელმძღვანელობდა მალარიის ლიკვიდაციის სამუშაოებს, ბოლო პერიოდში იმძლავრა ინფექციურმა დაავადებებმა, რაც სათანადო პრევენციული მუშაობის გაძლიერების აუცილებლობაზე მეტყველებს.

ამჟამად ქვეყანაში მოქმედებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის სისტემა, რომელმაც 1997 წელს აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში გახარჯა 161.977 ლარი. სახსრები გამოიყო საქართველოს ცენტრალური ბიუჯეტიდან. მომავალში კიდევ უფრო გაიზრდება აღნიშნული სახსრების ოდენობა – საჭიროა, გაიზარდოს მათი მარგი ქმედების კოეფიციენტიც.

ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლები, რითაც მნიშვნელოვნად უარესდება რეგიონის დემოგრაფიული პარამეტრები, რაც საგანგაშო ფაქტია, ვინაიდან აჭარა ბოლო წლებში მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა საქართველოს დემოგრაფიული სიტუაციის გაჯანსაღებაში.

საქართველოში მოქმედებს ბავშვთა გადარჩენისა და უსაფრთხო დედობის სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც სადაზღვევო პრინციპებით ხორციელდება ცენტრალური ბიუჯეტის ხარჯზე. საჭიროა, დაისახოს ქმედითი ღონისძიებები, რათა ამ პროგრამების ეფექტიანობა აისახოს აჭარაზე. ამ მხრივ მნიშვნელოვანი რეზერვია ჩვენი კოლეგების კვალიფიკაციის შემდგომი ამაღლება.

ქვეყანაში მიმდინარეობს მედიკოსთა სერტიფიცირებისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების პროცესი. მე რამდენჯერმე მითქვამს და ახლაც გავიმეორებ: ჯანდაცვის მართვისა და ორგანიზაციის ახალი სისტემა მხოლოდ მაღალი კვალიფიკაციის პროფესიონალებს აიტანს და გთხოვთ, რომ ამისთვის თადარიგი დროულად დაიჭიროთ. ალბათ, დაგვჭირდება გარკვეულად გადაიხედოს სამედიცინო განათლების არსებული სისტემა აჭარაში. უნდა მოიძებნოს სასწავლებელთა გაერთიანების, მათი რესურსების ეფექტიანად გამოყენების საშუალებები. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ახალმომზადებული კადრები კონკურენციას ვერ გაუძლებენ.

აქედანვე უნდა ვემზადოთ სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზებისთვის. მისი მასშტაბები საკმაოდ მნიშვნელოვანი იქნება. სახელმწიფო თავის საკუთრებაში დაიტოვებს მხოლოდ სასიცოცხლოდ

აუცილებელ ობიექტებს. ჩვენი ამოცანაა, ის რაოდენობრივი ნამატი, რომელიც დღეისთვის გვაქვს მატერიალური რესურსების მხრივ, ხარისხობრივ გაუმჯობესებაზე გადავიტანოთ, ამისთვის კი საჭიროა მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო მომსახურების ცენტრების შექმნა. ასეთი ცენტრები აუცილებლად უნდა იყოს აჭარაშიც. მიგვაჩნია, რომ ის სამშობიარო სახლი, რომელიც გუშინ გაიხსნა, ამგვარი მიდგომის რეალიზებაა. უნდა გაგრძელდეს მაღალი კვალიფიკაციის მედიკოსების მომზადება და სამედიცინო დაწესებულებების სათანადო ხარისხის ტექნიკით აღჭურვის პროცესი, რათა აჭარაში შევძლოთ ევროპული დონის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება.

დღეისათვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა მთიანი და საზღვრისპირა რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო მომსახურება, რის უზრუნველსაყოფად მოქმედებს სპეციალიზებული სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც ხულოს მრავალპროფილიან საავადმყოფოს უკვე ჩაერიცხა 70.000 ლარი, წლის ბოლომდე კიდევ გადაერიცხება 14.334 ლარი; მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლს ჩაერიცხა 88 ათას ლარზე მეტი; სხალთის საუბნო საავადმყოფოს - 28 ათასი ლარი და სხვა. მომავალში ამგვარი დახმარება კიდევ უფრო გაიზრდება. აჭარის ხელისუფლებაც ამ მიმართულებით, ალბათ, უფრო გააღრმავებს მუშაობას.

პრობლემები კიდევ ბევრია, საჭიროა მათი კონკრეტიზაცია, მაგრამ, მოდი, ეს საკითხი შემდეგისთვის გადავდოთ. აუცილებლად მიმაჩნია, რომ აჭარის სამედიცინო საზოგადოებამ, როგორც დემოკრატიულმა არასამთავრობო სტრუქტურამ, რეორიენტირებულ სისტემაში დროულად იპოვოს თავისი კუთვნილი ადგილი, როგორც მედიკოსთა უფლებების დამცველმა და მოვალეობების აღსრულების გარანტმა.

კიდევ ერთხელ გილოცავთ იუბილეს და გისურვებთ წარმატებებს ერთიანი დემოკრატიული სამოქალაქო საზოგადოების აშენების საქმეში.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის
შემუშავებისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო კონფერენცია**
თბილისი, 1997 წლის 12 ოქტომბერი

საქართველოს ჯანდაცვის მოდელი თხუთმეტი წლის შემდეგ

ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ქალბატონებო და ბატონებო,

დღევანდელი კონფერენცია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისთვის ფრიად მნიშვნელოვან საკითხებს ეხება. ჩვენ უკვე განვიხილეთ ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის პროგრამა, ვისაუბრეთ ევროპის რეგიონულ პოლიტიკაზე „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, რომელიც საფუძვლად უნდა დაედოს რეგიონის ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის სრულყოფას.

აღბათ, ყველა დამსწრესთვის საინტერესო იქნება იმის გაგება თუ როგორ ვხედავთ ჩვენ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მოდელს თხუთმეტი წლის შემდეგ.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, ერთი მხრივ, იდეალისტურად შეიძლება აღიქმებოდეს, მაგრამ ამავე დროს ეს ზუსტად ის იდეალია, რომლის განხორციელებას უნდა ესწრაფოდეს ყველა ქვეყანა. ნებისმიერი სახელმწიფო შექმნილია ადამიანისთვის, ადამიანის მიერ და მის ძირითად სიმდიდრეს სწორედ ადამიანები წარმოადგენენ, ამიტომაც ყოველი სახელმწიფო მაქსიმალურ ძალისხმევას უნდა მიმართავდეს ამ სიმდიდრის შესანარჩუნებლად, რომლის მიღწევის მთავარი გზა ადამიანის ჯანმრთელობაზე გადის.

დღეისათვის მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნები უდიდეს ყურადღებას აქცევენ საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობას, ვინაიდან ჯანმრთელი მოსახლეობა, ერთი მხრივ, უფრო იაფი უჯდება სახელმწიფოს და, მეორე მხრივ, ბევრად უფრო მეტ ეროვნულ პროდუქტს ქმნის, რაც თავისთავად საყოველთაო კეთილდღეობის საწინდარია.

სწორედ ამ მიზნით დავიწყეთ ორი წლის წინათ ძირეული გარდაქმნები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში. საზოგადოებრივი სისტემის შეცვლას აუცილებლად უნდა მოჰყოლოდა ყველა დარგში და, მით უფრო, ჯანმრთელობის დაცვაში რადიკალური ძვრები. ჩვენი მიზანი იყო ისეთი ცვლილებების განხორციელება, რომელიც ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებას გამოიწვევდა.

ყველა ჩვენგანმა უნდა გავაცნობიეროთ ის ფაქტი, რომ შეუძლებელია აშენო სახელმწიფო, განავითარო მისი ეკონომიკა, დაიცვა ტერიტორიული მთლიანობა და ასე შემდეგ ჯანმრთელი მოსახლეობის გარეშე. ამგვარად, მესამე ათასწლეულში მოსახლეობის ჯანმრთელობა ქვეყნის უპირველესი პრიორიტეტი იქნება.

იმისთვის, რომ დავინახოთ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა თხუთმეტი წლის შემდეგ, უნდა ვიყოთ რეალისტები და, იმავდროულად, იდეალისტებიც. უნდა დავსახოთ იდეალური მიზნები და შევეცადოთ, გადავდგათ სწორი ნაბიჯები ამ იდეალამდე მისასვლელ გზაზე.

პერსპექტიული სურათის შექმნამდე აპრიორი უნდა შევთანხმდეთ, რომ, ეკონომიკური ზრდის რეალური ტემპებიდან გამომდინარე, საქართველო თხუთმეტი წლის შემდეგ, თუ რაიმე საოცრება არ მოხდა, ალბათ, საშუალო განვითარების ქვეყანა იქნება არცთუ ისე მაღალი შემოსავლების მქონე მოსახლეობით.

აქედან გამომდინარე, სახელმწიფოს ძირითადი მიზანი იქნება ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საშუალებების ხელმისაწვდომობა მთელი მოსახლეობისთვის. შედარებით შეზღუდული ფინანსური რესურსების არსებობის პირობებში ამის მიღწევა მხოლოდ განვითარებული პირველად ჯანდაცვასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ორიენტაციის შედეგადაა შესაძლებელი. რესურსები ძირითადად მობილიზებული უნდა იქნას პრევენციაზე, თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ სამკურნალო მედიცინა არ უნდა იდგეს მსოფლიო სტანდარტების დონეზე.

ჩვენ მიერ განხორციელებული გარდაქმნები იქითკენ მიდის, რომ ამ დროისთვის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა წარმოდგენილი იქნება რეგულირებადი სამედიცინო ბაზრის სახით. მასში მოქმედი სხვადასხვა

საკუთრების ფორმის სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა მიმწოდებელი დაექვემდებარება ხარისხისა და ეკონომიკური ეფექტიანობის გარანტს – სახელმწიფოს.

თავის მხრივ, სამედიცინო ბაზრის არსებობა ნიშნავს, რომ უკვე ჩამოყალიბებული იქნება სხვადასხვა წარმოშობისა და კუთვნილების ფორმების მქონე სადაზღვევო სისტემა.

საბაზრო სისტემა იძლევა ხარისხისა და ეფექტიანობის გარანტიას, რაც თავის მხრივ, აყალიბებს პრინციპს – პაციენტს მოჰყვება ფული და არა პირიქით, პაციენტი მიდის იქ, სადაც ფულია. ანუ, უფრო კონკრეტულად რომ ვთქვათ, ფულის გადახდა ხდება იმ მწარმოებელთათვის და იმ გაწეული მომსახურებისთვის, სადაც პაციენტი მიდის, და არა როგორც საბჭოთა პერიოდში, როდესაც ამა თუ იმ ორგანიზაციას მისდიოდა მატერიალური რესურსები და პაციენტი იძულებული იყო, მისულიყო იქ, სადაც სახელმწიფომ ეს რესურსები დააბანდა.

თავის მხრივ, ამგვარი სამედიცინო ბაზრის არსებობა მეტყველებს იმაზე, რომ დამთავრებულია სამედიცინო რესურსების ოპტიმიზაცია, სამედიცინო პროდუქტის ფასების ფორმირება მოხდება რეალური თვითღირებულების გათვალისწინებით და არა ფასების დემპინგით, როგორც ეს დღეს ხდება. ჩვენი ძალისხმევა და დარგის განვითარების პოლიტიკა მიმართულია იმაზე, რომ 2012 წლისთვის ოპტიმალური იყოს როგორც მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები (დაუტვირთავი ძირითადი საშუალებები დაკონსერვებულია და/ან პრივატიზებულია), ასევე, ადამიანური რესურსებიც (სამედიცინო კადრების საერთაშორისო მოთხოვნების შესაბამისად მომზადება, გადამზადება, დასაქმება და ასე შემდეგ), რაზეც ქვემოთ უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით.

ნებისმიერი სფეროს ერთ-ერთი მთავარი ქვაკუთხედი რესურსების განაწილება, ვინაიდან მხოლოდ მატერიალურ-ტექნიკური სახსრების განაწილების სათანადო ფორმას მოჰყვება ის მთავარი პრინციპები, რომლებიც ჩვენ უნდა დავიცვათ XXI საუკუნის ჯანდაცვის მოდელის აგებისას – სამართლიანობა, ხელმისაწვდომობა და თანასწორუფლებიანობა. ვფიქრობთ, რომ თხუთმეტი წლის შემდეგ ჯანდაცვის სისტემა, რესურსების განაწილების მხრივ იქნება ორშრიანი: პირველი შრე

ხელმისაწვდომობა – ყველასთვის (რესურსების აბსოლუტური სოლიდარობა), რაზეც პასუხისმგებლობას აიღებს სახელმწიფო. სახელმწიფო პოლიტიკა უნდა წავიდეს იქითკენ, რომ პირველი შრე გაფართოვდეს როგორც მოცვით, ისე შინაარსობრივად, რათა გადაიჭრეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ყველა პრობლემა, რაც თანასწორობისა და ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვას ნიშნავს. თუმცა, ალბათ, აუცილებელია, რომ სახელმწიფო და კერძო სექტორს შორის ვალდებულებების (როგორც გადამხდელის) გადანაწილება ცივილიზებული გზით (სტიმულირებით) ჩატარდეს.

მეორე შრე გულისხმობს პირველის ზემოთ ინდივიდუალურად მიღებულ დამატებით მომსახურებას, რომელიც ასახავს პირად მატერიალურ კონტრიბუციას (არა აქვს მნიშვნელობა, ეს ჯიბიდან იქნება გადახდილი თუ სადაზღვევო სისტემიდან). ეს პრინციპი სპობს გათანაბრებას, ეგრეთ წოდებულ „ურავნილოვკას“, რაც, თავის მხრივ, საბაზრო ურთიერთობების დამკვიდრებისა და განვითარების და ხარისხის ამაღლების ერთ-ერთი უდიდესი ნაკლია.

ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, პირველ შრეში პაციენტის არჩევანი უნდა იყოს დახურული, რაც „მეჭიშკრის“ როლს შეასრულებს და თავიდან აგვაცილებს მატერიალური რესურსების არაფექტიან ხარჯვას (მაგალითად, პაციენტი ჯერ უნდა მოხვდეს ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმთან და შემდეგ, თუ საჭიროა, შესაბამის სპეციალისტთან). მეორე შრეში პაციენტის არჩევანი უკვე თავისუფალი იქნება, ვინაიდან ეს არის დამატებითი მომსახურება დამატებითი ანაზღაურებით.

რაც შეეხება ჯანდაცვის რესურსებს და მათ მართვას, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ამ დროისთვის უკვე დასრულდება სისტემის ოპტიმიზაცია – დაუტვირთავი ძირითადი საშუალებები პრივატიზებული და/ან დაკონსერვებული იქნება და ფუჭ ტვირთად აღარ დააწვება სისტემას. ჩატარდება სამედიცინო დაწესებულებების დიფერენცირება დონეების მიხედვით და მათი რეაბილიტირება. ქვეყანაში იმუშავებს პირველადი სამედიცინო მომსახურების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პრევენციულ და სარეაბილიტაციო დაწესებულებათა მძლავრი ქსელი. ამავე დროს, მსოფლიო სტანდარტების დონეს მიაღწევს მესამე დონის კლინიკები,

სპეციალიზებული და სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებები, რაც მათ მისცემს ჯანდაცვის მსოფლიო სისტემაში ინტეგრირების საშუალებას და ასევე, შესაძლებლობას, რიგი მიმართულებებით წამყვანი როლი ითამაშონ ფართომასშტაბიანი რეგიონული სამედიცინო მომსახურების და სამედიცინო ბიზნესის სფეროში (ამიერკავკასია, შავი ზღვის აუზის ქვეყნები, ახლო აღმოსავლეთი და ასე შემდეგ).

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო შეასრულებს ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებისა და მისი წარმართვის კოორდინატორის როლს. სრული დატვირთვითა და პასუხისმგებლობით იმუშავებენ ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოები რეგიონებში ჯანდაცვის რესურსების მობილიზებასა და განაწილებაზე.

მოგეხსენებათ, რომ დღეისათვის უკვე განხორციელდა დარგის დეცენტრალიზება და მმართველობითი ფუნქციების გამიჯვნა-გადანაწილება, რაც იმის იმედს იძლევა, რომ რეგიონული მართვის ორგანოები იმ დროისთვის იქნებიან უფრო დამოუკიდებელნი და ექნებათ მეტი საშუალებები და პოტენციალი საქმიანობის განსახორციელებლად.

რესურსების ცენტრალურ და რეგიონულ დონეზე მართვა კოორდინირებული და ოპტიმალური გახდება ერთიანი საინფორმაციო ქსელის არსებობის პირობებში. თვითონ სისტემა იქნება გაცილებით მოქნილი და სპეციალური საექსპერტო ჯგუფები პერმანენტული ანალიზის, მოდელირებისა და ცვლილებების შეტანის საფუძველზე გაზრდიან მომსახურების ხარისხსა და ეფექტიანობას.

სამედიცინო კადრების მომზადება განხორციელდება სამედიცინო ბაზრის მოთხოვნილებათა გათვალისწინებით. საშუალო და ტექნიკური მედპერსონალის წილი მივა ადეკვატურ მაჩვენებელამდე. სამედიცინო პერსონალი მომზადდება მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისად, რისი გარანტიც იქნება სალიცენზიო-სააკრედიტაციო კომისიები (როგორც უმაღლეს სასწავლებელთა, ასევე სამედიცინო პერსონალისა).

საზოგადოებისთვის ცნობილია, უკვე რა მნიშვნელოვანი ძვრები მოხდა სამედიცინო განათლების სფეროში. ძალიან დიდი მუშაობაა ჩატარებული,

მაგრამ კიდევ ბევრი რამ არის გასაკეთებელი, რათა 21-ე საუკუნეში დაბალანსდეს სამედიცინო კადრებზე მოთხოვნილება და მათი მომზადება.

თავისთავად, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მრავალპროფილურობა და ფუნქციონირებისთვის აუცილებელ სპეციალისტთა ფართო სპექტრი საშუალებას იძლევა, გადაიჭრას დასაქმების პრობლემა. მით უმეტეს, რომ ამ პერიოდისათვის დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი მომზადების პარარელურად იარსებებს უწყვეტი განათლების მძლავრი სისტემა, გაიზრდება მოთხოვნილება დარგის ახალ სპეციალობებზე, ისეთებზე, როგორცაა ოჯახის ექიმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი, ჯანდაცვის მენეჯერი, სოციალური მუშაკი და სხვა.

დარეგულირდება ფარმაცევტული ბაზარი და წამალპოლიტიკა.

ამგვარად, ჩვენ მხოლოდ სქემატურად მოგაწოდეთ ის ძირითადი საკვანძო საკითხები, რომლებსაც, ჩვენი აზრით, აუცილებლად მივალწევთ ტხუთმეტწლიანი პერიოდის განმავლობაში. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ გვქონდეს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული პოლიტიკა თითოეული მიზნის, პრიორიტეტისა და მიმართულების განსაზღვრით, მით უფრო, რომ ჩვენ ამის საკმაოდ მძლავრი წანამდღვრები გვაქვს. მთავარია, ვიმუშაოთ და ვაშენოთ ახალი, თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობაზე მზრუნველი სისტემა, რადგანაც თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობა და ხანგრძლივი სიცოცხლე ჯანსაღი ერისა და ქვეყნის კეთილდღეობის საწინდარია.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

1997 წლის 20 ნოემბერი

რეფორმების მეორე ეტაპი – განვითარების თანაბარი პირობები

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
პატივცემულო მთავრობის წევრებო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

მთავრდება 1997 წელი, იწყება ახალი იმედებისა და ახალი შემოქმედებითი აქტივობის 1998 წელი. სუვერენული, დემოკრატიული აღმშენებლობის გზაზე მდგარი საქართველო უახლოვდება XXI საუკუნის კარიბჭეს. საზოგადოების ყველა სფეროში მიმდინარე ძირეული რეფორმები არის საქართველოს ისტორიული განვითარების დღევანდელი ეტაპის უმთავრესი ინტონაცია. ყალიბდება ღია საზოგადოება, მოქალაქე მისი შემოქმედებითი აქტივობით ხდება ამ საზოგადოების მთავარი ინტეგრატორი, მისი ინტერესები განსაზღვრავს ქვეყნის ტერიტორიულ-ადმინისტრაციულ და ინსტიტუტურ მოწყობას. მიმდინარეობს საქართველოს ინტეგრირება ერთიან მსოფლიო სამეურნეო სივრცეში. საქართველო სულ უფრო მეტად ხდება მსოფლიო ფასეულობებზე ორიენტირებული და ახალ საერთაშორისო მნიშვნელობის ადამიანთა მშვიდობიანი თანაცხოვრების ინიციატივების შემოქმედი. საქართველო ანგარიშგასაწევი ფაქტორია არა მხოლოდ ამიერკავკასიაში და ყოფილ საბჭოთა კავშირის სივრცეში, არამედ მთელი ევროპული კულტურისთვის.

1. საწყისის დასაწყისი.

