

ავთანდილ ჭორბენაძე

**როგორ იქმნებოდა
ჯანმრთელობის დაცვის
ახალი სისტემა**

თბილისი

2023

**როგორ იქმნებოდა
ჯანმრთელობის დაცვის
ახალი სისტემა**

წიგნი II
1998-2003 წლები

თბილისი
2023

რედაქტორი: ოთარ ვასაძე

ISBN:978-9941-8-5913-7

წიგნი დაბეჭდილია
შპს „თამარიონი 2002“-ის სტამბაში
მისამართი: თბილისი, ვახტანგ ნინუას 3

სარჩევი

ავტორის წინათქმა	1
საჯარო გამოსვლები	
უშიშროების საბჭოს სხდომა – 1998 წლის 24 თებერვალი – სავალდებულო სამხედრო სამსახურში გაწვევის წინ წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმების სრულყოფის შესახებ	3
ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის 80 წლისადმი მიძღვნილ საიუბილეო სხდომა – 1998 წლის 18 მაისი	12
საქართველოს დამოუკიდებლობის გამოცხადების 80 წლის იუბილე – 1998 წლის 26 მაისი	26
პარლამენტის სხდომა – 1998 წლის 18 სექტემბერი – კანონპროექტის „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ განხილვა	48
მთავრობის სხდომა – 1998 წლის 30 სექტემბერი – უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულების მიერ ექიმის ფიცის მიღებისა და საექიმო საქმიანობაში ეთიკური პრინციპების დამკვიდრების ზოგიერთ ღონისძიებათა განხილვა	52
ჟენევის დეკლარაცია – ექიმის ფიცი	55
მთავრობის სხდომა – 1998 წლის 20 ნოემბერი - კანონპროექტის „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა, პრეპარატების და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის შესახებ“ განხილვა	57
მთავრობის სხდომა – 1998 წლის 9 დეკემბერი – სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში განსახლებულ დევნილთა 1999 წლის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა	62
მთავრობის სხდომა – 1999 წლის 10 მარტი – ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ 1998 წელს გაწეული მუშაობის ანგარიში	66
დონორთა შეხვედრა საქართველოსთვის – თბილისი, 1999 წლის 14 აპრილი	82
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხილვისადმი მიძღვნილი შეხვედრა – 1999 წლის 4 მაისი	87
კონფერენცია თემაზე „თავისუფალი მედია და დემოკრატია“ – თბილისი, 1999 წლის 16 ივნისი	101
მთავრობის სხდომა – 1999 წლის 21 ივლისი – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული პრობლემები	104

დონორთა შეხვედრა საქართველოსთვის – 1999 წლის 3 სექტემბერი – საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი დანერგვის სტრატეგიული გეგმა	109
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიურო – კოპენჰაგენი, 1999 წლის 28 სექტემბერი – საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა	125
მთავრობის სხდომა – 1999 წლის 2 ნოემბერი – ნარკომანიისა და ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა შესახებ	149
საქართველოს პრეზიდენტთან არსებული უცხოური ინვესტიციების საკონსულტაციო საბჭოს სხდომა – 1999 წლის 11 დეკემბერი – მსოფლიო ბანკის ჯანმრთელობის დაცვის პირველი პროექტისა და სტრუქტურული რეფორმების ხელშეწყობი პროექტის ფარგლებში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარების და საავადმყოფოთა კონსოლიდაციის გზით სამედიცინო დაწესებულებათა ოპტიმიზაციის შესახებ	156
პარლამენტის სხდომა – 1999 წლის 12 დეკემბერი – ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროების გაერთიანება	165
მთავრობის გაფართოებული სხდომა – 2000 წლის 22 იანვარი – საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლები	181
მთავრობის სხდომა – 2000 წლის 15 მარტი – 1999 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების ანგარიში	207
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის 70 წლის იუბილე – 2000 წლის 24 მარტი	221
კონფერენცია თემაზე „საქართველოში სოციალური პოლიტიკის რეფორმის ნიშანსვეტები“ – 2000 წლის 28 მარტი	228
შეხვედრა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ დირექტორთან, ბატონ მარკ დანზონთან – თბილისი, 2000 წლის 30 მარტი	238
შეხვედრა ბავშვთა მრავალპროფილიანი საავადმყოფოში „რესპუბლიკა“ – 2000 წლის 8 აპრილი – საქართველოს სოციალური განვითარების საპრეზიდენტო პროგრამა	244

მთავრობის გაფართოებული სხდომა – 2000 წლის 25 აპრილი – შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროს განვითარების გრძელვადიანი პოლიტიკა	263
პარლამენტის სხდომა – 2000 წლის 6 მაისი - შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის დამტკიცება	271
მსოფლიო ბანკის საკოორდინაციო ბიურეოს კონფერენცია – თბილისი, 2000 წლის 3 ოქტომბერი – მსოფლიო ბანკი და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	283
მთავრობის სხდომა – 2000 წლის 12 ოქტომბერი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის საშუალოვადიანი სახელმწიფო პროგრამა	297
მთავრობის სხდომა – 2000 წლის 14 დეკემბერი – განმარტებები 2001 წლის სახელმწიფო სოციალური ბიუჯეტის შესახებ	310
მთავრობის სხდომა – 2001 წლის 17 იანვარი – დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკა	335
მთავრობის სხდომა – 2001 წლის 28 თებერვალი – 2000 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების ანგარიში	342
უშიშროების საბჭოს სხდომა – 2001 წლის 23 მარტი – ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, 1999 წელი	352
მთავრობის სხდომა – 2001 წლის 4 აპრილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში „ჩრდილოვანი ეკონომიკის“ მასშტაბების შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის საშუალოვადიანი სახელმწიფო პროგრამა	376
მთავრობის სხდომა – 2001 წლის 8 აგვისტო – მინიმალური ხელფასისა და საბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების მდგომარეობისა და მათი მოწესრიგების წინადადებების შესახებ	397
კონფერენცია თემაზე „დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის რეფორმა“ – თბილისი, 2001 წლის 27 ოქტომბერი – დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის რეფორმის მიმართულებები.....	408

მთავრობის სხდომა – 2001 წლის 8 დეკემბერი – შრომისა და დასაქმების სფეროს რეფორმის მიმდინარეობა	417
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის შედეგების ანალიზი	421
ახალი სისტემის, სამართლებრივი ბაზის შექმნა	424
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია	431
დარგის რეორიენტაციის ეკონომიკური და ფინანსური ასპექტები, პროგრამული დაფინანსება	435
პირველადი სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტულობა	443
სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა	451
სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა	457
წამალპოლიტიკის რეფორმა	462
პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა	466
მედიცინის მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფა	472
სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია- ლიცენზირება	475
სამედიცინო განათლების რეფორმა	480
სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა	487
სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა	491
ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი დანერგვის სტრატეგიული გეგმა	496
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა	515
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (2000-2009)	621
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში გამოცემული ნორმატიული დოკუმენტების სია (1998-2003)	772
ბოლოსიტყვეობა	783
ფოტოგალერეა	787

ავტორის წინათქმა

2021 წელს გამოცემულ კრებულში – *როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა (წიგნი I, 1993-1997 წლები)* – გამოქვეყნებულია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მოსამზადებელ პერიოდსა და მისი განხორციელების ყველაზე რთულ ეტაპზე ჩემი საჯარო გამოსვლების სრული ტექსტები და იმ პერიოდში გამოცემულ ნორმატიული დოკუმენტების ნუსხა.

აღნიშნული ნაშრომის ფორმის შერჩევა განაპირობა ისტორიული მოვლენების ანალიზის პროცესში ჩემი, როგორც ავტორის სუბიექტივიზმის გამორიცხვის სურვილმა, რადგან, როგორც მის წინათქმაში მითითებული მაქვს „სად, თუ არა მინისტრის მთავრობის სხდომებსა თუ პარლამენტში, საერთაშორისო თუ ადგილობრივ ფორუმებსა და შეხვედრებზე გამოსვლებში არის ყველაზე ზუსტად და სრულყოფილად ასახული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე პროცესები, მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღების მიზეზები და სისტემაში განხორციელებული ცვლილებების რეალური შედეგები“.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი პროცესის განუყოფელი ნაწილი იყო, რომელშიც პირობითად გამოიყოფოდა ოთხი ძირითადი ეტაპი.

1997 წლის ბოლოს დასრულდა რეორიენტაციის პირველი ორი ეტაპი, კერძოდ, განხორციელდა დარგის რეორგანიზაცია (I ეტაპი) და ახალი ურთიერთობების ადაპტირებისა და სამედიცინო დაზღვევის დანერგვა (II ეტაპი).

1998 წლის განმავლობაში მიმდინარეობდა რეორიენტაციის III ეტაპი – სისტემის მართვისა და ორგანიზების მოდელის კომპლექსური დანერგვა, ხოლო 1999 წლიდან დაიწყო IV ეტაპი, რომელიც ახალი მოდელის ადაპტირებას, სრულყოფასა და დახვეწას მოიცავდა.

წინამდებარე კრებულში შეტანილია როგორც დოკუმენტური მასალა (1998-2000 წლებში ჩემი, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის, ხოლო 2001

წელს, როგორც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის საჯარო გამოსვლების ტექსტები და 1998-2003 წლებში გამოცემული ნორმატიული დოკუმენტების ჩამონათვალი), ისე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის 1994 წელს გაცხადებული კონცეფციის ცალკეული მიმართულებებით განხორციელებული სამუშაოების შედეგები.

ვფიქრობ, კრებულში შესული მასალა დააინტერესებს არა მარტო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მკვლევარებსა და ამ სისტემაში დასაქმებულ პრაქტიკოსებს, არამედ საზოგადოების ფართო წრეების წარმომადგენლებსაც, ვინაიდან იგი ეხება საქართველოს სახელმწიფოებრიობის ჩამოყალიბების ურთულეს და წინააღმდეგობებით აღსავსე პერიოდს. გადაჭარბებული არ იქნება, თუ დავსძენ, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციას ერთ-ერთი წამყვანი პოზიცია ეკავა ახალი, ევროპაზე ორიენტირებული ქვეყნის მშენებლობაში და ის გარკვეულწილად ასტიმულირებდა სხვა დარგების რეფორმირებას.

საჯარო გამოსვლები

უშიშროების საბჭოს სხდომა

1998 წლის 24 თებერვალი

სავალდებულო სამხედრო სამსახურში გაწვევის წინ წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმების სრულყოფის შესახებ

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

პატივცემულო უშიშროების საბჭოს წევრებო,

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, ითვალისწინებს რა ქვეყნის შეიარაღებული ძალების ფორმირების პროცესში მისი ჯანმრთელი კონტინგენტით შევსების უზრუნველყოფის სახელმწიფოებრივ მნიშვნელობას, დიდ ყურადღებას უთმობს სავალდებულო სამხედრო სამსახურში გაწვევის წინ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმებას, რომელიც მისი სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, რამდენიმე ეტაპისგან შედგება.

პირველ ეტაპზე, მოქალაქეთა სამხედრო აღრიცხვაზე აყვანისა და გასაწვევ უბნებზე მიწერის პერიოდში, მათი სამედიცინო შემოწმება თავდაპირველად ხდება ჯერ ტერიტორიულ პოლიკლინიკებში, ხოლო შემდეგ კი რაიონებისა და ქალაქების სამხედრო კომისარიატების მოქალაქეთა მიწერის სამედიცინო კომისიებში. ამ ეტაპზე ჭაბუკთა შორის დაავადებათა გამოვლენის შემთხვევაში ხდება სათანადო სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების დასახვა.

მეორე ეტაპზე წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმება ხდება რაიონებისა და ქალაქების სამხედრო კომისარიატების გამწვევ სამედიცინო კომისიებში, სადაც მიმდინარეობს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება. ამ ეტაპზე ჯანმრთელად ცნობილი წვევამდელეები, შემდგომი სამედიცინო შემოწმების გავლის მიზნით იგზავნებიან საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტში თავდაცვის სამინისტროს, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და საქართველოს სამხედრო

კომისარიატთან არსებულ ერთობლივ მუდმივმოქმედ სამედიცინო საექიმო კომისიებზე.

საქართველოს პრეზიდენტის შესაბამისი ბრძანებულებების გათვალისწინებით, რაიონებისა და ქალაქების სამხედრო კომისარიატებში მოქალაქეთა სამხედრო აღრიცხვაზე აყვანის, გასაწვევ უბნებზე მიწერის, სამხედრო ძალებში მათი გაწვევისა და გამწვევი სამედიცინო კომისიების დაკომპლექტება ხდება ადგილობრივი სპეციალისტებით.

საქართველოს სამხედრო ძალების ჯანმრთელი კონტიგენტით შევსების უზრუნველსაყოფად და წვევამდელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ობიექტურად შეფასების მიზნით, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს 10.10.1996-ის N447/ო ბრძანების საფუძველზე არსებითად განახლდა საქართველოს სამხედრო კომისარიატთან არსებული მუდმივმოქმედი საექიმო კომისიის შემადგენლობა და იგი ძირითადად დაკომპლექტდა სამინისტროს მთავარი სპეციალისტებით და ქვეყნის წამყვანი, კვალიფიცირებული კადრებით. აღნიშნული კომისიის ხელშეწყობისა და ოპტიმალური სამუშაო პირობების შექმნის მიზნით, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს იმავე ბრძანებით, საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტთან შეიქმნა კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ცენტრი, რომელიც აღიჭურვა აუცილებელი ლაბორატორიული და სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობით.

გარდა ამისა, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ბრძანებებით, კოლეგიის გადაწყვეტილებებით, აჭარისა და აფხაზეთის ა/რ ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრებს, ჯანდაცვის მართვის სამხედრო-რეგიონალური ცენტრის დირექტორებს, ქალაქებისა და რაიონების ჯანმრთელობის დაცვის მართვის საკოორდინაციო ცენტრების ხელმძღვანელებს დავალებული აქვთ რაიონებისა და ქალაქების სამხედრო კომისარიატების სამედიცინო კომისიების გამოცდილი, მაღალპროფესიული ექიმ-სპეციალისტებით დაკომპლექტება, მათ მუშაობაზე მკაცრი და სისტემატური კონტროლის დაწესება; ყოველი გაწვევის დამთავრების შემდეგ სამედიცინო კომისიების მუშაობის შედეგების განხილვა და მასალების წარმოდგენა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში.

თუმცა, მიუხედავად წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმების ობიექტურად ჩატარებისათვის გაწეული მუშაობისა, ჯერ კიდევ ადგილი აქვს გარკვეულ ნაკლოვანებებს. კერძოდ, რაიონებისა და ქალაქების სამხედრო კომისარიატების გამწვევ საექიმო კომისიებში ჯეროვნად ვერ ხდება წვევამდელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება და მოქალაქეები, რომლებიც არ ექვემდებარებიან სამხედრო სამსახურში გაწვევას, იგზავნიან საქართველოს სამხედრო კომისარიატების შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტში სამედიცინო შემოწმების გასავლელად, სადაც ხდება მათი გამოვლენა და/ან შესაბამის კომისარიატში დაბრუნება, გადაწყვეტილების მისაღებად, ან დამატებითი გამოკვლევების ჩატარების მიზნით სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გაგზავნა.

1996 წლის საშემოდგომო გაწვევის პერიოდში საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტში სამედიცინო კომისია გაიარა 5307 წვევამდელმა. მათ შორის 4914 (92,5%) წვევამდელი ცენტრალურმა სამხედრო-სამედიცინო კომისიამ სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისად მიიჩნია, ხოლო 393 (7,4%) წვევამდელზე დამატებითი სამედიცინო გამოკვლევების ჩატარება ჩათვალა საჭიროდ. ამ უკანასკნელთა შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტთან არსებული კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ცენტრის პირობებში სათანადო გამოკვლევების შემდეგ, სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისად მიჩნეულ იქნა 230 წვევამდელი, ხოლო არავარგისად – 163 წვევამდელი, რაც შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტში სამედიცინო კომისიაზე გამოცხადებულთა 3%-ს შეადგენს და რაიონულ და საქალაქო სამედიცინო გამწვევი კომისიების მუშაობაში ჯერ კიდევ არსებულ ნაკლოვანებებზე მიუთითებს.

არავარგისად ცნობილი 163 წვევამდელიდან 74 აღმოჩნდა მყარი წინააღმდეგჩვენებით (1,4%) და გადაწყვეტილების მისაღებად ისინი დაუბრუნდნენ რაიონულ კომისარიატებს. 46-ს (0,8%) გადაუვადდა გაწვევის ვადა შესაბამისი მკურნალობის ჩატარების მიზნით, ხოლო 41 წვევამდელის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დადგენა ვერ მოხერხდა გამწვევ-გამანაწილებელ პუნქტთან არსებული სადიაგნოსტიკო ცენტრის პირობებში (0,7%) და ისინი დამატებით გამოკვლევებისთვის გაიგზავნენ სათანადო სპეციალიზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებში. მათგან 22 წვევამდელი

ფსიქიატრიული ექსპერტიზისთვის, რომელიც, როგორც წესი, კლინიკურ-დიაგნოსტიკურ ცენტრში არ ტარდება.

ამდენად, შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტთან მოქმედი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ცენტრის პირობებში საბოლოო დიაგნოზის დასმა ვერ მოხერხდა მხოლოდ 19 წევრამდელის შემთხვევაში (0,3%). აღნიშნული საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტთან შექმნილი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ცენტრის ქმედითუნარიან მუშაობის შედეგია, რადგან, მისი არ არსებობის შემთხვევაში, 1996 წლის საგაზაფხულო გაწვევისას, შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტში სამედიცინო კომისიაზე გამოცხადებული 8227 წევრამდელიდან, დამატებით გამოკვლევებზე გაიგზავნა 642 წევრამდელი (7,4%), რომელთაგანაც 162 საერთოდ არ გამოცხადებულა სამედიცინო დაწესებულებაში. 1995 წლის სამემოდგომო გაწვევის დროს კი ცენტრალურ სამხედრო-სამედიცინო კომისიაზე გატარებული 8000 წევრამდელიდან 840 (10,5%), ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, ყოველგვარი სამედიცინო გამოკვლევების გარეშე დაუბრუნდა ქალაქებისა და რაიონების სამხედრო კომისარიატებს გადაწყვეტილების მისაღებად, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაურკვეველი დარჩა როგორც საქართველოს სამხედრო კომისარიატისთვის, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთვის.

ამდენად, თუ წინა წლებში წევრამდელები, რომლებსაც სჭირდებოდათ დამატებითი გამოკვლევები, 100%-ით უბრუნდებოდნენ შესაბამისი რაიონებისა და ქალაქების სამხედრო კომისარიატებს (1995 წლის ჩათვლით), ან იგზავნებოდნენ სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში, (1996 წლის საგაზაფხულო გაწვევა), 1996 წლის სამემოდგომო გაწვევისას, აღნიშნული კონტინგენტიდან სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებებში გაიგზავნა მხოლოდ 10,4% (41 წევრამდელი), ხოლო ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე გაგზავნილ წევრამდელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის საბოლოოდ დადგენისას გარკვეულწილად დაიზოგა დრო, სახსრები (ტრანსპორტირების, სტაციონარებში მოთავსების, სამედიცინო პერსონალის შრომის ასანაზღაურებელი ხარჯები) და სხვა.

როგორც აღინიშნა, მიუხედავად საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ გატარებული ორგანიზაციული თუ მეთოდური ხასიათის

ლონისძიებებისა, 1996 წლის საშემოდგომო გაწვევის დროს ქვეყნის მთელი რიგ რაიონებსა და ქალაქებში სამხედრო კომისარიატების გამწვევი სამედიცინო კომისიების მუშაობაში კიდევ ჰქონდა ადგილი მთელ რიგ ნაკლოვანებებს. კერძოდ, საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტში სამედიცინო კომისიის მიერ არავარგისად ცნობილი 163 წვევამდელიდან 74 აღმოჩნდა მყარი წინააღმდეგ ჩვენებებით, და დაუბრუნდა ადგილობრივ კომისარიატებს გადაწყვეტილების მისაღებად. არავარგისობით წვევამდელთა დაბრუნების მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა ზუგდიდის (10 შემთხვევა), ოზურგეთის (7 შემთხვევა), ბაღდათის და ახალციხის (5-5 შემთხვევა), დუშეთის, ქარელის და სენაკის (4-4 შემთხვევა), ქ. თბილისის საბურთალოს (6 შემთხვევა), ნაძალადევის და სამგორის (5-5 შემთხვევა) რაიონებში; ქალაქებში – ქუთაისში (8 შემთხვევა), რუსთავში (7 შემთხვევა), ფოთში (5 შემთხვევა) და წყალტუბოში (4 შემთხვევა).

საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელი პუნქტის სამედიცინო კომისიის მიერ რაიონებისა და ქალაქების კომისარიატებისთვის დაბრუნებულ სამხედრო სამსახურისთვის არავარგისად ცნობილ წვევამდელთა აბსოლუტურ უმრავლესობას შორის ზუსტი დიაგნოზის დასმა, მათი დაავადებებიდან გამომდინარე, უნდა მომხდარიყო ადგილებზე.

საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელი პუნქტის სამედიცინო კომისიის მიერ არავარგისად ცნობილი და ადგილზე შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღების მიზნით დაბრუნებული წვევამდელების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გადამოწმება ხდება ქალაქებისა და რაიონების კომისიებში. არავარგისად ცნობილი წვევამდელების დაბრუნების საკითხს და მის გამომწვევ მიზეზებს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მითითების საფუძველზე, სისტემატურად სწავლობენ ჯანდაცვის მართვის სამხარეო და ადგილობრივი ორგანოები. შემთხვევების შესწავლისა და მათი გაანალიზების შედეგად მიღებული გადაწყვეტილების შესახებ ინფორმაცია წარედგინება საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს. ამასთანავე ქალაქებიდან და რაიონებიდან საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელი პუნქტის სამედიცინო კომისიებში სრულყოფილად გამოუკვლეველი, ჯანმრთელობის მდგომარეობის ჯეროვნად შეუფასებელი წვევამდელების გაგზავნის შემთხვევები, როგორც წესი, ხდება ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი

ორგანოების მსჯელობის საკითხი. ასე მაგალითად, წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმებების დროს გამოვლენილი დარღვევებისთვის გურჯაანის რაიონის საექიმო კომისიის წევრებს – ბერაშვილს (თერაპევტი), ჩახვაშვილს (ნევროპათოლოგი) და ფომინს (ფსიქიატრი) გამოეცხადათ საყვედური; გუგულაშვილს (ქირურგი) მიეცა შენიშვნა; ამასთან თერაპევტი ბერაშვილი გამოყვანილ იქნა კომისიის შემადგენლობიდან; ყვარლის რაიონის საექიმო კომისიის წევრებს – მეტრეველს (ნევროპათოლოგი) და ბახუტაშვილს (ქირურგი) მიეცათ შენიშვნა.

ქალაქებისა და რაიონების საექიმო კომისიების უხარისხო მუშაობის ერთ-ერთი მიზეზია მათი ექიმებით არასრული დაკომპლექტება (განსაკუთრებით ფსიქიატრების ნაკლებობა) ან მათი დაბალი კვალიფიკაცია. ასევე არადამაკმაყოფილებელია სამკურნალო დაწესებულებების სამედიცინო აპარატურით აღჭურვა, რის გამოც რიგ შემთხვევებში შეუძლებელი ხდება წვევამდელთათვის სათანადო კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარება.

გარკვეული უხერხულობები იქმნება საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელ პუნქტში წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმების დროსაც. კერძოდ, ქვეყნის რაიონებისა და ქალაქების სამხედრო კომისარიატების მიერ გამოგზავნილი და ჯანმრთელად ცნობილი წვევამდელების შემოწმება ხდება ჯერ თავდაცვის სამინისტროს სამედიცინო კომისიის მიერ, და მხოლოდ მათ მიერ სამხედრო სამსახურისთვის არავარგისად ცნობილი წვევამდელების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გადამოწმება ხდება საქართველოს სამხედრო კომისარიატის მუდმივმოქმედი საექიმო კომისიის მიერ, რომელსაც ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აკომპლექტებს.