საქართველოს აღმშენებლობის უმთავრესი მაგისტრალია ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკური რეფორმები. ეს რეფორმები, ამავე დროს, საზოგადოების პროგრესის უმთავრესი მამოძრავებელი ძალაა. როგორც ქვეყნის პრეზიდენტმა, ბატონმა ედუარდ შევარდნაძემ აღნიშნა საქართველოს განვითარებას განაპირობებს მისი ეკონომიკური გარდაქმნები, ეკონომიკა განსაზღვრავს პოლიტიკის ვარიანტებს და სოციალური აქტივობის მიზანმიმართულებებსაც. წამყვანი ეკონომიკური პარადოგმის სახით მკვიდრდება თავისუფალი საბაზრო მეურნეობის ფილოსოფია. საქართველოს

მოქალაქეთა ყოველდღიურობაში, მათ ყოფაცხოვრებაში თანდათანობით ძლიერდება საბაზრო ეკონომიკისთვის დამახასიათებელი ჩვევები. საბაზრო ეკონომიკა აღარაა მხოლოდ სახელმწიფოს პოლიტიკურ-ეკონომიკური სტრატეგია, იგი თითოეული მოქალაქის ცხოვრების წესის აუცილებელ მახასიათებლად იქცა.

მიმდინარე წლის ოქტომბრიდან იწყება ახალი ეტაპი ჩვენი ქვეყნის განვითარებაში. საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებით განისაზღვრა ეკონომიკური რეფორმების მეორე ეტაპის ძირითადი მიმართულებები. წინა პლანზე წამოიწია ადამიანთა, მისმა მოთხოვნებმა და ინტერესებმა. გაცხადდა, რომ პროგრესი მხოლოდ მაშინაა რეალური და შედეგიანი, თუ იგი ადამიანის გაჩვეთარებას ემსახურება. ადამიანის განვითარება არის თავისუფალი დემოკრატიული სახელმწიფოს უმთავრესი მიზანი. ყველა სხვა უდიდესი მნიშვნელობის სტრატეგია, როგორცაა ეკონომიკური ზრდა, ქვეყნის უსაფრთხოება, საზოგადოებრივი წესრიგი, მოსახლეობის სოციალური დაცვა, კულტურული მემკვიდრეობის შენარჩუნება-განახლება, ამ მიზნის მიღწევის საშუალებაა. ადამიანზე ორიენტირებული საზოგადოება კი ვალდებულია შექმნას ყველა პირობა საზოგადოების თითოეული წევრის შემოქმედებითი აქტივობის გამოვლენისთვის; შექმნას თითოეული მოქალაქის ჯანსაღი ინტერესების რეალიზების თანაბარი პირობები. ესაა ეკონომიკური რეფორმების მეორე ეტაპის უმთავრესი მიზანდასახულობა.

დანტე ალიგიერის სიტყვები *„არ არსებობს უფსკრული, საიდანაც ამოსვლა არ შეიძლება“* ჩვენი ეკონომიკური გარდაქმნის პირველი ეტაპის გზამკვლევი იყო. მართლაც, ჩვენ თანდათან ამოვედით უფსკრულიდან, რომელშიც აღმოვჩნდით. მოკლე ხანში გავიარეთ დემოკრატიული პრინციპების ჩამოყალიბება-დამკვიდრების რთული გზა. დამყარდა კანონის უზენაესობა, რომელიც გარანტირებულია ქვეყნის კონსტიტუციით და ქვეყნის დემოკრატიული მოწყობით, აღდგენილია სოციალური სტაბილურობა და შექმნილია ადამიანის განვითარებისთვის ხელსაყრელი გარემო, თვალსაჩინოა ეკონომიკური ზრდა.

ამავე დროს, უნდა ავლნიშნოთ, რომ ქვეყნის ხელისუფლება მთავარ ყურადღებას უთმობს ეკონომიკურ ზრდას. სახელმწიფოს პოლიტიკური ნება მიმართული იყო ქვეყნის ეკონომიკური პოტენციალის გაძლიერებისა და მიკროეკონომიკური გარდაქმნების დაჩქარებისკენ. მიუხედავად ამისა,

კარგად გვესმის, რომ ეკონომიკური ზრდა ავტომატურად არ არის ადამიანის განვითარებასთან დაკავშირებული. ეკონომიკური ზრდა ყოველთვის არ იწვევს ადამიანის განვითარებას. ადამიანის განვითარების შესახებ გაეროს 1998 წლის მოხსენებაში აღნიშნულია, რომ მიუღებელია ეკონომიკური ზრდის ისეთი ვარიანტები, რომლებიც განაპირობებს დასაქმების შემცირებას, დემოკრატიის ჩახშობას, ერის კულტურული მემკვიდრეობის დაკარგვას, მოსახლეობაში სოციალური უთანასწორობის გაღრმავებას. ამავე მოხსენებაში სათანადო მაგალითებიც მრავლადაა მოხმობილი და ავტორები აღნიშნავენ, რომ *„იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ქვეყნის მოწყობის სოციალურ-ეკონომიკური სტრუქტურა ხელს უშლის ეკონომიკურ ზრდასა და ადამიანის განვითარებას შორის პირდაპირპროპორციული კავშირის დამყარებას, იგი ხანგრძლივი ვერ იქნება, თუ ქვეყანა სისტემატურად არ ატარებს გააზრებულ და მიზანდასახულ პოლიტიკას ამ მიმართულებით“*.

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანა იმყოფებოდა ურთულეს ეკონომიკურ პირობებში, რაც გამოიხატა 1993 წელს მისი ეკონომიკური პოტენციალის 20%-მდე დაქვეითებაში 1986 წელთან შედარებით, ეკონომიკური ზრდისა და სტაბილიზაციის სტრატეგია არასოდეს არ ყოფილა თვითმიზანი. საქართველოში მიმდინარე ფულად-საკრედიტო და საფინანსო სისტემების რეფორმასთან ერთად, რომელმაც განაპირობა ლიბერალიზაცია, პრივატიზაციის დაჩქარება და სახალხო მეურნეობის სექტორების სტრატეგიული გარდაქმნები, იმთავითვე დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სისტემებში. ამას დაემატა ქვეყანაში კულტურის გადარჩენის სპეციალური ღონისძიებები, ცალკეული მუნიციპალური პროგრამები და, რაც მთავარია, დასაქმება იქცა ქვეყნის N1 სოციალურ-ეკონომიკურ პრიორიტეტად.

შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში მიმდინარე ეკონომიკური ზრდა არის ქვეყნის დემოკრატიულობისა და სუვერენულობის განმტკიცების, ადამიანების ახალ გარემოში ცხოვრების წესის ჩამოყალიბება-განვითარების ერთიანი პოლიტიკის შედეგი და ის მიმართულია ადამიანის განვითარებისთვის აუცილებელი სოციალური პირობების შესაქმნელად. ამიტომ ჩვენს ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკური ზრდა შეიძლება დახასიათდეს შემდეგნაირად: ეკონომიკის განვითარება სამუშაო ადგილების შექმნის მიზნით, წარმოებული დოვლათის განაწილების სამართლიანი წესის დამკვიდრება, რომელიც უზრუნველყოფს ქვეყნის პოლიტიკურ ცხოვრებაში

მისი თითოეული მოქალაქის მონაწილეობას, ზრდის კულტურული მემკვიდრეობისადმი პასუხისმგებლობას და ქმნის მომავალი თაობების განვითარების ხელსაყრელ პირობებს.

ჩვენი უახლესი ისტორიის და ჩვენ მიერ გადადგმული ნაბიჯების რეტროსპექტული ანალიზი გვამლევს ასეთი დასკვნის გაკეთების საშუალებას. ამასთან, უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ეკონომიკური რეფორმების პირველ ეტაპზე ადამიანზე ზრუნვა, რიგი ობიექტური მიზეზების გამო, ძირითადად ადამიანის სოციალური სტატუსს შენარჩუნებისა და ხშირად მისი ფიზიკური გადარჩენისკენ იყო მიმართული. სახელწიფოს პოლიტიკური ნება, განსაკუთრებით 1993-1994 წლებში, მოსახლეობის სოციალურ დაცვაზე იყო ორიენტირებული. 1995 წლიდან კი შეიქმნა ისეთი რეალური გარემო, როდესაც ადამიანზე ზრუნვა ქვეყნის პოლიტიკური პრიორიტეტი გახდა. ადამიანთა თანაცხოვრების საწყისი და საზრისი – ადამიანის განვითარება – იქცა ეკონომიკური რეფორმების გატარების ცენტრალურ მახასიათებლად. ადამიანის განვითარება, როგორც პროგრესის საწყისი, დაიწყო მის სოციალურ დაცვაზე, მისი მატერიალური პირობების გაუმჯობესებაზე ზრუნვით, რაც სპეციალური დოქტრინის სახით ჩამოყალიბდა პრეზიდენტის წინასაარჩევნო პროგრამაში.

2. ჯანმრთელობა ყველასათვის - ადამიანის განვითარების საფუძველია

ქვეყანაში მიმდინარე პროგრესის ცენტრალური რგოლი ეკონომიკური რეფორმებია. განვითარება სისტემური ფორმით მიმდინარეობს, რომლის ცენტრში ადამიანი დგას. დღეისათვის, როდესაც დაიწყო ეკონომიკური რეფორმების მეორე ეტაპი, ადამიანის განვითარების ურთულეს პრობლემათა შორის წინა პლანზე იწევს მისი ჯანმრთელობის დაცვა.

საქართველოში მიმდინარე ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმა თანდათან ღრმავდება. იგი მოიცავს ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველა რგოლს. თანდათანობით ჩამოყალიბდა სუვერენული სახელწიფოსთვის დამახასიათებელი სისტემა, რომელიც, დემოგრაფიული პროცესების ანალიზით დაწყებული და სამედიცინო ტექნიკითა და ტექნოლოგიებით დამთავრებული, მოიცავს ადამიანის ჯანსაღი ცხოვრების წესის ყველა ატრიბუტს.

ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმა არა არის იზოლირებული პროცესი. იგი საზოგადოებრივ-ეკონომიკური რეფორმების ორგანული ნაწილია და ამასთან მიმდინარეობს საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და დონორი ქვეყნების ხელშეწყობით. პროგრამის განვითარებაში რეალურ დახმარებას გვიწევს მსოფლიო ბანკი. იზრდება საბიუჯეტო ასიგნებების მოცულობა. ყალიბდება და ვითარდება ადეკვატური ორგანიზაციული სტრუქტურები, მთავრდება სისტემის ინსტიტუციური მოწყობა. ყოველივე ეს ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ხელისუფლების პოლიტიკური ნების გამოვლენით.

ამ თვალსაზრისით, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, როგორც ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში ქვეყნის ხელისუფლების ფუნქციური წარმომადგენელი, თანმიმდევრულად ახორციელებდა სისტემის რეორგანიზაცია-რეორიენტაციას. სამინისტრო ინტენსიურად თანამშრომლობდა ხელისუფლების ყველა შტოსთან, მათ შორის, ქვეყნის პრეზიდენტთან. ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები აისახა ქვეყნის საპროგრამო დოკუმენტებში. დგება დრო, როდესაც დღის სინათლე უნდა ნახოს მნიშვნელოვანმა პოლიტიკურმა დოკუმენტმა – „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულმა პოლიტიკამ“, რომლითაც განისაზღვრება ამ სექტორის სტრატეგიები, მიმდინარე ამოცანები და მათი გადაწყვეტის გზები. ასეთი საპროგრამო დოკუმენტებით ჯამდება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმების პრაქტიკა, ეს პრაქტიკა კი განაპირობა იმან, რომ მის განხორციელებას წინ უსწრებდა სწორი მსოფლმხედველობა. ჩვენ ვიცით, რა გვინდა, საიდან მოვდივართ და სად მივდივართ.

ამჯერად, როდესაც დაიწყო ეკონომიკური რეფორმების მეორე ეტაპი და უკვე ორი წელი გავიდა პრეზიდენტის წანასაარჩევნო პროგრამის გამოქვეყნებიდან, შესაძლებელია იმაზე საუბარი თუ როგორ ვასრულებთ პროგრამით განსაზღვრულ დავალებებს, და იმაზეც, თუ რას ვაპირებთ მომავალში. ამ მიზანდასახულებათა რეალიზებისთვის მეორე იტევს პირველს, ამიტომ ყურადღებას გავამახვილებთ, რამდენიმე ფუნდამენტური მნიშვნელობის საკითხზე.

მიმდინარე წელს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ დაიწყო მოძრაობა დევიზით „ცხოვრების ჯანსაღი წესი ყველასათვის“ და „ჯანმრთელობა

ყველასათვის“. მისი კომპეტენციის ფარგლებში ჩაატარა ღონისძიებათა მთელი სერია. ღონისძიებები გააშუქა პრესამ, რადიომ და ტელევიზიამ. ეს მოძრაობა მიზნად ისახავს ადამიანის ყოველდღიური განვითარების, მისი ქცევის ისეთი პრინციპების დანერგვას, რომლებიც უნდა ხორციელდებოდენ ჯანსაღი ყოფის ფონზე. ცხოვრების წესი უნდა იყოს ჯანსაღი, ჯანსაღი უნდა იყოს ადამიანის საცხოვრებელი გარემოც. მხოლოდ ასეთ პირობებში მოვა ჰარმონიულ ერთიანობაში ჩვენი საზოგადოების მიზნები და ამ მიზნების მიღწევის საშუალებები.

1. „ცხოვრების ჯანსაღი წესი ყველასათვის“ და „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ – ჩვენი საქმიანობის ეს ძირითადი დევიზები ფუჭ ლოზუნგებად იქცევა, თუ ისინი ვერ იქცევიან ქვეყანაში პოლიტიკური აქტივობის მთავარ მიზანდასახულობად. დემოკრატიულ საზოგადოებაში, სადაც კანონის უზენაესობა ბატონობს, ცხოვრების ჯანსაღი წესი უნდა ჩამოყალიბდეს და განვითარდეს საზოგადოებრივი ნორმებისა და ნორმატივების მეშვეობით. კანონი ჯანმრთელობის შესახებ უნდა განსაზღვრავდეს ამ ნორმების ჩამოყალიბება-განვითარების ძირითად მიმართულებას. ეს პრობლემა არაა მხოლოდ ჯანდაცვის სამინისტროს გადასაჭრელი – მისი რეალიზებისთვის უნდა იღწვოდეს ყველა სახელმწიფო ინსტიტუტი, განურჩევლად მათი ინსტიტუტური თავისებურებისა. უმთავრეს საზოგადოებრივ ამოცანას უნდა წარმოადგენდეს ცხოვრების ჯანსაღი წესების დამკვიდრებისთვის ზრუნვა. ყველა სამინისტრომ, უწყებამ და ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანომ უნდა გაუწიოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს პარტნიორობა, თანაც ისეთი, რომ თვითონვე გამოიჩინონ ამა თუ იმ დაავადების გავრცელების თავიდან აცილების ინიცია.

იმ ქვეყნებში, სადაც ადამიანზე ზრუნვა სახელმწიფოს უმთავრესი მიზანია და შედეგებიც სათანადოა – მაგალითად: კანადა, ამერიკის შეერთებული შტატები, შვედეთი, ნორვეგია, იაპონია, გერმანია, ნიდერლანდები და სხვა – ადამიანის ჯანმრთელობაზე გაწეული დანახარჯებიდან მხოლოდ 40% ხმარდება მედიცინას, დანარჩენი 60% ადამიანის ჯანმრთელობის არასამედიცინო ფაქტორების განვითარებისთვის იხარჯება. მოვიყვან მაგალითს: საქართველოსთვის შემამფოთებელია ზოგიერთ ჩვენს რეგიონში გამოვლენილი ცოფის შემთხვევები, მაგრამ რა შეუძლია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას ცოფით ინფიცირების წინააღმდეგ საქმიანობაში, თუ ადგილობრივი ხელისუფლება არ გადაჭრის საკუთარ ტერიტორიაზე

უპატრონო და ნახევრად ველური ძაღლების პრობლემას. ანდა როგორ შეძლებს ჯანდაცვის სამინისტრო ებრძოლოს მომძლავრებულ ბრუცელოზს, თუ მეცხოველეობაში დროულად არ გატარდება ეპიზოოტური ღონისძიებები. ეს ხომ ფუნქციურად სულ სხვა უწყებების პრეროგატივაა. ასევე, აუცილებელია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლაში საკუთარი სიტყვა თქვას საბაჟო და შინაგან საქმეთა სამინისტრომ და ასე შემდეგ. როგორც ვხედავთ, უნდა ვიზრუნოთ ცხოვრების ჯანსაღი გარემოს შექმნაზე. ამ შემთხვევაში, მედიცინა გახდება იაფი და სახელმწიფოებრივი საზრუნავიც რომელიმე დაავადების ლიკვიდაცია კი არ იქნება, არამედ მკურნალობის მაღალი ტექნოლოგიების დამკვიდრება.

2. „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ თეზისის რეალიზებისთვის აუცილებელია ადამიანზე სახელმწიფოებრივი ზრუნვის განხორციელება, მაგრამ ამავე დროს, მისი რეალიზება თითოეული მოქალაქის ინდივიდუალურ შესაძლებლობებსაც უკავშირდება. დღეისათვის მსოფლიოში შეინიშნება საყოველთაო „დივერგენციის“ პროცესი. „დივერგენცია“ გამოიხატება მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის შემოსავლების პოლარიზაციაში. ეს პროცესი დამახასიათებელია დემოკრატიული ცხოვრებისთვის, მაგრამ იგი არ უნდა გახდეს ხელის შემშლელი ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაო ღონისძიებების განხორციელებისთვის.

ისევ ქვეყნის პრეზიდენტს დავესესხები. მან აღნიშნა, რომ „*საქართველო უნდა გახდეს მდიდარი და შეძლებული ხალხის ქვეყანა*“. ჩვენთან ყველაფერი კეთდება ამისათვის: გაიზარდა დასაქმების დონე; დასაქმებულთა საშუალო თვიური ხელფასი სამოცდაათ ლარს აჭარბებს; მთელი რიგი მატერიალური ფასეულობები ხელმისაწვდომი გახდა ყველა მოქალაქისთვის. მიუხედავად ამისა, კიდევ ბევრი რამ გვაქვს გასაკეთებელი. კერძოდ, დავამკვიდროთ პოტენციური შესაძლებლობები, რათა ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და უსაფრთხო სანიტარულ პირობებში ხდებოდეს მშობიარობა, თითოეულ მოქალაქეს ჰქონდეს შესაძლებლობა მიიღოს ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურება. ჩვენ ვცდილობთ, ჯანდაცვის საბაზო მომსახურებით მოვიცვათ ქვეყნის მთელი მოსახლეობა. ამ თვალსაზრისით სიღარიბის პრობლემას უნდა ვუყუროთ არა მხოლოდ უშუალოდ (თუ რამდენი აქვს შემოსავალი ამა თუ იმ მოქალაქეს), არამედ მისი ჯანმრთელობის დაცვის შესაძლებლობებიდანაც. ამ შემთხვევაში ჩნდება ახალი პარამეტრი –

სიღარიბე შესაძლებლობების მიხედვით. მისი რეალიზება კი განვითარებულ ჯანდაცვის სისტემას ძალუძს.

3. „სიღარიბე შესაძლებლობების მიხედვით“ – ეს ცნება ჩვენი ლექსიკონისთვის ახალია, თუმცა ჩვენ ვალდებულნი ვართ, ვისარგებლოთ ჩვენთვის ისეთი ახალი ტერმინებით, როგორცაა: ადამიანური პოტენციალის განვითარების ინდექსი; ქალების შესაძლებლობების განვითარების მაჩვენებელი; განვითარება ცხოვრების ხანგრძლივობის ფაქტორის გათვალისწინებით და ახვა. ესენი არაა სპეციალური სამედიცინო ტერმინები. მათი ათვისება და შემდგომ მათი დახმარებით ჩვენი ყოველდღიურობის შეფასება აუცილებელი ხდება, ამიტომ მიგვაჩნია, რომ ამ მიმართებით საჭიროა გადაიდგას სერიოზული ნაბიჯები. შესაბამისმა უწყებებმა და ორგანიზაციებმა უნდა დააჩქარონ საზოგადოების მდგომარეობის შეფასების ამ ახალ ტერმინთა ბრუნვაში შემოტანა.

ჩემთვის, როგორც საქართველოს მოქალაქისთვის, სულაც არ იყო სასიხარულო, როდესაც გავეცანი „ჟურნალ ევსიმანის“ მიერ გამოქვეყნებულ მონაცემებს „ინვესტიციების საიმედოობის შეფასება“, სადაც საქართველო 163 ადგილზეა, მაშინ, როდესაც აზერბაიჯანს 139-ე, სომხეთს 136-ე, რუსეთს 79-ე, ლატვიას 59-ე ადგილი აქვთ მიჩენილი. მე ამ მაჩვენებლის სიზუსტისა არ მჯერა ისე, როგორც არ მჯერა გაეროს 1996 წლის მოხსენებაში „ადამიანის განვითარების შესახებ“ საქართველოსთვის 104-ე ადგილის მიკუთვნებისა ადამიანური პოტენციალის ინდექსების ცხრილში. ჩვენი სამინისტროს სპეციალისტების გაანგარიშებით საქართველოს 84-ე ადგილი უნდა ეჭიროს. რაზე მეტყველებს ეს ფაქტორები? უპირველეს ყოვლისა, იმაზე, რომ ჩვენი ზოგიერთი უწყების თანამშრომლებს, რომლებიც საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან მუშაობენ, პასუხისმგებლობა აკლიათ. გარდა ამისა, სათანადო დონეზე ვერ დადგა სტატისტიკა, რომელიც უტყუარ ცნობებს მოგვაწვდის ჩვენი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების რაოდენობრივი მაჩვენებლების შესახებ, და ხშირად სათანადოდ ვერ ვფლობთ თანამედროვე ცხოვრების ლექსიკონს, ვერ ვაძლევთ სათანადო შეფასებას ამა თუ იმ ტერმინით ასახულ მოვლენებს. ვიმედოვნებ, რომ ჩვენ ამ საკითხს დავსვამთ „ევსიმანის“ რედაქციის წინაშე, სადაც ჩვენს ქვეყანაზე ორჯერ მეტი ინფორმაცია დაიბეჭდა, ვიდრე ეს ჩვენთან ხდება.