ამასთან ერთად, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ზემოთ აღნიშნული სამედიცინო კომისიები თავის მუშაობაში ხელმძღვანელობენ ყოფილი სსრკ თავდაცვის სამინისტროს N260 ბრძანებით, რომლითაც დამტკიცებულია იმ დაავადებათა ნუსხა, რომელთა დადასტურებისას მოქალაქეები თავისუფლდებიან სავალდებულო სამხედრო სამსახურიდან, რომელიც დღეისათვის საკმაოდ მოძველებულია და საჭიროებს გადახედვას თანამედროვე მოთხოვნათა გათვალისწინებით. შედეგად, სამხედრო

ნაწილებში არც-თუ ისე იშვიათად ხვდებიან სამხედრო მოსამსახურეები, რომლებსაც ჯანმრთელობის მხრივ გარკვეული ჩივილები ან გადახრები აღენიშნებათ.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 09.12.96 წლის N574/ო ბრძანებით, საშემოდგომო გაწვევის დამთავრების შემდეგ საქართველოს სამხედრო კომისარიატის სამედიცინო კომისიას დაევალა საქართველოს ქალაქებისა და რაიონების სამხედრო კომისარიატების სამედიცინო კომისიების მიერ არავარგისად ცნობილ წვევამდელთა გადამოწმება, რომელიც გასული წლის 10 დეკემბერს დაიწყო.

ამასთან ერთად, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვისა და თავდაცვის სამინისტროების ერთობლივ კოლეგიაზე მიღებულ იქნა შეთანხმება, რომ სამხედრო ნაწილებიდან ჯანმრთელობის მდგომარეობით დაბრუნებულ სამხედრო მოსამსახურეთა შემოწმება უნდა მომხდარიყო ერთობლივი კომისიის მიერ, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მთავარი სპეციალისტებისა და თავდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სამსახურის წარმომადგენელთა მონაწილეობით, რაც ფაქტიურად არ სრულდება.

რაც შეეხება შეიარაღებულ ძალებში მოქალაქეთა გაწვევისას მათ სამედიცინო შემოწმებასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურების საკითხს, უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს პრეზიდენტის შესაბამისი ბრძანებულების თანახმად, დამატებითი გამოკვლევების სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურება ხორციელდება შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. ამ მიზნით, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდის მიერ 1996 წლის საგაზაფხულო გაწვევის პერიოდში შესრულებული სამუშაოს მიხედვით წარმოდგენილი ხარჯთაღრიცხვის საფუძველზე, ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტს გამოეყო 6396 ლარი, ხოლო ფთიზიატრიისა და პულმონოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტს კი – 322 ლარი. გარდა ამისა, სახელმწიფო პროგრამებით გაუთვალისწინებელ დამატებით გამოკვლევებთან დაკავშირებული სამედიცინო ხარჯების ასანაზღაურებლად. იმავე, 1996 წლის საგაზაფხულო გაწვევისას საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს მიერ გამოყოფილ იქნა გარკვეული თანხები. მათი გაცემა მოხდება ჯანდაცვის ფონდის მიერ სამედიცინო დაწესებულებებიდან წარმოდგენილი შესაბამისი ხარჯთაღრიცხვის

საფუძველზე. დღეისათვის ფინანსთა სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის ფონდში ჩარიცხულია 28656 ლარი ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს, ოფთალმოლოგიის ცენტრის, კანისა და ვენ-სნეულებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის და ოზურგეთის რაიონული საავადმყოფოს მიერ შესრულებული სამუშაოების ასანაზღაურებლად.

რაც შეეხება საქართველოს სამხედრო კომისარიატის შემკრებ-გამანაწილებელი პუნქტის სამედიცინო კომისიის წევრთა შრომის ანაზღაურების საკითხს, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს რეკომენდაციით იგი უნდა განისაზღვროს საკონტრაქტო პირობებით და უნდა განხორციელდეს დღიური დატვირთვის მიხედვით. ამასთან, დღიური ანაზღაურების ტარიფად განისაზღვრა 2,4 ლარი (8 საათიან სამუშაო დღეზე გაანგარიშებით). თუმცა გაწვევის პერიოდში აღნიშნული კომისიის წევრებს მუშაობა უხდებოდა 10-12 საათის განმავლობაში, რასაც ადასტურებს საქართველოს სამხედრო კომისრის ბატონ ნ.თათარაშვილის 05.12.1996-ის N2/8/2079 წერილიც. ამდენად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია რესპუბლიკური სამედიცინო კომისიის ექიმ-სპეციალისტების შრომის ანაზღაურება განხორციელდეს საათობრივი დატვირთვის მიხედვით, საქართველოს სამხედრო კომისარიატის მიერ ყოველთვიურად წარმოდგენილი ტაბელების შესაბამისად.

გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ სამხედრო ნაწილებში ჯეროვანი ყურადღება არ ექცევა ჯარისკაცთა სამედიცინო მეთვალყურეობისა და მათი ყოფის პირობებს. ასე მაგალითად, 1996 წლის ივლისის, ნოემბრის და დეკემბრის თვეებში სასაზღვრო ჯარების ლილოს ცალკეულ სასაზღვრო რაზმში ჯარისკაცებს შორის ადგილი ჰქონდა მენინგოკოქციემიის შემთხვევებს, რომელთაგანაც ორი გარდაიცვალა, ხოლო 34 მოთავსებული იქნა ინფექციურ პათოლოგიათა ცენტრში. ამასთან დაკავშირებით ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს 11.12.1996-ის N03/07-2646 წერილის საფუძველზე საქართველოს სახელმწიფო საზღვრის სახელმწიფო დეპარტამენტს ინფექციის კერის აღმოფხვრის მიზნით წარედგინა გასატარებელ ღონისძიებათა გეგმა. გარდა ამისა, საკითხის აქტუალობიდან და სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, 1996 წლის 19 დეკემბერს გეგმა მოისმინეს საქართველოს ჯანდაცვისა და თავდაცვის სამინისტროების ერთობლივი კოლეგიის სხდომაზეც.

კოლეგიაზე სიტყვით გამოვიდა სასაზღვრო ჯარების სამედიცინო სამსახურის უფროსის მოვალეობის შემსრულებელი ვ.ფხაკაძე, რომელმაც წარმოადგინა პრეტენზია სასაზღვრო ჯარებში გაწვეულ მოქალაქეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმართ, მაგრამ წარმოდგენილ ნუსხაში, რომელიც ასახავდა ჯარისკაცთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას, მათი უდიდესი ნაწილი არ შეესაბამებოდა N260 ბრძანების ჩამონათვალს და იგი დამყარებული იყო მხოლოდ ჯარისკაცთა სუბიექტურ ჩივილებზე.

ამასთან დაკავშირებით, კოლეგიის გადაწყვეტილებით საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს მთავარი შტაბის წინაშე დაისვა საკითხი სასაზღვრო რაზმის ჯარისკაცთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესამოწმებლად ერთობლივი კომისიის შექმნის თაობაზე, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების მონაწილეობით.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე გასათვალისწინებელია:

- სავალდებულო სამხედრო გაწვევის წინ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების გარკვეული რეორგანიზაცია მათი შემდგომი ოპტიმიზაციით;
- იმ დაავადებათა ნუსხის გაფართოება, რომელთა არსებობის შემთხვევაშიც მოქალაქეები გათავისუფლდებიან სავალდებულო სამხედრო სამსახურიდან;
- ძალოვანი სტრუქტურების და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კომისიების შეთანხმებული საქმიანობის გაფართოება ახალი ნორმატიული მარეგლამენტირებელი დოკუმენტების შესაქმნელად.

გატარებული ერთობლივი ღონიძიებების მიმდინარეობის შესახებ მოგახსენებთ ეტაპობრივად.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
უნივერსიტეტის 80 წლისადმი მიძღვნილი საიუბილეო სხდომა**

1998 წლის 18 მაისი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ამ კედლებში საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლების თაობაზე სიტყვით გამოსვლა საპატიო და საპასუხისმგებლოა ყველა ქართველისთვის. მე ვგრძნობ ამ პატივსაც და პასუხისმგებლობასაც.

ყოველი ერის ცხოვრებაში რამდენიმე უმთავრესი ნიშანსვეტი მოიწიშნება. კერძოდ, გეოგრაფიული საზღვრების, ანუ ისტორიული ტერიტორიის დამკვიდრება და ეროვნული კულტურის, ანუ ეროვნული ცნობიერების მსოფლმხედველობრივ-ზნეობრივი განსაზღვრა. ასეთივე რანგის ნიშანსვეტია ეროვნული განათლების სისტემის შექმნა, რომელიც ერის ინტელექტუალური განვითარებისა და მსოფლიოსთან ინტეგრირების საწინდარია.

თუ საქართველოს გეოგრაფიული საზღვრების წარმოდგენისას უპირველესად ფარნავაზ ქველისა და დავით აღმაშენებლის სახელები ამოტივტივდება, ეროვნული ცნობიერების მსოფლმხედველობრივ-ზნეობრივი ვექტორი და ეროვნული კულტურა ქრისტიანობის ნიადაგზე დაფუძნებული რუსთაველის, სულხან-საბა ორბელიანის და ილია ჭავჭავაძის შემოქმედებითა და მოღვაწეობით არის აღბეჭდილი. ხოლო, როდესაც ერის განათლებაზე ვსაუბრობთ, რომლის ფესვებიც ჯერ ანტიკურ ეპოქაში, შემდეგ კი შუა საუკუნეებშია საძიებელი და რომელსაც ახალი სუნთქვა სამოციანელთა დიდი თაობის მოღვაწეობით ეხსნება, უმთავრეს ნიშანსვეტად სულმნათ ივანე ჯავახიშვილის თაოსნობით ქართული უნივერსიტეტის დაარსება მოიაზრება.

და რადგანაც მსოფლიო ცივილიზაციის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე მაინც ერის განათლება და ინტელექტუალური პოტენციალი განსაზღვრავს მის ადგილს მსოფლიოს ხალხთა შორის, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის

უნივერსიტეტის წმინდა მიწა მთაწმინდის ძვალთშესალაგისა და დიდგორის სისხლით გაპოხიერებული მიწის სიმაღლეზე წარმოჩნდება და იმავე მნიშვნელობისა ხდება საქართველოსთვის.

1918 წლის 8 თებერვალს (ძველი სტილით 26 იანვარს), დავით აღმაშენებლის ხსენების დღეს, აცხადდა ქართველი ერის, ქართული ინტელექტუალური აზრის დიდი ხნის ოცნება. ამ დღეს 13 საათსა და 20 წუთზე საზეიმოდ გაიხსნა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ძველი ქართული აკადემიების ტრადიციების სახელოვანი გამგრძელებელი, ერის უმაღლესი განათლების სამჭედლო.

პირველად გაიხსნა სიბრძნისმეტყველების (ფილოსოფიური) ფაკულტეტი სამი ძირითადი განყოფილებით – ჰუმანიტარული, სამათემატიკო და საბუნებისმეტყველო. ერთი ფაკულტეტით უნივერსიტეტის კონსერვირება როდი სურდათ მის შემქმნელებს. თავიდანვე განზრახული იყო მისი სრულ უნივერსიტეტად გადაქცევა.

სიმბოლურად მეჩვენება ის ფაქტი, რომ უნივერსიტეტის მეორე ფაკულტეტად სამედიცინო ფაკულტეტი იქცა.

უნივერსიტეტის დამაარსებლებმა გაითვალისწინეს, რომ სამკურნალო (სამედიცინო) ფაკულტეტის პირველ ორ კურსზე ბუნებისმეტყველების ზოგადი თეორიული საგნების იგივე რაოდენობა იკითხებოდა (გარდა ორი საგნისა) და მიიღეს შესანიშნავი გადაწყვეტილება, შეექმნათ გაერთიანებული სამათემატიკო-საბუნებისმეტყველო და სამკურნალო ფაკულტეტი. ეს ფრიად და ფრიად სასარგებლო აღმოჩნდა მომავლისთვის.

გაერთიანებული ფაკულტეტის პირველი სხდომა 1918 წლის 20 ოქტომბერს შედგა. მას დაესწრნენ პეტრე მელიქიშვილი, ანდრია ბენაშვილი, ალექსანდრე ნათიშვილი, არჩილ ხარაძე, ზაქარია ყანჩაველი, სპირიდონ ვირსალაძე, ივანე თიკანაძე და გრიგოლ მუხაძე. ამას გარდა, სხდომას ესწრებოდნენ პროფესორები – ივანე ჯავახიშვილი და იოსებ ყიფშიძე.

ჩვენ კარგად გვაქვს გაცნობიერებული, რომ საქართველოსათვის სამედიცინო განათლება გაცილებით მეტია, ვიდრე ერთი, თუნდაც მნიშვნელოვანი და პრესტიჟული პროფესიის დაუფლების სისტემა სახელმწიფო უნივერსიტეტის

სამკურნალო ფაკულტეტის სახით. მისი ფესვები გაცილებით ღრმაა და იგი ჩვენი ერის ისტორიის შორეული წარსულიდან მოდის. დღეისათვის მსოფლიო მეცნიერთა დიდი ნაწილი იზიარებს ჰიპოთეზას, რომ დარგის სახელწოდება „მედიცინა“ ძველი კოლხეთის მეფის ასულის – მედეას სახელს უკავშირდება. საგულისხმოა, რა დონეზე უნდა ჰქონოდა აყვანილი მკურნალობის ხელოვნება აიეტის ასულს, რომ ჰიპოკრატეს სამშობლოში მკურნალობის დარგისთვის მისი სახელი ჯერ ეწოდებინათ, ხოლო შემდეგ შეენარჩუნებინათ ძველ ბერძნებს. ამიტომაცაა, რომ ქართული სამედიცინო კულტურა არა მარტო ადამიანისადმი სამედიცინო დახმარების ხელოვნება, არამედ ჩვენი ერის კულტურის უმნიშვნელოვანესი ნაწილია, ქვეყნის ცივილიზებულიობის ერთ-ერთი უმთავრესი ფაქტია.

მე-20 საუკუნის დასაწყისში, უცხოეთში განათლებამიღებულ ექიმთა საქართველოში ჩამოსვლას იმთავითვე ათან ხლდა ზრუნვა ქართული სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების განვითარებზე. სპეკტიკოსთა ღიმილის ფონზე მიმდინარეობდა მამულიშვილთა მოღვაწეობა.

1913 წელს, სპირიდონ ვირსალაძის თაოსნობით ქართულ ისტორიულ-ეთნოგრაფიულ საზოგადოებასთან ჩამოყალიბდა სამედიცინო სატერმინოლოგიო კომისია. 1916 წლის 30 ოქტომბერს დაფუძნდა და პირველი სხდომა ჩაატარა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებამ. სწორედ ამ საზოგადოების 1917 წლის 12 ოქტომბრის სხდომაზე დაისვა საკითხი მომავალ უნივერსიტეტში საბუნებისმეტყველო და სამედიცინო ფაკულტეტების დაარსების შესახებ. ამ საკითხის საორგანიზაციო მხარის მოსაგვარებლად საზოგადოებამ სპირიდონ ვირსალაძე, ივანე თიკანაძე და გრიგოლ მუხამე აირჩია.

მათი თაოსნობით დამყარდა კავშირი უცხოეთში მოღვაწე ქართველ მეცნიერებთან, რომელთა სამშობლოში დაბრუნება მომავალი ფაკულტეტის წარმატების უცილობენ წინაპირობას წარმოადგენდა.

ქართული მედიცინის ისტორია სიამაყით ინახავს იმ ფაქტს, თუ როგორი მაღალი ეროვნული თვითშეგნებით გამოეხმაურნენ საზღვარგარეთ მცხოვრები ცნობილი ქართველი მედიკოსები საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო განათლების კერის დაარსების იდეას.

თბილისის უნივერსიტეტის დაარსების პირველ წლებში სამედიცინო ფაკულტეტის ორგანიზატორებიდან საქართველოში იყვნენ: ნოვოროსიის (ოდესის) უნივერსიტეტის დამსახურებული პროფესორი პეტრე მელიქიშვილი, მედიცინის დოქტორები – სპირიდონ ვირსალაძე, გრიგოლ მუხაძე და ივანე თიკანაძე; ექიმები – მიხეილ წინამძღვრიშვილი და შალვა მიქელაძე. სამშობლოში ოდნავ მოგვიანებით დაბრუნდნენ: ხარკოვის უნივერსიტეტის პროფექტორი, მედიცინის დოქტორი ალექსანდრე ნათიშვილი; ყირიმის (სიმფეროპოლი) უნივერსიტეტის პროფესორი, მედიცინის დოქტორი ალექსანდრე ალადაშვილი; ხარკოვის ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტის მეცნიერ-თანამშრომელი სვიმონ ამირეჯიბი; ნოვოროსიის (ოდესა) უნივერსიტეტის პრივატ-დოცენტი ივანე ბერიტაშვილი; ეკატერინოსლავის (ახლანდელი დნეპროპეტროვსკი) უნივერსიტეტის პროფესორი ნიკოლოზ კახიანი; ხარკოვის უნივერსიტეტის პრივატ-დოცენტი, მედიცინის დოქტორი ვარლამ მოსეშვილი; მოსკოვიდან – მიხეილ ასათიანი; პეტროგრადიდან – მედიცინის დოქტორი ალექსანდრე მაჭავარიანი; მოსკოვის უნივერსიტეტის პრივატ-დოცენტი, მედიცინის დოქტორი გაბრიელ ღამბარაშვილი; ოდესის სამედიცინო ინსტიტუტის პროფესორი, ფარმაციის მაგისტრი იოველ ქუთათელაძე; ნოვოროსიის (ოდესა) უნივერსიტეტის პროფესორი, მედიცინის დოქტორი სვიმონ გოგიტიძე; ოდესის სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფექტორი, დოქტორანტი ვლადიმერ ჟღენტი.

ეს 17 მეცნიერ-მედიკოსი იყო ის პირველი ჯგუფი, რომელმაც თავისი მხრებით ზიდა სამედიცინო ფაკულტეტის ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებული მთელი ტვირთი. ეს იყო მეცნიერთა ის ჯგუფი, რომელმაც ანთო და გააღვივა ცოდნისა და სამედიცინო მეცნიერების კოცონი საქართველოში, შექმნა საუკეთესო ტრადიციები, რომლითაც ჩვენ ვამაყობთ და რომელსაც ჩვენი ახალი თაობა ღირსეულად ავითარებს.

1920 წლისთვის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის პროფესორ-მასწავლებელთა საერთო რიცხვი 138-ს უდრიდა, მათ შორის იყო 21 პროფესორი, 5 დოცენტი, 3 პრივატ-დოცენტი.

1930 წლისთვის სამედიცინო ფაკულტეტს ჰქონდა 34 საკუთარი სასწავლო-სამეცნიერო დაწესებულება თეორიული და კლინიკური კათედრების სახით.

ფაკულტეტის სტრუქტურაში შედიოდა შემდეგი სასწავლო-სამეცნიერო დაწესებულებები: თეორიული კათედრები – ადამიანის ნორმული ანატომია, ჰისტოლოგია-ემბრიოლოგიით, ფიზიოლოგია, ფიზიოლოგიური ქიმია, ფარმაცია და ფარმაკოგნოზია, პათოლოგიური ანატომია, ოპერაციული ქირურგია და ტოპოგრაფიული ანატომია, სამედიცინო მიკრობიოლოგია, ზოგადი პათოლოგია, ფარმაკოლოგია რეცეპტურით და ტოქსიკოლოგიით, ჰიგიენა ზოგადი ეპიდემიოლოგიით, სოციალური ჰიგიენა, სასამართლო მედიცინა; კლინიკური კათედრები – შინაგან სნეულებათა დიაგნოსტიკისა და პროპედევტიკის, ზოგადი ქირურგიის პროპედევტიკის, შინაგან სნეულებათა კერძო პათოლოგიისა და თერაპიის, ნერვულ სნეულებათა, ფსიქიატრიის, ქალთა სნეულებების, მეანობის, თვალის სნეულებების, ფთიზიატრიის და კურორტოლოგიის, საფაკულტეტო თერაპიის, საფაკულტეტო ქირურგიის, ბავშვთა სნეულებების, კანისა და ვენერული სნეულებების, ჰოსპიტალური თერაპიის, ჰოსპიტალური ქირურგიის.

ზემოთ დასახელებული კათედრებიდან 11 განლაგებული იყო უნივერსიტეტის საკუთარ ან ნაქირავებ შენობებში (კამოს, ანასტასიას, ფურცელაძის ქუჩებზე და პლენხანოვის პროსპექტზე), დანარჩენი 23 კი სხვა უწყებების დაწესებულებებში.

თბილისის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტზე პირველი ლექცია ადამიანის ნორმულ ანატომიაში წაიკითხა ალექსანდრე ნათიშვილმა 1918 წლის 15 ნოემბერს.

სამედიცინო ფაკულტეტი და მისი პროფესურა ძალიან მალე ჩადაგა უნივერსიტეტის ავანგარდში. ალექსანდრე ნათიშვილი არჩეულ იქნა პირველ პრორექტორად სასწავლო-სამეცნიერო ნაწილში.

უნივერსიტეტში ჩვენი სახელოვანი მეცნიერის აკაკი შანიძის მიერ 1920 წელს დაცულ პირველ სადოქტორო დისერტაციას მალევე მოჰყვა მეორე სადოქტორო დისერტაცია, რომელიც მედიცინის დარგში საჯარო პაექრობით დაიცვა ცნობილმა მედიკოსმა მიხეილ წინამძღვრიშვილმა.

1918-1921 წლებში საქართველოში, რაოდენ პარადოქსულადაც არ უნდა მოგვეჩვენოს, საქმის წარმოება პრაქტიკულად რუსულ ენაზე მიმდინარეობდა. მხოლოდ 1920 წლის ბოლოსა და 1921 წლის დამდეგს

ჩნდება პირველი ქართული ოფიციალური დოკუმენტები. რასაკვირველია, თავისუფლების დეკლარაციაც და მისი ამსახველი დოკუმენტიც ქართულად შედგა, მაგრამ სამოხელეო-ჩინოვნიკური სისტემა რუსულად მუშაობდა. ამ ფონზე პროტესტივით ჩანს უნივერსიტეტის ხაზგასმული ქართულენოვნება.

უმალლესი სამედიცინო განათლების პროცესის ქართულ ენაზე წარმართვამ დღის წესრიგში დააყენა ქართული – თარგმნილი თუ ორიგინალური – სახელმძღვანელოების შექმნის აუცილებლობა. ამან, თავის მხრივ, მოითხოვა ძველი ქართული მეცნიერული ტერმინების აღდგენა და ახლის შექმნა, უპირველესად კი, ანატომიის ტერმინოლოგიის დამუშავება. შეიქმნა კომისია ალექსანდრე ნათიშვილის, გრიგოლ მუხამის, სპირიდონ ვირსალაძის, ივანე თიკანაძის, ზაქარია მაისურაძის შემადგენლობით, რომელმაც მრავალი სხდომა მიუძღვნა ამ წამოწყებას. სხდომებს დროგამოშვებით ესწრებოდა ივანე ჯავახიშვილი, რომელიც კომისიის მიერ დამუშავებულ ტერმინოლოგიას საბოლოო რედაქციას უკეთებდა. ამ გზით სულ მოკლე ხანში დამუშავდა და ცალკე წიგნად გამოიცა ანატომიის მთლიანი ტერმინოლოგია.

როგორც ივანე ჯავახიშვილი აღნიშნავდა, სამედიცინო ფაკულტეტები მეტად ძვირი შესანახია ყველა უნივერსიტეტისთვის. აქ არა მარტო პროფესორთა, ასისტენტთა, ორდინატორთა და პრეპარატორთა მრავალრიცხოვანი შტატია საჭირო, არამედ ძვირადღირებული კლინიკები, აგრეთვე სხვა სამეცნიერო და სასწავლო დაწესებულებების დიდი რაოდენობაცაა აუცილებელი. თბილისის უნივერსიტეტში კი სამათემატიკო-საბუნებისმეტყველო ფაკულტეტთან შედარებით, იაფი დაჯდა სამედიცინო ფაკულტეტის შექმნა. „ეს გასაოცარი მოვლენა, – წერდა ივანე ჯავახიშვილი 1919 წლის დეკემბერში, – იმით აიხსნება, რომ თბილისში კარგად მოწყობილი საავადმყოფოების არსებობის წყალობით ჩვენს უნივერსიტეტს ჯერ-ჯერობით საკუთარი კლინიკების აშენება და მოწყობა არ სჭირდება“.

უმალლესი სამედიცინო განათლება დაფუძნდა უნივერსიტეტში მისი გახსნის პირველივე კალენდარული წლიდან და სულ ორიოდე წლის განმავლობაში მან მრავალმხრივ წარმატებას მიაღწია. თავიდანვე მსურველთა დიდი ნაკადი მოაწყდა პირველ კურსს, რითაც კვლავ დადასტურდა განსაკუთრებული ლტოლვა სამედიცინო განათლებისადმი ქართველი ახალგაზრდების მხრივ.

ამან შესაძლებელი გახადა, რუსეთისა და ევროპის უმაღლეს სამედიცინო სკოლებში მოსწავლე ახალგაზრდების სამშობლოში დაბრუნება, რითაც საგრძნობლად შეივსო სამკურნალო ფაკულტეტის II, III და IV კურსები.

1920 წლის ბოლოს დაწერილ ანგარიშში, სადაც მიმოხილულია უნივერსიტეტის მუშაობა განვლილი ორ-ნახევარი წლის მანძილზე, ივანე ჯავახიშვილი სიამაყით და სიყვარულით წერს სამკურნალო ფაკულტეტის მიღწევებზე ორი წლის განმავლობაში. მას ისიც ხიბლავდა, რომ ქართველმა ექიმებმა ერთ-ერთმა პირველებმა დაიწყეს უნივერსიტეტის პროფესორთა შორის მშობლიურ ენაზე მონოგრაფიებისა და სახელმძღვანელოების გამოცემა.

1930 წელს სამკურნალო ფაკულტეტი გამოეყო სახელმწიფო უნივერსიტეტს სამედიცინო ინსტიტუტის სახით. ქართული სამედიცინო აზროვნების გამორჩეულ პირთა დეაქლითა და რუდუნებით შეიქმნა არა მარტო სასწავლო ცენტრი, არამედ სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებებიც, მეცნიერებათა აკადემიისა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კვლევითი ინსტიტუტების მთელი ქსელი. მთელი ამ სისტემის სათავედ ისევ და ისევ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი და მისი სამედიცინო ფაკულტეტი მოიაზრება. საქართველოში მეცნიერული და კლინიკური მედიცინის განვითარება განუხრელადაა დაკავშირებული ამ ინსტიტუტის და მისი სახელოვანი კოლექტივის სახელთან.

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში ფუძედადებულმა ქართულმა სამედიცინო პროფესიულმა სკოლებმა მთელ რიგ დარგებში ფართო საერთაშორისო აღიარება მოიპოვეს. საქართველო ამიერკავკასიის სამედიცინო მეცნიერული და პრაქტიკული კადრების სამჭედლოდ იქცა.

ჩვენი საუკუნის 90 წლებიდან დაწყებული სახელმწიფო-პოლიტიკური ტრანსფორმაციები, ეროვნული ცნობიერების ვექტორის შემობრუნება თუ ღირებულებათა გადაფასების პროცესები, რომლებიც მთელი სიმძაფრით დაატყდა თავს საქართველოს, სრულად აისახა უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაზეც. თავისუფალი, დემოკრატიული სახელმწიფოს მშენებლობის დიდმა სირთულეებმა, მსოფლიო პროცესებში ინტეგრაციის

გარდაუვალობამ, განაპირობა ვიწრო სპეციალური განათლებიდან საუნივერსიტეტო განათლებისკენ შემობრუნება.

1992 წელს 6 ფაკულტეტისა და მძლავრი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მქონე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი სამედიცინო უნივერსიტეტად გადაკეთდა. ეს ძალიან მნიშვნელოვანი მოვლენა იყო, რადგანაც აღნიშნულმა საქართველოს სამედიცინო განათლება ისევ საუნივერსიტეტო რანგში აიყვანა.

ამავე პერიოდში კვლავ დადასტურდა, მე ვიტყვოდი, გადამეტებითაც დადასტურდა, ქართველი ერის მისწრაფება სამედიცინო განათლებისადმი, ექიმის პროფესიისადმი. 1992-1995 წლები საერო უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების გახსნის ბუმით აღინიშნა. რასაკვირველია ამას მოჰყვა ექიმთა რაოდენობის სწრაფი ზრდა, რამაც წარმოშვა შესაბამისი პრობლემები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში.

წარმოქმნილი ერთგვარი ქაოსისა და რამდენადმე უკონტროლო სიტუაციის მიუხედავად, უნდა აღვნიშნო, რომ ამ მოვლენასაც ჰქონდა დადებითი მომენტები – შეიქმნა რამდენიმე საინტერესო უმაღლესი სასწავლებელი ორიგინალური პროგრამებითა და სწავლების მეთოდებით, რომელთა ერთ მთლიანობაში გააზრებამაც ხელი შეუწყო საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლების მთლიანი კონცეფციის შემუშავებას.

საგანგებოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ 1995 წელს მოხდა ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში სამედიცინო განათლების აღდგენა. ამას ჰქონდა ორი მნიშვნელოვანი წანამძღვარი: პირველი, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, უკავშირდება სამედიცინო განათლების საუნივერსიტეტო განათლებისაკენ შემობრუნების ზოგად მსოფლიო ტენდენციას – მედიცინა უნდა ისწავლებოდეს დიდ საგანმანათლებლო ცენტრებში; მეორე წანამძღვარი იმაში მდგომარეობდა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და მეცნიერებათა აკადემიის იმ სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებებს, რომლებიც მრავლად ჩამოყალიბდა ჩვენს რესპუბლიკაში და რომლის საკმაოდ მაღალი ინტელექტუალური, მეცნიერული და პრაქტიკული პოტენციალი სამედიცინო განათლების სისტემისათვის

გამოუყენებელი რჩებოდა, თავისი ასახვა უნდა ეპოვა განათლების პროცესშიც.

სწორედ ამ პოტენციალის სრულად გამოყენებას დაეფუძნა საერო სამედიცინო სასწავლებლების ერთი ნაწილი. ამასვე დაეფუძნა ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო განათლების კერის განახლებისას.

1994 წლის 25 აპრილს თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეცნიერო საბჭოს სხდომაზე მიღებულ იქნა საუნივერსიტეტო განათლების კონცეფცია. მასში ვკითხულობთ: „მსოფლიოს მრავალ რეგიონში უკანასკნელ წლებში მომხდარი ძირეული პოლიტიკური და სოციალური ცვლილებების შედეგად საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში, მათ შორის სახალხო განათლების დარგშიც, რეფორმების ინტენსიური პროცესი მიმდინარეობს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ცვლილებები აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებსა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის დაშლის შედეგად წარმოქმნილ დამოუკიდებელ სახელმწიფოებში. ეს ტენდენციები მკაფიოდ იჩენს თავს საუნივერსიტეტო განათლების რეორგანიზაციის სფეროში, რაც დღეს სხვადასხვა ქვეყანას შორის კულტურული და სამეცნიერო კონტაქტების არსებითი გაფართოების პირობებში სავსებით მიზანდასახული მიმართულებით ხორციელდება. საუნივერსიტეტო განათლების პრინციპები სხვადასხვა სახელმწიფოში მაქსიმალურად უნდა დაუახლოვდეს ერთმანეთს, რათა შეიქმნას სტუდენტების, პროფესორ-მასწავლებლების, სამეცნიერო კადრების ფართო ურთიერთგაცვლისა და ნაყოფიერი ურთიერთთანამშრომლობის პირობები, რის გარეშეც დღეს წარმოუდგენელია მაღალი კვალიფიკაციის მქონე სპეციალისტების მომზადება, მეცნიერების განვითარების დონის განუხრელი ზრდა და, არსებითად, ამა თუ იმ ქვეყნის განვითარების პერსპექტივა. საუნივერსიტეტო განათლების რეორგანიზაციის პროცესი აღინიშნება სწავლების ოპტიმალური, ეფექტური ფორმების ძიებით, რომელთაც დიდი მნიშვნელობა უნდა მოიპოვონ სულ სხვადასხვა უმაღლესი სასწავლებლისთვის.

უნივერსიტეტის უმაღლესი ამოცანაა მეცნიერების ღრმად დაუფლების, სწავლისა და კვლევის პროცესის ორგანულად ურთიერთშერწყმის საფუძველზე ადამიანის მსოფლმხედველობრივი, მორალური,

მოქალაქეობრივი და პროფესიული ჩამოყალიბება. უნივერსიტეტი აღიარებს საუნივერსიტეტო განათლების ყველა იმ აქტსა და დოკუმენტს, რომელიც დღეს საფუძვლად უდევს მსოფლიოს წამყვან უნივერსიტეტთა ფუნქციონირებას. უნივერსიტეტი მიზნად ისახავს ფართო განათლების მქონე პიროვნებათა აღზრდას, რომლებშიც ჰარმონიულად იქნება ურთიერთშეთანხმებული ეროვნული და ზოგადსაკაცობრიო ღირებულებები თუ იდეალები“.

ახლა აუცილებელია ამ კონცეფციის გათავისება უმაღლესი სამედიცინო განათლების იმ ტრადიციისათვის, რომელიც თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში არსებობს, აგრეთვე იმ სამომავლო გეგმებისათვის, რომელიც ქვეყანაში ჯანმრთელობისა და განათლების სამინისტროების ხელმძღვანელობით მზადდება სამედიცინო უნივერსიტეტთან ერთად.

ჩემი მხრიდან დავსძენდი: აუცილებელია, რომ სასწავლო პროცესის ხელმძღვანელი ფლობდეს უმაღლესი სასწავლებლის პედაგოგიკას. უნდა შეიქმნას პედაგოგთა სკოლა და მხოლოდ ამ სკოლის გავლის შემდეგ ჩატარებული ღია ლექციებისა და მეცადინეობების დადებითად შეფასების შედეგად უნდა მიეცეს პედაგოგს სასწავლო პროცესში მონაწილეობის მიღების უფლება.

სახელმძღვანელოები უნდა გაიმიჯნოს – სასწავლო სახელმძღვანელოებად და სახელმძღვანელოებად, რომელთა გამოყენებაც რეკომენდებული იქნება სასწავლო სახელმძღვანელოების შესწავლის შემდეგ. სასწავლო სახელმძღვანელოები უნდა შედგეს ერთიანი პრინციპით. ამ თვალსაზრისით შეიძლება უცხოეთში შედგენილი სასწავლო-მეთოდური ლიტერატურის გამოყენება, ოღონდ ფსიქოლოგებისა და დარგის სპეციალისტების კონსულტაციებით მათი ეროვნული ცნობიერებასთან ადაპტირების შემდეგ.

საქართველოში სამედიცინო განათლება უნდა წარიმართოს ეროვნული ღირსების შემეცნების ნიშნით. მედას ქვეყნის მედიცინა ისტორიულად იმსახურებს მსოფლიო სამედიცინო აზრის ისეთ მიმართულებებთან განხილვას, როგორცაა ძველბერძნული და აღმოსავლური მედიცინა. ამის პარალელურად მნიშვნელოვანია ჩვენი თანამემამულე თანამედროვე

ავტორიტეტული მედიკოს-მკვლევართა მონაპოვრის მიწოდება სტუდენტთათვის – ამ მონაპოვრის ადგილისა და როლის განსაზღვრით მსოფლიო სამედიცინო პრობლემატიკაში. ასეთი მეთოდის დანერგვა გამოიწვევს სამეცნიერო-კვლევითი და სასწავლო სტრუქტურების მჭიდრო ინტეგრირებას, რის დიდ მნიშვნელობასაც მსოფლიო პრაქტიკა ადასტურებს. როგორც აღვნიშნეთ, ამითაც იყო განპირობებული ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში სამედიცინო ფაკულტეტის შექმნა (აღდგენა) სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტების კლინიკურ ბაზებზე დაყრდნობით.

უცხო ენების წყალობით მსოფლიო სამედიცინო პროცესში ჩართვის სიხარულის პარალელურად, სასწავლო პროცესი ქართულ მედიკოსებს, მათ შორის სტუდენტ-მედიკოსებსაც მუდმივად უნდა აგრძნობინებდეს ქართული სამედიცინო-სამეცნიერო ენისა და ტერმინოლოგიის დახვეწისა და განვითარების მოვალეობას. ეს დამატებითი მოვალეობა მცირერიცხოვანი ერების ბედნიერებაცაა და „უბედურებაც“.

ჩვენ, ყველანი, ამ მცირე ერის შვილი-შვილთაგანი ვართ. ამას კი სახელმწიფო უნივერსიტეტი ძალუმად გვახსენებს. მას აქვს ამის უფლება – ივანე ჯავახიშვილის, სპირიდონ ვირსალაძის, გრიგოლ მუხაძის, ივანე თიკანაძის და სხვათა მიერ აქვთ მიცემული ეს უფლება. ჩვენი ვალია, არა მარტო ღირსეულად განვაგრძოთ მათი მონიშნული გზა, არამედ ახალ სიმაღლეზე ავიყვანოთ საუნივერსიტეტო განათლება, მათ შორის საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლება.

სწორედ ამიტომ არის სამედიცინო განათლების სრულყოფა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მიმართულება. ნება მიბოძეთ რამდენიმე სიტყვით შევეხო იმ მდგომარეობას, რომელიც დღეისათვის არის შექმნილი სამედიცინო განათლების სფეროში და აგრეთვე ჩვენ წინაშე მდგარ პრობლემებს.

ახლო წარსულში სამედიცინო პროფესიის პრესტიჟულობამ, დიპლომის (და შესაბამისად საექიმო მოღვაწეობის უფლების) მიღების სიმარტივემ და საბჭოთა პროფესიული დახელოვნების სისტემაში არსებულმა ნაკლოვანებებმა გამოიწვია საექიმო კადრების სიჭარბე და შედარებით

დაბალი კვალიფიკაცია. ამასთანავე, საერთაშორისო გამოცდილებით ექიმთა საერთო რაოდენობაში ზოგადი პროფილის და ოჯახის ექიმთა წილი 50-60%-ია. ჩვენთან პირიქით – ექიმთა 70% ვიწრო სპეციალისტია და ზოგადი პროფილის ექიმი მხოლოდ 30%, მაშინ როდესაც სწორედ ეს უკანასკნელი უნდა აწარმოებდეს პირველად სამედიცინო დახმარებას, რაც განსაკუთრებით ეფექტურს და შედარებით იაფს ხდის მთლიანად სამედიცინო მომსახურებას.

გვინდა შევჩერდეთ კიდევ ერთ საკითხზე, რომელიც ეხება სამედიცინო განათლების პრობლემებს მსოფლიო ბანკის ჯანდაცვის პროექტში, რადგანაც სამედიცინო განათლების სისტემის ეფექტურობის ამაღლება ამ პროექტის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს.

ჯერ კიდევ პროექტის განხორციელების დაწყებამდე მსოფლიო ბანკის ექსპერტებთან ერთად შემუშავებულ იქნა ის ძირითადი მიმართულებანი, რომელთა მიხედვითაც უნდა მომხდარიყო სამედიცინო საგანმანათლებლო სისტემის მოდერნიზება. აღნიშნულის საფუძველზე, მსოფლიო ბანკის მხრიდან წამოყენებულ იქნა სპეციალური პირობები, რომელთა ქართული მხარის მიერ დაკმაყოფილება აუცილებელი იყო კრედიტის გამოსაყოფად. ამ პირობებს მიეკუთვნებოდა: მედიცინის გარკვეულ სპეციალობებში რეზიდენტურების პროგრამების ანუ პოსტდიპლომური მზადების სარეგულაციო ნორმატივების მიღება, სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო უმაღლესი და საშუალო სასწავლო დაწესებულებების აკრედიტაციისა და ლიცენზირებისთვის ნორმატიული აქტების მიღება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მოდერნიზებასთან დაკავშირებით მეტად აქტუალურია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის ჩამოყალიბება. ოჯახის ექიმი პრაქტიკულად იქნება ახალი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი საყრდენი და ამდენად მათი პროფესიონალიზმი ერთ-ერთი გადამწყვეტი ფაქტორია სისტემის სრულყოფილი მუშაობისთვის.

ამასთან დაკავშირებით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო განათლებაში მენეჯერული, ფსიქოლოგიურ-ფილოსოფიური განათლების გაძლიერებას, რაც საუნივერსიტეტო განათლების ერთ-ერთი აუცილებელი კომპონენტია.

დღეისათვის, ძირითადად დასრულდა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის შესატყვისი სამართლებრივი ბაზის მომზადება, რომელიც ეფუძნებოდა რეორიენტაციის ერთიან კონცეფციას. მისი ძირითადი შემადგენელი ნაწილია კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. ჩვენი აზრით, ეს არის ერთ-ერთი ყველაზე თანამედროვე სამართლებრივი დოკუმენტი, რომელშიც სრულყოფილად აისახა დემოკრატიული, ცივილიზებული საყოველთაო ჰუმანიზმისა და ადამიანის უფლებების დაცვის უმთავრესი პრინციპები. ეს კანონი განათლების კანონთან ერთად ქმნის მყარ საფუძველს საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფისა და განვითარებისათვის.

მიღებულ იქნა აგრეთვე კანონები „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“, „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“ და სხვა მნიშვნელოვანი კანონები.

1997 წელს დასრულდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველი სტადია, რომლის შედეგები შეიძლება შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს:

- ძირითადად დასრულდა სისტემის ინსტიტუციონალური მოწყობა;
- შეიქმნა ახალი საზოგადოებრივი ურთიერთობების შესატყვისი სამართლებრივი ბაზა;
- სამედიცინო დახმარების მნიშვნელოვანი წილი გადავიდა სადაზღვევო პრინციპებზე;
- მკვეთრად გაიმიჯნა სახელმწიფოს, დამქირავებლისა და ინდივიდის უფლება-მოვალეობანი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში;
- მომზადდა თეორიულ-მეთოდოლოგიური ბაზა ახალი ტიპის საწარმოო და სოციალური ინფრასტრუქტურების ფუნქციონირებისთვის;
- ახალი ტიპის სოციალურ-ეკონომიკური ურთიერთობანი ძირითადად დამკვიდრდა მოსახლეობაში და მის მიერ იქნა აღიარებული;
- რეორიენტაციის პროცესი პრაქტიკულად შეუქცევადი გახდა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციამ შესაძლებელი გახადა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება, მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ქაოტურად შექმნილი ბაზრის მოწესრიგების დაწყება, სახელმწიფოს, მეწარმისა და ინდივიდის რეალური ვალდებულებების გამოკვეთა და მათი აღსრულების ორგანიზება.

შევნიშნავთ იმასაც, რომ რეორიენტაციის მიმდინარე სტადიაზე აუცილებელია თვისობრივად ახალი პრობლემების დროული გადაწყვეტა, რომელთა რიცხვს მიეკუთვნება:

- ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის ინსტიტუციონალური სტრუქტურების ჩამოყალიბების პროცესის დასრულება და მათი ერთიან სისტემად აგება;
- მოსახლეობის დემოგრაფიული პროცესების სამედიცინო ასპექტების სახელმწიფოებრივი მართვის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთიანი კრიტერიუმების შემოწმება და მისი კონტროლის მექანიზმების ეფექტიანი ამოქმედება;
- ქვეყანაში უსაფრთხო გარემოს შექმნის უზრუნველსაყოფად ერთიანი ჰიგიენურ-სანიტარული ნორმებისა და სტანდარტების დამკვიდრება და მათ დაცვაზე მკაცრი სანიტარული ზედამხედველობის დაწესება;
- სამედიცინო დაწესებულებებისა და მედიკოსების რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია საყოველთაო ლიცენზირების შემოწებითა და ფართომასშტაბიანი პრიატიზება.

ვფიქრობთ, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია სწორი გზით ხორციელდება, რაშიც გასული წლების შედეგები გვარწმუნებს და უკვე თამამად შეგვიძლია იმის აღნიშვნა, რომ დარგში მიმდინარე პროცესებით ჩვენი წვლილი შეგვაქვს ქვეყანაში ცივილიზებული საზოგადოებრივი ურთიერთობების დამკვიდრების და დემოკრატიული საზოგადოების ჩამოყალიბების საქმეში.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

საქართველოს დამოუკიდებლობის გამოცხადების 80 წლის იუბილე

1998 წლის 26 მაისი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

დღეს მთელი საქართველოსთვის მნიშვნელოვანი დღეა – ჩვენ აღვნიშნავთ დამოუკიდებლობის გამოცხადების მე-80 წლისთავს. ასეთ ვითარებაში დიდი პატივია ისაუბრო იმის თაობაზე, თუ რა გზა განვლო ქართულმა მედიცინამ თავის არსებობის განმავლობაში. ჩვენში მედიცინის განვითარება თვით ქვეყნის ისტორიულ გზას უკავშირდება, რომელშიც შეგვიძლია შემდეგი ძირითადი ეტაპების გამოყოფა:

- უძველესი დროის ქართული მედიცინა;
- ქართული რენესანსის დროის მედიცინა;
- მედიცინა საქართველოს რუსეთთან შეერთებამდე;
- ქართული მედიცინა საქართველოს რუსეთის იმპერიაში ყოფნის დროს;
- ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოს დემოკრატიული რესპუბლიკის არსებობის პერიოდში;
- ჯანმრთელობის დაცვა საბჭოურ პერიოდში;
- ჯანმრთელობის დაცვის ამჟამინდელი სისტემა.

ნება მიბოძეთ მოკლედ მოგახსენოთ ამის თაობაზე.

ქართველი ერი მსოფლიოს ერთ-ერთი უძველესი და კულტურული ერთაგანია. ამდენად, გასაკვირი არ არის, რომ მედიცინაც ყოველი ეპოქის შესაბამისად მაღალგანვითარებული იყო. სამწუხაროდ, ქრისტიანობამდელი საქართველოს რაიმე დამწერლობითი ძეგლი უცვლელი სახით არ შემოგვრჩენია, მაგრამ უკვე ქრისტიანული ერის ძეგლებით ან ახალი რელიგიის გავლენით სახეცვლილი ნაწარმოებებით შეიძლება ვიმსჯელოთ უძველესი საქართველოს კულტურასა და მედიცინაზე.

მე-18 საუკუნეში მოღვაწე მედიცინის ისტორიის კლასიკოსი კურტ იოაჰიმ შპრენგელი თავის ფუნდამენტურ ნაშრომს Cura Medina-თი, ანუ მედეასებური

მკურნალობით იწყებს და ამით პრაქტიკულად აღიარებს კოლხურ-იბერიული მედიცინის უძველესობას.

ქრისტეშობამდე საქართველოში ყოველი დაავადების გამომწვევ მიზეზად ავი სული იყო მიჩნეული. ქრისტიანობის შემოსვლასთან ერთად ხდება ძირეული ცვლილება ამ მიმართებით. ქრისტიანულად მონათლული ქართველი კაცი უკვე წმინდანს, სულით ამაღლებულს და გასხივოსნებულს ევედრება შველას ავადმყოფობის დასათრგუნად. იმ პერიოდის ქართული მედიცინის დონე ნაჩვენებია „შუშანიკის წამებაში“, სადაც ავტორი არა მარტო ავადმყოფის მკურნალობის და მოვლის, არამედ დაავადების გამომწვევ პირდაპირ და არაპირდაპირ მიზეზსაც მიმოიხილავს. მარტვირი საბაწმინდელის ნაწარმოებში „სინანულისთვის სიმდაბლისა“ მრავალ სხვა საინტერესო რჩევებთან ერთად ბერ-მონაზონთათვის აუცილებელი სამედიცინო ცოდნაცაა გადმოცემული. აქვე აღნიშნულია, რომ განსაკუთრებულ შემთხვევებში საჭიროა პროფესიონალი ექიმის მოყვანა, რაც იმის მიმანიშნებელია, რომ ექიმის პროფესია მე-6 საუკუნის საქართველოში დამოუკიდებლად არსებობდა. ბუნებრივია, რომ რელიგიური ხასიათის ნაწარმოებებში განსაკუთრებითაა გამოყოფილი სამონასტრო მედიცინა. ფაქტია, რომ ის მძლავრი შენაკადია მთლიანი მედიცინისა. ყველა წმინდანი მკურნალია, გამონაკლისი თითქმის არ არსებობს. პეტრე იბერი, შუშანიკი, ცამეტი ასურელი მამა, გრიგოლ ხანძთელი და მრავალი სხვა თავისი დროის გამოჩენილი მკურნალები იყვნენ. განსაკუთრებით აღსანიშნავია, ილარიონ ქართველი, მთელს მსოფლიოში სახელმოხვეჭილი „უვერცხლო მკურნალი“.

ჩვენამდე მოღწეული პირველი ქართული სამედიცინო წიგნი X საუკუნის ბოლოთი თარიღდება. შარშან „უსწორო კარაბადინის“ 1000 წლისთავი ვიზეიმეთ. ეს უნიკალური წიგნი ენციკლოპედიური განათლების ექიმის მიერაა დაწერილი, რომელიც თავის თავს ქანანელს უწოდებს. აღსანიშნავია, რომ ამ ნაწარმოებში გარდა იმ პერიოდის მსოფლიო სამედიცინო ცოდნის თავმოყრისა, აღწერილია შუმერული მედიცინის, კერძოდ, დიაგნოსტიკის ცალკეული მომენტები, რაც განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს ამ წიგნს.

დღეს ძალზე ბევრს წერენ ქართულ რენესანსზე და მის პიონერებზე – იოანე პეტრიწსა და არსენ იყალთოელზე. არსენ იყალთოელი თანამედროვეთა მიერ დიდ ანატომიკოსად იყო აღიარებული. საქართველოს ისტორიის „ოქროს

პერიოდის“ შესაფერისი ნაწარმოებია XI საუკუნის დასაწყისში ხოჯაყოფილის მიერ შექმნილი „წიგნი სააქიმოი“.