და ბოლოს, ჩვენი გამოსვლა შეიძლება შემდეგნაირად შევაჯამოთ: ეკონომიკური რეფორმების მეორე ეტაპი ახალ და რთულ ამოცანებს აყენებს ჩვენი ხელისუფლების ყველა ინსტანციის წინაშე. ახალი ამოცანები დგას ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის წინაშეც, რომელთა გააზრება და რეალიზება სისტემური პრობლემაა. ეს კიდევ ერთხელ მიუთითებს სხვადასხვა უწყების კოორდინირებული მუშაობის აუცილებლობაზე, რათა დავძლიოთ არსებული ჩამორჩენები.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**საქართველოს დელეგაციის შეხვედრა დონორი ქვეყნების
წარმომადგენლებთან**

პარიზი, 1997 წლის 10 დეკემბერი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო თავჯდომარე,
ბატონებო და ქალბატონებო,

უკვე ტრადიციად დამკვიდრდა, ყოველი შეხვედრისას საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი მოხსენებით წარდგეს თქვენ წინაშე. ეს განპირობებულია ორი მიზეზით: ჯერ ერთი, ყოველივე იმაში, რაც ჩვენთან ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის სახელწოდებით კეთდება, დიდია მსოფლიო ბანკის, საერთაშორისო სავალუტო ფონდისა და თქვენი – საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციებისა და სახელმწიფოების წვლილი და, ამდენად, ჩემი მოხსენება გარკვეული ანგარიშია თქვენ წინაშე. და მეორე, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რადიკალური რეფორმები მნიშვნელოვანწილად ასახავს ქვეყანისთვის კეთილსასურველი პროცესების მიმართულებას.

ნება მიბოძეთ, მაგლობა გადაგიხადოთ იმისთვის, რომ ამ ტრადიციას ჩაუყარეთ საფუძველი და თქვენი დატვირთული სამუშაო დროის ნაწილი გამოყავით საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრობლემების განსახილველად.

წინა შეხვედრაზე მე გულახდილად გითხარით, რომ „გვიჭირს, მაგრამ მტკიცედ გვჯერა, რომ სწორ გზას ვადგავართ“.

განვლილმა წელიწად-ნახევარმა დაადასტურა ჩვენი რწმენის საფუძვლიანობა: საქართველოში დემოკრატიული პროცესების განვითარება, მისი ერთგულება საყოველთაო ჰუმანისტური პრინციპებისადმი შეუქცევადი გახდა.

ქვეყნის პრეზიდენტის, ბატონი ედუარდ შევარდნაძის სტრატეგიულმა კურსმა – ადამიანის ჰარმონიული განვითარების უზრუნველყოფი დემოკრატიული სამოქალაქო საზოგადოების დამკვიდრებამ – პირველი სასიკეთო ნაყოფი უკვე გამოიღო.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის განვლილი 2,5 წლის განმავლობაში მსოფლიო ბანკისა და სავალუტო ფონდის უშუალო მხარდაჭერითა და დახმარებით ბევრი რამის გაკეთება გახდა შესაძლებელი.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის ჩამოყალიბება უზრუნველყოფილია შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზით.

გუშინ, 1997 წლის 9 დეკემბერს, საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, რომელშიც პრაქტიკულად აისახა საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ ჩამოყალიბებული ადამიანის უფლება-მოვალეობათა მთელი სპექტრი. შემუშავებულია და მოქმედებს კანონები: „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“, „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“, „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების და სამედიცინო საშუალებების ლეგალური ბრუნვის შესახებ“ და სხვა.

სამედიცინო დარგში შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურება ხორციელდება სახელშეკრულებო პრინციპებზე დაყრდნობით. არსებითად შეიცვალა სისტემის დაფინანსების წესი და მეთოდები. დარგი გადავიდა პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ დაფინანსებაზე, რამაც შესაძლებელი გახდა პრიორიტეტულ სამუშაოთა შერჩევის მექანიზმების ამოქმედება. მკაფიოდ განისაზღვრა სახელმწიფო ვალდებულებები და მოხდა მათი დაბალანსება ქვეყნის რეალურ შესაძლებლობებთან, რაც საქართველოს სახელმწიფო პოლიტიკის ზნეობრიობის კიდევ ერთი დადასტურებაა.

მკვეთრად გაიმიჯნა სახელმწიფოს ვალდებულებები მმართველობის იერარქიულ საფეხურებზე – ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების სახით. 1997 წლის 9 დეკემბერს საქართველოს პრეზიდენტმა გამოსცა სპეციალური ბრძანებულება „ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამების შესრულების მიმდინარეობის შესახებ“, რომლის საფუძველზე ჩამოყალიბდება ჯანდაცვის მართვის სამხარეო ცენტრები შესაბამისი ფონდებით. ამით სრულიად დამთავრდა მმართველობითი ფუნქციების დეცენტრალიზებისა და დარგის მართვის ინსტიტუციური სტრუქტურების ჩამოყალიბების პროცესები.

შემუშავდა და ამოქმედდა ორი ათასამდე ნოზოლოგიის სტანდარტი, გაანგარიშდა მათი ტარიფები, რითაც შევძელით, დაგვედგინა სამედიცინო მომსახურების ღირებულებითი – უნიფიცირებული პარამეტრები.

მიმდინარეობს ველური ფარმაცევტული ბაზრის მოწესრიგება და რეგულირება, ჩამოყალიბდა ფარმაციის მართვისა და კოორდინირების სახელმწიფო სისტემა. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობით მუშავდება ქვეყანაში წამლის ფასების რეგულირების სისტემა, მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით.

შემუშავდა და რეალიზების პროცესშია სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზების პროგრამა. ამჟამად პრივატიზებულია ოთხასამდე ობიექტი. ქვეყანაში გაჩნდა კერძო საკუთრებაზე დაფუძნებულ სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი, რომელიც 1998 წელს კიდევ უფრო გაფართოვდება. კანონმდებლობით კერძო სექტორის ფუნქციონირება სახელმწიფო სექტორის თანასწორადაა დაცული და გარანტირებული.

რეორიენტაციის ერთ-ერთი საკვანძო საკითხია მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების გადაყვანა ძირითადად სადაზღვევო პრინციპებზე. ამჟამად სავალდებულო სახელმწიფო დაზღვევის წესით ხორციელდება ფთიზიატირის, ფსიქიატირის, ორ წლამდე ასაკის ბავშვების, სამშობიარო და სხვა სამედიცინო მომსახურებების სახელმწიფო პროგრამები. მათ გარდა სამას ათას განსაკუთრებით უმწეო მდგომარეობაში მყოფ პირს, რაც ქვეყნის მოსახლეობის 6%-ს შეადგენს, უზრუნველყოფილი აქვს დამატებითი სამედიცინო მომსახურება.

გარდა სადაზღვევო პროგრამებისა, მოქმედებაშია სამედიცინო პრევენციის შემდეგი სახელმწიფო პროგრამები: ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, იმუნიზაციის, შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ინფექციური დაავადებების, ნარკომანიის პროფილაქტიკის, უსაფრთხო სისხლის, რადიაციული ფონის კვლევების და მოსახლეობის აქტიური გამოკვლევის სახელმწიფო პროგრამები, რომლებსაც ცენტრალური ხელისუფლება აფინანსებს. გარდა ამისა, არსებობს სხვა პროგრამები, რომლებიც ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის კონკრეტული მიმართულებების გამომხატველია.

არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება დარგში აკუმულირებული რესურსების, განსაკუთრებით შრომითი რესურსების, ოპტიმიზაციას, რაც მათი ობიექტური ლიცენზირებით მიიღწევა.

ჩვენ წინა შეხვედრებზე მე ავლნიშნავდი, რომ საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაცია დაიწყო იმ დროს, როდესაც სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების წლიური ოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 40 ცენტს შეადგენდა. დღეისათვის ანალოგიური მაჩვენებელი გაიზარდა 15 აშშ დოლარამდე. ტენდენცია აშკარად დამაიმედებელია. თუმცა ეს თანხაც, სამწუხაროდ, ძალიან მცირეა და ამიტომაც ამ ეტაპზე ჩვენთვის აუცილებელია ადეკვატური დახმარების გაგრძელება. ამ მიზნით, მუშავდება მსოფლიო ბანკის რამდენიმე ახალი პროექტი.

მეორე პროექტმა უნდა უზრუნველყოს პირველადი სამედიცინო მომსახურების ერთიანი ეფექტიანი და ყველასთვის თანაბრად ხელმისაწვდომი სისტემის ჩამოყალიბება და მოქმედი საფინანსო სისტემებისა და მექანიზმების დახვეწა.

მესამე პროექტი ითვალისწინებს, შემუშავდეს მაღალტექნოლოგიური სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების განვითარების გზები, რომლის საფუძველია ქვეყანაში შესაბამისი კვალიფიკაციის სამედიცინო პრესონალის არსებობა. ამ მხრივ, შესაძლებელია საქართველო იქცეს ზოგიერთი განსაკუთრებით აქტუალური სამედიცინო მომსახურების ცენტრად კავკასიის მთელ რეგიონში.

მეოთხე პროექტით განსაზღვრულია, დამუშავდეს მიზანდასახულ ღონისძიებათა კომპლექსი, რომელიც მიმართული იქნება ქვეყანაში წარმოქმნილი კერძო დაწესებულებების განვითარების ხელშეწყობაზე, რაც დააჩქარებს ქვეყანაში მოსახლეობის „საშუალო ფენის“ მატების პროცესს.

როგორც ვხედავთ, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციამ საკმაოდ ფართო მასშტაბები მიიღო, დაჩქარდა მისი ტემპები. პრაქტიკულად, დასახული ამოცანების გადაჭრა მხოლოდ მსოფლიო ბანკის პროექტებით ვერ განხორციელდება, ვინაიდან ამ ტიპის პროექტები შეზღუდულია რესურსების მხრივ და, რაც მთავარია, გადაწყვეტილებების მიღება, სამწუხაროდ, საკმაოდ იწელება დროში. ამიტომ, იქნებ, გვეფიქრა ურთიერთთანამშრომლობის თვისებრივად ახალი ფორმის ამოქმედებაზე –

საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციებთან ერთად ცალკეული პროექტის დამუშავებასა და განხორციელებაში ითამაშრომლონ ცალკეული ქვეყნების მთავრობებმაც.

აღბათ, დამეთანხმებით, რომ შრომის საერთაშორისო დანაწილებისა და საბაზრო ურთიერთობების განვითარების უახლოესი პერსპექტივით კავკასია ერთ-ერთი გამორჩეულად საინტერესო რეგიონია. ეს განპირობებულია მისი უაღრესად საინტერესო გეოპოლიტიკური მდებარეობით, შედარებით იაფი, კვალიფიციური და მაღალი ინტელექტუალური პოტენციალის მქონე კადრებით, თანამედროვე დემოკრატიული იდეალებისადმი ხაზგასმული ერთგულებით, სხვადასხვა რწმენის, აღმსარებლობის, შეხედულებისადმი ისტორიულად ჩამოყალიბებული შემწყნარებლობით.

საქართველო ოდითგანვე კავკასიის პოლიტიკური და ინტელექტუალური ცენტრი იყო. ამგვარი ისტორიულად ჩამოყალიბებული ტრადიცია მრავალ ფაქტორს ეყრდნობა და, რაც მთავარია, ამას კავკასიის მრავალეროვანი მოსახლეობა ცალსახად აღიარებს.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უკვე გადავიდა ცივილიზებულ ურთიერთობებზე, ჩვენ დღეს კიდევ გვიჭირს და ვსაჭიროებთ თქვენს დახმარებას, რომლის შესახებ აქ მინდა გავიმეორო ის სიტყვები, რაც წელიწად-ნახევრის წინათ მოგახსენეთ: *„ქართველებმა ვიცით გაჭირვებაში თანადგომის ფასიცა და დაფასებაც. მე იმედი მაქვს, რომ უახლოეს პერიოდში ჩვენ ერთმანეთს საიმედო პარტნიორების რანგში შევხვდებით“*.

მტკიცედ მწამს, რომ დღეისთვის ამგვარი იმედი უფრო მყარი და საფუძვლიანია.

ნება მიბოძეთ, უდიდესი მადლობა გადაგიხადოთ ყურადღებისა და მომავალი თანადგომისათვის.

მთავრობის სხდომა

1997 წლის 24 დეკემბერი

**ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების 1998 წლის ბიუჯეტის
განხილვა**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

ქვეყნის ბიუჯეტი მისი სოციალ-ეკონომიკური განვითარების რაოდენობრივი და თვისებრივი მდგომარეობის ამსახველია. ამ მხრივ გამონაკლისი არ არის 1998 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის პროექტიც. მასში ნათლად იკვეთება რეფორმისტული გარდაქმნების მეორე ეტაპის ძირითადი მიმართულებანი. ამ პროექტის ერთ-ერთი უმთავრესი თავისებურებაა რეალისტურობის ზრდა, რაც მისი უდავო შესრულების იმედს აღვივებს.

ამასთანავე, არ შეიძლება არ ითქვას, რომ სოციალური დაცულობისა და გარანტირებულობის მიმართულებით მომავალი წლის ბიუჯეტის პროექტში, სამწუხაროდ, გათვალისწინებულია ნაბიჯის გადადგმა უკან, რაც განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში აყენებს იმ დარგებს, სადაც რეფორმები ძალას იკრებს და თავიანთ ლოგიკურ დასასრულს უახლოვდება.

როგორც მოგეხსენებათ, მძიმედ და მტკივნეულად დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაცია, მაგრამ მან თანდათანობით მოიკიდა ფეხი მოსახლეობაშიც და სამედიცინო საზოგადოებაშიც. წარმატების საწინდარი იყო ის, რომ უკეთესისკენ მოძრაობა ნაბიჯ-ნაბიჯ იკვეთებოდა. მდგომარეობა ყოველწლიურად უმჯობესდება. ხალხი ყოველ ახალ წელს უყურებს იმ იმედით, რომ სახელმწიფო მის გასაჭირსაც მიხედავს.

თუ ჩვენ წარმოდგენილ პროექტს დავეთანხმებით, მაშინ მოგვიწევს მათ იმედები გავუცრუოთ, ვინაიდან ჯანდაცვითი პროგრამების, ანუ სახელმწიფო ვალდებულებების იმ დონესაც ვერ შევინარჩუნებთ, რასაც 1997 წელს მივაღწიეთ.

მიუხედავად იმისა, რომ ბიუჯეტის პროექტში აღნიშნულია ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმების წარმატებითი ხასიათი, რომელიც გამოისახება სადაზღვევო მედიცინის დამკვიდრების მიმართულებით გადადგმული ნაბიჯებით და სამედიცინო დაწესებულებებთან სახელშეკრულებო ურთიერთობების განვითარებით, ჩვენ მოგვიწევს ამ მიმართულებით ურთიერთობების განვითარების შეჩერება და ზოგიერთ პარამეტრებში უკან დახევაც. ვინაიდან 1997 წლის შესაბამის მაჩვენებლებთან შედარებით აბსოლუტურ რიცხვებში დაფინანსება შემცირებულია და ეს მაშინ, როდესაც იმავე დონის შესანარჩუნებლად საჭირო იყო მათი ზრდა ინფლაციის 10%-ის გათვალისწინებით და ხელფასების სულ მცირე 10%-ითმატებით.

ბიუჯეტის პროექტში აღნიშნული 62,9 მილიონი ლარის ოდენობის ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება არარეალურია, ვინაიდან მასში გათვალისწინებულია სავალდებულო სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების ოდენობა 23 მილიონი ლარით. წლეულს ეს მაჩვენებელი დაგეგმილი იყო 13 მილიონი ლარის მოცულობით და, თუ გავითვალისწინებთ ფაქტობრივ შემოსავლებს, მაშინ ძნელი წარმოსადგენია თუ რის ხარჯზე გათვალისწინებული 76,9%-იანი ზრდა. იმ შემთხვევაში, თუ პროექტის ავტორები დარწმუნებული არიან ამ პროგნოზში, მაშინ გარანტად დადგეს ბიუჯეტი და სათანადო ჩანაწერიც გაკეთდეს მასში, თუნდაც ასეთი: „თუ სადაზღვევო შენატანების დაგეგმილი მოცულობა ვერ შესრულდება, მაშინ სახელმწიფო ბიუჯეტი ყოველთვის ურად შეავსებს შეუსრულებელ ნაწილს“.

ამგვარი ჩანაწერის გაკეთების შემდეგ უფრო თამამად დავიჯერებთ ამ პროგნოზს. ეს მით უფრო აუცილებელია, რომ სადაზღვევო კომპანიას არა აქვს აღნიშნული შენატანების ამოღების მექანიზმი, რომელსაც უზრუნველყოფს საგადასახადო სამსახური და ამიტომაც ვითხოვთ ბიუჯეტისგან გარანტობას.

ჩვენი გათვლებით, აღნიშნული სადაზღვევო შენატანების მოცულობა მიაღწევს, მაქსიმუმ 12 მილიონ ლარს და ამასაც საგადასახადო სამსახურის მძიმე შრომა დასჭირდება. ამდენად, სახელმწიფო პროგრამების შესასრულებლად გამიზნული სახსრების მოცულობა 51,9 მლნ ლარია იქნება, რაც წინა წელთან შედარებით 5%-იან ზრდას გულისხმობს. ეს, პრაქტიკულად, ინფლაციურ ცვლილებებსაც ვერ უზრუნველყოფს და მაშინ

1997 წლის ჯანდაცვის პროგრამების დონის დაფინანსებაც შეუძლებელი გახდება.

ჩვენი აზრით, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები უნდა ითვალისწინებდეს წინა პერიოდის შესაბამისი არეალის გაფართოებასა და განვითარებას, განსაკუთრებით ჩვენს მდგომარეობაში მყოფი ქვეყნისთვის, როდესაც თანაგადახდის პრინციპითაც კი ვერ ვახერხებთ არა მარტო საციცოცხლო დაავადებების მკურნალობას, არამედ სოციალურად საშიში ინფექციური დაავადებების პრევენციისა და მკურნალობის დაფინანსებასაც კი.

მართალი გითხრათ, არც კი ვიცით, კიდევ რა შევამციროთ, როდესაც პრევენციის პროგრამებში ერთ სულ მოსახლეზე 99 ცენტი მოდის, ეს მაშინ როდესაც, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით დაავადებათა პრევენციისთვის ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით, მინიმუმ, 10 აშშ დოლარი უნდა იხარჯებოდეს. მეტისმეტად გაძნელება უსაფრთხო გარემოს შექმნა არა მარტო ჩვენი მოსახლეობისთვის, არამედ იმ უცხოელებისთვისაც, რომლებიც საქართველოში შემოსვლასა და მუშაობას აპირებენ. არა მგონია, რომ ეს უდა დავუშვათ. მეტადრე – მომდევნო წლისთვის ამ მიმართულებით ჰუმანიტარული დახმარების მიღება მცირდება.

ვითვალისწინებდით რა ქვეყნის მწირ ფინანსურ შესაძლებლობებს, 1998 წლის პროგრამები მაქსიმალურად შემჭიდროებულად შევადგინეთ. ისინი იმდენად იყო შეკვეცილი, რომ არ გვეგონა, მათი შემდგომი შემცირება თუ იქნებოდა შესაძლებელი.

აუცილებლად მიგვაჩნია, რომ 1998 წლიდან დაიწყო 0-1 წლის ბავშვთა პროგრამის ზრდა ერთი წლით მაინც. ამჟამად სახელმწიფო ვალდებულებაა ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა მკურნალობა. მიმდინარე წელს დაბადებულ ბავშვებს უკვე აძლევენ სადაზღვევო პოლისებს. რა ვქნათ, ამ დაზღვეულ ბავშვებს ერთი წელი რომ შეუსრულდებათ, აღარ მივხედოთ? ეს ხომ დაზღვევის საქმის დისკრედიტება იქნება. ჩვენ ვვარაუდობდით, მომავალ წელს ბავშვთა ასაკი ორ წლამდე მაინც გაზრდილიყო, რათა ასე თანდათანობით, წლების განმავლობაში მიგვეღწია ბავშვთა ასაკის საყოველთაო დაზღვევისთვის. თუ ამას არ გავაკეთებთ, ეს იქნება ყველაზე დაბალი ტემპებით წინსვლაზე უარის თქმა.