X-XI საუკუნეებში საქართველოში და საზღვარგარეთ მრავალი ქართული სავანე აშენდა, სადაც ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი საავადმყოფოებს ეჭირათ. აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს, ტაო-კლარჯეთის ეკლესია-მონასტრების, იერუსალიმის, ათონის ივერთა, პეტრიწონის, სინასა და შავი მთის ქართულ სავანეებში დღესაც ადგილი შესამჩნევია საავადმყოფოების ნაშთები. ზოგიერთ მათგანში კი, მაგალითად, ათონის ივერთა მონასტერში, რამდენიმე სამკურნალო დაწესებულებას ვხვდებით – ინფექციურ დაავადებათა, სულით ავადმყოფთა და საერთო პროფილის საავადმყოფოებს. აქ უმდიდრესი ბიბლიოთეკები იყო დაცული. ასე რომ, ქართული მედიცინა – პრაქტიკულიც და სამეცნიეროც – თანაბარი უფლებებით არსებობდა და ვითარდებოდა.

უდიდესი ქართველი ექიმი და მოაზროვნე ზაზა ფანასკერტელი-ციციშვილი პირველი საერო პიროვნებაა, რომელიც დიდსა და შეუცვლელ ადგილს იკავებს ქართული და, არამარტო ქართული, მედიცინის ისტორიაში. მისი „სამკურნალო წიგნი“ ჭეშმარიტი შედეგია. ძველი საქართველოს უკანასკნელი დიდი ნაწარმოებია დავით ბატონიშვილის „იადიგარ დაუდი“. სულ საქართველოსა და საზღვარგარეთის ფონდებსა და ბიბლიოთეკებში 500-ზე მეტი სამედიცინო ხელნაწერია დაცული.

ქართულ მედიცინაზე შეიძლება ითქვას, რომ ის შექმნილია აღმოსავლეთისა და დასავლეთის შესაყარზე და თანაბარი დონით ატარებს ორივე ამ სამყაროსთვის დამახასიათებელ ნიშან-თვისებებს. ეს არის, ერთი მხრივ, სიღრმე, მასშტაბურობა და მრავალფეროვნება და, მეორე მხრივ, სისტემატიზაცია, შინაგანი დისციპლინა და კონკრეტიზმი. ეს მომენტი ანიჭებს ქართულ მედიცინას საინტერესო და თვითმყოფად ხასიათს. ერეკლე II-ის პერიოდის მასალებიდან ცნობილია, რომ ექიმბაში (ანუ ექიმების მეთაური) 20-25 წლის განმავლობაში ზრდიდა თავის შეგირდებს და მხოლოდ ამის შემდეგ ეძლეოდათ ამ უკანასკნელთ დამოუკიდებლად მუშაობისა და მოწაფის აყვანის უფლება.

XVII-XVIII საუკუნეებიდან იწყება ევროპეიზმის შემოსვლა ქართულ მედიცინაში. XVIII საუკუნის მეორე ნახევრიდან ვახტანგ VI-ის წაყვანილი ახალგაზრდები მოსკოვსა და პეტერბურგის უნივერსიტეტებში ეუფლებიან

სამედიცინო განათლებას. მათგან განსაკუთრებით აღსანიშნავია ილია გრუზინოვი (ნამჩევამე) – დიდი ქართველი მეცნიერი, ანატომი და ფიზიოლოგი. უაღრესად ნიჭიერი, ევროპული ენების მცოდნე ილია გრუზინოვი სახელმწიფოს ხარჯით გაიგზავნა ევროპაში. გერმანიის, საფრანგეთის და ინგლისის სამეცნიერო წრეებში მან სწრაფად გაითქვა სახელი. ის ითვლება ნეიროფიზიოლოგიის ერთ-ერთ პიონერად მსოფლიოში. ფრანგი დუშენი სრულიად დამსახურებულად უმაღლოდა მას თავის წარმატებებს. ილია გრუზინოვი 32 წლის ასაკში დაიღუპა 1812 წელს აღმოდებულ მოსკოვში. მას მოსკოველები „გმირ პროფესორს“ უწოდებდნენ.

საქართველოს სამედიცინო სკოლის სრული გარდაქმნა რუსეთთან შეერთების შემდეგ იწყება. 1801 წელს, ანექსიისთანავე, რუსეთი თავის ყაიდაზე ცდილობს ქვეყნის ძირითადი სტრუქტურების გადაკეთებას. ეს პირველ რიგში მედიცინასაც შეეხო. 12 სექტემბერს შეიქმნა „საქართველოს საექიმო სამმართველო“, რომლის ინსტრუქციის თანახმად, საექიმო სამმართველო: მეთვალყურეობას უწევდა სამკურნალწამლო ნივთიერებების გაყიდვის საქმეს (აფთიაქებს); აწესრიგებდა სულით დაავადებულთა და ავადმყოფ პატიმართა საექიმო დახმარებას; მასვე ევალებოდა გუბერნიის მედიკურ-ტოპოგრაფიული აღწერილობის შედგენას; სამმართველო იძენდა და ინახავდა რთულ ხელსაწყოთა კომპლექტებს და სხვა. საექიმო სამმართველოს ემორჩილებოდა გუბერნიის მთელი სამედიცინო პერსონალი.

1840 წელს საქართველოში ერთიანი გუბერნიის შექმნასთან დაკავშირებით საქართველოს საექიმო სამმართველო გარდაიქმნა „ქართლ-იმერეთის საექიმო სამმართველოდ“. ეს უკანასკნელი კი 1846 წელს ამიერკავკასიის გუბერნიებად და მაზრებად დაყოფასთან დაკავშირებით გარდაიქმნა საგუბერნიო სამმართველოსთან არსებულ თბილისის საექიმო მმართველობად, ხოლო ქუთაისის საგუბერნიო სამმართველოსთან შეიქმნა გუბერნიის ექიმის თანამდებობა. აღნიშნული გარდაქმნების მიზანი იყო მანამდე არსებული დაქუცმაცებული სამედიცინო ქსელის გაერთიანება და ცენტრალიზაცია. თუმცა, როგორც თანამედროვეები აღნიშნავენ, ამ რეფორმებმა ვერ გაამართლა. ამიტომ 1861 წელს შემუშავდა პროექტი, რომლის მიხედვითაც საექიმო ნაწილის მმართველობა მიაკუთვნეს კავკასიის მეფისნაცვალს და ის შევიდა მისი მთავარი სამმართველოს განკარგულებაში.

1867 წელს დაიწყო სამედიცინო ნაწილის რეორგანიზაცია. მას ევალუბოდა კავკასიაში არსებულ დაწესებულებათა ზედამხედველობა, ექიმების, ბებიჩაქლების და ფერშლების დანიშვნა, გადაყვანა და დათხოვნა, სამედიცინო პერსონალის მუშაობის წესების შემუშავება, მათი წარდგენა ხარისხზე და დაჯილდოებაზე, ავთიაქების გახსნა და დახურვა, გამოსაცემი სამედიცინო ნაშრომებისა და საჯარო განცხადებების ცენზურა, ეპიდემიების საწინააღმდეგო ღონისძიებების ორგანიზება, სასწავლო საექიმო საზოგადოებების წესდების განხილვა და საექიმო დაწესებულებების მიერ მიღებული დადგენილებების და ზოგიერთ შემთხვევაში გაცემული ჰონორარების რევიზია.

1888 წელს შინაგან საქმეთა სამინისტრომ ერთხელ კიდევ გარდაქმნა სამოქალაქო უწყების სამედიცინო განყოფილება და დაარსებულ იქნა ზუსტად ისეთივე მმართველობა, როგორც იყო რუსეთის იმპერიის სხვა გუბერნიებში. ამიერიდან სამედიცინო საქმეს განაგებდა სამედიცინო დეპარტამენტი და გუბერნიის სამმართველოს საექიმო განყოფილება.

ეპიდემიებთან ბრძოლის მიზნით საქართველოს ძირითად მაგისტრალზე შეიქმნა კარანტინები. XIX საუკუნის პირველ ნახევარში მარტო აღმოსავლეთ საქართველოში 12 კარანტინი ფუნქციონირებდა.

პირველი სამოქალაქო ტიპის სტაციონარი საქართველოში 1829 წელს გაიხსნა, რომელიც 12 საწოლზე იყო გაშლილი. მხოლოდ 58 წლის შემდეგ მოხერხდა მისი 200 საწოლამდე გაფართოება. 1865 წელს გაიხსნა პირველი ამბულატორია; 1873 წელს დაარსდა პირველი სამეანო დაწესებულება, რომელიც 1875 წელს ოლღას სახელობის ამიერკავკასიის საბებიო ინსტიტუტად გადაკეთდა. 1913 წლისთვის საქართველოში 38 საავადმყოფო იყო 1985 საწოლით, მათგან ქალაქად – 28, ხოლო სოფლად – 10. მოქმედებდა 36 საექიმო პუნქტი, 48 ამბულატორია, 2 სამალარიო სადგური და 95 ავთიაქი.

XIX საუკუნე წინააღმდეგობებით სავსე საუკუნე იყო. ერთი მხრივ, ეროვნული ჩაგვრა, ყველაფერი ქართულის და მათ შორის ეროვნული მედიცინის დევნა; მეორე მხრივ, გარდაუვალი ევროპეიზმი, განათლების მიღება რუსეთსა და ევროპის სხვა სახელმწიფოებში. რუსეთის მთავრობა ხშირად „სჯიდა“ სხვაგვარად მოაზროვნე ადამიანებს და კავკასიაში ასახლებდა. ასე მოხდნენ თბილისში პოლონელი, რუსი, უკრაინელი, გერმანელი და სხვა ეროვნების

ექიმები. მათი უმეტესობა კეთილშობილი, ვაჟკაცური ბუნების ადამიანი იყო. სწორედ ამიტომ ხდებოდა, რომ საქართველო – რუსული იმპერიის განაპირა გუბერნია – ბევრი ნოვაციის ავტორი და, ხშირად, ბევრ წამოწყებაში პიონერიც იყო.

1864 წელს თბილისში ჩამოყალიბდა კავკასიის სამედიცინო საზოგადოება, რომლის შექმნაშიც დიდი წვლილი შეიტანეს: კ.სობოლშჩიკოვმა, გ.დავრიშვილმა, ი.დეპნერმა, ზ.ზუბლაშვილმა, ს.ბასტამაშვილმა, ი.პრიბილმა, ე.გოლშლატმა, ი.ჩიგიანმა, ი.საკაშვილმა, ი.მინკევიჩმა, ი.გორალევიჩმა, გ.ტარსაიძემ და სხვებმა. ქართული ხალხური მედიცინის კვლევისთვის და სხვა წარმატებებისთვის საზოგადოება ვენასა და მოსკოვში ოქროს მედლით დაჯილდოვდა. ექიმმა მიხეილ გედევანიშვილმა თბილისში ჩამოიტანა რუსეთის იმპერიაში პირველი რენტგენისა და დარსონვალის აპარატები, რომელიც დღეს მედიცინის ისტორიის მუზეუმში ინახება.

უნდა ითქვას, რომ, ზოგადად, ქართული საზოგადოების კვალად, XX საუკუნის ათიან წლებში ქართული მედიცინა საკმაოდ განვითარდა. ნიკოლოზ II-ის ლოიალური პოლიტიკა საშუალებას აძლევდა ენთუზიასტებს გაეხსნათ ახალი საავადმყოფოები, ამბულატორიები. 1916 წელს შეიქმნა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოება, რომელმაც დიდი როლი შეასრულა თბილისის უნივერსიტეტში სამკურნალო ფაკულტეტის გახსნის საქმეში. ილიასეულ და სხვა ქართულ პერიოდიკაში ხშირად იბეჭდებოდა სამედიცინო ხასიათის წერილები. განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევდნენ ეპიდემიების წინააღმდეგ ბრძოლის საკითხებს, ექიმთა უფლებების დაცვას, საქველმოქმედო საქმიანობას. ქართული სამედიცინო საზოგადოება საკმაოდ სისხლსავსე ცხოვრებით ცხოვრობდა, როდესაც რუსული იმპერიის რღვევა დაიწყო.

1918 წელი საქართველოს ისტორიაში უმნიშვნელოვანესი ნიშანსვეტია. ამ წლის 26 მაისს, ნაშუადღევს, საქართველოს ეროვნული საბჭოს დავალებით ნოე ჟორდანიამ წაიკითხა საქართველოს დამოუკიდებლობის დეკლარაცია.

საქართველოს დამოუკიდებელი რესპუბლიკის ჩამოყალიბება უაღრესად რთულ ვითარებაში მოხდა. ეს სირთულე განპირობებული იყო მრავალი ფაქტორით. პირველი და უმთავრესი იყო ის, რომ ქვეყნის დამოუკიდებლობა განსაზღვრა მსოფლიოს პოლიტიკურ და სამხედრო ძალთა საკმაოდ მოულოდნელმა

გადანაწილებამ და ამიერკავკასიაში წარმოქმნილმა სამართლებრივ-პოლიტიკურმა ვაკუუმმა. მართალია, ქართველი ხალხის მუდმივი ბრძოლა და შინაგანი მზაობა თავისუფლებისთვის გარანტი გახდა ჯანსაღი საზოგადოების შექმნისა და ზოგადსაკაცობრიო იდეალებზე დამყარებული მიზნების დასახვისა, მაგრამ მეზობელ სახელმწიფოებში მიმდინარე პროცესები არ აძლევდა ახალგაზრდა რესპუბლიკას საშუალებას სავსებით მორეოდა შინაგან არაერთსულოვნებასა და გარეგან მტერსაც. ბევრი რამის შექმნა ნულიდან ხდებოდა, ხოლო არანაკლები, განსაკუთრებით საორგანიზაციო თვალსაზრისით, დასაწყისში უცვლელი რჩებოდა.

საკმაოდ მაღალი პროფესიულ-ინტელექტუალური საექიმო პოტენციალი ახალგაზრდა რესპუბლიკას მემკვიდრეობით გადმოეცა. საქართველოს ექიმებს განათლება მიღებული ჰქონდათ რუსეთისა და ევროპის ყველაზე ცნობილ უმაღლეს სასწავლებლებში. ჩვეული რიტმითა და სათანადო სტანდარტით მუშაობდა საავადმყოფოები, სხვადასხვა პროფილის ინსტიტუტები, საგანმანათლებლო კერები.

დამოუკიდებლობის გამოცხადების დღიდან მთავრობა, ბუნებრივია, მომჭირნედ მიუდგა ბიუროკრატიულ-ჩინოვნიკური სისტემის ჩამოყალიბებას. თითოეული შტატის დამტკიცებას მთელი რიგი კანონპროექტებისა და დადგენილებების შექმნა სჭირდებოდა. ამდენად, ორგანო, რომელსაც უნდა ეთავა ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ფუნქცია, მხოლოდ 1918 წლის ნოემბერში შეიქმნა და მას საქართველოს რესპუბლიკის შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან არსებული საექიმო-სასანიტარო განყოფილება დაერქვა. ხელმძღვანელად დაინიშნა სიმონ ჯაფარიძე.

ქვეყნის ტერიტორიულ-ადმინისტრაციული დაყოფა პრაქტიკულად იმეორებდა რუსეთის იმპერიის მიერ დატოვებულ სქემას. საქართველოს ტერიტორია დაყოფილი იყო მაზრებად, ოლქებად, ქალაქებად და ა.შ. მაზრა იყო ყველაზე მსხვილი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეული. შესაბამისად, ინიშნებოდნენ სამაზრო, საოლქო, საქალაქო ექიმები. აქვე ცალკე იყვნენ გამოყოფილები სასამართლოს ექიმები. მიდგომა ცალკეული რეგიონისადმი განსხვავებული იყო. მაგალითად, განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა სვანეთის და ახალქალაქის მხარეს. პირველისადმი ყურადღება მისი მაღალმთიანობითა და ენდემური ჩიყვის პრობლემითა იყო პირობადებული,

ხოლო მეორისადმი ასევე მაღალმთიანობით და, ჩვენი აზრით, ეროვნული და აღმსარებლობითი მომენტებით.

საქართველოს დემოკრატიული რესპუბლიკის სამკურნალო ქსელი იყოფოდა სამ სექტორად:

1. სახელმწიფო სამკურნალო დაწესებულებათა ქსელი,
2. მუნიციპალური (საეროზო) სამკურნალო ქსელი და
3. კერძო სამკურნალო ქსელი.

გარდა ამისა, სამკურნალო საქმეს ემსახურებოდა კერძო პრაქტიკის მწარმოებელ ექიმთა კორპუსიც.

საქართველოს დემოკრატიულ რესპუბლიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა სააფთიაქო საქმესაც. იმ დროს აფთიაქები ორი სახის იყო – საქალაქო (მუნიციპალური) და კერძო. ქართველ ფარმაცევტთა წრეებში დღიდან დამოუკიდებლობის გამოცხადებისა, ძლიერი იყო საქართველოში ფარმაცევტული საქმის ახლებურად, დროის მოთხოვნათა შესაბამისად მოწყობის სურვილი. კავკასიის ფარმაცევტთა საზოგადოების მაგიერ შეიქმნა საქართველოს ფარმაცევტთა საზოგადოება.

1920 წლის თებერვალში შინაგან საქმეთა მინისტრის მოადგილეს პარმენ ჭიჭინაძეს გამოაქვს პროექტი დეკრეტისა „საექიმო-სასანიტარო განყოფილების ბაზაზე ჯანმრთელობის დეპარტამენტის დაარსების, მისი შტატებისა და ხარჯთაღრიცხვის დამტკიცების შესახებ“. თავის მოხსენებაში პარმენ ჭიჭინაძე მიმოიხილავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და აღნიშნავს, რომ იმდღავრა მალარიამ, ჭლექმა, ვენერულმა სნეულებებმა, ხოლო პარტახტიანი ტიფის წინააღმდეგ გატარებული დიდი სამუშაოს მიუხედავად, შედეგები არასახარბიელოა. მისი აზრით, ეს გამოწვეული იყო ქვეყნის სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებისა და უწყებების არაკოორდინირებული მოქმედებებით და მოითხოვდა ყველა სამედიცინო ორგანიზაციის ჯანმრთელობის დეპარტამენტისადმი დაექვემდებარებას. დეკრეტი, მასში უკან დაბრუნების შემდეგ, მხოლოდ 13 ივლისს იქნა დამტკიცებული. ჯანმრთელობის დეპარტამენტის თავმჯდომარედ სპირიდონ ვირსალაძე იქნა დანიშნული.

ვფიქრობთ, საინტერესოა დეპარტამენტის ფუნქციათა ნუსხა, რომელიც საშუალებას გვაძლევს წარმოვიდგინოთ იმდროინდელ სამედიცინო პრობლემათა სპექტრიც და ქართველ ექიმთა დამოკიდებულებაც მის მიმართ.

„ ... ჯანმრთელობის დეპარტამენტს მიენდოს:

- ა) რესპუბლიკის ყველა საექიმო-სასანიტარო დაწესებულებათა მოქმედებისთვის თვალყურის დევნება და კონტროლი;
- ბ) საკარანტინო საქმე;
- გ) ჭლეტის, მალარიის, ხოლერის, შავი ჭირის, პარტახტიანი სახადის, ვენერული ავადმყოფობის და სხვა სენის წინააღმდეგ ბრძოლა;
- დ) ექსპერტიზის საქმე;
- ე) საექიმო-სასანიტარო სტატისტიკის წარმოება;
- ვ) სახელმწიფო მნიშვნელობის აგარაკ-კურორტების საექიმო სასანიტარო მხრივ ხელმძღვანელობა და მართვა-გამგეობა იმ უწყებასთან შეთანხმებით, რომელსაც აგარაკ-კურორტები აქვს ჩაბარებული;
- ზ) საფარმაცო და საფარმაცევტო საქმე;
- თ) საექიმო-სასანიტარო კანონების სისწორით აღსრულებისთვის თვალყურის დევნა და სხვა;
- ი) საექიმო-სამეცნიერო კითხვების დამუშავება.

ჯანმრთელობის დეპარტამენტის უფროსად ინიშნება ექიმი.

ჯანმრთელობის დეპარტამენტს აქვს 5 განყოფილება დროებით, სანამ მოხდება, რკინისგზისა და საერობო და საქალაქო სამკურნალო ნაწილების გაერთიანება“.

დეპარტამენტს მართავდა საბჭო, რომელიც შედგებოდა განყოფილების გამგეებისგან და თავმჯდომარეობდა დეპარტამენტის უფროსი.

იმ პერიოდის საქართველოში სულ 45 საავადმყოფო იყო 1200-მდე საწოლით.

1919 წლის მონაცემებით თბილისის გუბერნიაში 17 საექიმო უბანი იყო, ხოლო ქუთაისის გუბერნიაში – 13. ამ პერიოდში ახალი სამედიცინო დაწესებულებები გაიხსნა ფოთში, ახალქალაქსა და სვანეთში. მაგრამ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთეულად უნდა მივიჩნიოთ ე.წ. სამკურნალო-მეთვალყურე სადგურები და ადგილები. როგორც ჩანს, ეს

დაწესებულებები, დღევანდელი გაგებით წარმოადგენდა სანეპიდსადგურებისა და ამბულატორია-პოლიკლინიკების ერთგვარ ნაზავს.

საქართველოსთვის ამ მეტად მძიმე პერიოდში ქართველი ექიმები ახერხებენ ახალი საავადმყოფოების გახსნასაც. მაგალითად, 1919 წლის დეკემბერში ვინმე გ.სალუქვაძე აკეთებს მოხსენებას ოზურგეთში საავადმყოფოს გახსნის შესახებ. არის ცნობები ომში დაღუპულთა ოჯახების, ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების დახმარების, ქართველ მფრინავთა რაზმის სამედიცინო უზრუნველყოფის და სხვათა შესახებ. მნიშვნელოვანია 1920 წლის ნოემბრის დეკრეტი და შინაგან საქმეთა მინისტრის მოხსენებითი ბარათი, რომელიც 1919 წლის 30 მაისის კანონს ემყარება. ის ეპიდემიებთან ბრძოლის დროს დაღუპულთა ოჯახების ან შრომისუნარდაკარგულ საექიმო პერსონალის დახმარებას ეხება: ექიმებს – 15.000 მანეთი, ხოლო ფერშლებს – 10 000 მანეთი. ეს თანხა მათ საშუალო წლიურ ხელფასს შეესაბამებოდა.

სამედიცინო მომსახურება დამოუკიდებელ საქართველოში ფასიანი იყო, მაგრამ ხალხის დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ფასები მთავრობის გადაწყვეტილებით განახევრდა.

ქუთაისი იყო პირველი ქალაქი, რომელმაც საქართველოს სხვა ქალაქთაგან პირველმა მოგვცა უფასო მკურნალობის მაგალითი. ამ საქმის პიონერი იყო XIX საუკუნის დამლევისა და XX საუკუნის დასაწყისის გამოჩენილი ქუთაისელი ექიმი სამსონ თოფურია. მისი საავადმყოფო უფასო იყო მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის (ამის შესახებ საინტერესო მოგონება აქვს აკაკი წერეთელს, რომელსაც ბევრჯერ უსარგებლია სამსონ თოფურიას თანადგომით).

საარქივო მასალებში მრავლადაა ექიმთა ხელფასების მომატების ამსახველი დოკუმენტები. თანხებია გამოყოფილი ექიმთა სამგზავრო ხარჯებისთვის, საკანცელარიო ნივთების შესაძენად, სამეურნეო საქმიანობისთვის. განსაკუთრებით აღსანიშნავია საკმაოდ სოლიდური ასიგნებანი წამლების, ქირურგიული იარაღების, ყვავილის ასაცრელი ვაქცინის შესაძენად, ეპიდემიების წინააღმდეგ საბრძოლველად.

ქართული მედიცინის ბედი, ხალხის ჯანმრთელობა მარტო ექიმების საფიქრალი არ ყოფილა. ეს კარგად ჩანს საქართველოს განათლების მინისტრის ბრძანებიდან, სადაც ვკითხულობთ: „ქართველ ექიმთა საყურადღებოდ. ქართველ ექიმებს კარგად მოეხსენება, თუ რა უმწეო მდგომარეობაში იმყოფება ჩვენი ხალხი საექიმო დახმარების მხრივ. სხვათა შორის, ეს გარემოებაც ხელს უწყობს ხალხში ათასგვარი ცრურწმენების გავრცელებას, რასაც, სამწუხაროდ, მკვიდრად აქვს გადგმული ფესვები არა თუ სოფლებში, ქალაქებშიაც კი. გასაჭირის დროს ხალხი გარბის მარჩიელთან, რომ მისგან გაიგოს თავისი აწმყო და მომავალი. მოკლეთ რომ მოვსჭრათ, ჩვენი ხალხის უმრავლესობა ჯერ კიდევ ბნელით არის მოცული, და ასე იქნება, სანამ მისი სოციალ-პოლიტიკური მდგომარეობა არ შეიცვლება. მაგრამ დღევანდელ პირობებშიც კი კერძო თაოსნობას დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია. ამიტომ ქართველთა შორის წერა-კითხვის გამავრცელებელი საზოგადოების სამწიგნობრო სექციამ განიზრახა დაბეჭდოს მთელი რიგი სამკურნალო წიგნაკებისა... წიგნაკები უნდა დაიწეროს მეცნიერულად და მდაბიურად, რომ გასაგები იყოს საშუალო მკითხველისთვის“...