ასევე მნიშვნელოვანია უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის დამატებითი დაზღვევა. ორასი ათასი ჩვენი თანამემამულე ფლობს ამ პოლისს. განსაზღვრული გვქონდა, ახალი კრიტერიუმებით მათი რიცხვი ასი ათასით გაგვეზარდა. განა შეიძლება, ჩვენი დემოგრაფიული მდგომარეობის მქონე ქვეყანამ არ დააზღვიოს მრავალშვილიანი დედები და მათი შვილები?

საქართველოში ამ შეჭირვებულ პირობებშიც კი ძალიან სწრაფად ვითარდება მაღალი დონის სამედიცინო მომსახურება. ქართველი ექიმები აკეთებენ ურთულეს კარდიოქირურგიულ ოპერაციებს, დაიწყო ორგანოთა ტრანსპლანტაცია, რაზეც, სამწუხაროდ, უზარმაზარი მოთხოვნებია არამარტო საქართველოში, არამედ კავკასიაში და უფრო ფართოდაც ჩვენს რეგიონში. ამ საკითხებში სახელმწიფოს თანადგომას, ვფიქრობთ, არამარტო მედიცინისთვის ექნებოდა მნიშვნელობა.

1998 წლისთვის ვაპირებდით საზღვრისპირა რეგიონების მოსახლეობის დამატებით მკურნალობას სახელმწიფოს ხარჯზე. ჩვენი ქვეყნის პოლიტიკური მდგომარეობისთვის, ვფიქრობთ, ამას აქვს მნიშვნელობა. ვთქვათ, ჯავახეთის შეჭირვებული მოსახლეობა რომელ ქვეყანაში მიიღებს დახმარებას უფრო ხელმისაწვდომად.

ამგვარად შედგენილი პროგრამები და სათანადო ბიუჯეტი, რომელიც თავის დროზე ფინანსთა სამინისტროს გადაეცა, ვფიქრობთ, უნდა მივიღოთ, თუნდაც ამისთვის დამატებითი ხარჯის გაზრდა მოგვიწიოს თხუთმეტი მილიონით.

რაც შეეხება წარმოდგენილ ბიუჯეტს, ის წლევანდელი დონის შენარჩუნებისთვის საკმარისი არაა, ვინაიდან 5%-ით გაზრდა, სამწუხაროდ, ჩამორჩება რეალური ინფლაციის მოსალოდნელ ტემპს.

ამდენად, ვითვალისწინებთ რა ქვეყნის მძიმე ეკონომიკურ და ფინანსურ მდგომარეობას, მის მრავალმხრივ საჭიროებას, გთხოვთ, თქვენც გაითვალისწინოთ, რომ ამქვეყნად ყველაზე დიდი ფასეულობა საკუთარი მოსახლეობის სიცოცხლე და ჯანმრთელობაა და ამიტომ უნდა გადაისინჯოს ჯანდაცვის ბიუჯეტი მისი საფუძვლიანი გაზრდის მიმართულებით ჩვენ მიერ წარმოდგენილი გეგმის საფუძველზე.

დანართი #1

1998 წლის ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტი

შემოსავლის წყარო		ათასი ლარი	
1.	საწარმოების, ორგანიზაციებისა და დაწესებულებების შრომის ანაზღაურების ფონდიდან 3%-იანი სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შესატანი	12 000	
2.	დასაქმებული მოსახლეობის შემოსავლებიდან 1%-იანი სავალდებულო სამედიცინო შესატანი	3 000	
3.	საქართველოს ცენტრალური ბიუჯეტიდან გადაცემული ტრანსფერტი	55 000	
4.	ჰუმანიტარული დახმარება	905	
სულ შემოსავლები		70 905	
დანახარჯების სახეები (პროგრამის დასახელება)		ათასი ლარი	
		1998	1997
I	სამედიცინო პროფილაქტიკის (პრევენციის) პროგრამები	9 600	8 546
1.	მოსახლეობის იმუნიზაცია	4 800	4 810
2.	საკარანტინო, განსაკუთრებით საშიში და სხვა ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკის, მართვისა და კოორდინაციის პროგრამა	1 000	850
3.	ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამა	250	201
4.	სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის პროგრამა	500	545
5.	შიდს-თან ბრძოლისა და პრევენციის პროგრამა	600	564
6.	ინფორმაციული სისტემის უზრუნველყოფა	400	296
7.	ენდემური ჩიყვის პროფილაქტიკისა და რადიაციული ფონის შესწავლის პროგრამა	500	45
8.	ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა პროგრამა	600	430
9.	უსაფრთხო სისხლის პროგრამა	250	200
10.	ავადობის აქტიური გამოვლენის და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამა	400	200

	დანახარჯების სახეები (პროგრამის დასახელება)	ათასი ლარი	
		1998	1997
II	სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამები	46 950	30 410
1.	ფსიქიატრიის პროგრამა	3 500	3 000
2.	ფთიზიატრიის პროგრამა	4 000	3 500
3.	მეანობა პროგრამა	7 500	6 900
4.	2 წლამდე ასაკის ბავშვთა მკურნალობის პროგრამა	12 000	7 000
5.	უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა	10 000	5 900
6.	ონკოლოგიურ ავადმყოფთა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამა	4 000	3 000
7.	უმწეო მოსახლეობის დამატებითი მკურნალობის პროგრამა	600	---
8.	ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა	3 500	---
9.	ჰემოდიალიზის პროგრამა	500	410
10.	ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების პროგრამა	750	200
11.	ომის ინვალიდთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა	600	500
III	სხვა ჯანდაცვითი პროგრამები	14 200	7 490
1.	მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი მკურნალობის პროგრამა	700	500
2.	საზღვრისპირა რაიონების მოსახლეობის დამატებითი მკურნალობის პროგრამა	500	---
3.	წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმების პროგრამა	400	180
4.	მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვების სამედიცინო დახმარების პროგრამა	750	400
5.	კატასტროფისა და სამედიცინო რეზერვების შევსება-განახლების პროგრამა	700	500
6.	უმნიშვნელოვანეს სამედიცინო დაწესებულებათა რეაბილიტაციის პროგრამა	1 000	600

	დანახარჯების სახეები (პროგრამის დასახელება)	ათასი ლარი	
		1998	1997
7.	გულის იმემიური დაავადებების ქირურგიული მკურნალობისა და ორგანოთა ტრანსპლანტაციის (გულის და თირკმლის გადანერგვის) პროგრამა	250	---
		ათასი ლარი	
		1998	1997
8.	სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების პროგრამა	600	500
9.	სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტოზური უზრუნველყოფის პროგრამა	2 000	800
10.	სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის ღონისძიებათა პროგრამა	4 000	2 779
11.	მმართველობისა და რეფორმების ხელშეწყობის ღონისძიებები	800	800
12.	წინა პერიოდის დავალიანებების დაფარვა	2 000	3 500
13.	სხვა ხარჯები	500	477
IV	სამინისტროს აპარატის შენახვის ხარჯები	155	87
	სულ ხარჯები	70 905	50 079

**ახსნა-განმარტებები 1998 წლის ჯანდაცვის
სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტის პროექტზე**

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები წარმოადგენს სახელმწიფოს ცენტრალური ხელისუფლების ვალდებულებებს საკუთარი მოსახლეობის წინაშე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ისინი შემუშავებულია ოთხი ძირითადი პრინციპის გათვალისწინებით:

1. მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებისა და სამედიცინო პროფილაქტიკის პრიორიტეტული მიმართულებები გამომდინარეობს ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის, სახელმწიფო პოლიტიკისა და პრიორიტეტული მიმართულებების (დედობის შენარჩუნება და ბავშვთა გადარჩენა, სოციალურად საშიშ დაავადებებთან ბრძოლა) გათვალისწინებით;
2. მოსახლეობის მატერიალურად უმწეო ნაწილისთვის დამატებითი ვალდებულებების აღება;

3. ქვეყნის მედიცინის ღირებული ნაწილის შენარჩუნებისა და განვითარების მიზნით მაღალი ტექნოლოგიების სამედიცინო დახმარების განვითარების ხელშეწყობა;
4. წინა პერიოდის სახელმწიფო პროგრამების არეალის გაფართოება და განვითარება;

1998 წლის ჯანდაცვითი პროგრამები აგებულია ზემოთ აღნიშნული პრინციპების დაცვით. მასში შენარჩუნებულია 1997 წლის პროგრამები და ნაგულისხმევია მათი ნაწილის გაფართოება. გათვალისწინებულია ინფლაციის დაგეგმილი 10%-იანი ზრდა და მუშაკთა შრომის ანაზღაურების 10%-ითმატება. ამასთანავე, გათვალისწინებულია რიგი ახალი – გადაუდებელი პროგრამების ამოქმედება.

ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამები დაჯგუფებულია სამ ნაწილად მათი თვისებრივი შინაარსისა და კონკრეტული განმხორციელებლის მიხედვით. ამიტომაც მათ მიმოვიხილავთ ამ ჯგუფების მიხედვით.

I. სამედიცინო პროფილაქტიკის (პრევენციის) პროგრამებს ახორციელებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი და ისინი მიზნად ისახავს აუცილებელი სამედიცინო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას მთელი მოსახლეობის მასშტაბით, რათა შესაძლებელი გახდეს მასობრივი და საშიში დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილება, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შესწავლა, მართვა და კონტროლი და ქვეყანაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის თანმიმდევრული დამკვიდრება.

ეს ჯგუფი აერთიანებს 10 უმნიშვნელოვანეს პროგრამას. ვვარაუდობთ მათი საერთო ღირებულების ზრდას 12,3%-ით და ძირითადად ვითვალისწინებთ ინფლაციის ტემპებს. შედარებით მნიშვნელოვანი ზრდაა გათვალისწინებული სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების პროფილაქტიკის, ნარკომანიისა და ავადობის აქტიური გამოვლენის პროგრამებში (შესაბამისად 46%; 39,5%; 10%), რაც განპირობებულია ამ პროგრამების ღონისძიებათა გაფართოების აუცილებლობით. მთლიანად პროგრამების მოცულობა ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით 1,77 ლარს შეადგენს, რაც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით დადგენილ აუცილებელ მინიმუმს (დაახლოებით 10 აშშ დოლარი) ერთ სულ მოსახლეზე.

II. სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამების მოცულობა 1998 წლისთვის პირობითად იზრდება, რაც გამომდინარეობს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მიმდინარე – მესამე ეტაპის უმნიშვნელოვანესი ამოცანებიდან, რომლის მიხედვითაც მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება ძირითადად უნდა განხორციელდეს სამედიცინო დაზღვევის პრინციპებით.

1998 წელს სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამის ეგიდით თერთმეტი სამკურნალო პროგრამას განახორციებს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია. წინა წლის ექვს პროგრამას დაემატა ხუთი, მათგან ორი ახალი პროგრამა.

მნიშვნელოვნად ფართოვდება ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა, რაც განპირობებულია დაზღვეულ ბავშვთა ასაკის ორ წლამდე გაზრდით. ვფიქრობთ, ყოველწლიურად ასაკის, მინიმუმ, ერთი წლით გაზრდა საერთო წესად უნდა იქცეს, რათა სახელმწიფოს მიერ 1997 წელს დაზღვეული ბავშვები მუდმივად იყვნენ სახელმწიფო მფარველობის ქვეშ. ამიტომაც, ამ პროგრამის ღირებულება წინა წელთან შედარებით 71,4%-ით იზრდება.

პირობითად (275%-ით) იზრდება ბავშვთა კარდიოქირურგიული მომსახურების პროგრამა, რაც შესაბამისი მომსახურების აუცილებლობითა და შესაძლებლობითაა განსაზღვრული.

მნიშვნელოვანია უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პროგრამის ღირებულების ზრდაც (69,5%), რაც გამოწვეულია 1998 წელს უმწეო მოსახლეობის რიცხვის სამას ათასამდე გაზრდით.

დამატებით შემოდის ორი ახალი პროგრამა. „უმწეო მოსახლეობის დამატებითი მკურნალობა სამედიცინო პროგრამების გარეთ და სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტების ზევით“, რაც პრაქტიკული გამოცდილებითაა დადასტურებული. კერძოდ, საბაზო პროგრამების შეზღუდულობის გამო, მატერიალურად უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ადამიანები, სამწუხაროდ, ხშირად ავადდებიან სიცოცხლისთვის საშიში ისეთი დაავადებებით, რომლებიც არსებულ პროგრამებში ვერ შევიდა. შესაბამისი თანხების უქონლობის გამო, ადამიანი, პრაქტიკულად, განწირული ხდება. ამგვარი პირობებისგან თავის არიდების მიზნით კომისიური წესით წყდება მისთვის მკურნალობის საფასურის გადახდა. წლის განმავლობაში ასეთი

შემთხვევებისთვის საკმარისია 600 ათასი ლარი (თვიურად 50 ათასი ლარი), ხოლო, რაც შეეხება „ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამას“ (3500 ათასი ლარი), მისი შემოღების აუცილებლობა გამოიწვია სხვადასხვა მიზეზის გამო ინფექციურ დაავადებათა მატებამ და ამ დაავადებების სოციალურად საშიშმა ხასიათმა.

დანარჩენი სადაზღვევო პროგრამების მოცულობა ობიექტურად იზრდება ინფლაციის 10%-იანი ზრდისა და მედიკოსთა ხელფასის 10%-იანი მატების მოთხოვნით და გამომდინარეობს ცალკეულ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სახელმწიფო სტანდარტებისა და შესაბამისი ტარიფების ეკიდპროგნოზთან შეწონასწორებით გაკეთებული გაანგარიშებებიდან.

III. სხვა ჯანდაცვითი პროგრამების განმახორციელებელია უშუალოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო. წინა პერიოდთან შედარებით 28.6%-ით ზრდის პირობებში შემოდის ორი ახალი პროგრამა – საზღვრისპირა რაიონების მოსახლეობის დამატებითი მკურნალობის პროგრამა (500 ათასი ლარი), რომელიც აღნიშნული მოსახლეობისთვის საბაზისო პაკეტის მოცულობის გაფართოებას ითვალისწინებს და აუცილებელია ქვეყნის პოლიტიკური მთლიანობისა და სტაბილურობის უზრუნველსაყოფად,

გულის იშემიური დაავადებების ქირურგიული მკურნალობისა და ორგანოთა ტრანსპლანტაციის პროგრამის აუცილებლობა (250 ათასი ლარი) განპირობებულია საქართველოში მკურნალობის თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური მეთოდების დანერგვის საჭიროებით, რითაც საქართველო შეიძლება გახდეს მაღალი დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ცენტრი კავკასიის რეგიონში. ქვეყანაში არსებობს ამის შესაძლებლობა და ის უნდა ავამოქმედოთ.

მნიშვნელოვანი ზრდაა მშობელთა მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა მკურნალობის პროგრამაში (87,5%), რაც გამოწვეულია იმითაც, რომ, ჩვილ ბავშვთა სახლების აღსაზრდელთა გარდა, დროა, სახელმწიფომ იზრუნოს არაობოლ ბავშვებზეც, რომლებიც, მთელი რიგი სოციალური პრობლემების გამო, მაწანწალობენ და, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, თანდათან სახიფათო ხდებიან საზოგადოებისთვის.

დანარჩენი პროგრამები, პრინციპში, ძირითადად გასული წლის დონეზეა შენარჩუნებული, გარდა წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმების,

მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროგრამისა, რომელშიც ზრდამ 122,2% შეადგინა. ეს გამოწვეულია იმით, რომ, გარდა შემოწმებისა, პროგრამას დაემატა მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ამოცანებიც, რაც აუცილებელია ფიზიკურად ჯანმრთელი ჯარის უზრუნველყოფისთვის.

ასევე, არსებითად იცვლება და ფართოვდება სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტოზური უზრუნველყოფის პროგრამა (ზრდა 150%-ით). წინათ ამ პროგრამაში მხოლოდ დიაბეტით დაავადებულთა ინსულინით მომარაგება იგულისხმებოდა, ამჟამად საჭიროდ მიგვაჩნია, რომ მას დაემატოს თირკმელგადანერგილთა უზრუნველყოფა სანდიმონით.

მთლიანად 1998 წლისთვის ჯანდაცვითი პროგრამების მოცულობა 70.905 ათასი ლარით განისაზღვრა. წინა პერიოდთან შედარებით ზრდამ 41.6% შეადგინა. მართალია, მატება საკმაოდ შთამბეჭდავია, მაგრამ ამ მოცულობას საქართველოს მოსახლეობის მოთხოვნილების მხოლოდ მინიმალურად აუცილებელი ნაწილის დაკმაყოფილება შეუძლია. ერთ სულ მოსახლეზე გადანაწილებით ეს თანხა 13,1 ლარს შეადგენს, ანუ დაახლოებით 10 აშშ დოლარს. ამ მაჩვენებლით საქართველო ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად ჩამორჩება მსოფლიოს რამდენიმე ათეულ სახელმწიფოს, მაგრამ, თუ გავითვალისწინებთ, რომ 1995 წელს, მაშინ, როდესაც რეფორმა იწყებოდა, აღნიშნული მაჩვენებელი 0,83 ლარის ტოლი იყო, ზრდა მნიშვნელოვანია და ტენდენციაც აშკარადაა გამოკვეთილი.

ვფიქრობთ, მიუხედავად მთელი რიგი სირთულეებისა, ამგვარი ბიუჯეტი უნდა მივიღოთ და აუცილებლად შევასრულოთ.

მთავრობის სხდომა

1998 წლის 25 მარტი

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს 1997 წლის ანგარიში

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ქალბატონებო და ბატონებო,

დღევანდელი განსახილველი საკითხი გამომდინარეობს საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის N723 ბრძანებულებით „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის სრულყოფის შესახებ“ გათვალისწინებული დავალებიდან, რომლითაც დაგვკისრა წელიწადში ორჯერ ჯანმრთელობის დაცვის ყველა სახელმწიფო პროგრამის შესრულების შესახებ ანგარიშგება.

ამჟამად წარმოგიდგენთ 1997 წლის შედეგებს. შესაბამისად, მოკლედ მიმოვიხილავთ მის წანამდღვრებსაც.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია ამ ხუთიოდე წლის წინათ ქვეყანაში დაწყებული რადიკალური ეკონომიკური რეფორმების შემადგენელი და განუყოფელი ნაწილია. აღნიშნული პროცესი თავისი განვითარების მეორე ეტაპზეა. უკვე გამოიკვეთა რეფორმისტული გარდაქმნების უმთავრესი მიმართულება – დემოკრატიული საზოგადოებრივი ურთიერთობების დამკვიდრება სოციალურად ორიენტირებული სახელმწიფო პოლიტიკის თანმიმდევრული გატარებით.

ამ პოლიტიკის ათვლის წერტილია ადამიანი. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზანია, თითოეულ ადამიანს მიეცეს გარანტია, რომ დაცული იქნება მისი ჯანმრთელობის, ჯანსაღ გარემოში ცხოვრების, ავადმყოფობისა და ტრავმებისგან ეფექტური დაცვის უფლებები. ამგვარად, ქვეყნის თითოეული მოქალაქის სულიერი და ფიზიკური გაჯანსაღება სახელმწიფოს უმთავრეს პოლიტიკურ ამოცანას წარმოადგენს.

შემთხვევითი არ არის ის ფაქტი, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია მუდმივად ქვეყნის უმაღლესი ხელისუფლების ყურადღების

ცენტრშიაქ. ამის დასტურია ისიც, რომ რეორიენტაციის სამი წლის განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე გამოიკა საქართველოს პრეზიდენტის ოცდასამი ბრძანებულება და სამი განკარგულება, საქართველოს მთავრობის რვა დადგენილება.

დროის მცირე მონაკვეთში შესაძლებელი გახდა, ძირითადად დასრულებულიყო ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის თვისებრივად ახალი მოდელის ფუნქციონირების სამართლებრივი ბაზის შექმნა. საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები მუშავდებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სამართლებრივი უზრუნველყოფის ერთიანი კონცეფციის ფარგლებში, რომლის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია გასულ წელს მიღებული ჩარჩო-კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. გარდა ამისა, საანგარიშო პერიოდში მიღებულია კანონები „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ და „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“.

მთავრდება სახელმწიფოებრივი მართვის ინსტიტუციონური მოწყობის ორგანიზება, რომლის დროსაც ყველა იერარქიულ დონეზე ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის კონსტიტუციური უფლებების უზრუნველყოფის პასუხისმგებლობა ძირითადად შემდეგნაირად ნაწილდება:

- ყველა ადმინისტრაციულ ერთეულში მოსახლეობას გარანტირებული ექნება უსაფრთხო გარემო, მასზე სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობა, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შესწავლა, აუცილებელი პირველი რიგის პრევენციული მომსახურება, ავადობის კონტროლი და სათანადო რეაგირება, რომლის გარანტიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სანიტარიული ზედამხედველობის რაიონული და საქალაქო სამსახურების მეშვეობით არიან რაიონების გამგებლები და ქალაქების მერები;
- ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზება და გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა შესაძლებელი ხდება სამხარეო დონეზე, ვინაიდან ზემოაღნიშნული ღონისძიებებისთვის საჭირო მოსახლეობის მინიმალური რაოდენობა (200-500 ათასი კაცი) მხოლოდ მხარეებშია წარმოდგენილი;
- ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი სისტემის სახელმწიფოებრივ მართვას უზრუნველყოფს საქართველოს ცენტრალური ხელისუფლება, რომელიც ახორციელებს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების, აგრეთვე, უწყებრივი

ჯანდაცვის პროგრამების შემუშავებასა და რეალიზებას ცალკეული სამინისტროების, სამთავრობო კომისიებისა და სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საშუალებით.