ამდენად, გასაკვირი აღარ არის სურვილი სამკურნალო ფაკულტეტის გახსნისა. 1918-1921 წლებში საქართველოში უფრო მნიშვნელოვანი რამ (დამოუკიდებლობის დეკლარაციის შემდგომ, რასაკვირველია), ვიდრე უნივერსიტეტის გახსნა, არაფერი მომხდარა. ეს იყო პირველი ეროვნული უნივერსიტეტი საქართველოსა და მთელს კავკასიაში.

დიდი ივანე ჯავახიშვილის აზრით, იგი ერთსა და იმავე დროს სამეცნიერო კვლევა-ძიების დაწესებულებაც უნდა ყოფილიყო და უმაღლესი სამეცნიერო სასწავლებელიც, სადაც შესაძლებელი იქნებოდა მეცნიერების შესწავლა და სამეცნიერო მუშაობის მეთოდებისა და პრაქტიკის ათვისება. დღეს დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ მისი დიდი დამაარსებლის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტმა თავისი 80-წლიანი მოღვაწეობით პირნათლად შეასრულა და მომავალშიც შეასრულებს თავისი მესამიერკვლის ამ ბრძნულ განაწესს – იგი სრულიად საქართველოს არა მარტო უპირველესი და უმსხვილესი სასწავლო-აღმზრდელობითი კერაა, არამედ უპირველესი და უმსხვილესი სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრიც, მრავალსაუკუნოვანი ქართული საგანმანათლებლო და სამეცნიერო კულტურის ღირსეული მემკვიდრე.

ამგვარად, საქართველოში ჩამოყალიბდა კლასიკური აკადემიური განათლების კერა, რომლის დაარსებიდან 80 წლისთავი ჩვენ წინა კვირას სპეციალურად ამ თარიღისადმი მიძღვნილი კონფერენციით აღვნიშნეთ, რადგანაც სიმბოლურად მიგვაჩნდა ის ფაქტი, რომ უნივერსიტეტის მეორე ფაკულტეტად სამედიცინო ფაკულტეტი იქცა.

1918 წლის 27 თებერვალს სახსრების, ძვირადღირებული სამეცნიერო და სასწავლო მოწყობილობათა და დაწესებულებათა უქონლობის მიუხედავად, უნივერსიტეტის პროფესორთა საბჭო აღნიშნავდა: „სამკურნალო ფაკულტეტი აუცილებელია უნივერსიტეტისათვის, ამ ფაკულტეტზე ჩვენი ხალხის შვილების ლტოლვა ყოველთვის ძლიერი იყო. მისი შექმნა ნიშნავს დიდ გამარჯვებას ამ საქმისა“. ასე ჩაეყარა საფუძველი თანამედროვე ქართულ სამედიცინო განათლებასა და მეცნიერებას.

საქართველოს დამოუკიდებლობის გამოცხადების შემდეგ დღის წესრიგში დადგა წითელი ჯვრის ეროვნული ორგანიზაციის შექმნის საკითხი. საქართველოს წითელი ჯვრის დამფუძნებელი კრება ჩატარდა 1918 წლის 11 სექტემბერს, რომელსაც დაესწრნენ მთავრობის თავმჯდომარე ნოე ჟორდანიას და სამხედრო მინისტრი გრიგოლ გიორგაძე. კრება გახსნა წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის რწმუნებულმა, ექიმმა მიხეილ ზანდუკელმა, რომელმაც ქართულად წაიკითხა ვრცელი მოხსენება წითელი ჯვრის საზოგადოების ორგანიზაციის შესახებ. გამოირკვა, რომ რუსეთის წითელი ჯვრის მთელი ქონება, რაც თავმოყრილია საქართველოში, გადაეცა ქართულ წითელ ჯვარს. წითელი ჯვრის საზოგადოებამ თავის განკარგულებაში არსებული ძვირადღირებული ინვენტარის გამოყენებით დიდი მთავრის ქუჩაზე გახსნა შესანიშნავი საავადმყოფო, სადაც მომსახურება უფასო იყო.

ნიშანდობლივია ერთი გარემოებაც: ახლად ჩამოყალიბებულ საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებასთან დაარსდა მოწყალეების დათა საზოგადოება, რომელშიც 20 მოწყალეების და გაერთიანდა. მათ შეიმუშავეს დებულება, რომელშიც ეწერა, რომ მოწყალეების დებმა აუცილებლად უნდა იცოდნენ ქართული ენა.

აუცილებლად მიგვაჩნია, შევჩერდეთ საქართველოში მედიცინასთან დაკავშირებული ჟურნალ-გაზეთების არსებობაზე. ქართული სამედიცინო

პრესა სათავეს იღებს საქართველოს დემოკრატიული რესპუბლიკის პერიოდიდან. რა თქმა უნდა, სამედიცინო ხასიათის პუბლიკაციებს რევოლუციამდელი ქართული პერიოდული პრესაც ყოველთვის ფართოდ უღებდა კარს („დროება“, „მსოფლიო გაზეთი“, „ივერია“, „კვალი“, „თემი“ და სხვა), მაგრამ ლაპარაკია სპეციალურ სამედიცინო ჟურნალ-გაზეთებზე, რომლებიც საქართველოში სწორედ დემოკრატიული რესპუბლიკის დროს დაარსდა.

პირველი სამედიცინო ხასიათის პერიოდული გამოცემა (ჟურნალი) „ექიმი“ 1919 წელს გამოვიდა. თანახმად მისი რედაქციის განცხადებისა ეს იყო „სამეცნიერო-საზოგადოებრივი სამკურნალო ჟურნალი“, ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების გამოცემა. იმავე წელს „საქართველოს ექიმის თანაშემწეთა საზოგადოებამ“ დაიწყო ყოველთვიური ჟურნალის „ექიმის თანაშემწე“, ხოლო „საქართველოს მოსამსახურე ფარმაცევტთა პროფკავშირის ცენტრალურმა საბჭომ“ – „მოსამსახურე ფარმაცევტთა“ ყოველთვიური ჟურნალის გამოცემა. 1920 წლიდან გამოდიოდა „ჭლექთან მებრძოლი საზოგადოების“ ყოველ ორ კვირეული ჟურნალი (მოამბე) „ჭლექი და მასთან ბრძოლა“.

1918-1921 წლებში საქართველოს ჯანდაცვის ორგანიზაცია, ერთი შეხედვით, გარკვეული ორგანიზაციული არასრულყოფილებისა, საოცრად მობილური, მებრძოლი, ცოცხალი ორგანიზმი იყო, უაღრესად მაღალი პროფესიული დონით, ჯანსაღი აზრითა და სწორი მიმართულებით. ის დაფუძნებული იყო მაღალ ეროვნულ თვითშეგნებაზე, იმ უკვდავ იდეაზე, რომ ყველაფერი, რაც კეთდება, კეთდება ერის, ქვეყნის საკეთილდღეოდ, მის სამომავლოდ. ქართველ ექიმებს სრულად ჰქონდათ შეგნებული, რომ ისინი იმ ეპოქის, იმ მომენტის თანადროულები იყვნენ, რომელიც საფუძველს უყრიდა ცივილიზებული საქართველოს მომავალს.

საქართველოს დამოუკიდებლობის ჩამოყალიბების მოკლე ისტორიამ ცხადყო, თუ რამდენად დიდი პოტენციალი დაგროვდა იმ დროისთვის ქვეყანაში. სულ მცირე ხანში გადაიჭრა ათეული წლების მანძილზე დაგროვილი პრობლემები, რომლებიც ეროვნული სამედიცინო კადრების მომზადებას, მოსახლეობის გაჭირვებულ ფენებში პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გატარებას, სამედიცინო ქსელის გაფართოებას ეხებოდა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ქართული სამედიცინო ინტელიგენციის გარკვეული ნაწილი რუსეთში მომხდარ ჯერ 1917 წლის თებერვლის, შემდეგ კი ოქტომბრის გადატრიალებას ქვეყნის სამომავლო იმედებს უკავშირებდა. ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ როგორც მენშევიკური, ისე ბოლშევიკური მთავრობის დამყარების შემდგომ, ქვეყნის ეკონომიკისა და კულტურის სხვა სფეროებისგან განსხვავებით, ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის გატარების პროცესში მონაწილეობდნენ განათლებული, პროგრესულად მოაზროვნე ექიმები და საზოგადო მოღვაწეები. მათ მიერ კარგად გააზრებული და გატარებული ღონისძიებები უაღრესად დიდ სოციალურ ეფექტს იძლეოდა.

საერთოდ, ქართველ ექიმთა მონაწილეობა საზოგადოებრივ-პოლიტიკურ საქმიანობაში ჩვენი ქვეყნისთვის ტრადიციული მოვლენაა. რევოლუციამდელი ექიმებიდან საკმარისია დავასახელოთ ექიმი ივანე ელიაშვილი, რომელიც აქტიურ ჟურნალისტურ მოღვაწეობას ეწეოდა და, ამის გარდა, მეგობრობდა ილია ჭავჭავაძესთან, აკაკი და გიორგი წერეთლებთან, იაკობ გოგებაშვილთან, ივანე მაჩაბელთან. ივანე ელიაშვილის სასარგებლო საზოგადოებრივი მოღვაწეობა გრძელდებოდა დემოკრატიული რესპუბლიკის პერიოდშიც, როდესაც იგი ქალაქთა კავშირის მთავარი კომიტეტის წევრი იყო და დახმარებას უწევდა საეროზო მედიცინის მესვეურთ.

საქართველოს დემოკრატიული რესპუბლიკის არსებობის მთელი ხნის მანძილზე ძლიერი იყო სოციალურ-დემოკრატიული იდეების გავლენა. 1918 წლის 21 ივლისს თბილისში ჩატარდა „სოციალ-დემოკრატიული საექიმო პერსონალის კავშირის“ დამფუძნებელი კრება, რომელშიც გაერთიანდა ორმოცამდე წევრი, რაც იმ დროისათვის მეტად მნიშვნელოვან ფაქტს წარმოადგენდა.

საქართველოს გასაბჭოების შემდეგ, 1921 წელს, ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში ღრმა ცვლილებები განხორციელდა, რაც უპირველესად იმაში გამოიხატა, რომ უკვე პირველი დღეებიდანვე სახელმწიფომ ხელში აიღო მთელი სამედიცინო საქმე.

საქართველოს რევოლუციური კომიტეტის 1921 წლის 21 აპრილის დეკრეტით შეიქმნა ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატი, რომელსაც სათავეში ჩაუდგა ექიმი გრიგოლ კუჭაიძე. კომისარიატს თავის განკარგულებაში გადაეცა საკმარისად მსხვილი მატერიალური ფასეულობანი (მათ შორის კერძო მფლობელობაში მყოფი სამედიცინო დანიშნულების მქონე ყველა შენობა-ნაგებობა, საავადმყოფოების სალაროებსა და მცირერიცხოვან კერძო სადაზღვევო კომპანიებში კონცენტრირებული სახსრები). უნდა აღინიშნოს, რომ უკვე ოციან წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას მყარი საფუძველი ჩაეყარა, იგი სწრაფად განვითარდა და მოკლე ხანში მუშაობის სათანადო ეფექტიანობასაც მიაღწია.

ჯანმრთელობის დაცვის საბჭოური მოდელის სწრაფი წარმატების საფუძველი მისი უდიდესი პოლიტიკური და სოციალური მნიშვნელობით იყო განპირობებული. ბოლშევიკური მთავრობის განსაკუთრებული ყურადღება მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების საქმეში მოკლე დროის მანძილზე მიღწეული გაუმჯობესება, ტოტალიტარული სისტემის საფასადო ნაწილს წარმოადგენდა. თავისი იდეოლოგიური დატვირთვით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მიღწეული დადებითი შედეგები კომუნისტური პროპაგანდის უდიდეს პოლიტიკურ აქციებს უტოლდებოდა. ამის მისაღწევად არა მარტო არ ზოგავდნენ სათანადო მატერიალურ სახსრებს, არამედ საჭიროების შემთხვევაში (მაგალითად, ეპიდემიების დროს), ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განკარგულებაში გადაეცემოდა სხვა სახელმწიფო სტრუქტურებიდან მოზიდული უზარმაზარი ძალები და საშუალებები.

უკვე 1925 წლიდან საგრძნობლად გაფართოვდა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ქსელი: გაიზარდა ექიმებისა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხვი, გაუმჯობესდა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება. მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის განვითარება შემდგომ პერიოდშიც არ შენელებულა. გამლიერდა დასახლებული ადგილების სანიტარულ კეთილდღეობაზე ზრუნვა (არხების გაყვანა, მაზუთით ჭაობების დამუშავება, სამალარიო სადგურების დაარსება, სანიტარული ზედამხედველობის გამლიერება და სხვა).

30-იანი წლებისათვის პრაქტიკულად ლიკვიდირებულ იქნა ზოგი ინფექციური დაავადება (ქოლერა, ყვავილი), ზოგი კი (მათ შორის ბავშვთა ინფექციები) მკვეთრად შემცირდა. ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად იკლო საერთო და განსაკუთრებით ბავშვთა სიკვდილიანობის დონემ.

ექიმებით ქვეყნის უზრუნველყოფას ახორციელებდა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტი, რომელიც 1930 წლიდან თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტად გარდაიქმნა. 1935 წელს დაარსდა თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი, რომელიც ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებისა და პროფესიული დაოსტატების საქმეს ხელმძღვანელობდა. ექიმთა მომზადებას ნაყოფიერად უძღვებოდნენ ცნობილი მეცნიერი პედაგოგები და საზოგადო მოღვაწეები: სპირიდონ ვირსალაძე, ივანე თიკანაძე, ალექსანდრე ალადაშვილი, ვარლამ მოსეშვილი, გრიგოლ მუხაძე, ალექსანდრე ნათიშვილი, ალექსანდრე მაჭავარიანი, ნიკოლოზ კახიანი, ალექსანდრე წულუკიძე, სიმონ ამირეჯიბი, მიხეილ ასათიანი, ს.კანდელაკი, ნიკოლოზ მახვილაძე, მიხეილ წინამძღვრიშვილი, ნიკოლოზ ყიფშიძე, პეტრე ქავთარაძე, ალექსანდრე ნათიშვილი, გაბრიელ ღამბარაშვილი და სხვები.

ამასთან უნდა აღინიშნოს ის უდიდესი ზარალი, რომელიც სამედიცინო საზოგადოებას 30-ან და 50-ანი წლების დასაწყისში მთავრობის მიერ გატარებულმა რეპრესიებმა მიაყენა. სულ უფრო ძლიერდებოდა ქვეყნის იზოლაცია გარე სამყაროსაგან, რაც არ შეიძლებოდა უარყოფითად არ ასახულიყო ქართულ სამედიცინო მეცნიერებასა და პრაქტიკაზე.

ჯანდაცვის სფეროს ფართო იდეოლოგიზაციამ და დასავლეთისგან იზოლაციამ ზოგიერთი სამედიცინო დარგი სრულ დეგრადაციამდე მიიყვანა. ეს ხორციელდებოდა ეტაპობრივად: თავდაპირველად სამეცნიერო მიმართულების იდეოლოგიურად მცდარ პოზიციებზე ყოფნასთან დაკავშირებით წყდებოდა დაფინანსება, შემდეგ იწყებოდა მატერიალური ბაზის დაშლა და პარალელურად ამ დარგის სპეციალისტთა ფართო კრიტიკა, ხშირად კი ფიზიკური განადგურებაც. საკმარისია გავიხსენოთ ის უდიდესი ზიანი, რაც ამ კამპანიებმა გენეტიკის, ფსიქოლოგიის, სოციალური მედიცინის, ფსიქიატრიის, სამედიცინო სოციოლოგიის, დემოგრაფიის განვითარებას მიაყენა.

ცნობილია, რაოდენ დიდი ზარალი განიცადა საქართველომ დიდი სამამულო ომის პერიოდში. მიყენებული დემოგრაფიული ზარალის ანარეკლები დღემდე აისახება საქართველოს მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაში. ათასობით ქართველი ექიმი აქტიურად მონაწილეობდა საბრძოლო მოქმედებებში. რესპუბლიკაში არა მარტო ბრძოლის ველიდან გამოყვანილ დაჭრილ მეომართა გამოჯანსაღებისთვის შეიქმნა პირობები, არამედ საომარ მოქმედებებთან დაკავშირებით დროებით გადაადგილებულ 1,5 მილიონზე მეტ პირთა სოციალური და სამედიცინო დახმარებისთვის.

მიუხედავად იმისა, რომ ომმა უდიდესი ზიანი მოუტანა ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას, იმსხვერპლა ათასობით მედიცინის მუშაკი, ომისშემდგომ წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში განხორციელდა მთელი რიგი მსხვილმასშტაბიანი პროგრამები, რამაც საგრძნობლად გააუმჯობესა მდგომარეობა.

1968 წლისთვის საქართველოში იყო უკვე 600-ზე მეტი საავადმყოფო 41400 საწოლით. ამ დროისათვის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დასაქმებული იყო 17 ათასი ექიმი, 40 ათასამდე საშუალო სამედიცინო პერსონალი, ფუნქციონირებდა 22 სასწავლო და სამეცნიერო ინსტიტუტი. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ტექნიკური აღჭურვილობა გაცილებით უსწრებდა ანალოგიურ საკავშირო მაჩვენებლებს და უახლოვდებოდა განვითარებული ქვეყნების მონაცემებს. ამ პერიოდისთვის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობამ 72 წელს მიაღწია, მაშინ, როდესაც 1926 წელს იგი 48 წელს უდრიდა.

70-იანი წლების დამლევიდან, საბჭოთა საზოგადოებაში გაღრმავებულ კრიზისთან ერთად, სერიოზულად გამწვავდა ის პრობლემებიც, რომლებმაც მოგვიანებით დაამუხრუჭა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შემდგომი განვითარება. ამ პერიოდში საზოგადოების ყველა სფეროში თავი იჩინა მოსახლეობის ნიჰილისტურმა განწყობილებამ როგორც მედიცინის მუშაკებისადმი, ისე საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ განწყობის საფუძველი თვით ჯანმრთელობის დაცვის საბჭოური მოდელის სტრუქტურაში იყო ჩადებული.

თავისი ბუნებიდან გამომდინარე, საბჭოთა სახელმწიფომ, სხვა უფლებებთან ერთად, საზოგადოების ყოველი წევრის ჯანმრთელობაზე ზედამხედველის უფლებაც მიისაკუთრა. კონსტიტუციის თანახმად, იგი გახდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ერთადერთი გარანტი. ჯანდაცვის ასეთი ფორმა, პირველყოვლისა, შექმნილი იყო, როგორც ტოტალიტარული სისტემის ზედამხედველობის შემადგენელი ნაწილი.

სამედიცინო პერსონალი გამოდიოდა დაქირავებული მოსამსახურის როლში, რომელსაც ევალუბოდა მიეწოდებინა ზედამხედველი ორგანოებისთვის ნებისმიერი ცნობა პაციენტის შესახებ. ზოგ შემთხვევაში, მათი მითითებით, პიროვნების თანხმობისა თუ უარის თქმის მიუხედავად, იძულებით ჩაეტარებინა გამოკვლევა ან მკურნალობა. პაციენტი, რომლის ფსიქოლოგია ამ ფასეულობათა სისტემაში მკვეთრად შეიცვალა, გასაგები მიზეზების გამო, აღიქვამდა და დღესაც აღიქვამს ექიმს, როგორც სახელმწიფოს მიერ მისი ჯანმრთელობის დასაცავად მიჩნეულ მოსამსახურეს, რომელსაც, როგორც ყველა მოსამსახურეს, სათანადო გრადაციები და კომპეტენცია აქვს. ალბათ ამით აიხსნებოდა ის სავალალო მდგომარეობა, რომელშიც აყენებდნენ ჩვენს საექიმო საზოგადოებას საქართველოდან რუსეთის ქალაქებში უმაღლესი რანგის სამედიცინო ჩინოვნიკებთან ჩასული პაციენტები, რომელთა პრობლემების გადაჭრა ზოგჯერ ადგილზე უფრო ეფექტიანად მოხერხდებოდა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საბჭოურ მოდელში ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობამ, მის ფუნქციონირებაში სახელმწიფოს აქტიურმა ჩარევამ იგი სრულ ბიუროკრატიზაციამდე მიიყვანა. სისტემას აინტერესებდა არა იმდენად მომხმარებლის (პაციენტის) მოთხოვნილების დაკმაყოფილება და მისი პრობლემების გადაჭრა, რამდენადაც ქსელის ხელოვნური გაფართოება. პაციენტიც აღიქვამდა საკუთარ ჯანმრთელობას არა როგორც ბუნებით მოცემულ უდიდეს განძს, ეკონომიკურ კატეგორიას, რომლისადმი უყურადღებობა საკუთარი თავისა და საზოგადოების წინაშე დანაშაულია, არამედ როგორც სოციალისტური სახელმწიფოს საზრუნავს.

ოთხმოციან წლებში საბჭოურ სისტემაში შექმნილმა მწვავე ეკონომიკურმა კრიზისმა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კაპიტალური დაბანდების კატასტროფული შემცირება გამოიწვია. ამას დაერთო რესპუბლიკაში

დემოგრაფიული სიტუაციის მკვეთრი გაუარესება, ჯანდაცვის ობიექტების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მორალური და ფიზიკური მოძველება. სახელმწიფო უკვე ვერ ახორციელებდა თავის თავზე აღებულ მოვალეობას მოსახლეობის მაღალკვალიფიციური პროფილაქტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო დახმარებით უზრუნველყოფის საქმეში.

საბჭოურ მოდელზე აგებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა იყო ზედმიწევნით ცენტრალიზებული და მას ახასიათებდა ტოტალიტარული მიდგომა მართვის, დაფინანსების, მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვისა და სხვა სფეროებში. ჯანდაცვის სტრატეგია და ტაქტიკა, მისი მოცულობა, განხორციელების საშუალებები და დანახარჯები განისაზღვრებოდა ცენტრალიზებულად და სრულიად უარყოფდა განვითარების ეკონომიკურ მოტივაციას. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოს მიერ გაცხადებული იყო მედიცინის პროფილაქტიკური ხასიათი, სინამდვილეში მისი ძალისხმევის უდიდესი ნაწილი ძირითადად მიმართული იყო სტაციონარულ მკურნალობაზე. სისტემის წარმატებით ფუნქციონირების ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებლად ითვლებოდა გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა, რაც, თავის მხრივ, იწვევდა სწრაფვას საწოლებისა და სამედიცინო პერსონალის უზომოდ გაზრდისკენ.

სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული ვალდებულება „საყოველთაო და უფასო სამედიცინო დახმარება“ გულისხმობდა, რომ პოპულაციის თითოეული წარმომადგენელი უნდა ყოფილიყო უზრუნველყოფილი განსაზღვრულად გარანტირებული სამედიცინო დახმარებით. მაგრამ, ამგვარი გარანტიების მიუხედავად, პიროვნების უფლება მისი ჯანმრთელობის დაცვაზე გარკვეულწილად ირღვეოდა, ვინაიდან მას არ ჰქონდა სურვილისამებრ სამკურნალო დაწესებულებისა და მკურნალი ექიმის თავისუფალი არჩევის საშუალება. ხოლო რაც შეეხება უფასო სამედიცინო დახმარებას, იგი საშუალო ნორმის ფარგლებში იყო და უმეტეს შემთხვევაში, ავადმყოფს მაინც უხდებოდა „ექიმის ჰონორარის“ თავისი ჯიბიდან გადახდა. ამგვარად, ჯანდაცვის საბჭოური მოდელი წარმოადგენდა უფრო მეტად მოსახლეობის სოციალური დაცვის, ვიდრე კლასიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზაციის აუცილებლობა საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკური სისტემის და სოციალურ-ეკონომიკური საფუძვლების რადიკალურმა ცვლილებებმა განაპირობა. მეტადრე იმან, რომ ქვეყნის მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა ბოლო 5-7 წლის განმავლობაში რამდენიმე ათეულჯერ შემცირდა, რის გამოც პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებისთვის საჭირო მატერიალური და შრომითი რესურსების მინიმალურ დონეზე ფუნქციონირებაც კი. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა ყოვლისმომცველ სამედიცინო დახმარებას, რის გამოც აუცილებელი გახდა სახელმწიფო ვალდებულებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დაბალანსებულიყო მის შესაძლებლობებთან.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ინფრასტრუქტურის სტრატეგიული განვითარების განუყოფელი ნაწილია და გამომდინარეობს ქვეყნის ურთულესი სოციალურ-ეკონომიკური კრიზისიდან გამოყვანისა და მაკროეკონომიკური სტაბილიზაციის ერთიანი პროცესის ძირითადი მიმართულებებიდან. ქვეყანაში ორგანიზაციისა და მართვის ახალი ფორმების დამკვიდრება პრინციპიალურად ახალი ტიპის მოთხოვნილებებს უყენებს მასში მოქმედ ყველა სოციალური სამსახურისა და ინსტიტუტის ფუნქციონირების ხასიათს, მათი შრომის პროდუქტის ხარისხს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია დაიწყო 1995 წლის 10 აგვისტოს. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ურთულესი პროცესის მხოლოდ პირველი ეტაპი დასრულდა, შეიძლება იმ შედეგების აღნიშვნა, რომლებიც უკვე მოჰყვა დარგში მიმდინარე პროცესებს.