სახელმწიფოებრივი მოწყობის ეს მოდელი რეალურია და მის გონივრულ ამოქმედებას შესაბამისი ეფექტიც ექნება, ვინაიდან მასში ცენტრალური ხელისუფლების გაძლიერებასთან ერთად მიღწეულია სახელმწიფო მართველობითი უფლებების დელეგირება ტერიტორიულ ერთეულებზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციამ შესაძლებელი გახადა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება და სამედიცინო მომსახურების „ველური“ ბაზრის დარეგულირებისთვის პირველი ნაბიჯების გადადგმა, სახელმწიფოს რეალური ვალდებულებების გამოკვეთა და მისი აღსრულების ორგანიზება.

დაიწყო მართალია უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც მოსახლეობის ბუნებრივი მატება. ეს ძირითადად გამოწვეულია სიკვდილიანობის შემცირებით სამედიცინო მომსახურების მიზანმიმართული და თანმიმდევრული რეგულირების ხარჯზე. ამასთან ერთად, შეიმჩნევა შობადობის შემცირების არასასურველი ტენდენციის გაღრმავება. ამიტომ საჭიროა, ქვეყანაში შემუშავდეს და ამოქმედდეს დემოგრაფიული პროცესების სახელმწიფოებრივი მართვის პოლიტიკა, რომელიც სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურების განვითარებასთან ერთად მოითხოვს შესაბამისი სოციალური და ეკონომიკური ღონისძიებების კომპლექსურ რეალიზებას. პირველ ეტაპზე აუცილებელია, უზრუნველყოფილ იქნას მოსახლეობის მარტივი კვლავწარმოება.

ამავე დროს, ნიშანდობლივია გლობალური პრობლემები, რომელთა შორის დღეისთვის უმნიშვნელოვანესია:

- ქვეყნის საბიუჯეტო და საბანკო-საფინანსო სტრუქტურების ნაკლებად დაბალანსებული ფუნქციონირება;
- ინტერსექტორული მართვისა და კოორდინირების დაბალი დონე;
- მოსახლეობის შემოსავლების დონის, განსაკუთრებით მისი უმწეო ნაწილის, განსაზღვრის კრიტერიუმების არარსებობა, შესაბამისი აღრიცხვის მოუწესრიგებლობა და ქვეყნის მოსახლეობის სოციალური დაცვის პოლიტიკის პერსონიფიცირების დაბალი ხარისხი;

- ახალი ტიპის ეკონომიკური და სოციალური ურთიერთობების შესატყვისი გარემოს შექმნა;
- ანტიკორუფციული ქმედითი ღონისძიებების განხორციელების დაბალი დონე.

ძირითადად ამ მიზეზებმა გამოიწვია ის, რომ საანგარიშო პერიოდში სრულად ვერ განხორციელდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, მათ შორის მთავარია პროგრამების დაფინანსების დაბალი დონე. განსაკუთრებით აღსანიშნავია სახელმწიფო საწყისებზე გადასვლის პროცესში სამედიცინო დაწესებულებების სამართლებრივად დაუცველი მდგომარეობა. რადგან ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურებას ვერ იღებენ, სამედიცინო დაწესებულებები იძულებული არიან ბიუჯეტთან ანგარიშსწორებისას გაითვალისწინონ აუნაზღაურებელი სამუშაოებიც, რასაც ისინი ფინანსურ კოლაფსამდე მიჰყავს.

საანგარიშო პერიოდში ხორციელდებოდა ჯანდაცვის 28 სახელმწიფო პროგრამა, მათ შორის 10 სამედიცინო პროფილაქტიკის, 6 სადაზღვევო და 12 სხვა პროგრამა. მათი საერთო ღირებულება განისაზღვრა 49 მილიონ 313 ათასი ლარის ოდენობით. საანგარიშო პერიოდში შემოსავლების გეგმა მხოლოდ 56,4%-ით შესრულდა და აბსოლუტურმა დეფიციტმა 21 მილიონ 476 ათასი ლარი შეადგინა.

1997 წლის განმავლობაში მთლიანად ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების საგეგმო დავალება შესრულდა 53,1%-ით, მათ შორის: პრევენციის პროგრამები – 30%-ით, სადაზღვევო პროგრამები – 59,8%-ით, ხოლო სხვა პროგრამები – 53%-ით. ამავე დროს, სამედიცინო დაწესებულებებმა საბიუჯეტო და არასაბიუჯეტო გადასახადებით სახელმწიფოს და სხვადასხვა ფონდს გადაურიცხეს 6 მილიონ 970 ათასი ლარი.

მოყვანილი მონაცემები ცხადყოფს, რომ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით გათვალისწინებული ღონისძიებები ვერ შესრულდა და საქართველოს მოსახლეობამ ვერ მიიღო 1997 წლის ბიუჯეტის კანონით გარანტირებული სამედიცინო მომსახურება.

სამედიცინო პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამების მხრივ ჩატარდა მასობრივი იმუნიზაციის რამდენიმე კამპანია, კერძოდ:

1. პოლიომიელიტის პრევენციის მიზნით „მეკაკარი“ (პირველი რაუნდი – აპრილში, მეორე რაუნდი – მაისში);
2. წითელას პრევენციის მიზნით 1-6 წლის კონტინგენტში (სექტემბერი);
3. დიფტერია-ტეტანუსის პრევენციის მიზნით 30-50 წლის კონტინგენტში (სექტემბერი, ოქტომბერი).

1997 წლის განმავლობაში მოხერხდა ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში აღმოცენებული ინფექციური კერების ჩაქრობა და ლიკვიდაცია, კერძოდ:

1. გაზაფხულზე ლაგოდეხის რაიონში განხორციელდა მალარიის საწინააღმდეგო ღონისძიებები;
2. წლის განმავლობაში ტარდებოდა დიფტერიის ეპიდემიის სალიკვიდაციო ღონისძიებები ოზურგეთის რაიონში;
3. ზაფხულში და შემოდგომაზე ახალციხისა და ახალქალაქის რაიონებში ჩატარდა ჯილეხისა და ტულარემიის სალიკვიდაციო ღონისძიებები;
4. შემოდგომაზე ჩატარდა ბრუცელოზის საწინააღმდეგო ეპიდლონისძიებები ახმეტის რაიონში;
5. ნოემბერში ლიკვიდირებულ იქნა დიფტერიის ეპიდემია ქუთაისში;
6. დეკემბერში აღიკვეთა ყბაყურის ეპიდემია ლანჩხუთის რაიონში;
7. წყლისმიერი ნაწლავური ინფექციების ეპიდემიები ლიკვიდირებულ იქნა სექტემბრის თვეში ხაშურსა და ბორჯომში, ნოემბრის თვეში ქალაქ რუსთავში.

გეგმიური და მასობრივი იმუნიზაციის მთავარი შედეგია ინფექციურ დაავადებათა კლების ტენდენცია და მართვადი ინფექციების კონტროლს დაქვემდებარება.

ენდემური ჩიყვის პროფილაქტიკისა და რადიაციული ფონის შესწავლის სახელმწიფო პროგრამის ძირითადი მიზანია პრევენციული ღონისძიებების მეშვეობით საქართველოში იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა შემცირება, მართვა და მომავალში აღმოფხვრა. სადღეისო ამოცანას წარმოადგენს ენდემური ჩიყვის მასობრივი პრევენცია და პერსონიფიცირებული ჯგუფების სპეციფიკური მკურნალობა.

შიდსთან ბრძოლის ახალი კონცეფციის შესაბამისად, მოხდა პრიორიტეტების შეცვლა და შიდსთან ბრძოლის სამსახურის საქმიანობის ხელახალი ორიენტირება, კერძოდ, დაიწყო ინფიცირებულთა აქტიური გამოვლენის პროცესი.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის პროგრამის ფარგლებში ხორციელდებოდა რისკჯგუფების შემოწმებები და სიფილისის გადამდები ფორმების ამბულატორიული მკურნალობა. 1997 წლის წინასწარი მონაცემებით აღნიშნულია სიფილისის გამოვლენილ შემთხვევათა ზრდა, რაც მნიშვნელოვნად განპირობებულია შესაბამის პროგრამაში მკურნალობის გათვალისწინებით. ამავ დროს, მცირეა გონორეით დაავადებულთა რიცხვი, ვინაიდან ამ კონტინგენტის უმრავლესობა მკურნალობს კერძოდ, რისი ოფიციალური სტატისტიკა ჯერ-ჯერობით არ არსებობს.

მომზადდა ნარკომანიის გავრცელებისა და ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ ბრძოლის ეროვნული პროგრამის ძირითადი მიმართულებები. 1998 წელს დაგეგმილია ნარკოტიკული ნივთიერებების მომხმარებელთა ერთწლიანი დინამიკური მეთვალყურეობის ფართოდ დანერგვა.

მიუხედავად გარკვეული მიღწევებისა, სამედიცინო ინფორმაციის შეკრების მხრივ გვაქვს ნაკლოვანებები, რის გამოც სტატისტიკური მონაცემები ხშირად არ ასახავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის რეალურ სურათს და შესაძლებელს ხდის მხოლოდ მისი ცვლილებების ტენდენციათა გამოვლენას. ამ მიმართულებით გარკვეული შედეგი უნდა მოჰყვეს სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტთა ლიცენზირების პროცესის დასრულებას, ვინაიდან ლიცენზირების ერთ-ერთ პირობას წარმოადგენს შესაბამისი სამსახურისთვის სტატისტიკური ანგარიშების უცილობელი მიწოდება.

1997 წლის განმავლობაში სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ახორციელებდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ექვს სახელმწიფო პროგრამას:

1. ფტიზიატრიის სახელმწიფო პროგრამა;
2. ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამა;
3. სამეანო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა;

4. ერთ წლამდე ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა;
5. ონკოლოგიის სახელმწიფო პროგრამა;
6. უმწეოთა დამატებითი მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა.

ფტიზიატრიის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში ამოქმედდა ტუბერკულოზით დაავადებულებისა და ამ სნეულების რისკჯგუფებისთვის განკუთვნილი კურორტული რეაბილიტირების ქვეპროგრამა. დაიხვეწა და ამოქმედდა ქვეყანაში ტუბერკულოზზე ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემა.

ფსიქიატრიის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამა გარკვეულად შეიცვალა გასული წლების გამოცდილების გათვალისწინებით. მოხდა ქსელის ოპტიმიზება, შეიქმნა ამბულატორიული ფსიქიატრიული დახმარების ახალი ტიპის ადმინისტრაციულ-ორგანიზაციული ქსელი.

უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამები, რომლებიც მოწოდებულია ქვეყანაში შექმნილი საგანგაშო დემოგრაფიული მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად, დაფინანსდა შესაბამისად 58,2%-ით და 52,1%-ით. მიუხედავად ამისა, 1998 წლისთვის სახელმწიფომ გაზარდა თავისი ვალდებულებები, კერძოდ, მოიხსნა ყველა სახის მშობიარობისას თანაგადახდა, ხოლო ბავშვთბ გადარჩენის პროგრამით გათვალისწინებული ასაკი გაიზარდა ორ წლამდე.

უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით დაზღვეული იყო 200.664 მოქალაქე, მათ შორის 58.182 ათასი იძულებით ადგილნაცვალი და დევნილი პირი და 13.690 ათასი სამამულო ომის I და II ჯგუფის ინვალიდი. პროგრამის დაფინანსება 1997 წელს განხორციელდა 32,7%-ით. 1998 წლისთვის უმწეო კატეგორიის დაზღვეულთა რიცხვი გაზრდილია 300 ათასამდე.

ონკოლოგიურ ავადმყოფთა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში შესრულდა 282.900 ათასი ლარის სამუშაოები, რომელთა ანაზღაურება მხოლოდ 83,9%-ით განხორციელდა.

ჰემოდიალიზის განვითარების სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლებში მკურნალობა უტარდებოდა თირკმლით უკმარისობის მქონე 65 ავადმყოფს.

მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ადრეული ასაკის ბავშვების სამედიცინო მომსახურების პროგრამა ითვალისწინებდა ამ კონტინენტის სრულ სახელმწიფო კმაყოფაზე აყვანას, აღზრდას და სამედიცინო მომსახურებას თბილისისა და მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლებში. პროგრამაზე გამოყოფილი სახსრებით ნაწილობრივ კეთილმოეწყო აღსაზრდელთა საცხოვრებლები.

დიაბეტიან ავადმყოფთა ინსულინით მომარაგების სახელმწიფო პროგრამის მეშვეობით საქართველოში მომხდარი სოციალურ-ეკონომიკური ცვლილებების შემდეგ სახელმწიფომ პირველად შეძლო, გადაეწევიტა ინსულინით მომარაგების პრობლემა.

ომის ვეტერანთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პროგრამის ფარგლებში სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება გაეწია 2.108 ომის ვეტერანს, ამბულატორიული კი 9.419-ს, მათ შორის 2.460 ავადმყოფი პოლისის მფლობელი იყო.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთი მიზანი ქართული მედიცინის ღირებული და ფასეული ნაწილის გადარჩენასა და შემდგომ განვითარებაში მდგომარეობს. ამ მიმართულებით 1997 წელს გადაიდგა პირველი ნაბიჯები. კერძოდ, მხარდაჭერა მიეცა ისეთი მაღალტექნოლოგიური მკურნალობის ტიპების განვითარებას, როგორცაა ბავშვთა კარდიოქირურგია, გულის იშემიურ დაავადებათა ქირურგიული კორექცია და ადამიანის ორგანოთა გადანერგვა. ჩატარდა რამდენიმე უნიკალური ოპერაცია.

ბავშვთა კარდიოქირურგიული მომსახურების პროგრამის ფარგლებში გაისინჯა 800-მდე პაციენტი და ჩატარდა 84 კარდიოქირურგიული ოპერაცია, მათ შორის 46 სისხლის ხელოვნური მიმოქცევით.

მაღალმთიანი რაიონების მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გატარებულია 140.000-მდე ამბულატორიული მიღება და 1.600-მდე სტაციონარული ავადმყოფი.

საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევად მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების პროგრამით ჩატარდა ჭაბუკთა წინასწარი სამედიცინო შემოწმების, მიწერისა და მოქალაქეთა სამხედრო ძალებში გაწვევისთვის აუცილებელი ღონისძიებები. 1997 წლის მონაცემებით, საგაზაფხულო გაწვევისას დამატებითი სამედიცინო გამოკვლევა ჩატარდა 5.475 წვევამდელს.

კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციის სამედიცინო რეზერვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გასული წლის განმავლობაში კატასტროფის მედიცინის რესპუბლიკურმა ცენტრმა შეძლო მაღალკვალიფიციური მედპერსონალის 24-საათიანი მორიგეობის უზრუნველყოფა და ორი პირველი გასვლის ბრიგადის მზადყოფნა. ცენტრმა შეასრულა 64 გამოძახება საქართველოს სხვადასხვა რაიონში.

სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების სახელმწიფო პროგრამით განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა მოსახლეობის ხარისხიანი სასმელი წყლით მომარაგებას. 1997 წელს 4.155 ობიექტს და 1.587 დასახელების სასურსათო პროდუქტს ჩატარდა ჰიგიენური სერტიფიცირება. ადამიანის ჯანმრთელობისთვის პოტენციურად საშიში ტვირთისა და განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შემოტანის აღკვეთის მიზნით შემუშავებულ იქნა საზღვრებზე სანიტარიულ-საკარანტინო ზედამხედველობის განხორციელების ტექნოლოგიური სქემა.

სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განხორციელდა სამედიცინო მეცნიერების „გრანტული პრინციპით“ დაფინანსებაზე გადასვლა, მაგრამ ამ მეტად პროგრესულ მეთოდს დისკრედიტაციის საფრთხე ემუქრება, ვინაიდან 1997 წელს კონკურსით შერჩეული თემების დაფინანსება მხოლოდ 25%-ით მოხერხდა.

1997 წლის 12-18 ოქტომბერს ქვეყანაში მიმდინარეობდა მედიცინის კვირეული, რომლის ფარგლებში ჩატარდა მრავალი სამეცნიერო სიმპოზიუმი, კონფერენცია და სემინარი. მოეწყო დიდი ღონისძიება „ცხოვრების ჯანსაღი წესი – ჩვენი აწმყო და მომავალი“. თბილისის ყველა სამედიცინო დაწესებულება ერთი დღის განმავლობაში უფასოდ სინჯავდა მოსახლეობას და ატარებდა უფასო კონსულტაციებს.

სამედიცინო განათლების სისტემაში არსებული მძიმე მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით შეიქმნა სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების საატესტაციო და სააკრედიტაციო კომისია, რომლის მუშაობის შედეგები განიხილა 1997 წლის 4 ივლისს გამართულმა თათბირ-სემინარმა. შემუშავებულია საქართველოს სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარების პროგრამა 1998-2002 წლებისთვის.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის მიუხედავად, სამედიცინო განათლების სისტემის ოპტიმიზაციისთვის ჯერ კიდევ ბევრი რამ არის გასაკეთებელი. ჩასატარებელია სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების აკრედიტაცია, რომელთა რიცხვი და მათში მოსწავლე სტუდენტების რაოდენობა კვლავ მნიშვნელოვნად ჭარბობს ქვეყნის რეალურ მოთხოვნილებას.

საანგარიშო პერიოდში დაიწყო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტთა ლიცენზირება, რამაც გარკვეულწილად მოაწესრიგა სამედიცინო მომსახურების პროცესი. ლიცენზირებულია 390 დაწესებულება, აქედან 332 - სახაზინო და 58 - კერძო.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში თანმიმდევრულად ხორციელდება სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების პრინციპებზე გადაყვანა. საანგარიშო პერიოდში უმნიშვნელოვანესი იყო საქართველოს კანონის „წამლის და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ ამოქმედება, რომელმაც, ფაქტობრივად, სრულად განსაზღვრა ქვეყანაში ფარმაცევტული საქმიანობის სახელმწიფო პოლიტიკა.

თუმცა ამ სფეროში რჩება პრობლემებიც. კერძოდ, ადგილობრივი მმართველობის და სამართალდამცავ ორგანოებთან ერთობლივი ღონისძიებების გატარების მიუხედავად, კვლავ გრძელდება სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების რეალიზება ულიცენზიო სააფთიაქო ჯიხურებსა და მაღაზიებში.

კანონთან შესაბამისობაში იქნა მოყვანილი სამკურნალო საშუალებების საქართველოში რეგისტრაციის წესები. 1997 წელს დარეგისტრირებულია 897 დასახელების სამკურნალო საშუალება, ლიცენზირებულია 115 ფარმაცევტული დაწესებულება, მათ შორის 25 ფარმაცევტული საწარმო და 90

სააფთიაქო ბაზა. საანგარიშო პერიოდში გაცემულია ლიცენზიები მათ მიერ შესყიდული 23 მილიონი აშშ-ის დოლარის ღირებულების სამკურნალო საშუალებებისა და მედიკამენტების იმპორტზე (1996 წელს იმპორტირებული 10 მილიონის ნაცვლად). თუ გავითვლისწინებთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა შეფასებას, რომლის თანახმადაც საქართველოს ფარმაცევტული ბაზარი 80 მილიონი აშშ დოლარის ტოლია, რომლიდანაც 33 მილიონი მოდის ჰუმანიტარული გზით შემოტანილ, ხოლო 1 მილიონი ადგილობრივ წარმოებაზე, უნდა ვივარაუდოთ, რომ დაახლოებით 23 მილიონი აშშ მედიკამენტი ჯერ კიდევ უკანონოდ შემოდის საქართველოს ბაზარზე.

1997 წელს დასრულდა ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველი სტადია, დაიწყო მეორე სტადია, რომლის დროსაც აუცილებელია ახალი მოდელის აპრობირება და განვითარების ევოლუციურ გზაზე გადასვლა. ამ პირობებში წინა პლანზე წამოიწია რამდენიმე უმნიშვნელოვანესმა საკითხმა, რომელთა მოგვარებაც უნდა განხორცილდეს 1998 წლისთვის. ესენია:

1. ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის ინსტიტუციონალური სტრუქტურების ჩამოყალიბების პროცესის დასრულება და მათი ერთიან სისტემად აგება და ადაპტირება;
2. მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარების პროცესების სამედიცინო ასპექტების სახელმწიფოებრივი მართვის უზრუნველყოფა;
3. სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასების ერთიანი კრიტერიუმების შემოღება, მისი კონტროლის მექანიზმების ეფექტიანი ამოქმედება;
4. ქვეყანაში უსაფრთხო გარემოს შექმნის უზრუნველსაყოფად ერთიანი სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების დამკვიდრება და მათ დაცვაზე მკაცრი სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის დაწესება;
5. სამედიცინო დაწესებულებათა და მედიკოსთა რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია საყოველთაო ლიცენზირების შემოღებითა და ფართომასშტაბიანი პრივატიზებით.

ამ პრობლემების გადაჭრა იქნება 1998 წლის უმთავრესი დარგობრივი ამოცანა. ვფიქრობთ, რომ მათი გადაწყვეტით ჩვენს წვლილს შევიტანთ ქვეყანაში ცივილიზებული და დემოკრატიული საზოგადოებრივი ურთიერთობების დამკვიდრების საქმეში, რადგანაც ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისისთვის გაჯანსაღება, დაავადებათა პრევენცია, მკურნალობა,

რეაბილიტაცია და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების მოვლა წარმოადგენს მუდმივად განვითარებადი „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ სტრატეგიის უმთავრეს ელემენტებს.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის სხდომა

1998 წლის 16 დეკემბერი

**მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის
მდგომარეობის შესახებ**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ შეიძლება ბოლომდე სრულყოფილი არ იყოს, ვინაიდან ჩვენს სინამდვილეში ეს არის პირველი მცდელობა საქართველოს მთავრობას წარუდგინოთ სრული ინფორმაცია ჩვენი ქვეყნის მოქალაქეების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რათა მივაღწიოთ ხელისუფლებისა და საზოგადოების მობილიზებას ქვეყნის უმთავრესი სიმდიდრის – ადამიანის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გასაუმჯობესებლად.

აქვე მინდა აღვნიშნო: მოხსენების მომზადების პერიოდშივე გაირკვა, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი უტყუარი ინფორმაციული სისტემა ჯერ კიდევ მოსაწყობია.

ვფიქრობთ, კარგი იქნება, ამგვარი მოხსენების წარმოდგენის პრაქტიკა, ცივილიზებულ ქვეყნების დარად, ჩვენთანაც დამკვიდრდეს, ვინაიდან ამას დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია სახელმწიფოს პოლიტიკის სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრაში და შედეგების შეჯამებაში.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის დაგვიანებული კატალიზატორია, რომელიც უტყუარად ასახავს 7-9 წლის წინანდელი მოვლენების გავლენის შედეგებს და დღეს დაფიქსირებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა შედეგია იმ სახელმწიფო პოლიტიკისა, რაც ქვეყანაში 90-იანი წლების დასაწყისში ტარდებოდა. ამგვარად, ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, უპირველეს ყოვლისა, სახელმწიფოში განვითარებული ეკონომიკური, სოციალური და პოლიტიკური მოვლენების განვითარების ამსახველია.

„მოხსენების“ ტექსტი მთავრობის წევრებს დაურიგდათ. იგი ჩვენი განსჯის საგანი, ალბათ, მომავალშიც ბევრჯერ იქნება.

დღეს თქვენი ყურადღება მინდა გავამახვილო საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითად ასპექტებსა და ზოგად ტენდენციებზე და მოგახსენოთ მოსაზრებები იმ პრიორიტეტებზე, რომელთა განხორციელებასაც უნდა შევუდგეთ ერთიანი კოორდინირებით.

90-იან წლებში საგრძნობლად შენედა, მოგვიანებით კი თითქმის შეჩერდა ქვეყნის მოსახლეობის ზრდის ტემპი. საკმარისია ითქვას, რომ, ნაცვლად სავარაუდო 17%-იანი მატებისა, საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა 1989 წელს ჩატარებული საყოველთაო აღწერით მიღებულ მონაცემებს მხოლოდ 1997 წელს მიუახლოვდა.

საქართველოს უახლესი ისტორიის ზედმიწევნით მოკლე დროის მონაკვეთში მოხდა დემოგრაფიული პროცესების მკვეთრი ცვლილება. 1990-1992 წლებში, ცნობილი მოვლენების გამო, აშკარად იმატა ქვეყნიდან არაქართველი მოსახლეობის (ძირითადად რუსი, ბერძენი, უკრაინელი და ზოგიერთი სხვა ეროვნების) ემიგრაციამ, რამაც განაპირობა მოსახლეობის რიცხოვნობის აბსოლუტური კლება. მიუხედავად ამისა, მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივ სტრუქტურაში შეინიშნებოდა ბავშვთა და ახალგაზრდა ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილის ზრდა, ვინაიდან, ერთი მხრივ, ემიგრანტთა ძირითადი ნაწილი ასაკგადაცილებული პირებით იყო წარმოდგენილი, მეორე მხრივ, რუს და ზოგიერთი სხვა ეროვნების წარმომადგენლებში 70-იანი წლებიდან დამკვიდრებული მცირეშვილიანობის გამო, მათი ნაწილის მიგრაციამ დიდი გავლენა არ მოახდინა ქვეყნის მოსახლეობაში შობადობის მაჩვენებლებზე და მესამე: განსაკუთრებით ყურადსაღებია ის ფაქტორი, რომ ნაციონალურმა იდეებმა აშკარა გავლენა მოახდინა ქართველ მოსახლეობაში შობადობის მაჩვენებლების მოკლევადიან, მაგრამ ზედმიწევნით მაღალ ზრდაზე. საკმარისია ითქვას, რომ 1990-1992 წლებში აღირიცხა ქვეყნის ისტორიაში ყველაზე მაღალი შობადობის მაჩვენებლები.

აფხაზეთსა და სამაჩაბლოში საომარი მოქმედებების შედეგად როგორც შიდა, ისე გარე მიგრაციის ახალი ტალღა მოკლე ვადებში შეეხო ქვეყნის მოსახლეობის თითქმის 20%-ს. ემიგრანტების უმეტესი ნაწილი ამჯერად წარმოდგენილი იყო ქართველი მოსახლეობით, რომელიც ძირითადად დასახლდა რუსეთში (ჩრდილოეთ კავკასია, კრასნოდარისა და სტავროპოლის მხარეები, მოსკოვი), დსთ-

ისა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნების მსხვილ ქალაქებში. მიუხედავად იმისა, რომ ქართველი მოსახლეობის უმეტესობა ქვეყანაში სტაბილური სიტუაციის აღდგენის შემდგომ სამშობლოში დაბრუნდა, საკმარისად ინტენსიურად მიმდინარეობს ეგრეთ წოდებული სეზონური მიგრაცია (ძირითადად განპირობებული სეზონური სამუშაოს ძიებით).

1993 წლიდან განსაკუთრებით სწრაფად იკლო მოსახლეობის შობადობის მაჩვენებლებმა. მხოლოდ უკანასკნელ წლებში (1995-1997) დაიწყო უმნიშვნელო მატება, რაც მიუთითებს ქვეყანაში სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაციის გაუმჯობესებაზე (მაგალითად, 1997 წლის მონაცემებით წინა წელთან შედარებით საქართველოს მოსახლეობის მატებამ შეადგინა 1,03%). ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ 1989 წელთან შედარებით მოსახლეობის შობადობის მაჩვენებელი თითქმის ორჯერ შემცირდა.

საქართველოს მოსახლეობაში ოჯახის დაგეგმვის პროცესში სულ უფრო ფართოდ მკვიდრდება ერთი ან ორი ბავშვის ყოლა (მაშინ, როდესაც 80-იან წლებში ჩატარებული სპეციალური გამოკვლევებით ბავშვთა ყოლის სასურველი მოდელი საშუალოდ სამს შეადგენდა). ამასთან, უმეტესწილად, პირველი ბავშვის დაბადების შემდგომ ოჯახი ცდილობს, სამომავლოდ გადადოს მეორე ბავშვის გაჩენა.

ყურადღაღებია ის გარემოებაც, რომ დღესდღეობით მრავალშვილიანობის ტენდენცია ძირითადად შენარჩუნებულია ქვეყნის რამდენიმე რეგიონში (ხულოს, შუახევის, ქედის რაიონების ქართველი და მარნეულის, ბოგდანოვკის, ახალქალაქის, გარდაბნის, დმანისის, დედოფლისწყაროს რაიონების არაქართველი მოსახლეობა), რაც გადამწყვეტ გავლენას ვერ ახდენს ზოგად მაჩვენებლებზე.

იმავდროულად, არაქართველ მოსახლეობაში (ძირითადად, აზერბაიჯანელებში, სოფლის რეგიონებში მცხოვრებ სომეხ მოსახლეობაში, ზოგიერთი სხვა ეროვნების წარმომადგენლებში) რეპროდუქციული ქცევა, მიმართული მრავალშვილიანობაზე, განხილულ დროის მონაკვეთში, პრაქტიკულად, არ შეცვლილა.

არსებული მდგომარეობის შენარჩუნების შემთხვევაში მომდევნო ათწლეულში სავარაუდოა წვევამდელი ახალგაზრდობის მკვეთრი კლება, რაც აშკარა საშიშროებას უქმნის ქვეყნის როგორც შრომითი, ასევე სამხედრო პოტენციალის კვლავწარმოების პერსპექტივებს.

შობადობის შემცირება მჭიდროდ უკავშირდება ქორწინებათა რიცხოვნობის შემცირებას. უკანასკნელ წლებში ქორწინების მაჩვენებელი საქართველოში თითქმის სამჯერ შემცირდა.

მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში ასევე მკვეთრად შემცირდა რეგისტრირებულ განქორწინებათა მაჩვენებელი, სხვადასხვა სახის გამოკვლევით დასტურდება, რომ არარეგისტრირებულ განქორწინებათა რიცხვი საკმაოდ მაღალია. ამაზე მიუთითებს არასრულ ოჯახთა წილის მატება.

ზემოთ აღნიშნულმა დემოგრაფიულმა ტენდენციებმა გარკვეული გავლენა მოახდინა საქართველოს მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივ სტრუქტურაზე, ხელი შეუწყო მოსახლეობის „დაბერების“ პროცესს, რომელიც სულ უფრო მეტ უარყოფით გავლენას მოახდენს ქვეყნის ეკონომიკაზე.

საქართველოში 60 წლის და მის ზემო ასაკს მიღწეული მოსახლეობის რიცხოვნობა 900 ათასს აღემატება. შრომისუნარიანი მოსახლეობის ასაკგადაცილებული პირებით „დატვირთვის მაჩვენებელმა“ თითქმის 30%-ს მიაღწია. ამასთან, აღინიშნება ისეთი ახალი და სწრაფად ცვალებადი დემოგრაფიული ტენდენციები, როგორცაა ქართული ოჯახისთვის დამახასიათებელი მრავალთაობიანი სტრუქტურის დაშლა და ეგრეთ წოდებული ნუკლეარული ოჯახების ხვედრითი წილის მატება. ნუკლეარული ოჯახები ძირითადად წარმოდგენილია ერთი ან ორი თაობით. ამასთან მატულობს არასრულ ოჯახთა რიცხვი.

ზემოაღნიშნული ტენდენცია ორმაგ ზიანს აყენებს საზოგადოებას. ერთი მხრივ, სახელმწიფო იძულებულია, გაუწიოს უფროსი ასაკის მარტოხელა ადამიანებს იმ სახის სოციალური დახმარება, რომელსაც ძირითადად მრავალთაობიანი ოჯახის წევრები ასრულებდნენ (ხანდაზმულის მოვლა, კვება, პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა და ასე შემდეგ), მეორე მხრივ კი, ნუკლეარული ოჯახების პრევალირების პირობებში უფროსი თაობის ტრადიციულ მზრუნველობას და კონტროლს მოკლებული ახალგაზრდობა დამატებით პრობლემებს უჩენს საზოგადოებას და სახელმწიფოს.

განსაკუთრებით მძიმე დემოგრაფიული სიტუაცია გვაქვს აფხაზეთიდან და სამაჩაბლოდან დევნილ მოსახლეობაში. მათი რაოდენობა 280 ათასს აღემატება (რაც ქვეყნის მოსახლეობის რიცხოვნობის თითქმის 6,5%-ს შეადგენს) და, თავისთავად, გავლენას ახდენს ზოგად დემოგრაფიულ მონაცემებზე. სპეციალური

გამოკვლევებით დადგინდა, რომ დევნილ მოსახლეობაში შობადობის მაჩვენებელი 1996-1997 წლებში 4,5-ს (ყოველ 1000 მოსახლეზე) არ აღემატება, სიკვდილობის მაჩვენებელი კი ცხრას შეადგენს. დევნილი მოსახლეობის რიცხოვნობის კლება განპირობებულია არა მარტო მაღალი მიგრაციული აქტივობის და ქორწინების დაბალი მაჩვენებლებით, არამედ მოსახლეობის ამ კონტინგენტში ქრონიკული დაავადებების ფართო გავრცელებით და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ასაკობრივი სტრუქტურის გამოხატული ცვლილებით. დევნილი მოსახლეობისთვის, საქართველოში მცხოვრები მთლიანი პოპულაციისაგან განსხვავებით, დამახასიათებელია გაცილებით უფრო სწრაფად მიმდინარე დემოგრაფიული დაბერების პროცესი და მასთან დაკავშირებული პრობლემები.

საყურადღებოა ისიც, რომ მოსახლეობის საშუალო თვიური შემოსავლების სტრუქტურა ერთ შიდამეურნეობაზე გაცილებით დაბალია, ვიდრე დადგენილი სამომხმარებლო კალათის ღირებულება. ამასთან, არსებული გამოკვლევით დგინდება, რომ მამაკაცებს საშუალოდ 20-50% ით მეტი ანაზღაურება აქვთ, ვიდრე ქალებს, რაც წინა წლებში გაცილებით ნაკლებად იყო გამოხატული.

მეორე მხრივ, ზედმიწევნით მაღალი სიღარიბის დონე აღინიშნება მარტოხელა პირებში. იმის გათვალისწინებით, რომ ამ კატეგორიას ძირითადად ასაკოვანი მოსახლეობა მიეკუთვნება, სახელმწიფო ვალდებულია გაცილებით ფართო მონაწილეობა მიიღოს მათი სამედიცინო და სოციალური დახმარების საქმეში.

ქვეყანაში სწრაფი ტემპით მიმდინარეობს მოსახლეობის სხვადასვა სოციალურ ფენად დაყოფა, რაც განაპირობებს სხვაობას არა მარტო მათი ეკონომიკური, არამედ სოციალურ-კულტურული თავისებურებების თვალსაზრისით.

სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ გათვლილი საშუალო თვიური ხარჯების სტრუქტურის მიხედვით, 1997 წელს საქართველოს მოსახლეობა სურსათზე ხარჯავდა შემოსავლის 40,8%-ს, ტრანსპორტზე – 6%-ს, გათბობაზე – 6,7%-ს. ამასთან, ყურადსაღებია, რომ მკვეთრად იკლო ხარჯებმა განათლებაზე, კულტურასა და დასვენებაზე, რაც, თავისთავად, უარყოფითად მოქმედებს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. მით უმეტეს, რომ მხოლოდ მოსახლეობის მიერ დახარჯული თანხების 2,5% ხმარდება ჯანმრთელობის დაცვას (მათ შორის სამკურნალო საშუალებების შეძენას, ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარების მიღებისას სათანადო ხარჯების დაფარვას თანაგადახდის წესით და ასე შემდეგ).

საყურადღებოა, რომ ჯანმრთელობის დაცვაზე დახარჯული სახსრები თითქმის უტოლდება თამბაქოს ნაწარმისა და სპირტიანი სასმელების შექმნაზე გაღებული თანხების ოდენობას, რაც მიუთითებს მოსახლეობის მიერ ყურადღების მოდუნებას საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიმართ.

საკმარისად მკვეთრად გამოხატულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითადი მახასიათებლების განსხვავებაც. ეს იგრძნობა განსაკუთრებით უკიდურესად ღარიბ და შედარებით შეძლებულ ფენებს შორის. ამის დამადასტურებელია ის ფაქტიც, რომ, უღარიბეს მოსახლეობასთან შედარებით, შეძლებული მოსახლეობა საშუალოდ 20-30%-ით ნაკლებს ხარჯავს თავის მკურნაობაზე და მედიკამენტების შექმნაზე. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან სიღარიბეს თან სდევს მოსახლეობის მაღალი დასნებოვნება და, შესაბამისად, სამედიცინო ხარჯების ზრდაც.

უკანასკნელ წლებში მკვეთრად შეიცვალა კვების პროდუქტების მოხმარების დინამიკაც. კვების რაციონის გამოხატული გაღარიბება, განპირობებული ხორცისა და რძის პროდუქტების ნაკლებობით, აშკარა გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ჯერ კიდევ მაღალია ინფექციური დაავადებებით განპირობებული სიკვდილობის მაჩვენებლები, განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკში. აღრიცხვის გაუმჯობესებითაა გამოწვეული ფილტვგარეშე ტუბერკულოზით, სქესობრივ გზით გადამდები, შიდსით დაავადებულთა რიცხვის მატება. ამასთან, მიღწეულია სისხლის მიმოქცევის სისტემებისა და ონკოლოგიური დაავადებებით სიკვდილობის მაჩვენებლების სტაბილიზაცია.

მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის არსებული ტენდენციების შენარჩუნების შემთხვევაში, მათი სტრუქტურა თანდათანობით მიუახლოვდება განვითარებადი ქვეყნების მოსახლეობის ანალოგიურ მაჩვენებლებს, თუმცა მასში აისახება განვითარებული ქვეყნების მახასიათებლებიც, რაც წინა წლებში უფრო გამოხატული იყო.

ერის რეპროდუქციული პოტენციალის შეფასებისას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ქალთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამ კუთხით უკანასკნელ წლებში გამოვლენილია ფერტილური ასაკის ქალების ჯანმრთელობის გაუარესების ტენდენცია.

შობადობის კლების ფონზე საქართველოში მხოლოდ 1997 წელს რეგისტრირებულია 17862 აბორტი და 5541 მინი-აბორტი. განსაკუთრებით საგანგაშოა ის ფაქტი, რომ აბორტების საერთო რიცხვიდან 283 ჩატარებულია პირველი ორსულობის დროს, მათ შორის 14 წლის ასაკამდე გოგონებში – ორი შემთხვევა. 15-19 წლის ასაკის გოგონებში გაკეთებულია 1036 აბორტი (ზოგიერთ მათგანს ეს ოპერაცია ჩაუტარდა მეორედ, მესამედ და ა.შ.). აბორტის შედეგად გარდაიცვალა სამი ქალი.

მშობიარეთა სიკვდილობა წარმოადგენს თავისებურ ინდიკატორს, რომელიც ასახავს არა მარტო ორსულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას, არამედ ქალთა მოსახლეობის დასნებოვნებას, ორსულთა მეთვალყურეობის და, ზოგადად, სამედიცინო საქმის დონეს. ექიმთა კვალიფიკაციისა და სამედიცინო დაწესებულების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მდგომარეობის გაუარესების გამო უკანასკნელ წლებში შეიმჩნევა ამ მაჩვენებლის საკმარისად სწრაფი ზრდა.

საქართველოში 1997 წელს გარდაიცვალა 37 დედა. ამის ერთ-ერთი მიზეზი ისიცაა, რომ, მიუხედავად გარანტირებული უფასო სამედიცინო დახმარებისა და სტაციონარში მშობიარობის მიღების უზრუნველყოფისა, ორსულები დროულად არ აკითხავენ ქალთა კონსულტაციებს. საყურადღებოა შინ ნამშობიარებ ქალთა რიცხვის სწრაფი მატებაც, რაც წინა წლებში იშვიათობას წარმოადგენდა.

ქალთა მოსახლეობაში ჯანმრთელობის გაუარესების გამოხატული ტენდენციების არსებობა, თავისთავად, გავლენას ახდენს ნაყოფზეც. 1997 წელს დაბადებული 52851 ბავშვიდან ავადმყოფი დაიბადა ან დაავადდა 5000 ბავშვი (94.6 ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე). მიუხედავად ბავშვთა კვების პრობლემის მოუგვარებლობისა, იკლებს დედის რძით გამოკვებილი ახალშობილების ხვედრითი წილი.

ქვეყანაში შექმნილი სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია საკმარისად დამაბული რჩება, რაც განპირობებულია დასახლებული პუნქტების სანიტარიული კეთილდღეობის გაუარესებით, იმით, რომ ფინანსური სიმწიკეების გამო არ ტარდება წყლის, ჰაერის, ნიადაგის დაცვითი ღონისძიებები, ასევე მეზობელ ქვეყნებს შორის საზღვრების გამჭვირვალობით. ეს სიტუაცია სათანადო კონტროლის შესუსტების პირობებში გავლენას ახდენს საქართველოს მოსახლეობის ინფექციური დაავადებებით დასნებოვნებაზე.

გეგმიური აცრების გამოსწორების და იმუნიზაციის კამპანიების შედეგად 1997 წელს მოხერხდა მკვეთრი გარდატეხის შეტანა დიფთერიის ეპიდემიასთან ბრძოლაში, რომელიც საქართველოში 1993 წლიდან დაიწყო.

1997 წელს სამჯერ შემცირდა ყბაყურის შემთხვევები, ამავე დროს, წინა წელთან შედარებით მოიმატა წითურას შემთხვევებმა. თითქმის ორჯერ მოიმატა დაუდგენელი ეტიოლოგიის დიარეებმა. აღრიცხულია ტოქსიკოინფექციების 340, ბოტულიზმის 18 და ტეტანუსის 9 შემთხვევა.