დღეისათვის ძირითადად დასრულდა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის შესატყვისი სამართლებრივი ბაზის მომზადება, რომელიც ეფუძნება რეორიენტაციის ერთიან კონცეფციას. მისი ძირითადი შემადგენელი ნაწილია კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. ჩვენი აზრით, ეს არის ერთ-ერთი ყველაზე თანამედროვე სამართლებრივი დოკუმენტი, რომელშიც სრულყოფილად ასახა

დემოკრატიული, ცივილიზებული საყოველთაო ჰუმანიზმისა და ადამიანის უფლებების დაცვის უმთავრესი პრინციპები. ეს კანონი, განათლების კანონთან ერთად, ქმნის მყარ საფუძველს საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფისა და განვითარებისთვის.

მიღებულ იქნა აგრეთვე კანონები „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“, „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“ და სხვა.

1997 წელს დამთავრდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველი სტადია, რომლის შედეგები შეიძლება შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს:

- ძირითადად დამთავრდა სისტემის ინსტიტუციური მოწყობა;
- შეიქმნა ახალი საზოგადოებრივი ურთიერთობების შესატყვისი სამართლებრივი ბაზა;
- სამედიცინო დახმარების მნიშვნელოვანი წილი გადავიდა სადაზღვევო პრინციპებზე;
- მკვეთრად გაიმიჯნა სახელმწიფოს, დამქირავებლისა და ინდივიდის უფლება-მოვალეობანი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში;
- მომზადდა თეორიულ-მეთოდოლოგიური ბაზა ახალი ტიპის საწარმოო და სოციალური ინფრასტრუქტურის ფუნქციონირებისთვის;
- ახალი ტიპის სოციალურ-ეკონომიკური ურთიერთობები ძირითადად დამკვიდრდა მოსახლეობაში და მის მიერ იქნა აღიარებული;
- რეორიენტაციის პროცესი პრაქტიკულად შეუქცევადი გახდა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციამ შესაძლებელი გახადა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება; მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ქაოტურად შექმნილი ბაზრის მოწესრიგების დაწყება; სახელმწიფოს, მეწარმისა და ინდივიდის რეალური ვალდებულებების გამოკვეთა და მისი აღსრულების ორგანიზება.

შევნიშნავთ იმასაც, რომ რეორიენტაციის მიმდინარე სტადიაზე აუცილებელი გახდა თვისობრივად ახალი პრობლემების დროული გადაწყვეტა. დღეისათვის უკვე დასრულდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის ინსტიტუციური სტრუქტურების ჩამოყალიბების პროცესი. დაიწყო

დემოგრაფიული პროცესების სამედიცინო ასპექტების სახელმწიფოებრივი მართვის უზრუნველყოფა, რასაც ემსახურება ახლახან ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში ჩამოყალიბებული დემოგრაფიის დეპარტამენტი, რომლის უპირველესი მიზანია საქართველოში შექმნილი მძიმე დემოგრაფიული ვითარების გაჯანსაღება. ამასთან ერთად, დეპარტამენტი განსაკუთრებულ ყურადღებას მიაქცევს კავკასიის ხალხებთან დემოგრაფიული განვითარების სფეროში ყოველმხრივი და ურთიერთსასარგებლო თანამშრომლობის გაფართოებას, მწვავე დემოგრაფიული პრობლემების დაძლევისთვის საერთო ძალისხმევის შემუშავებას, რაც შეიძლება მნიშვნელოვანი დემოგრაფიული ფაქტორი გახდეს მშვიდობიანი კავკასიის იდეის რეალიზების საქმეში.

სამედიცინო დაწესებულებათა და მედიკოსთა რაოდენობრივ ოპტიმიზაციას ემსახურება საყოველთაო ლიცენზირების შემოღება. ეს პროცესი უკვე დაიწყო და ვიმედოვნებთ, რომ იგი წარმატებულად წარიმართება მომავალშიც.

თუმცა, ჯერ-ჯერობით გადასაწყვეტია შემდეგი ამოცანები: სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასების ერთიანი კრიტერიუმების შემოღება, მისი კონტროლის მექანიზმების ეფექტიანი ამოქმედება, ქვეყანაში უსაფრთხო გარემოს შექმნის უზრუნველსაყოფად ერთიანი ჰიგიენურ-სანიტარული ნორმებისა და სტანდარტების დამკვიდრება და მათ დაცვაზე მკაცრი სანიტარული ზედამხედველობის დაწესება, ფართომასშტაბიანი პრივატიზაცია.

ვფიქრობთ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია სწორი გზით ხორციელდება, რაშიც გასული წლების შედეგები გვარწმუნებს. ჩვენ უკვე შეგვიძლია თამამად იმის აღნიშვნა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის დარგში მიმდინარე პროცესებით ჩვენი წვლილი შეგვაქვს ქვეყანაში ცივილიზებული საზოგადოებრივი ურთიერთობების დამკვიდრებისა და დემოკრატიული საზოგადოების მშენებლობის საქმეში.

ნება მიბოძეთ კიდევ ერთხელ მოგილოცოთ საქართველოს დამოუკიდებლობის გამოცხადების დიდი დღესასწაული.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

პარლამენტის სხდომა

1998 წლის 18 სექტემბერი

**კანონპროექტის „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“
განხილვა**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო თავმჯდომარე,
პატივცემულო დეპუტატებო,

დღეს განსახილველად გამოგვაქვს კანონპროექტი „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“, რომელზეც დიდხანს და მთელი სერიოზულობით მუშაობდა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კანონშემოქმედებითი ჯგუფი. კანონპროექტის ჯანდაცვის კომიტეტზე განხილვის დროს ვერ მოხერხდა მისი მე-11 მუხლის ფორმულირებაზე შეთანხმება, რომელიც ეხება გარდაცვლილი პაციენტისგან გადანერგვისთვის ორგანოს აღებას.

ჩვენ მიერ მოწოდებულ ვარიანტის თანახმად, თუ მიღებული სამედიცინო სტანდარტებით გარდაცვლილი პაციენტი შესაფერისი კანდიდატია ორგანოს ასაღებად, მაგრამ მას სიცოცხლეშივე არა აქვს განცხადებული თანხმობა, ხოლო სიკვდილის შემდეგ ვერ იქნა მოძიებული გარდაცვლილის ორგანოს აღებაზე თანხმობის ან უარის განცხადების უფლების მქონე ქმედუნარიანი პირი, გვამიდან ორგანოს აღება დაუშვებელია. რაც შეეხება ჯანდაცვის კომიტეტის პოზიციას, მათი ვერსიის თანახმად, უზედამხედველო გვამიდან შესაძლებელია გადანერგვისთვის საჭირო ორგანოს აღება მისი ოჯახის წევრების ნებართვის გარეშე.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ მიმდინარე წლის 27 მაისს მიმართა ამერიკის იურისტთა ასოციაციის ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის საკანონმდებლო ინიციატივების ჯგუფის წარმომადგენელს ჩვენს ქვეყანაში ქალბატონ ბარბარა სვონს, ხოლო 2 ივნისს – ევროსაბჭოს წარმომადგენლობის ხელმძღვანელს საქართველოში ბატონ დენის კორბოს თხოვნით, მოეწოდებინათ თავისი კომენტარები „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ კანონის სადავო მე-11 მუხლის თაობაზე. ჩვენს წერილში მოცემული იყო ამ მუხლის ორივე ვარიანტი.

ნება მიბოძეთ წარმოგიდგინოთ დღეს ჩვენ ხელთ არსებული ყველა მასალა, რომელიც წარმოდგენილი იქნება ციტატების სახით იმ კომენტარებიდან, რომლებიც მივიღეთ ამერიკის იურისტთა ასოციაციიდან.

რობერტ შვარცი – ნიუ მექსიკოს უნივერსიტეტის პროფესორი კანონმდებლობასა და პედაგოგიაში. პროფესორი რობერტ შვარცი ეთანხმება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს პოზიციას და აღნიშნავს, რომ მიდგომა, რომელიც ორგანოთა აღების უფლებას წინასწარ გაცხადებული თანხმობის ან უარის გარეშე იძლევა, წმინდა უტილიტარული მოვლენაა. ასეთი მოთხოვნა საზოგადოების უკიდურეს მობილიზებას, დაინტერესებას და ნაციონალური ტრანსპლანტოლოგიური პროგრამის დიდ მოწონებას საჭიროებს. თუ სახეზეა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიმართ საზოგადოების ოდნავი უნდობლობაც კი, მაშინ ორგანოთა აღების სისტემა მიუღებელი აღმოჩნდება და მისი დანერგვა გამოიწვევს დაპირისპირებას საზოგადოებაში და გააღრმავებს უნდობლობას ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიმართ, რომელიც გამოვა უზედამხედველო გვამებით მოვაჭრის (სიტყვა-სიტყვით „სპეკულანტის“) როლში. ამგვარი მიდგომა ფუნდამენტურად შეუსაბამოა ექიმების პროფესიული ფუნქციის ხედვასთან.

ჯონ ბლემი – ჩიკაგოს ლოიოლას უნივერსიტეტის პროფესორი კანონმდებლობის დარგში, ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის პროგრამის ასოცირებული დეკანი, იოტიკის (ტორონტო, კანადა), ბრიტანული კოლუმბიის (ვანკუვერი, კანადა) და მალაიის (მალაიზია) უნივერსიტეტების საპატიო პროფესორი. პროფესორი ჯონ ბლემი აღნიშნავს, რომ მე-11 მუხლის ვერსია, რომელიც ნაგულისხმევ თანხმობას ეხება, არ უნდა შევიდეს კანონში ტრანსპლანტაციის შესახებ, რადგან ეს გზას უხსნის სერიოზულ დარღვევებს და ეწინააღმდეგება ორგანოთა აღების არსებულ კანონმდებლობაში შემოთავაზებულ სისტემას. მე-11 მუხლის ორიგინალური ვერსია ნაკლებად პრობლემატურია და გამორიცხავს ორგანოთა აღებას სათანადო თანხმობის მიღების გარეშე.

დენიელ ჰარისი – ჩრდილოეთ კაროლინას უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკისა და სამართლის პროფესორი. „მე არ ვაკეთებ კომენტარებს ორგანოთა ტრანსპლანტაციის პრობლემის შესახებ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის მოადგილის ამირან

გამყრელიძის გამჭრიახი კომენტარების ფონზე, რომელიც საქართველოში არსებულ რეალურ სიტუაციას ეხება“.

ბერნარდ დიკენსი – ტორონტოს უნივერსიტეტის (კანადა) მედიცინისა და ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის პროფესორი. პროფესორი ბერნარდ დიკენსი აღნიშნავს, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ შეთავაზებული ორგანოთა აღების მოდელი, რომლის თანახმადაც აუცილებელია გარდაცვლილის სიცოცხლეში გაცხადებული ან ოჯახის წევრთა თანხმობა, სავსებით შეესაბამება კანადაში დამკვიდრებულ ტრადიციას. მისი აზრით, ამგვარი სისტემა უფრო ეთიკურია და შეესაბამება როგორც დონორის, ისე რეციპიენტის ინტერესებს. საწინააღმდეგო ვარიანტი ბევრ პრობლემას ქმნის. სახელდობრ, იზრდება კონფიდენციალობის დარღვევის შემთხვევები, შესაძლებელი ხდება ორგანოთა აღება გარდაცვლილის ნების საწინააღმდეგოდ. ამავე დროს, ამგვარი მიდგომა არც თუ ისე ეფექტურია გადასანერგ ორგანოთა რაოდენობის გაზრდის თვალსაზრისითაც.

დაბოლოს, კიდევ ერთხელ მინდა გამოვხატო ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს პოზიცია. კერძოდ, ჯანდაცვის კომიტეტის მიერ შემოთავაზებული ვერსია სადღეისოდ მიუღებელია ჩვენი ქვეყნისთვის შემდეგი მიზეზების გამო:

1. საქართველოში ამჟამად არ არსებობს, მაგრამ ახლო მომავალში უნდა ჩამოყალიბდეს სისტემა, რომელიც ქვეყნის მოქალაქეებს საშუალებას მისცემს სიცოცხლეშივე გამოხატონ საკუთარი ნება სიკვდილის შემდეგ მათი ორგანოების გადანერგვისთვის აღების შესახებ.
2. ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობა სადღეისოდ არ არის მზად ჯანდაცვის კომიტეტის მიერ მე-11 მუხლის მოწოდებული ვარიანტის აღსაქმელად, რომლის მიხედვითაც უზედამხედველო გვამიდან შეიძლება ავიღოთ ორგანოები, მისი ოჯახის წევრების თანხმობის გარეშე. ასეთი შემთხვევები უდავოდ გამოიწვევს საზოგადოების მკვეთრად ნეგატიურ რეაქციას ტრანსპლანტოლოგიის და, მთლიანად, ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების მიმართ. ეს იქნება წყარო და მიზეზი მრავალი დასაბუთებული კონფლიქტისა, ერთი მხრივ, ექიმებსა და სამედიცინო

დაწესებულებებს და, მეორე მხრივ, გარდაცვლილის ოჯახის წევრებს შორის.

3. მესამე და, ვფიქრობთ, მე-11 მუხლის ჯანდაცვის კომიტეტის მიერ შემოთავაზებული ვარიანტის საწინააღმდეგო უმნიშვნელოვანესი არგუმენტი ეთიკური ხასიათისაა. ჩვენ წინააღმდეგი ვართ იმისა, რომ საზოგადოებაში დამკვიდრდეს მენტალიტეტი, რომლის მიხედვითაც გარდაცვლილი წარმოადგენს მხოლოდ რესურსს ორგანოებისა და ქსოვილების მოძიებისთვის. ასეთი პრაგმატული მიდგომა, ვფიქრობთ, მიუღებელია ჩვენში დამკვიდრებული მენტალიტეტისთვის.

ორიოდე სიტყვით მინდა შევეხო ტრანსპლანტოლოგების პოზიციას ამ საკითხთან დაკავშირებით. ტრანსპლანტოლოგია, როგორც კლინიკური მიმართულება, ჩვენში ახლა ვითარდება. ისევე, როგორც პრაქტიკული მედიცინის ნებისმიერ მიმართულებაში, ამ დარგებში მომუშავე სპეციალისტებიც შეზღუდულნი არიან მატერიალურ-ტექნიკური და ფინანსური რესურსებით. ამიტომ, მათ მიერ პროფესიული მოვალებების შესრულება თითქმის გმირობის ტოლფასია. თუმცა ხაზგასასმელია ის გარემოებაც, რომ ტრანსპლანტოლოგების აზრს დღეს განსახილველ საკითხში დიდი მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ არა გადამწყვეტი, ვინაიდან ისინი „დაინტერესებულ მხარეს“ წარმოადგენენ. ბუნებრივია, რომ მათ აინტერესებთ რაც შეიძლება მეტი გადასანერგი მასალა ჰქონდეთ.

ეს საკითხი მხოლოდ საქართველოს პრობლემას როდი წარმოადგენს. ის გლობალური მასშტაბის პრობლემაა. ადამიანის ორგანოებით ვაჭრობის მაგალითები უკანასკნელ წლებში საკმაოდ ხშირად ხმაურდება, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში. ცხადია, გაყიდული თუ რაიმე სხვა უკანონო გზით მიღებული ორგანოს გამოყენება არც ინჟინრის, არც ეკონომისტის და არც რომელიმე სხვა პროფესიის ადამიანების დახმარებით არ ხდება, მასში ორგანოთა გადანერგვის სპეციალისტები მონაწილეობენ.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, გთხოვთ მხარი დაუჭიროთ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ წარმოდგენილ მე-11 მუხლის ვერსიას.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

1998 წლის 30 სექტემბერი

უმადლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულების მიერ ექიმის ფიცის მიღებისა და საექიმო საქმიანობაში ეთიკური პრინციპების დამკვიდრების ზოგიერთ ღონისძიებათა განხილვა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს მიმართულებად არის მოაზრებული მთლიანად საზოგადოების და, მათ შორის, ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ საკუთარი უფლება-მოვალეობების გაცნობიერება და მათი განუხრელი რეალიზება. ამ უკანასკნელის უზრუნველყოფის საშუალებას, გარდა სამართლებრივი რეგულაციისა, ზნეობრივი ნორმების პოპულარიზება, მათზე საზოგადოების ყურადღების გამახვილება წარმოადგენს.

სამედიცინო ეთიკის პრობლემები იმთავითვე წარმოიშვა, როცა ერთი ადამიანი მეორე ადამიანს მკურნალად მოევლინა. მოგეხსენებათ, ერთ-ერთი უძველესი დოკუმენტი, რომელიც ეთიკურ ნორმებს ამკვიდრებს, ე.წ. „ჰიპოკრატეს ფიცია“. ცივილიზებულ ქვეყნებში ექიმის ფიცის დადების ტრადიციას მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. ფიცის ტექსტად სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა დროს გამოიყენებოდა „ჰიპოკრატეს ფიცი“, „აზაფის ფიცი“, „მონპელიეს ფიცი“, „მაიმონდის ლოცვა“ და სხვა. აღნიშნული იმ გარემოებაზე მიუთითებს, რომ ექიმის ზნეობრივი სახე ყოველთვის იყო საზოგადოების ყურადღებისა და ზრუნვის ობიექტი.

ზემოხსენებულთაგან ყველაზე უფრო აღიარებული და გავრცელებული იყო ჰიპოკრატეს ფიცი. მასში ასახული პრინციპების ნაწილმა სადღეისოდ გარკვეული ტრანსფორმაცია განიცადა. ძირითადი განსხვავება ჰიპოკრატეს ფიცში გაცხადებულ დებულებებსა და თანამედროვე შეხედულებებს შორის პაციენტის პიროვნების როლის გააზრებაშია. ჰიპოკრატეს ფიცი პაციენტისადმი პატერნალურ მიდგომას ამკვიდრებდა, რაც გულისხმობს

ექიმის განუსაზღვრელ უფლებას, გადაწყვიტოს პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული ყველა საკითხი. მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ ჰიპოკრატეს ფიცის პრემბულა გარკვეულ სიმნელებს უქმნიდა სხვადასხვა აღმსარებლობის წარმომადგენლებს.

სწორედ ამან განაპირობა ექიმის ფიცის უნივერსალური, ყველასთვის მისაღები ვერსიის მომზადებისკენ სწრაფვა. დამატებითი და უმნიშვნელოვანესი სტიმული ექიმის ფიცის ახალი ვარიანტის შემუშავებისთვის გახდა მეორე მსოფლიო ომის დროს ფაშისტური გერმანიის ექიმების მიერ ჩადენილი ქმედებები, რომლებიც აბსოლუტურად შეუთავსებელი იყო ექიმის ჰუმანისტურ მოვალეობასთან.

1948 წლის სექტემბერში მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გენერალურმა ასამბლეამ მიიღო „ჟენევის დეკლარაცია – ექიმის ფიცი“, რომელიც დღეს მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაშია დამკვიდრებული. აღნიშნული ფიცი მოგვიანებით სამჯერ იქნა განახლებული და სადღეისოდ მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის 46-ე გენერალური ასამბლეის მიერ სტოკჰოლმში, 1994 წლის სექტემბერში დადგენილი ტექსტი გამოიყენება. ფიცის ფორმა მართლაც უნივერსალური და მისაღებია ნებისმიერი ქვეყნისა და აღმსარებლობის წარმომადგენელთათვის.

საქართველოში, მსგავსად საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებისა, უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულები დებდნენ საბჭოთა ექიმის ფიცს. ცხადია მისი გამოყენება სადღეისოდ შეუძლებელია. სწორედ ამიტომ, საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ დადგენილია, რომ „სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულები საჯაროდ, დიპლომის მიღების წინ, სახელმწიფო ენაზე დებენ ექიმის ფიცს. ფიცის ტექსტად გამოიყენება მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გენერალური ასამბლეის 1948 წლის ჟენევის დეკლარაცია“.

ვფიქრობთ, რომ საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულებაში ექიმის ფიცის მოხსენიება და მისი მიღების ცერემონიალის განსაზღვრის აუცილებლობის აღნიშვნა პრობლემაზე საზოგადოების ყურადღების გამახვილების განმაპირობებელი მნიშვნელოვანი ფაქტორი იქნება. სწორედ ეს მოსაზრება

გახლავთ განკარგულების პროექტის ტექსტში ამ ღონისძიების შეტანის საფუძველი.

განკარგულების პროექტით გათვალისწინებული შემდეგი ღონისძიება – საქართველოს ექიმის ეთიკური კოდექსის მომზადება და ამ პროცესში საზოგადოების ფართო ფენების მონაწილეობის აუცილებლობაზე ყურადღების გამახვილება, კიდევ ერთი გზაა ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობაში ზნეობრივი პრინციპების დამკვიდრებისკენ.

სადღეისოდ პროფესიული ეთიკის კოდექსები საზოგადოების ცხოვრების რეგულაციის მნიშვნელოვან ინსტრუმენტად არის მიჩნეული. აღნიშნულის დამადასტურებელია მრავალი საერთაშორისო და ნაციონალური საექიმო ეთიკის კოდექსების არსებობა. ასეთებია „გაეროს სამედიცინო ეთიკის პრინციპები“ (1983 წლის მარტი), მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის „სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი“ (1983 წლის სექტემბერი), ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის „სამედიცინო ეთიკის კოდექსი“, კანადის სამედიცინო ასოციაციის „ეთიკური კოდექსი“. ჩამონათვალის გაგრძელება კიდევ შეიძლება.

დასასრულ მინდა დავსძინო, რომ განკარგულების პროექტში გათვალისწინებული ღონისძიებები საქართველოში მიმდინარე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სტრატეგიული მიმართულებაა. მისი არსი და მიზანია საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალების მიმართ საზოგადოების ნდობის განმტკიცება და სამედიცინო პრაქტიკის ჰუმანიზაცია.

კარგად გვესმის, რომ ეს პროცესი ხანგრძლივია და დიდ ძალისხმევას მოითხოვს. ამავე დროს დარწმუნებული ვართ, მომავალში მის შედეგებს მთლიანად საზოგადოება მოიმკის. წარმოდგენილი განკარგულების პროექტით გათვალისწინებული ღონისძიებებიც სწორედ დემოკრატიული, ცივილიზებული ქვეყნის შესატყვისი, ჰუმანისტური ტენდენციებით გამსჭვალული საზოგადოების ჩამოყალიბების გზაზე გადადგმული ნაბიჯი იქნება.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“

მუხლი 35

სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულები საჯაროდ, დიპლომის მიღების წინ, სახელმწიფო ენაზე დებენ ექიმის ფიცს. ფიცის ტექსტად გამოიყენება „მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის მეორე გენერალური ასამბლეის 1948 წლის შენევის დეკლარაცია“.

ჟენევის დეკლარაცია – ექიმის ფიცი

მიიღებულია მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გენერალურ ასამბლეის მიერ,
ჟენევა, შვეიცარია, 1948 წლის სექტემბერი

განახლებულია:

- 22-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, სიდნეი, ავსტრალია, 1968 წლის აგვისტო;
- 35-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ვენეცია, იტალია, 1983 წლის ოქტომბერი;
- მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის 46-ე გენერალური ასამბლეის მიერ, სტოკჰოლმი, შვედეთი, 1994 წლის სექტემბერი.

ვხდები რა სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელი, საზეიმოდ ვფიცავ:

- ჩემი ცხოვრება მივუძღვნა ადამიანის სამსახურს;
- ღირსეული პატივი და მადლიერება მივაგო ჩემს მასწავლებლებს;
- კეთილსინდისიერად და ღირსეულად შევასრულო ჩემი პროფესიული მოვალეობა;
- პაციენტის ჯანმრთელობა გავიხადო ჩემს უმთავრეს საზრუნავად;
- შევინახო ჩემთვის მინდობილი საიდუმლო პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც კი;
- შეძლებისდაგვარად დავამკვიდრო საექიმო პროფესიის კეთილშობილური ტრადიციები;
- კოლეგები მივიჩნიო ძმებად და დებად;

- არ დავუშვა პაციენტის ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, აღმსარებლობის, რასის, სქესის, ეროვნების, პოლიტიკური შეხედულებების, სექსუალური ორიენტაციის, სოციალური მდგომარეობის ზეგავლენა ჩემი პროფესიული მოვალეობის აღსრულებაზე;
- კვლავაც უსაზღვრო პატივი ვცე ადამიანის სიცოცხლეს მისი ჩასახვისთანავე; ვერავითარმა ძალამ ვერ მაიძულოს გამოვიყენო სამედიცინო ცოდნა კაცთმოყვარეობის კანონების წინააღმდეგ.

ამ აღთქმას ვდებ საზეიმოდ, ნებაყოფლობით და უანგაროდ.

მთავრობის სხდომა

1998 წლის 20 ნოემბერი

კანონპროექტის „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა, პრეპარატების და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის შესახებ“ განხილვა

ავთანდილ ჯორბენაძე

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

ვიდრე უშუალოდ შევეხებოდე „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა, პრეპარატების და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის შესახებ“ კანონპროექტში ჩამოყალიბებულ ძირითად ასპექტებს, ნება მომეცით კიდევ ერთხელ აღვნიშნო, რომ ნარკოტიკული საშუალებების და ფსიქოტროპული ნივთიერებების არადანიშნულებისამებრ გამოყენება, მათი უკანონო ბრუნვა და, აქედან გამომდინარე, ნარკომანიის მკვეთრი ზრდა, მსოფლიო გლობალურ პრობლემას წარმოადგენს.

90-იან წლებში საქართველოს პოლიტიკურ და სოციალურ-ეკონომიკურ ცხოვრებაში მომხდარმა პერიპეტიებმა ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო ბრუნვას საშიში მასშტაბები შესძინა. ჩვენს ქვეყანაში ნარკოტიკული საშუალებების და ფსიქოტროპული ნივთიერებების არასამედიცინო მიზნებით გამოყენებისა და, შედეგად, ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკვეთრი ზრდის ტენდენცია შეინიშნება.

დღეს ნარკომანია დამატებით, სოციალურად საშიშ თვისებებს იძენს, რადგან ისეთი უმძიმესი ინფექციური დაავადებების გავრცელების წყაროდაც გვევლინება, როგორცაა შიდსი, ჰეპატიტები, ტუბერკულოზი და სხვა. სადღეისოდ საქართველოში ოფიციალურად რეგისტრირებული აივ ინფიცირებულიდან 67% ინტრავენური ნარკომანია. ინფექციური პათოლოგიების ცენტრში რეგისტრირებული C ჰეპატიტით დაავადებული

პირების 90% ასევე ინტრავენური ნარკომანები არიან. როგორც ირკვევა, 12-17 წლის ასაკში ყოველ მესამე მოზარდს უხდება ურთიერთობა ნარკოტიკული ნივთიერებების მომხმარებელთან, ხოლო მათი 5.5% თავად არის ნარკოტიკული საშუალებების სხვადასხვა ინტენსივობით მომხმარებელი.

როგორც მოგხსენებათ, ჩვენი ქვეყნის წინაშე საშიში პერსპექტივები იშლება ნარკობიზნესის განვითარების მხრივაც. გეოგრაფიული მდებარეობა, მოსახლეობის მიგრაცია, საერთაშორისო სავაჭრო ურთიერთობების გაღრმავება ხელსაყრელ პირობებს უქმნის ნარკობიზნესს და საქართველო ნარკოტიკების გადაზიდვის სატრანზიტო ქვეყნად გადაქცევის საშიშროების წინაშე დგას.

გაერო-ს ნარკოტიკებზე კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ მსოფლიო სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე შემუშავებულ მოხსენებაში ხაზგასმით არის აღნიშნული, რომ ნარკოტიკების უკანონო გადაზიდვებით დასაქმებული ორგანიზაციები ძირითადად იყენებენ ისეთ სახელმწიფოთა ტერიტორიებს:

- ა) რომლებიც არ წარმოადგენენ ნარკოტიკებზე კონტროლის საერთაშორისო ხელშეკრულებაში მონაწილე ქვეყნებს;
- ბ) რომლებმაც ოფიციალურად მოახდინეს გაერო-ს კონვენციათა რატიფიცირება, მაგრამ არ იცავენ მათში გათვალისწინებულ მოთხოვნებს;
- გ) სადაც ადგილი აქვს ისეთ პრობლემებს, როგორცაა სამოქალაქო ომი, ტერორიზმი, პოლიტიკური არასტაბილურობა, ეთნიკური კონფლიქტები, ეკონომიკური კრიზისი და სოციალური დამაბულობა;
- დ) სადაც მთავრობას არ ძალუძს საკუთარი ძალებით განახორციელოს კონტროლი ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე;
- ე) სადაც არა აქვთ შესაძლებლობა შექმნან სამართალდამცავი, საბაჟო და ფარმაცევტული კონტროლის ქმედითი სამსახურები.

გარდა ამისა, ნარკოტიკების ძირითადი მარაგი უკანონოდ ინახება ან გადაიზიდება იმ ქვეყნების გავლით, სადაც არასრულყოფილი, დაუხვეწავი კანონებია.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მომწიფა ნიადაგი იმგვარი ეროვნული კანონის შემუშავებისა და

ამოქმედებისა, რომელიც მოგვცემს როგორც ადგილობრივი სიტუაციით განპირობებულ, ისე საერთაშორისო მოთხოვნების შესაბამისი სახელმწიფო პოლიტიკის გატარების საშუალებას ნარკოტიკების კონტროლის სფეროში. მინდა მოგახსენოთ, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში მთავრდება ასეთ კანონზე მუშაობა და, ვფიქრობთ, რომ მომავალი წლის დასაწყისში წარმოგიდგენთ მას განსახილველად.

რაც შეეხება დღეს წარმოდგენილ კანონპროექტს, პირველ რიგში, გამოვხატავ რა გულწრფელ მადლიერების გრძნობას ყველა სამინისტროსა და უწყების მისამართით დოკუმენტის განხილვაში აქტიური მონაწილეობისთვის, ხაზგასმით მინდა აღვნიშნო, რომ კანონპროექტის განხილვისას წარმოდგენილი იყო საქმიანი და მისაღები შენიშვნები, რომლებიც გათვალისწინებულ იქნა ჩვენ მიერ. ზოგიერთი შენიშვნის ასახვა ვერ მოხერხდა მხოლოდ იმ მიზეზით, რომ რიგი პუნქტებისა, რომელთა მიმართ იყო შენიშვნები, ამოღებულ იქნა კანონპროექტიდან, რადგან იუსტიციის სამინისტრომ მიზანშეწონილად მიიჩნია მათი არა კანონით, არამედ კანონქვემდებარე აქტებით განსაზღვრა, რითაც კანონპროექტი განიტვირთა და, ჩვენი აზრით, უფრო დახვეწილი სახე მიიღო. აქვე მოგახსენებთ, რომ ყველა ასეთი შენიშვნა ან წინადადება გათვალისწინებულია და ასახვას პოვებს კანონქვემდებარე ნორმატიულ დოკუმენტებში.

გარდა ამისა, განხილვისას გამოთქმული მოსაზრებების გათვალისწინებით, კანონპროექტიდან მთლიანად იქნა ამოღებული შხამებთან დაკავშირებული პუნქტები, რამაც შესაძლებლობა მოგვცა დოკუმენტი მთლიანად მიგვეძღვნა მხოლოდ ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის რეგულირებასთან დაკავშირებული საკითხებისა და მათი უკანონო მიმოქცევის წინააღმდეგ მიმართული ღონისძიებებისთვის.

წარმოდგენილი კანონპროექტი მიზნად ისახავს რა საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვასა და საზოგადოებრივ უსაფრთხოებას, ადგენს სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ მცენარეების, ნივთიერებებისა და ფარმაცევტული პრეპარატების ლეგალური ბრუნვის სახელმწიფო პოლიტიკის სამართლებრივ საფუძვლებს. იგი ძირითადად ემყარება გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1961 წლის „ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ“ ერთიანი კონვენციით, 1971 წლის „ფსიქოტროპულ

ნივთიერებათა შესახებ“ და 1988 წლის „ნარკოტიკული საშუალებების და ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ“ კონვენციების მოთხოვნებს. ამასთანავე, ცხადია, გათვალისწინებულია ადგილობრივი ნარკოსიტუაციით განპირობებული მომენტებიც.

კანონპროექტი შემუშავებულია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ტიპური კანონმდებლობის შესაბამისად, რომელიც, თავის მხრივ, შედგენილია 25 ქვეყნის საუკეთესო კანონებზე დაყრდნობით.

კანონპროექტი შედგება 7 თავისა და 34 მუხლისგან. მასში თანმიმდევრულად არის ასახული სახელმწიფო პოლიტიკა ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა და პრეკურსორების ბრუნვასთან დაკავშირებულ საქმიანობასთან მიმართებაში. იგი აყალიბებს ამ ნივთიერებების სიების შედგენის, მათში დამატებების შეტანისა და ფარმაცევტულ პრეპარატებზე კონტროლის რეჟიმის განსაზღვრის პრინციპებს, აგრეთვე, მათი როგორც კანონიერი გამოყენების, ისე შეზღუდვის ან აკრძალვის საფუძვლებს, ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეპარატების და პრეკურსორების ბრუნვის სფეროში საქმიანობის ლიცენზირების, საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებებისა და ფარმაცევტული პრეპარატების იმპორტ-ექსპორტის და რექსპორტის პირობებს. კრძალავს ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების შემცველი მცენარეების კულტივირებას, აკანონებს ასეთი მცენარეების ამოღებას, კონფისკაციას და განადგურებას. დოკუმენტში განსაზღვრულია სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მცენარეების, ნივთიერებების და პრეპარატების ლეგალური ბრუნვის სფეროში საქმიანობის სახეები.

კანონპროექტში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო გამოყენებისთვის აკრძალული ნარკოტიკული საშუალებების და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ნებისმიერი სახის ტრანზიტის აკრძალვას საქართველოს ტერიტორიის გავლით, თავისუფალი ვაჭრობის პორტებში და ზონებში კონტროლის რეჟიმის გამკაცრების შესაძლებლობას, აღნიშნული ნივთიერებების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ მიმართულ სხვა ღონისძიებებს. გამოკვეთილია ამ სფეროში საქმიანობის კონტროლისადმი

კომპლექსური მიდგომის აუცილებლობა. ამავე დროს, მკაცრი ზედამხედველობის პირობებში, გათვალისწინებულია იმ ნივთიერებების გამოყენების შესაძლებლობაც, რომლებიც, მართალია წარმოადგენენ ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული საშუალებების უკანონო დამზადებისთვის საჭირო ნივთიერებებს, მაგრამ მაღალი სამრეწველო ღირებულება გააჩნიათ, რაც მნიშვნელოვანია სამამულო მრეწველობის განვითარებისთვის.

აქვე მინდა თქვენი ყურადღება მივაპყრო ერთ მომენტს. კერძოდ, კანონპროექტის განხილვისას იუსტიციის სამინისტრომ, სრულიად სამართლიანად, აღნიშნა, რომ კანონის სრული დატვირთვით ამოქმედება შესაძლებელი გახდება მხოლოდ შესაბამის კონვენციებთან საქართველოს მიერთების შემდეგ.

იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოს პარლამენტის მიერ მიმდინარე წლის მასში რატიფიცირებულ იქნა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1971 წლის „ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა შესახებ“ და 1988 წლის „ნარკოტიკული საშუალებების და ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ“ კონვენციები, აუცილებელ პირობად მიგვაჩნია 1961 წლის „ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ“ ერთიან კონვენციასთან საქართველოს უახლოეს პერიოდში მიერთების დადებითად გადაწყვეტა, რის შესახებაც ოფიციალურად მივმართეთ საგარეო საქმეთა სამინისტროს, რომელმაც, თავის მხრივ, განიხილა აღნიშნული დოკუმენტი და მისცა პროცედურით გათვალისწინებული მიმართულება.

ამ საკითხის მოგვარება კანონის სრულყოფილად ამოქმედების საშუალებას მოგვცემს და, როგორც საერთაშორისო ხელშეკრულებების წევრი ქვეყანა, საქართველო უახლოეს მომავალში ჩაებმება ნარკოტიკებზე კონტროლის საერთაშორისო სფეროში, ხოლო კანონის მიღება და ამოქმედება, თავის მხრივ, შექმნის საერთაშორისო კონვენციებით გათვალისწინებულ მოთხოვნათა შესრულების სამართლებრივ საფუძვლებს და ხელს შეუწყობს ნარკოტიკული საშუალებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის დახვეწილი სისტემის ჩამოყალიბებას, რასაც ქვეყანაში შექმნილი მძიმე სიტუაციიდან გამომდინარე, სასიცოცხლო მნიშვნელობა ენიჭება ჩვენი მომავლისთვის.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

1998 წლის 9 დეკემბერი

**სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში განსახლებულ დევნილთა
1999 წლის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

იძულებით გადაადგილებული მოსახლეობის სოციალურ უზრუნველყოფაში, რომელიც ქვეყნის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს, დიდი როლი ენიჭება ამ კონტინგენტის სამედიცინო დახმარების საკითხს და მის გაუმჯობესებაზე მიმართულ მასშტაბურ ღონისძიებათა კომპლექსის სრულფასოვან განხორციელებას.

დევნილთა მძიმე საყოფაცხოვრებო პირობებით, ეკონომიკური სიდუხჭირით, კომპაქტურად ჩასახლების ადგილებში არსებული არადაამაკმაყოფილებელი სანიტარული მდგომარეობით და რიგი სხვა სერიოზული უარყოფითი ფაქტორებით იყო განპირობებული იძულებით გადაადგილებულ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების რეალური საფრთხე, რისი აშკარა ნიშნები შეიმჩნეოდა 1993-1996 წლებში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ გაწეულია გარკვეული მუშაობა დევნილთა, მათ შორის, სამეგრელოში განსახლებულთა, სამედიცინო მომსახურების სრულყოფის მიზნით.

1993-1998 წლებში სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში ხორციელდებოდა დევნილი მოსახლეობის სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვები ავადობის აქტიური გამოვლენის პროგრამით, ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარებით, დევნილთა სამედიცინო დაწესებულებებს ამარაგებდა მედიკამენტებით. მიუხედავად ამისა, მოსახლეობის ამ კატეგორიის სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა მაინც პრობლემად რჩება, რადგან ვერ მოხერხდა მათი მუნიციპალურ პროგრამაში ჩართვა, რაც იმითაა განპირობებული, რომ

მხარეში თვით ადგილობრივ მოსახლეობაზე მუნიციპალური მინიმუმით ერთ სულზე გათვალისწინებული 2.5 ლარის ნაცვლად 1997 წელს გამოყოფილ იქნა მხოლოდ 89 თეთრი.

არსებული ვითარების მკვეთრი გაუარესება გამოიწვია 1998 წლის მაისში გალში მომხდარი ცნობილი მოვლენების შედეგად განმეორებით დევნილთა 50 ათასიანი კონტიგენტის გადმოსვლამ. შექმნილი პრობლემის აქტუალობა ძირითადად განპირობებულია ისეთი ფაქტორებით, როგორცაა მხარეში დევნილთა დიდი რაოდენობის კონცენტრაცია, მათი მნიშვნელოვანი ნაწილის კომპაქტურად განსახლება, უმეტესწილად არასაცხოვრებელ შენობებში, სადაც არ არის ელემენტარული საყოფაცხოვრებო და სანიტარული პირობები. ეს კი სოციალურ და ეკონომიკურ სიდუხჭირესთან ერთად უარყოფით ფონს ქმნის ჯანმრთელობისთვის.

შექმნილ მდგომარეობაზე ოპერატიული რეაგირების მიზნით 22 მაისს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის განკარგულებით შეიქმნა საგანგებო მდგომარეობის მართვის ზუგდიდის დროებითი შტაბი. მის უმთავრეს ფუნქციად განისაზღვრა კონფლიქტის შედეგად დაჭრილი, დაზარალებული და დაავადებული მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ორგანიზება. ზუგდიდის მრავალპროფილიანი საავადმყოფო „რესპუბლიკა“, ინფექციური და ცენტრალური საავადმყოფოები, ცალკეული პოლიკლინიკები გადაყვანილ იქნა მუშაობის საგანგებო რეჟიმზე. სტაციონარებში გაძლიერდა ქირურგიული, ანესთეზიოლოგიური და სარეანიმაციო ბრიგადები.

სულ ჰოსპიტალიზებულ იქნა 1750-მდე განმეორებით დევნილი. მათ შორის, 52 დაჭრილი, რომელთაგან 4 გარდაიცვალა. თბილისისა და ქუთაისის კლინიკებში დამატებითი მკურნალობისათვის გადაყვანილ იქნა 44 დევნილი, მათ შორის 12 დაჭრილი. ყველა სტაციონარული პაციენტის მკურნალობა და სამჯერადი კვება უზრუნველყოფილი იყო სახელმწიფოს მიერ.

განვლილ სამთვიან პერიოდში რეგისტრირებულია 21,342 ამბულატორიული მიმართვა, მათ შორის, 18,700 – დევნილთა ზუგდიდის პოლიკლინიკაში. ზუგდიდის მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს „რესპუბლიკა“ ბაზაზე შეიქმნა საკონსულტაციო პოლიკლინიკა, რომელსაც მიმართა 890-მდე ავადმყოფმა, მათ შორის, 140 ჰოსპიტალიზებულ იქნა.

ზუგდიდის სასწრაფო სამედიცინო დახმარებამ განახორციელა დევნილთა 786 გამოძახება (16.2% იყო ბავშვი), რომელთაგან 192 დევნილს დასჭირდა ჰოსპიტალიზაცია. ჯვარის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურმა შეასრულა 500-მდე გამოძახება. მნიშვნელოვანი მუშაობა გასწიეს ზუგდიდის მოზრდილთა პოლიკლინიკამ, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურმა გაერთიანებამ, კანისა და ვენსნეულებათა დისპანსერმა, ქალთა კონსულტაციამ, ჯვარის დევნილთა ამბულატორიამ, დარჩელის და ჯვარის საავადმყოფოებმა.

საგანგებო მდგომარეობის მართვის ზუგდიდის დროებით შტაბთან შეიქმნა წამყვანი სამედიცინო დაწესებულებების სპეციალისტებით დაკომპლექტებული მობილური საექიმო ბრიგადები, რომელთა მიერ, კომპაქტური ჩასახლებების ობიექტებში გასინჯულ იქნა 19480 განმეორებით დევნილი, რამაც მათი საერთო რაოდენობის 45% შეადგინა. ტუბერკულოზზე გამოკვლეულ იქნა 3500-მდე დევნილი, 1000-მდე პაციენტი კონსულტირებულ იქნა ფსიქიატრების მიერ. ყველა გამოვლენილ ავადმყოფზე გაიცა შესაბამისი მედიკამენტები.

მხარეში სერიოზული მუშაობა გაწიეს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულმა ცენტრმა, სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტმა, სხვა სტრუქტურულმა ქვედანაყოფებმა, რითაც, უმძიმესი პირობების მიუხედავად, შესაძლებელი გახდა მწვავე ინფექციური დაავადებების აღმოცენებისა და გავრცელების თავიდან აცილება.

აღნიშნულმა გარემოებამ, და აგრეთვე, საქართველოს პრეზიდენტის 1998 წლის 31 ოქტომბრის N614 ბრძანებულებამ „ზუგდიდისა და ზუგდიდის რაიონის სკოლებსა და უმაღლეს დაწესებულებებში განთავსებული გალიდან დევნილი მოსახლეობის დროებით საცხოვრებელ ადგილებში ჩასახლების, მათი სოციალური და ყოფითი პირობების გაუმჯობესებისა და ზამთრის სეზონისათვის მზადების ღონისძიებათა შესახებ“ განაპირობა განსახილველად გამოტანილი „სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში განსახლებულ დევნილთა 1999 წლის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის“ აქტუალობა.

პროგრამის სტრატეგიული მიზანია სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში განსახლებული დევნილი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების

შემდგომი გაუმჯობესება და მისდამი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს მიერ სათანადო დაფინანსების გზით.

პროგრამით განსაზღვრულია, სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში მცხოვრები ყველა დევნილის (104,525 პირი) ჯანმრთელობის დაზღვევა, რისთვისაც დამატებით გამოყოფილი იქნება 400 ათასი ლარი. ამისათვის საჭიროა უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის ტრანსფორმირება და ახალი ინდივიდუალური სადაზღვევო პოლისების შემუშავება, რაც უზრუნველყოფს დევნილებისთვის სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების სრული მოცულობით მიწოდებას თანაგადახდის პრინციპის გარეშე.

სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებული იქნება სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების სახელმწიფო სტანდარტებით გათვალისწინებული სახეები, ანტირაბიული დახმარება, მეოთხე კლინიკური ჯგუფის ონკონკურაბელური ავადმყოფების ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით მომარაგება და სხვა.

პროგრამის რეალიზებამ კეთილსასურველი გავლენა უნდა იქონიოს დევნილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რადგან გადაწყვეტს ისეთ ამოცანებს, როგორცაა:

- სოციალურად დაუცველი ამ კონტინენტის ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებით მოცვა;
- გაწეული სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის ამაღლება;
- დევნილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი.

გარდა აღნიშნულისა, შესაძლებელი იქნება დევნილთა სამედიცინო მომსახურების ერთიანი კონტროლი და მიღებული შედეგების სრულყოფილი ანალიზი, პროგრამის შესრულებაში მონაწილე სამედიცინო საწესებულებების ოპტიმიზაცია, საჭიროების შემთხვევაში კი პროგრამის მაჩვენებლების საკორექციო ღონისძიებების დადგენა და ოპერატიულად განხორციელება.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის სხდომა

1999 წლის 10 მარტი

**ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ 1998 წელს გაწეული
მუშაობის ანგარიში**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

1998 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ახალი ეტაპი დაიწყო, რომელიც მისი მართვისა და ორგანიზების მოდელის კომპლექსურ დანერგვასა და შემდგომ ახალი მოდელის ადაპტირებას, სრულყოფასა და დახვეწას მოიცავდა.

ამ პროცესის წარმატებით მიმდინარეობის იმედს იძლეოდა 1994 წელს დაწყებული მაკროეკონომიკური სტაბილიზაციის პროგრამის განხორციელებით მიღწეული გარკვეული ეკონომიკური ზრდა. შედარებით გაიზარდა მოსახლეობის შემოსავლები, ხელფასები და პენსიები, თანდათანობით ამუშავდა მცირე და საშუალო ბიზნესი, შემცირდა უმუშევართა რაოდენობა. თუმცა 1995-1997 წლებში დაფიქსირებულ პოზიტიურ ტენდენციებს მნიშვნელოვანი დაღი დაასვა 1998 წელს როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ განვითარებულმა მოვლენებმა. კერძოდ, მათის თვეში გალის რაიონში საომარ მოქმედებათა განახლებამ, ლტოლვილთა ახალმა ნაკადმა და გლობალურმა ფინანსურმა კრიზისმა საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ძირითად ტენდენციებში პოვა ასახვა. საქართველო არ აღმოჩნდა სიცოცხლისუნარიანი საგარეო შოკების მიმართ და ვერ აიცილა თავიდან მეზობელი ქვეყნების – თურქეთის და განსაკუთრებით რუსეთის სავალუტო კრიზისების ზემოქმედება.

შექმნილმა მდგომარეობამ უარყოფითი გავლენა იქონია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე, რომლის ცივილიზებული მეთოდებით მართვისა და

განვითარების პროგნოზირების აუცილებელი პირობა მყარი სამართლებრივი საფუძველი და ადექვატური ფინანსური უზრუნველყოფაა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები მუშავდებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სამართლებრივი უზრუნველყოფის ერთიანი კონცეფციის ფარგლებში, რომლის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია 1997 წელს მიღებული ჩარჩო-კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. კანონში ასახული დებულებები სრულად შეესაბამება საქართველოს კონსტიტუციას, საერთაშორისო სამართლის საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და ნორმებს, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს. მისი კონცეფციური საფუძველია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის, ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის, ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის დეკლარაციებში, პაქტებში, ქარტიებში და კონვენციებში გაცხადებული დებულებები, აგრეთვე ქართული მედიცინის ტრადიციული მენტალური მახასიათებლები.