მიუხედავად წინა წლებთან შედარებით მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებისა, ჯერ კიდევ ნაკლებად საიმედო სიტუაციაა ცოფის ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა გატარების თვალსაზრისით. ამ უმძიმეს ინფექციას 1996 წელს 21 ადამიანის სიცოცხლე შეეწირა. 1997 წელს კი 12-ის.

ქვეყანაში პოლიტიკური, და განსაკუთრებით ეკონომიკური, სიტუაციის გამძაფრებამ, მაგარი სპირტიანი სასმელების დემპინგურ ფასებში გასაღებამ ხელი შეუწყო მათი მოხმარების ზრდას მოსახლეობაში, და განსაკუთრებით ახალგაზრდობაში, მათ შორის ქალებშიც.

საგანგაშო მდგომარეობაა ნარკომანიის გავრცელების მხრივაც. თუ 80-იან წლებამდე ძირითადად მოიხმარებოდა მარიხუანა და ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკები, 90-იან წლებში უკანონო ბრუნვაში ჩნდება კოკაინი და ჩვენი ქვეყნისათვის სხვა ახალი, უაღრესად ძლიერმოქმედი ნარკოტიკები (ბუპრენორფინი, ალფამეთილფენტანილი და სხვა). საერთაშორისო ექსპერტების შეფასებით, სადღეისოდ საქართველო ნარკოტიკებით დაზიანებულ ქვეყნად მიიჩნევა.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების გავრცელების დინამიკის ანალიზი ცხადყოფს, რომ 1991-1996 წლებში თუ რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რაოდენობის შემცირების ტენდენცია აღინიშნებოდა, შემდგომ ის შეიცვალა დაავადებულთა რაოდენობის მატებით. არსებული სიტუაცია ძირითადად განისაზღვრება გულსისხლძარღვთა პათოლოგიის მძიმე ფორმების მანიფესტირებით, რაც განაპირობებს მოსახლეობის მიმართვიანობის ზრდას. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ჰიპერტონული დაავადებების, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის და ინსულტების რაოდენობის მატება.

ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნებით დაავადებულთა კონტინგენტში პაციენტთა აბსოლუტური რიცხვის ზრდის ტენდენცია, პირველ რიგში, იმის მაუწყებელია, რომ

ონკოლოგიური დახმარების გაწევის ხარჯების შესაბამისი პროგრამით დაფინანსებამ ხელი შეუწყო ნაკლებად შეძლებულ პაციენტს, დროულად მიაკითხოს ექიმს დახმარებისთვის. მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნის დროული გამოვლენა მაინც საკმარისად დაბალია.

ზოგიერთი სხვა პათოლოგიისგან განსხვავებით, ენდოკრინული დაავადებები არა მარტო სულ უფრო დიდ ადგილს იკავებს საქართველოს მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის სტრუქტურაში, არამედ, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, მოითხოვს საბიუჯეტო სახსრების მზარდ ხარჯვას. ეს განპირობებულია იმით, რომ პაციენტთა საკმარისად დიდ რიცხვს ესაჭიროება სპეციფიკური მედიკამენტებით, საკვები პროდუქტებით, ჰორმონალური პრეპარატებით მომარაგება, რომელთა უმეტესობასაც ჩვენი ქვეყანა არ აწარმოებს. ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ამ ჯგუფის ავადმყოფთა უზრუნველყოფა, სხვა ქვეყნებისმაგვარად, სახელმწიფოს პრეროგატივად რჩება.

განსაკუთრებით ფართოა შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება. შაქრიანი დიაბეტის სოციალური მნიშვნელობა მით უფრო ყურადსაღებია, რომ რეგისტრირებულ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობიდან 32.6% ინსულინდამოკიდებულია.

არანაკლებ სერიოზული პრობლემები წარმოჩინდა უკანასკნელ წლებში მოსახლეობაში ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიასთან დაკავშირებით. 62 ათასამდე ბავშვის პროფილაქტიკური გამოკვლევის შედეგად ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება აღმოაჩნდა 45,7%-ს.

1996 წელთან შედარებით 1997-ში შემცირდა რეგისტრირებული ტრავმების, დამწვრობის და მოწამვლების რაოდენობა (დაავადებიანობის მაჩვენებელმა შესაბამისად შეადგინა 427.07 და 570.27). ამასთან, ახლად რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობა თითქმის არ შეცვლილა. არსებული ტენდენცია პირველ რიგში განპირობებულია საწარმოო და სამხედრო ტრავმატიზმის მკვეთრი კლებით, რაც წინა წლებში ზედმიწევნით დიდ ზიანს აყენებდა ქვეყანას. თუმცა, არანაკლებ საზიანო შედეგები აქვს საყოფაცხოვრებო ტრავმატიზმს, რაც საზოგადოების სერიოზულ ყურადღებას მოითხოვს. 1997 წელს რეგისტრირებულია 1644 საგზაო-სატრანსპორტო შემთხვევა, რის შედეგადაც დაიღუპა 449 და დაშავდა 2076 ადამიანი.

კიდევ შეიძლება ფაქტებისა და ციფრების ჩამოთვლა, რაც ასე უხვადაა მოცემული წარმოდგენილ მოხსენებაში, მაგრამ შეიძლება აქ შევჩერდეთ და გამოვკვეთოთ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითადი ტენდენციები.

ნათელია, რომ მდგომარეობა მძიმეა, რაც მრავალ განზომილებაში გამოიხატება. ბოლო წლებში სტაბილურად ჩამოყალიბდა მოსახლეობის რიცხვის აბსოლუტური კლების ტენდენცია, თანაც, შობადობის შემცირების გამო, ის აისახება ქვეყნის მოსახლეობის „დაბერებაში“, რის გამოც მკვეთრად იცვლება მოსახლეობის სქესობრივ-ასაკობრივი სტრუქტურა.

მოსახლეობის დიდი ნაწილის მასობრივი გადატაკების პროცესმა, დევნილთა რიცხვის მატებამ გამოიწვია სოციალურად საშიში დაავადებების ზრდა, ხოლო ერის პოლიტიზაციის პროცესების მასობრივმა ხასიათმა განაპირობა ფსიქიკური დაავადებების მატება. ქვეყანაში გაჭიანურდა დოვლათის განაწილების ასიმეტრიული პროცესი, რამაც, თავის მხრივ, ხელი შეუშალა მოსახლეობის სოციალურ ფენებად ჩამოყალიბებას.

საქართველოს მოსახლეობის დემოგრაფიისა და ჯანმრთელობის ინდიკატორები ხასიათდება ურთიერთსაწინააღმდეგო თვისებებით. ზოგიერთი მაჩვენებელი ფორმირებულია განვითარებული ქვეყნების დარად, ხოლო ზოგიერთი პასუხობს განვითარებადი ქვეყნებისთვის დამახასიათებელ პარამეტრებს, რაც აიხსნება დროის მოკლე მონაკვეთში რთული გარდამავალი პერიოდის იმ ამპლიტუდითა და სირთულეებით, რის წინაშეც იმყოფება დღეს საქართველო.

განვითარება არის ადამიანთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი. საზოგადოების განვითარების ისეთი ასპექტები, როგორცაა ეკონომიკა, სოციალური განვითარება და ჯანმრთელობა, ხშირად განცალკევებით განიხილება, მაგრამ ყველა ეს ასპექტი მოქმედია და წარმოადგენს ერთი მთელის ნაწილს.

როგორც ცნობილია, ადამიანის ჯანმრთელობაზე უდიდეს ზემოქმედებას ახდენს ცხოვრების წესი და პირობები (48-50%), გარემო (20-22%) და გენეტიკური ფაქტორები (18-20%), სამედიცინო დახმარების წილი კი მხოლოდ 14%-ს შეადგენს.

საქართველოს პრეზიდენტის დავალების შესაბამისად, აუცილებელია მომზადდეს უწყებათაშორისი სათანადო მიზნობრივი პროგრამები, რაც საშუალებას მოგვცემს,

გამოიკვეთოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების ტენდენციები.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ამზადებს და მომავალი წლის მასში წარმოადგენს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან შეთანხმებულ „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის“ პროექტს 2010 წლამდე. საყოველთაო განხილვის შემდეგ ის 21-ე საუკუნის საქართველოს სამოქმედო პროგრამად უნდა იქცეს.

ადამიანისათვის ყველაზე ძვირფასი ჯანმრთელობაა. ის კი, თავის მხრივ, მჭიდროდ არის დაკავშირებული კეთილდღეობის ისეთ ფაქტორებთან, როგორებიცაა პირადი უსაფრთხოება, ადეკვატური შემოსავალი, საცხოვრებელი, სოციალური მხარდაჭერა, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობა და სხვა. ამ ფაქტორებს შორის არსებული ურთიერთობები ძალიან რთულია და იმის მიხედვით, თუ რა პირობებში ფორმირდება ან რეგულირდება ეს კავშირები, მათი ზეგავლენა ჯანმრთელობაზე შეიძლება ატარებდეს როგორც დადებით, ისე უარყოფით ხასიათს.

აღნიშნულ წანამძღვრებსა და ჯანმრთელობას შორის არსებული კავშირები კიდევ უფრო რთულდება საოჯახო და სოციალური პირობების, ჯანმრთელობაზე დადებითად მოქმედი ცხოვრების წესისა და დემოგრაფიული ცვლილებების ზეგავლენით.

ამ მხრივ უპირველეს საქმედ მიგვაჩნია შობადობის შემცირების პროცესის შეჩერება და ტრადიციული მრავალთაობიანი ქართული ოჯახების აღდგენა, რისთვისაც საჭიროა გატარდეს შესაბამისი სახელმწიფო პროტექციონისტური პოლიტიკა ადეკვატური სამართლებრივი და ეკონომიკური ბერკეტების ეფექტიანი გამოყენებით.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გამოცემული ნორმატიული დოკუმენტების სია (1994-1997)

საქართველოს კანონები

- 21.03.1995 – საქართველოს კანონი „ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის/შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ“ – (საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 1994-1995, N23-26, მუხ. 557).
- 21.03.1995 – საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ – (საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 1994-1995, N23-26, მუხ. 559).
- 21.03.1995 – საქართველოს კანონი „სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ“ – (საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 1994-1995, N23-26, მუხ. 561).
- 21.03.1995 – საქართველოს კანონი „სამედიცინო გადასახადების შესახებ“ – (საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 1994-1995, N23-26, მუხ. 564).
- 04.04.1995 – საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციის გადასახადის შესახებ“ – (საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 1994-1995, N27-30, მუხ. 579).
- 17.04.1997 – საქართველოს კანონი „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ – (საქართველოს პარლამენტის უწყებანი, N17-18, 05.05.1997, გვ. 8).
- 18.04.1997 – საქართველოს კანონი „სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის შესატანების შესახებ“ – (საქართველოს პარლამენტის უწყებანი, N29-30, 09.07.1997).
- 10.12.1997 – საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ – (საქართველოს პარლამენტის უწყებანი, N17-18, 09.05.1997, გვ. 55).

საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულებები

- 23.12.1994 – საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულება №400 – „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ“.
- 05.07.1995 – საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულება №269 – „საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფის დამატებითი ღონისძიებების შესახებ“.
- 13.09.1995 – საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულება №351 – „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესში სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკთა სოციალური დაცვის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“.
- 23.09.1995 – საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულება №373 – „საქართველოში სახელმწიფო სამედიცინო განათლების ორგანიზების 75-ე და სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დაარსების 65-ე წლისთავის საიუბილეო ღონისძიებების შესახებ“.
- 29.10.1995 – საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულება №447 – „თბილისში ბავშვთა გულის ქირურგიის ცენტრის შექმნის შესახებ“.
- 04.11.1995 – საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულება №464 – „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველ ეტაპზე მოსახლეობისათვის სახელმწიფო დახმარების გაფართოების შესახებ“.

საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებები და განკარგულებები

- 11.06.1996 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N377 – „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დებულებისა და სტრუქტურის დამტკიცების შესახებ“.
- 11.06.1996 –ვ საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N378 – „საქართველოში მედიცინის მეცნიერების მართვისა და დაფინანსების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“.

- 11.06.1996 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N379 – „საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“.
- 11.06.1996 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N380 – „საქართველოს ტერიტორიაზე ნედლეულის, პროდუქციისა და ობიექტების სახელმწიფო ჰიგიენური სერტიფიკაციისა და რეგისტრაციის შემოღების შესახებ“.
- 16.06.1996 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N393 – „მოსახლეობის სამკურნალო საშუალებებით და დაწესებულებათა სამედიცინო ტექნიკით უზრუნველყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“. ბრძანებულებით დამტკიცდა:
- დებულება საქართველოში სამკურნალო საშუალებათა იმპორტის ნებართვის გაცემის წესის შესახებ;
 - ინსტრუქცია სამკურნალო საშუალებათა იმპორტის ნებართვის გაცემის წესის შესახებ;
 - დებულება სამედიცინო ტექნიკურ ნაკეთობათა იმპორტის ნებართვის გაცემის წესის შესახებ;
 - ინსტრუქცია სამედიცინო ტექნიკურ ნაკეთობათა იმპორტის ნებართვის გაცემის წესის შესახებ.
- 02.01.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N1 – „ჩვილ ბავშვთა ბუნებრივი კვების მართვადი სისტემის შექმნის შესახებ“.
- 04.01.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N4 – „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“.
- 28.01.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N69 – „თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური ქირურგიული მეთოდებით გულ-სისხლძარღვთა დაავადების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის და ორგანოთა ტრანსპლანტაციის პროგრამების ხელშეწყობის შესახებ“.
- 28.01.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N70 – „ცოფის პროფილაქტიკის ღონისძიებათა გაძლიერების შესახებ“.

- 30.03.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N158 – „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ეკონომიკური მექანიზმების სრულყოფის შესახებ“.
- 13.04.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N101 – „საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს პრეზიდენტის 1996 წ. 11 ივნისის N379 ბრძანებულების შესასრულებლად გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“.
- 13.04.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N106 – „თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სასწავლო პროცესისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შემდგომი განმტკიცების ღონისძიებების შესახებ“.
- 30.05.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N275 – „ცალკეულ პროფესიათა, საქმიანობის უფლების ან ნებართვის მისაღებად მოქალაქეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების შესახებ“.
- 26.07.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N261 – „საქართველოს ნავთობისა და ნავთობპროდუქტების ტრანზიტისას ბათუმისა და ფოთის პორტებიდან მათი ექსპორტის დროს ადამიანის ჯანმრთელობისა და გარემოზე შესაძლო გავლენის შემსწავლელი სამთავრობო კომისიის შექმნის შესახებ“.
- 22.09.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N531 – „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“.
- 21.11.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N588 – „ქ.რუსთავში ნაწლავთა მწვავე ინფექციების ჯგუფური შემთხვევების სალიკვიდაციო სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შესახებ“.
- 09.12.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N723 – „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის სრულყოფის შესახებ“.

22.12.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N745 – „ქვეყნის მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისა და განვითარების ღონისძიებათა შემუშავების შესახებ“.

14.07.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N294 – „თბილისის ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტისათვის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ცენტრის გადაცემის შესახებ“.

09.08.1997 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N355 – „სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მართვის უმაღლესი კოლეგიალური ორგანოს – სამეთვალყურეო საბჭოს დამტკიცების შესახებ“.

საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილებები

05.10.1994 – საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №728 – „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის ღონისძიებათა პირველი ეტაპის შესახებ“.
დადგენილებით დამტკიცდა:

დანართი 1 – ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტური დაფინანსების დროებითი დებულება გარდამავალი პერიოდისთვის;

დანართი 2 – დროებითი დებულება „იურიდიულ და ფიზიკურ პირთათვის სამედიცინო საქმიანობის ნებართვის მიცემის შესახებ“;

დანართი 3 – ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდის წარმოქმნისა და ხარჯვის დებულება;

დანართი 4 – სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის დებულება.

30.06.1995 – საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №388 – „საქართველოს რესპუბლიკაში ფარმაცევტული დარგის შემდგომი განვითარების შესახებ“.

- 30.06.1995 – საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №389 – „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სამსახურის რეორგანიზაციის შესახებ“.
- 30.06.1995 – საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №391 – „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში სავალდებულო გადასახდელების შეტანისა და ხარჯვის წესების შესახებ“.
- 30.06.1995 – საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №392 – „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტების პრივატიზების შესახებ“.
- 30.06.1995 – საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №398 – „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდში ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და საქართველოში რეალიზაციისათვის დაწესებული გადასახადების შეტანისა და ხარჯვის წესების შესახებ“.
- 30.06.1995 – საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №399 – „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სისტემის რეორგანიზაციისათვის ჩატარებული მოსამზადებელი სამუშაოების მიმდინარეობის შესახებ“.

ბოლოსიტყვობა

და ბოლოს, მინდა უღრმესი პატივისცემა და დიდი სიყვარული გამოვხატო საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში მონაწილე ადამიანების მიმართ, რომლებიც სამსახურეობრივი მოვალეობების შესრულებისას კეთილსინდისიერად და მაღალი პროფესიონალიზმით უძღვებოდნენ თავიანთ სფეროებს.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სტრუქტურული ერთეულების ხელმძღვანელები: ალექსანდრე ალადაშვილი, რევაზ ანთაძე, ჯუღული ახვლედიანი, ოთარ ბარათაშვილი, სოსო ბრეგვაძე, გურამ გვასალია, თემურ გერსამია, გურამ გოგიჩაძე, ნოდარ გოგოხია, ნიკოლოზ გონგაძე, თამაზ დანელია, თემურ დოლიძე, ლალი ებანოიძე, ვასილ ეგნატაშვილი, ავლიპი ზურაბაშვილი, ნოდარ თავართქილაძე, ანზორ თოთაძე, ალექო თომაძე, ზაზა თოფურია, ლირა თოფურიძე, პაატა იმნაძე, ქეთევან კავთიაშვილი, იაგორ კალანდაძე, თამაზ კერესელიძე, თამაზ კვიციანი, რუსუდან კლიმიაშვილი, მიხეილ კობეშვიძე, ირაკლი კოპლატაძე, დიმიტრი კორძაია, გოჩა კუხალაშვილი, ლევან ლაზარაშვილი, ნოდარ ლებანიძე, ლია მამალაძე, ჯანგირ მამალაძე, სოლომონ მაჭარაშვილი, რომან მახარაძე, ჯემალ მეტეხე, ნატა მენაბდე, ვიქტორ მეტრეველი, არჩილ მეფარიძე, მირიან მურჯიკნელი, გიორგი ნიკოლაიშვილი, ჯემალ ნიკოლეიშვილი, კონსტანტინე ოჩიგავა, თემურ ჟორჟოლიანი, პაატა რუხაძე, ნიკა სააკაშვილი, რეზო საყვარელიძე, ზაზა სოფრომაძე, მინდია უჩანეიშვილი, გოგი ქირია, თენგიზ ქრისტესიაშვილი, ნატა ყაზახაშვილი, ლევან ყუბანეიშვილი, იზაბელა შავდია, ნიკოლოზ შავდია, დავით შავერდაშვილი, გიორგი შაქარიშვილი, ბაჩო შევარდნაძე, მამუკა ჩივჩიური, თენგიზ ჩოჩუა, ლალი ჩუბინიძე, თეიმურაზ ჩხეტია, მანანა ცინცაძე, ვასილ ჭეიშვილი, ალექო ჭილაძე, გიზო ჭყონია, დავით ხაბეიშვილი, მანონი ხაჩიძე, ჯონი ჯანაშია, თემურ ჯაფარიძე, მიხეილ ჯიბუტი, ეკატერინე ჯორბენაძე.

ჯანდაცვის რეგიონული სამსახურების ხელმძღვანელები: ლირა არაჩემია, ლევან ბაიაჯანი, ვასილ ბეთლემიძე, ლეილა გელაშვილი, გაია გოზალიშვილი, ვაჟა დობორჯგინიძე, ნუკრი კურდღელია, გიორგი კუხიანიძე, ქეთევან ლორია, ლევან მიროტაძე, ამირან მურუსიძე, მიხო ონიანი, ლევან სვამკოჩაიშვილი, მარინა სრესელი, ვახტანგ ყუფუნია, ნარგიზა შარაშიძე,

დოდო შელია, გია ჩალათაშვილი, ადილარ ჩართოლანი, ომარ ჩომახაშვილი, ომარ ჭკადუა, დალილა ხორავა, ზურაბ ჯალაბაძე, მერი ჯანგველაძე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრალური და რეგიონული სამსახურების ხელმძღვანელები: როლანდ ახალაია, ირაკლი ამალლობელი, ეთერ ბაბლუანი, ლევან ბაიდოშვილი, ნონა ბაკურაძე, მურმან ბოჯგუა, გიგა ბუაძე, აკაკი გამყრელიძე, ცაცუნა გეგეჭკორი, ზაურ გვასალია, კოტე გვეტაძე, ლიკა გვიჩია, გულნარა გონაშვილი, ზაზა დგებუაძე, იამზე დგებუაძე, იური ელიაშვილი, იურა ვეკუა, გიორგი თოლორდავა, მიმოზა კანკია, ლეილა კასრაძე, ნონა კრილოვა, ვახტანგ კუკავა, ნანა კუპატაძე, გივი კურტანიძე, გიორგი კუტუბიძე, ნანა კუჭუხიძე, თამარ ლობჯანიძე, ავთანდილ ლომია, გედევან ლომიძე, არჩილ მჟავია, რამაზ ნატრიაშვილი, ზურაბ ნემსიწვერიძე, ჯემალ პაპავა, თემურ პატარიძე, მადონა სართანია, მერაბ სირაძე, მანანა სრესელი, ალექსანდრე ტოროიანი, გოგი უბირია, ანზორ ქობალია, პაატა ქურდოვანიძე, შალვა შავიშვილი, ნანა შენგელია, დალი ჩაბრავა, მიხეილ ჩაჩავა, თემურ ჩაჩანიძე, ეთერ ჩერქეზიშვილი, ნონა წასიძე, მარინა წულეისკირი, სოსო წულეისკირი, ლალი ჭანია, ნანა ჭანტურია, გოგი ჭუბაბრია, იამზე ხარებავა, გიორგი ხორავა.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის რეგიონული ფილიალების ხელმძღვანელები: გია გვარამია, ზაზა დათიშვილი, გიორგი ედილაშვილი, თენგიზ ვერულავა, თეიმურაზ ზენაძე, კონსტანტინე თევდორაძე, არჩილ სალაყაია, ლევან ურუშაძე, დემურ ფოცხვერაშვილი, თემურ ქარცივაძე, კახაბერ ჩხარტიშვილი, ლევან ყიფიანი.

სამედიცინო დარგის თვალსაჩინო წარმომადგენლები, რომელთა აქტიური მონაწილეობისა და თანადგომის გარეშე რეორიენტაციის პროცესი ვერ განხორციელდებოდა: ციალა აბაშიძე, ნუნუ აბდუშელიშვილი, გიორგი აბზიანიძე, ელენე აბზიანიძე, ავთანდილ აბულაძე, რუსუდან აბულაძე, ნატა ავალიანი, მერაბ ადამია, ალექსანდრე ალექსიძე, ბადრი ალფაიძე, ამირან ანთაძე, ზინაიდა ანთაძე, თამაზ არეშიძე, იუსტინე არველაძე, ბუჭა არჩვაძე, არჩილ ასათიანი, თენგიზ ასათიანი, მარიკა ალდგომელაშვილი, მერი ახალაძე, მანანა ახვლედიანი, თენგიზ ახმეტელი, ეთერ ბაბლუანი, ამურ ბაბუხაძია, ოთარ ბათიაშვილი, ალიოშა ბაკურიძე, თინათინ ბარამიძე, მიხეილ ბარამიძე, ქეთევან ბარამიძე, დავით ბარნაბიშვილი, იოსებ ბარნაბიშვილი, თენგიზ ბაქრაძე, ალექსანდრე ბაჩიაშვილი, ვლადიმერ ბახუტაშვილი, ზვიად

ბახუტაშვილი, ლომერ ბახტაძე, ნინო ბეგიაშვილი, ლალი ბეიტრიშვილი, მედეა ბელეშაძე, რიმა ბერიაშვილი, ზურაბ ბერიძე, ივა ბერაძე, იური ბერაძე, გიული ბერძენიშვილი, ზივიბეგ ბიბილეიშვილი, მამუკა ბოკუჩავა, რევაზ ბოლქვაძე, ეთერ ბოცვაძე, გიორგი ბოჭორიშვილი, ზაზა ბოხუა, ნოდარ ბოხუა, ანზორ ბჟალავა, ალექსანდრე ბრეგაძე, მერაბ ბუაძე, თემურ გაბაიძე, დარეჯან გაბუნია, ვაჟა გაბუნია, თამარ გაბუნია, დავით გაგუა, რევაზ გაგუა, თენგიზ გაზდელიანი, შოთა გამყრელიძე, ქეთევან გარსევანიშვილი, რევაზ გახარია, გიორგი გეგელაშვილი, ქეთევან გედენიძე, კლარა გელაშვილი, ცისანა გელდიაშვილი, მერი გელოვანი, ოთარ გერზმავა, გულნარა გერსამია, სვეტა გვათუა, ვაჟა გვანცელაძე, ალექსანდრე გველესიანი, დავით გველესიანი, ზურაბ გვენეტაძე, ალექსანდრე გვიჩია, დავით გზირიშვილი, გულიკო გიგაური, კარლო გიგაური, მამუკა გიკაშვილი, მარინა გიორგობიანი, ნია გიუაშვილი, თამაზ გიორგაძე, თეა გიორგაძე, მათა გოგაშვილი, ნოდარ გოგებაშვილი, ევგენი გოგინავა, ვახტანგ გოგინავა, ქეთევან გოგინაშვილი, შოთა გოგინაშვილი, ნინო გოგლიძე, ცისანა გოგოლაძე, ვლადიმერ გოგუაძე, ჯემალ გოგუაძე, დავით გოდერძიშვილი, მათა გოთუა, გია გოციელი, ივანე გოლიაძე, ნიკო გონგაძე, გივი გონჯილაშვილი, დავით გორდელაძე, თემო გორდელაძე, მარინა გორდელაძე, გიორგი გოცაძე, გურამ გოცაძე, ერეკლე გოცაძე, თამარ გოცაძე, ელგუჯა გოცირიძე, მარიამ გრიგალაშვილი, ნოდარ გრიგოლია, პაატა გრიგოლია, სულეიმან გუმაშვილი, გურამ გურგენიძე, ლილი გურგენიძე, ჯიმშერ გუჯაბიძე, ია დავითაია, გივი დარჩია, გიორგი დეკანოსიძე, თამარ დეკანოსიძე, მერაბ დვალი, გიორგი დიდავა, შოთა დიდმელაშვილი, პოლიკარპე დოლიძე, რევაზ დოლიძე, გივი დუმბაძე, სოფიო ელიზბარაშვილი, ნოდარ ემხვარი, ლავრენტი ენუქიძე, ზურაბ ვადაჭკორია, ბეატრისა ვასაძე, გაიოზ ვასაძე, თამაზ ვაწაძე, ელიზა ვაშაკიძე, კახა ვაჭარაძე, ვახტანგ ვეკუა, ნინო ვეფხვაძე, რევაზ ვეფხვაძე, ვოლდემარ ვოლობუევი, ვლადიმერ ვოლოჟენკო, ხათუნა ზალდასტანიშვილი, ზაზა ზარქუა, ნატო ზაქარეიშვილი, თენგიზ ზაქარიაძე, ილია ზედგენიძე, ბაადურ ზიმლიცკი, დავით ზურაბაშვილი, ზიგურდ ზურაბაშვილი, ბიძინა ზურაშვილი, რევაზ თაბუკაშვილი, ლევან თავბერიძე, რევაზ თათარაძე, რევაზ თაყაიშვილი, თემურ თიბილოვი, ფრიდონ თოდუა, მურმან თოთაძე, გიორგი თომაძე, პაატა თუთბერიძე, ევგენია თუთისანი, დავით იაკობიძე, ბესიკ იაშვილი, თამარ იაშვილი, მამულო იაშვილი, მანანა ივერიელი, ნიკოლოზ იზაშვილი, გოჩა ინგოროყვა, გენადი იოსავა, დავით იოსელიანი, ნონა კაკაურიძე, ლილი კაკოშვილი, იოსებ კაპანაძე, ვერა კაპეტივაძე,

ალექსანდრე კაციტაძე, ზურაბ კაციტაძე, ლადო კახაძე, დოდო კეზელი, ნესტორ კეიძია, ზურაბ კეკელიძე, გიორგი კერესელიძე, ვახტანგ კერესელიძე, მათა კერესელიძე, მარინა კერძაია, თამაზ კერძევაძე, სვეტა კვარაცხელია, ზურაბ კვაჭანტირაძე, ირინა კვაჭაძე, რომან კვაჭაძე, ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე, მარინა კვეზერელი-კოპაძე, რევაზ კვერენჩხილაძე, როლანდ კვერნაძე, მირიან კვიციანი, ამირან კვიციანი, მარინა კვიციანი, მერაბ კვიციანი, სანდრო კვიციანი, თამაზ კიკაჩიანი, ადა კიკნაძე, გურამ კიკნაძე, ბესიკ კილასონია, ზურაბ კილაძე, მერაბ კილაძე, ნინო კილაძე, პალიკო კინტარია, ზვიად კირტავა, არჩილ კობალაძე, ლევან კობალაძე, თეიმურაზ კობიძე, ამირან კობალიანი, ივა კუზანოვი, რამაზ კუტუბიძე, ალექსანდრე ლაბარტყავა, ზაზა ლაზარაშვილი, ვახტანგ ლაშხი, გიორგი ლაჭყვიანი, ავთანდილ ლეზანიძე, ნოე ლეჟავა, ბადრი ლიპარტელიანი, გიორგი ლობჯანიძე, ნიკოლოზ ლომთათიძე, ნოდარ ლომიძე, ბესიკ ლუხუტაშვილი, გია მათეშვილი, მარინა მამალაძე, მერაბ მამაცაშვილი, ნინო მამულაშვილი, ლაურ მანაგაძე, ჯერო მანჯავიძე, ოთარ მარშავა, მამუკა მარგველაშვილი, კონსტანტინე მარდალეიშვილი, კალისტრატე მარკოიშვილი, გეგი მატარაძე, გოგი მაღალაშვილი, თამაზ მაღლაკელიძე, მერაბ მაჭავარიანი, პავლე მაჭავარიანი, დიმიტრი მახათაძე, ნული მახვილაძე, ვახტანგ მახარაძე, შალვა მაგალობლიშვილი, მარინა მგელაძე, თემურ მდინარაძე, ირაკლი მეგრელაძე, ამირან მეიფარიანი, ანზორ მელია, გოგი მელიქია, გიორგი მენაბდე, ცია მერაბიშვილი, ნაპოლეონ მესხია, დავით მეტრეველი, ნატა მეტრეველი, ოთარ მეტრეველი, მალხაზ მიზანდარი, ალიკ მინასიანი, ალექსანდრე მინდაძე, ალექსანდრე მინდორაშვილი, მანანა მიქაბერიძე, ოთარ მიქაბერიძე, ბუტიკო მიქაია, თამაზ მიქაუტაძე, მამუკა მიქაძე, რევაზ მიხელაშვილი, დავით მორგოშია, ზურაბ მორგოშია, შალვა მოსეშვილი, ბაადურ მოსიძე, თენგიზ მჟავია, შოთა მჟავია, ზურაბ მურდულია, თამაზ მურჯიკნელი, ირაკლი მჭედლიშვილი, ნანა მჭედლიშვილი, გელა მუხაშვილი, მერაბ მშვილდაძე, გელა ნადირაძე, თემურ ნადირაძე, გულნარა ნამორაძე, გია ნანავა, გიორგი ნანეიშვილი, თეიმურაზ ნანეიშვილი, გივი ნასრაშვილი, მათა ნასუაშვილი, ირაკლი ნატროშვილი, ნიკოლოზ ნაცვლიშვილი, გია ნემსაძე, ქეთი ნემსაძე, ნანა ნინაშვილი, გია ნიშნიანიძე, გივი ნოზაძე, თორნიკე ნოზაძე, ბორის ნორაკიძე, ირინა ნორაკიძე, ნიკა ნუცუბიძე, ნინო ოკრიბელაშვილი, ზურაბ ორჯონიკიძე, მარინა ოქროშიძე, ზაზა ოქრუაშვილი, ვაჟა ოკუჯავა, დავით პავლიაშვილი, თემურ პეტრიაშვილი, შოთა პეტრიაშვილი, ლავრენტი პირტახია, მანანა ყვანია,

ზურაბ ჟღენტის, პაატა ჟორჯოლიანის, ბაქარ რამიშვილის, ზურაბ რობაქიძის, გურამ რცხილაძის, ირაკლი სასანიას, რომიკო სვანიძის, თემურ სილაგაძის, ზაზა სინაურიძის, ოლეგ სინაურიძის, თამარ სირბილაძის, გაიანე სიმონიას, გაია სულაქველიძის, ნუგზარ სურმანიძის, ვატო სურგულაძის, დავით სუხიტაშვილის, რევაზ სხულუხიას, დევი ტაბიძის, თემურ ტაბუცაძის, გურამ ტატიშვილის, დავით ტატიშვილის, ნანა ტატიშვილის, ნუგზარ ტატიშვილის, დავით ტვილდიანის, შოთა ტყემალაძის, ვასილ ტყემელაშვილის, თინა ტურძელაძის, ნუგზარ უბერი, ლუბა უგულავას, ჯუმბერ უნგიაძის, ოთარ ურუშაძის, ქეთევან უსუფაშვილის, გიორგი უძილაურის, ირაკლი ფავლენიშვილის, თემურ ფავლენიშვილის, დათო ფარდალავას, ზურაბ ფაღავას, ირაკლი ფაღავას, ყარამან ფაღავას, ბათლომე ფეტელავას, ანგელინა ფიჩხაიას, ლევან ფოცხვერიას, თეიმურაზ ფურცხვანიძის, შამილ ფილფანის, ლეილა ფხაკაძის, გოგი ქავთარაძის, ვახტანგ ქავთარაძის, მაია ქავთარაძის, მერაბ ქავთარაძის, ზურაბ ქარდავას, დოდო ქართველიშვილის, ირინა ქაროსანიძის, მედეა ქარცივაძის, ნიკოლოზ ქარცივაძის, ეთერ ქაჩიბაიას, ლალი ქაჯაიას, ნათელა ქაჯაიას, ზურაბ ქევანიშვილის, ივა ქევანიშვილის, ეთერ ქემერტელიძის, ლელი ქერქაძის, ალექსანდრე ქისტაურის, ნანული ქიქავას, ჯემალ ქიქავას, ბონდო ქობულიას, ამირან ქორიძის, დავით ქორიძის, დავით ქორიაშვილის, აკაკი ქრისტესიაშვილის, ჯენარო ქრისტესიაშვილის, მანანა ქუთელიას, მიხეილ ქურხულის, ომარ ქუტიძის, ქეთევან ღამბაშიძის, ქეთევან ღარიბაშვილის, რემა ღვამიჩავას, ავთანდილ ღიბრაძის, ომარ ღიბრაძის, ელგუჯა ღონღაძის, თინა ღონღაძის, სოსო ღოღობერიძის, ირინე ღლონტის, ზეზვა ღულუნუნიშვილის, ავთანდილ ყამბარაშვილის, ელგუჯა ყიფიანის, ვახტანგ ყიფიანის, კონსტანტინე ყიფიანის, ლევან ყიფიანი, ნოდარ ყიფშიძის, მელენტი ყურაშვილის, რამაზ ყურაშვილის, თამაზ შაბურთიშვილის, მიხეილ შავდია, ლუიზა შალამბერიძის, ცისანა შარტავას, რომან შაქარიშვილის, ასმათ შენგელიას, ბახუტი შენგელიას, ირინე შენგელიას, მიხეილ შენგელიას, რამაზ შენგელიას, მანანა შეყლაშვილის, ლუბა შეწირულის, ანდრო შილაკაძის, თამარ შიშნიაშვილის, მარინა შიხაშვილის, პეტრე შოთაძის, ბორის ჩაკვეტაძის, გრიგოლ ჩანტლაძის, თამაზ ჩართოლანის, ლერი ჩართოლანის, თენგიზ ჩარკვიანის, ლევან ჩარკვიანის, გულნარა ჩაფიძის, ვასილ ჩაჩიბაიას, მიხეილ ჩახნაშვილის, ტატიანა ჩახტაურის, გიორგი ჩახუნაშვილის, ბაკურ ჩეჩელაშვილის, თემურ ჩეჩელაშვილის, თეიმურაზ ჩიგოგიძის, თეიმურაზ ჩირგაძის, რუსუდან ჩიტაიშვილის, ციური ჩიტაიშვილის, ზურაბ ჩიქოვანის, თინა ჩიქოვანი, ალექსანდრე ჩიჩუას, იოსებ ჩიჩუას, რამაზ ჩიხლაძის, მერაბ ჩიჯავაძის, ბადრი ჩლაიძის, ვაჟა ჩხაიძის, ზევარ ჩხაიძის, ივანე ჩხაიძის, დარეჯან ჩხეტიანის,

თამაზ ჩხიკვაძე, მაჟღლი ჩხიკვაძე, მაგული ჩხოზაძე, ალექსანდრე ცათიაშვილი, ოთარ ცალუღელაშვილი, დაზმირ ცანავა, შოთა ცანავა, თენგიზ ცერცვაძე, თემურ ცეცაძე, თამარ ცინცაბაძე, ავთანდილ ცინცაძე, გაიოზ ცინცაძე, დიმიტრი ცისკარიშვილი, ალექსანდრე ცისკარიძე, ირაკლი ციციშვილი, ზურაბ ცუზბაია, ზურაბ ცხაკაია, ვალნინ ცხოვრებაშვილი, მერაბ წამალაშვილი, ნონა წასიძე, მზია წერეთელი, მიხეილ წვერავა, გია წივწივაძე, გია წილოსანი, ბეჟან წინამძღვრიშვილი, ლელა წოწორია, თენგიზ წულუკიძე, ანტონ ჭანტურია, გივი ჭანტურია, ლია ჭელიძე, ელგუჯა ჭიჭინაძე, ირმა ჭოხონელიძე, გიორგი ჭუბაბრია, გელა ჭულუხაძე, ბიძინა ჭუმბურიძე, ვახტანგ ჭუმბურიძე, თამაზ ჭუმბურიძე, თამაზ ჭურაძე, გიგი ხაბეიშვილი, გალაქტიონ ხარაბაძე, ნიკო ხატიაშვილი, ომარ ხარძეიშვილი, ნანა ხაჭაპურიძე, ირმა ხახანაშვილი, ცირა ხებრელაშვილი, ზურაბ ხელაძე, კახა ხელაძე, დავით ხეროდინაშვილი, გიორგი ხეჩინაშვილი, დევი ხეჩინაშვილი, ნათელა ხეცურიანი, რამაზ ხეცურიანი, ალავერდ ხვედელიძე, არჩილ ხიტირი, არჩილ ხომასურიძე, ლერი ხონელიძე, ალექსი ხოჭავა, მანანა ხოჭავა, ანტონ ხუნდაძე, სერგო ხუნდაძე, ოთარ ხუფენია, ვახტანგ ხუციძე, გივი ჯავახიშვილი, რუსუდან ჯავახაძე, ნინო ჯავახიშვილი, გიორგი ჯავრიშვილი, გრიგოლ ჯანაშია, მერი ჯანგველაძე, ილია ჯანგირაშვილი, მარინა ჯანელიძე, ცინუკი ჯანელიძე, იზოლდა ჯაფარიძე, ნათელა ჯაფარიძე, შოთა ჯაფარიძე, მზია ჯაში, ანზორ ჯორბენაძე, თეიმურაზ ჯორბენაძე, დაზმირ ჯოჯუა, გელა ჯულუხაძე და უკლებლივ ყველა, ვინც იმ პერიოდში სამედიცინო დარგში მოღვაწეობდა.

მადლობა მინდა გადავუხადო ჯანმრთელობის დაცვის ყოფილ მინისტრებს - ვახტანგ ბოჭორიშვილს, გელა ლეჟავას და ირაკლი მენადარიშვილს, რომლებიც მხარს უჭერდნენ რეორიენტაციას პროცესს.

მინდა, აგრეთვე მადლობა გადავუხადო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მიმართ უარყოფითად განწყობილ ჩვენ კოლეგებს, რომლებიც ხმამაღლა გამოთქვამდნენ თავიანთ კრიტიკულ მოსაზრებებს, რითაც გვეხმარებოდნენ გადასადგმელი ნაბიჯების უკეთ გააზრებაში.

და უმთავრესი, საქართველოს მოქალაქეები, რომლებმაც მიუხედავად 90-იანი წლების უდიდესი ტრაგედიებისა არ დაკარგეს უკეთესი მომავლის რწმენა და, რომელთა ნდობა, ყველაზე დიდი სტიმული იყო ჩემს მუშაობაში.

ფოტოგალერეა



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სესიაზე
დამჯ. არსილოპის დან. აროსო



ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობისა და ადამიანური
სერვისების მინისტრთან დონა შალაღასთან



იერუსალიმის ჯვრის მონასტერში



საქართველოს კათალიკოს-პატრიარქ ილია II-სთან



შეხვედრა თურქეთის ჯანმრთელობის დაცვის
მინისტრ დოგან ბარანთან



შეხვედრა რუსეთის ფედერაციის ჯანმრთელობის დაცვის
მინისტრ ედუარდ ნეჩაევთან



რომის პაპთან იოანე-პავლე II-სთან ვატიკანში



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ დირექტორთან ჯო ასვალთან კოპენჰაგენში



რეზო ჩხეიძე, როინ მეტრეველი და კობა იმედაშვილი



ამირან გამყრელიძე, ნინო ვეფხვაძე და ზაზა კახიანი



ამერიკის შეერთებული შტატების კონგრესმენ დონ შერვუდთან



ამერიკის შეერთებული შტატების სენატორ
ჰერბ კოლთან (მარჯვნიდან მე-2)



ანტიბიოტიკური კამპანიის ერთ-ერთი ფუძემდებელი
რიჩარდ კუკი (მარჯვნიდან მე-2)



მსოფლიო ბანკის ევროპის რეგიონის ოფისის
ხელმძღვანელი ანეტ დიქსონი