საანგარიშო პერიოდში მიღებულ იქნა კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“. შემუშავდა და პარლამენტს გადაეცა დასამტკიცებლად კანონპროექტები „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“, „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკული საშუალებების, „ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეპარატების და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის შესახებ“ და „მოქალაქეთა უფლებების შესახებ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში“. შემუშავდა და მთავრობის სხდომაზე განსახილველად მომზადდა კანონპროექტები – „სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების შესახებ“ და „ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ“. გარდა ამისა, გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის 4 ბრძანებულება და 6 განკარგულება.

რაც შეეხება ფინანსურ უზრუნველყოფას, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების საქმეში უმთავრესი პრობლემა არათანმიმდევრული, არარეგულარული და, რაც მთავარია, არასრული დაფინანსებაა.

განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობის დაცვაზე კოლოსალურ თანხები იხარჯება. სხვადასხვა ქვეყანაში ეს დანახარჯები მერყეობს 1000-დან 3000 დოლარამდე ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში, ხოლო აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებში კი ეს დანახარჯები შეადგენს დაახლოებით 100-დან 1000-მდე აშშ დოლარს. ექსპერტული შეფასებით გამოთვლილია, რომ ყოფილი საბჭოთა კავშირის პერიოდში არსებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობით შესანარჩუნებლად ერთ სულ მოსახლეზე ყოველწლიურად 120-150 აშშ დოლარია საჭიროა, რაც ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობაზე გადათვლით 600-750 მილიონი აშშ დოლარის ეკვივალენტს შეადგენს, ეს კი თითქმის საქართველოს დღევანდელი ბიუჯეტის ტოლია.

რეალურად რა მდგომარეობა გვაქვს? 1998 წლის ბიუჯეტში ყველა სახის ჯანდაცვით მომსახურებაზე და პროგრამებზე (ცენტრალური, მუნიციპალური, უწყებრივი) გათვალისწინებული იყო 100 მილიონ ლარამდე, რაც ერთ სულ მოსახლეზე გადათვლით წლის განმავლობაში დაახლოებით 20 ლარს შეადგენს.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და საერთაშორისო ორგანიზაციების ექსპერტების მიერ ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ ბოლო ორი წლის განმავლობაში საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვაზე (სამკურნალო საშუალებების ჩათვლით) წელიწადში 300 მილიონ ლარამდე იხარჯება (დაახლოებით 60 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე). მოსახლეობა საკუთარი ჯიბიდან იხდის ამ თანხის 87%-ს. 1996 წელს, როდესაც ჯანმრთელობის დაცვამ ბიუჯეტით გამოყოფილი თანხები ავად თუ კარგად მიიღო, შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის მიერ სამკურნალო დაწესებულებებისთვის გადახდილი 10 მილიონი ლარის ლეგალიზება. მომდევნო ორ წელიწადში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების კლებას მოჰყვა მოსახლეობის მიერ გადახდილი თანხების ლეგალიზების შემცირება. სამწუხარო ტენდენციაა, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტი 1998 წელს განმავლობაში მხოლოდ 58%-ით შესრულდა, ე.წ. „შავი ბაზრის“ არსებობა არ უნდა გაგვიკვირდეს.

მნელია ისაუბრო რაიმე პრობლემის გადაწყვეტაზე, როდესაც მისი განხორციელების გზები ნათელია, მაგრამ არ არსებობს შესატყვისი მატერიალური საფუძველი. ჭეშმარიტებაა, მაგრამ ვფიქრობთ, მაინც უნდა აღინიშნოს, რომ არსებული ფინანსური შესაძლებლობების უკეთ გამოყენება შეიძლება, თუკი სახსრები მიღებულ იქნება დროულად, და არა ისეთი დაგვიანებით, როგორც ეს ამჟამად ხდება. ჩვენი აზრით, რეორიენტაციის პროცესში გაცილებით უფრო მეტის გაკეთება იქნებოდა შესაძლებელი იმ შემთხვევაში, თუ იგივე დეფიციტური დაფინანსება პერმანენტული და რეგულარული იქნებოდა. ეს, სამწუხაროდ, ეხება ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსებას ყველა დონეზე, მაგრამ განსაკუთრებით მტკივნეულია ხარვეზები „ცენტრალური“ პროგრამების დაფინანსებაში, რასაც მთელი ქვეყნის მასშტაბით დისონანსი შეაქვს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფუნქციონირებაში.

უპირველესად სადავოა ცენტრალური ბიუჯეტიდან დაფინანსების დაგეგმვის გრაფიკი. საქართველოს ფინანსთა სამინისტრომ შემოიღო ახალი კატეგორია, რომელიც საბიუჯეტო კანონმდებლობით არაა გათვალისწინებული. მას „ლიმიტი“ ეწოდება. ფინანსთა სამინისტრო ვერ ცვლის წლიური დაფინანსების მოცულობას, მაგრამ აწესებს „ლიმიტებს“, ანუ წლის განმავლობაში მისაღები თანხებიდან თუ რამდენის გამოყოფას ვარაუდობს ცალკეულ თვეებში. როგორც წესი, წლიური დაფინანსების მთავარი სიმძიმე მეოთხე კვარტალზე და ისიც დეკემბერზე მოდის, რითაც იჩქმალება წლის განმავლობაში წარმოქმნილი დეფიციტი და კრიტიკული სიტუაცია ფაქტზე ვერ რეაგირების პროცესში არ ფიქსირდება.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო („ცენტრალური“) პროგრამები სამწუხაროდ ამგვარ „ლიმიტირებას“ ვერ ეგუება. მოსახლეობა ძირითადად თანაბარზომიერად ავადდება. ამიტომ დაფინანსებაც შესაბამისად უნდა ხორციელდებოდეს. უფრო მეტიც, გარკვეული ავანსირებაცაა აუცილებელი, რათა სამედიცინო დაწესებულებამ შეძლოს მომზადება ურთულესი სამედიცინო პროცედურების შესასრულებლად. მაგრამ ფინანსთა სამინისტრო ამ თავის „გამოგონებას“ არანაირი არგუმენტით არ უარყოფს და ისედაც რთულ პირობებში მყოფ დარგს კიდევ უფრო უძნელებს ცხოვრებას.

როგორც უკვე აღვნიშნე, 1998 წლის ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების საგეგმო დავალება მხოლოდ 58%-ით შესრულდა, რაც იმას ნიშნავს, რომ საქართველოს მოსახლეობამ ვერ მიიღო 1998 წლის ბიუჯეტის კანონით გარანტირებული სამედიცინო მომსახურება.

ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის დეფიციტურ დაფინანსებას ქრონიკული ხასიათი გააჩნია. ჯერ კიდევ რეფორმის დაწყებამდე, 1994 წელს დამტკიცებული გეგმა 60,3%-ით შესრულდა და დარგს დააკლდა 755,3 ათასი ლარი. ამგვარი მდგომარეობა გაგრძელდა 1995 წელსაც და რეფორმის ურთულესი სასტარტო წელი 10,2 მილიონი ლარის დეფიციტით იქნა დამთავრებული. მდგომარეობა შედარებით გამოსწორდა 1996 წელს, როდესაც გეგმის შესრულების დონემ 91,2%-ს მიაღწია და დანაკლისი მხოლოდ 1,9 მილიონ ლარს შეადგენდა. სამწუხაროდ, 1997 წლიდან დეფიციტური დაფინანსების მძიმე სენმა განსაკუთრებული სიმწვავეით იჩინა თავი და ამ წლის განმავლობაში ფაქტიურად გამოყოფილმა დაფინანსებამ ბიუჯეტის შესახებ კანონით დამტკიცებული ოდენობის მხოლოდ 56,4% შეადგინა, აქედან ცენტრალური ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ტრანსფერტი მხოლოდ 40,9% იყო და აბსოლუტურმა დანაკლისმა 21,5 მილიონ ლარს მიაღწია.

1998 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტით დამტკიცებული იყო 36 სახელმწიფო პროგრამა, მათ შორის, 11 სამედიცინო პროფილაქტიკის, 9 სადაზღვევო და 16 სხვა ჯანდაცვითი პროგრამა. მათი საერთო ღირებულება განისაზღვრა 54,220 მილიონი ლარის ოდენობით. წლის განმავლობაში მთლიანად ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების საგეგმო დავალება მხოლოდ 58%-ით შესრულდა. მათ შორის: პრევენციის პროგრამები დაგეგმილის 52%-ით, სადაზღვევო პროგრამები – 55%-ით, ხოლო სხვა პროგრამები – 73%-ით დაფინანსდა.

აბსოლუტურმა დეფიციტმა ყველა პროგრამებით შეადგინა 22,762 მილიონი ლარი. პროგრამების დაფინანსების დეფიციტი შემოსავლების ორივე წყაროზე მოდის, კერძოდ, ტრანსფერტმა ცენტრალური ბიუჯეტიდან გემის 60%, ხოლო სადაზღვევო შესატანმა – 53,8% შეადგინა.

ზემოხსენებული დაფინანსების პირობებში, რომელიც წლის დასაწყისიდანვე დეფიციტით ხორციელდებოდა და ცენტრალური ბიუჯეტიდან ტრანსფერტის სახით გამოყოფილი 18,8 მილიონი ლარიდან 25%-ზე მეტი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემამ დეკემბრის ბოლო ორ კვირაში მიიღო, შეუძლებელი გახდა დამტკიცებული პროგრამების სრული მოცულობით შესრულება. ამიტომაც ხორციელდებოდა ცალკეული პროგრამების მხოლოდ გადაუდებელი ღონისძიებანი, რომელთა სრული მოცულობით დაფინანსება მაინც ვერ ხერხდება.

ყველაზე ცუდად სამედიცინო პროფილაქტიკის პროგრამები დაფინანსდა (დაგეგმილის 52%), რამაც უარყოფითი გავლენა იქონია მოსახლეობის იმუნოზაციისათვის აუცილებელი ვაქცინებით დროულ მომარაგებასა და „ვივი ჯაჭვის“ კონტროლის რეგულარულ სამუშაოებზე, რაც ერთგვარად აისახა ვაქცინაციით მოსახლეობის მოცვის კლებაში.

გართულდა ეპიდზედამხედველობა და საკარანტინო სამუშაოები, განსაკუთრებით საშიში და მასთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლი და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკა, მართვა და კოორდინირება, რეაქტივების, სადებიზინფექციო საშუალებებისა და სხვათა მინიმალური მარაგის შექმნა, გამომწვევთა გამოყოფისა და იდენტიფიცირების ლაბორატორიული ბაზის განმტკიცება და გამართული მუშაობის უზრუნველყოფა.

დიაგნოსტიკუმების შეძენაში შექმნილი სირთულეების გამო კრიტიკულ მდგომარეობაში აღმოჩნდა შიდსის საწინააღმდეგო სამსახური, შეიქმნა ნარკოტიკული და ალკოჰოლური თრობის დიაგნოსტიკისა და ექსპერტიზის ჩაშლის საშიშროება. ვერ განხორციელდა რისკ-ჯგუფებში შემავალი კონტინგენტის მკურნალობა გონოკოკურ ინფექციებზე, სქესობრივი გზით გადაცემად ქლამიდიურ დაავადებებზე და პირველი ხანის ადრეულ ათამანგზე. ვერ განხორციელდა გარემოში (ნიადაგი, წყალი და სხვა) იოდისა და სხვა მიკროელემენტების, კერძოდ, რკინის შემცველობის განსაზღვრა. წლის ბოლოს შეჩერდა ჰორმონალური კვლევებიც, რადგან ვერ მოხერხდა ტესტ-სისტემების შესყიდვა.

ვერ განხორციელდა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისა და ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამებით გათვალისწინებული მეტად მნიშვნელოვანი და პერსპექტიული ღონისძიებები, ხოლო, რაც შეეხება მიკროელემენტების ცვლის მოშლით გამოწვეულ დარღვევათა წინააღმდეგ ბრძოლის პროგრამას, იგი, დაუფინანსებლობის გამო, საერთოდ ვერ განხორციელდა.

არანაკლებ სავალალო მდგომარეობა შეიქმნა სადაზღვევო პროგრამების შესრულებაშიც, რომელთა დაფინანსება მხოლოდ 55%-ით განხორციელდა. ამის გამო ვერ მოხერხდა ფსიქონევროლოგიური დისპანსერების უზრუნველყოფა ფსიქოტროპული მედიკამენტებით, რამაც მნიშვნელოვნად გააუარესა და რიგ შემთხვევებში მთლიანად მოშალა ფსიქიატრიული ავადმყოფების მკურნალობის სქემა. ვერ იქნა უზრუნველყოფილი სამკურნალო-რეაბილიტაციური ღონისძიებები, ირღვეოდა ტუბერკულოზით დაავადებულთა კონტროლირებადი ქიმიოთერაპიის ძირითადი პრინციპი, ხშირი იყო შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევები.

არასრული და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, არარეგულარული დაფინანსების გამო ვერ ხერხდებოდა საავადმყოფოთა ავთიაქების მომარაგება, რის გამოც პაციენტებს ხშირად უხდებოდათ სახელმწიფოს მიერ მათთვის გარანტირებული სამკურნალოწამლო და სამედიცინო დანიშნულების საშუალებების შექმნა, რაც იწვევდა სახელმწიფო პროგრამების დისკრედიტაციას მოსახლეობაში.

შესაბამისი სატრანსპორტო და სპეციალური ტექნიკური საშუალებების შექმნისათვის თანხების არარსებობის გამო ვერ მოხერხდა ორსულთა და ჩვილ ბავშვთა რეფერალური დახმარების ორგანიზება. რეაქტივების უქონლობის გამო არ ტარდებოდა სტანდარტით გათვალისწინებული გამოკვლევები B და C ჰეპატიტის ვირუსებზე. ვერ განხორციელდა ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარება გეგმით გათვალისწინებულ ფარგლებში.

მიუხედავად იმისა, რომ სხვა ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებამ 73% შეადგინა, შექმნილმა დეფიციტმა მნიშვნელოვნად შეაფერხა ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად ჰიგიენური ნორმირებისა და მასზე სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის

სახელმწიფო პროგრამის შესრულება და ამით სერიოზული საფრთხე შეუქმნა საქართველოს მოსახლეობას. ამის დასტურად საკმარისია თბილისში ამებიანის აფეთქების მაგალითის მოყვანა.

ვერ მოხერხდა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ცენტრის ლაბორატორიების სრულყოფილი ფუნქციონირებისთვის აუცილებელი რეაქტივების, შრატებისა და ქიმიკატების შეძენა, მორგის რეკონსტრუქცია და ტექნიკური აღჭურვა, კატასტროფების შემთხვევებისთვის გათვალისწინებული სამედიცინო რეზერვის გეგმიური შევსება-განახლება, ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაწესებულებების რეაბილიტაცია.

ვერ განხორციელდა ქვეყნისთვის აუცილებელი სპეციალისტების მომზადების პროცესის დაწყება დარგობრივ რეზიდენტურებში, სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების სრული მოცულობით დაფინანსება და მრავალი სხვა.

კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობა შექმნილი მუნიციპალური პროგრამების დაფინანსებაში. გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ ეს საკითხი პრაქტიკულად თვითდინებაზეა მიშვებული. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს კანონმდებლობით ამ პროგრამების დასაფინანსებლად განისაზღვრა ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან ერთ სულ მოსახლეზე სავალდებულო მინიმუმის – 2,5 ლარის გამოყოფა, აღნიშნულ დავალებას თავი ვერ გაართვა ქვეყნის რეგიონებისა და რაიონების უმრავლესობამ. გამონაკლისს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა, ქალაქები თბილისი და ფოთი წარმოადგენს, რომელთაც შეძლეს კანონით დადგენილ მინიმუმზე მეტი სახსრების გამოყოფა.

ძნელია ვილაპარაკოთ რეგიონის ხელმძღვანელობის „ზრუნვაზე“ საკუთარი მოსახლეობის მიმართ, როდესაც ერთი მოქალაქის ჯანმრთელობის დაცვაზე წლის განმავლობაში ბიუჯეტიდან გამოყოფენ 80-90 თეთრს, მაშინ, როდესაც ბიუჯეტის შესრულების მაჩვენებელი უმეტეს შემთხვევაში 80%-ზე მეტია.

მუნიციპალური პროგრამების დაფინანსების მდგომარეობა ერთი სავალალო დასკვნის გაკეთების საშუალებას იძლევა – მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ადგილობრივი ხელმძღვანელებისთვის არათუ პრიორიტეტული, არამედ მათი ინტერესების სფეროს მიღმაა.

განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაა მუნიციპალური პროგრამების დაფინანსების მხრივ ცალკეული რაიონების მიხედვით. 1998 წელს ვანის, თიანეთისა და მარტვილის რაიონებში ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილ იქნა 20 თეთრი (გეგმის 8%), ჩხოროწყუსა და მარნეულის რაიონებში – 30 თეთრი (გეგმის 12%), ბაღდათის რაიონში – 40 თეთრი (გეგმის 16%). თუ აღნიშნულმა რაიონებმა ჯანდაცვის დაფინანსებისადმი ასეთი დამოკიდებულება შეიძლება „გამართლონ“ რაიონული ბიუჯეტების შესრულების დაბალი (50%-ის ფარგლებში) მაჩვენებლებით, პრაქტიკულად არანაირი გამართლება არ შეიძლება მოეძებნოს გარდაბნის (ბიუჯეტის შესრულება – 93.3%, ჯანდაცვის დაფინანსება 35.1%), ნინოწმინდის (შესაბამისად – 85.9% და 31.3%), აბაშის (შესაბამისად – 80.9%, 21.8%) რაიონებს.

მუნიციპალური პროგრამების ასეთი დონით დაფინანსება მნიშვნელოვნად კომპენსირდება ფედერალური პროგრამების ხარჯზე. შეიძლება ითქვას, რომ რეგიონების უმეტესობაში სამედიცინო დაწესებულებების არსებობის საფუძველს ცენტრალური ბიუჯეტიდან მიღებული სახსრები წარმოადგენს. მთლიანად ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მიღებული შემოსავლების 49,1% ცენტრალურ პროგრამებზე მოდის, 26% – შიდა სტანდარტების საფასურზე და მხოლოდ 24.9% – მუნიციპალურ დაფინანსებაზე.

ამგვარ სიტუაციაში თავს იჩენს ყოველგვარი ნეგატიური მოვლენა, კერძოდ, პროგრამით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებაში მოსახლეობას უწევს არარეგლამენტირებული თანხის გადახდა, სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტი კარგავს ფუნქციას და ძნელდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი. „ველური“ სამედიცინო ბაზრის ადგილზე წარმოიქმნება სახელმწიფოს მიერ რეგლამენტირებული, მაგრამ ვერკონტროლირებადი ბაზარი, რომლის უარყოფით შედეგებზე თავად სახელმწიფოა პასუხისმგებელი.

აუცილებელია ასეთი პრაქტიკის შეწყვეტა და სახელმწიფო ვალდებულებების უცილობელი შესრულება. ამისათვის კი საჭიროა ვალდებულებების აღების წინ უფრო მეტი რეალიზმი და, თუ მას საფინანსო უზრუნველყოფა არ გააჩნია,

მაშინ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს დაფინანსება პრიორიტეტული უნდა გახდეს, თუნდაც სხვა ვალდებულებების გადავადების ხარჯზე.

ამას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში ხელისუფლების შესახებ საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებაში. 1998 წელს სხვადასხვა ჯანდაცვითი პროგრამებით სამედიცინო მომსახურება მიიღო 3 მილიონზე მეტმა ადამიანმა, რაც იმას ნიშნავს, რომ პრაქტიკულად ყველა ოჯახმა თავისთავზე გამოცადა ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებების შესრულება. იმ შემთხვევაში, თუ მათ დააფიქსირეს სიყალბე, მაშინ მისი განზოგადება ხელისუფლებაზე ხორციელდება.

ამიტომ საჭიროა, რომ თუნდაც 1999 წელს უზრუნველყოფილ იქნეს ცენტრალური ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების სტაბილურობა და რიტმულობა. ამასთანავე, გაიზარდოს ამ პროგრამებში „მასიური ეფექტის“ ხვედრითი წილი. კერძოდ:

- სოფლის მოსახლეობის პირველადი ჯანდაცვა უნდა განხორციელდეს ცენტრალური სადაზღვევო პროგრამით, რაც ხელს შეუწყობს მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის ექიმთან მისვლის ხელმისაწვდომობას და უზრუნველყოფს ქვეყანაში 2500-მდე გარანტირებული სამუშაო ადგილის არსებობას სამედიცინო პერსონალისთვის. ეს ხალხი, განფენილი მთელს ქვეყანაში, ცენტრალური ხელისუფლების იმედზე იქნება;
- განხორციელდეს მასიური პროფილაქტიკური პროგრამების (იმუნოზაცია, ავადობის აქტიური გამოვლენა და სხვა) გააქტიურება და გაფართოება;
- მოხდეს ქრონიკული ავადმყოფების აღრიცხვა და მათი მედიკამენტოზური უზრუნველყოფა.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადგილობრივი მმართველობის ორგანოების ფუნქციების დაკონკრეტება. მათ უნდა უზრუნველყონ სასწრაფო და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება და სიცოცხლისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა.

მიუხედავად შექმნილი ფინანსური სიძნელებისა, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ცდილობდა მის ხელთ არსებული მწირი რესურსების

ოპტიმალურ გამოყენებას და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოსახლეობის მოთხოვნილებების შეძლებისდაგვარად დაკმაყოფილებას.

პროფილაქტიკური პროგრამების ფარგლებში ჩატარდა 832,2 ათასი აცრავიზიტი, გამოკვლეულია 100 ათასზე მეტი ფიზიკური პირი და ობიექტი ინფექციურ დაავადებებზე, 33,6 ათასი – ნარკომანიაზე, 155,2 ათასი – იოდდეფიციტით გამოწვეულ დარღვევებზე, 26,5 ათასი დონორის სისხლი B და C ჰეპატიტის, შიდსის და სიფილისის გამომწვევებზე, 79,7 ათასი – სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე. ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამის მეშვეობით სამედიცინო მომსახურება გაეწია 203,3 ათას პაციენტს.

უნდა აღინიშნოს, რომ პროფილაქტიკური პროგრამები ხასიათდება რა მოსახლეობის მაღალი მოცვით და განაპირობებს ქვეყნის ეპიდკეთილსაიმედო მდგომარეობის შენარჩუნებას თავისი სოციალური, პოლიტიკური თუ ეკონომიკური გამოსავლებით, აუცილებლად საჭიროებს უწყვეტი და სრული მოცულობით დაფინანსებას. წინააღმდეგ შემთხვევაში, სხვა სექტორებში არსებული ხარვეზებისა და აღებულ ვალდებულებათა დაუბალანსებლობის პირობებში, ნაწილობრივი დაფინანსება უკუეფექტებს გამოიწვევს.

სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში ჩატარდა ფსიქიატრიის ინსტიტუტის ეტაპობრივი რეორგანიზაცია და ფსიქიატრიული დახმარების ამბულატორიული ქსელის ოპტიმიზაცია, რითაც მოხერხდა ამბულატორიული და სტაციონარული დაწესებულებების მინიმალურ დონეზე ფუნქციონირების უზრუნველყოფა.

მნიშვნელოვნად გაფართოვდა ფილტვისა და ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის სადიაგნოსტიკო მოცულობები და გაიზარდა ტუბერკულოზის ქირურგიული მკურნალობის შემთხვევები. საინფორმაციო საშუალებებით რეგულარულად წარმოებდა მოსახლეობის ინფორმირება ქვეყანაში ტუბერკულოზის მდგომარეობისა და იმ სამკურნალო თუ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შესახებ, რომელიც წარმოებდა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.

1998 წელს მშობიარეთა რაოდენობის შემცირების მიუხედავად, დადებით ტენდენციად უნდა ჩაითვალოს ქალთა კონსულტაციებში აღრიცხვაზე მყოფ

ორსულთა რიცხვის ზრდა. 1997 წელთან შედარებით შემცირდა დედათა სიკვდილობის აბსოლუტური რაოდენობა (1997 წელს გარდაიცვალა 38 ქალი, 1998 წელს – 32 ქალი).

სამედიცინო დაწესებულებებში ამბულატორიული მკურნალობა ჩაუტარდა 85 822, ხოლო სტაციონარული – 33,288 ორ წლამდე ასაკის ბავშვს. შესრულდა 1,054,324 სამეთვალყურეო ვიზიტი, ანუ საშუალოდ 5.6 ვიზიტი ერთ დაზღვეულ ბავშვზე.

უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამით მკურნალობა ჩაუტარდა 87,218 ავადმყოფს, ხოლო ონკოლოგიურ ავადმყოფთა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამით 14,546 ავადმყოფს, რომელთაგან ქირურგიული ჩარევა დასჭირდა 2,800, ხოლო ქიმიოთერაპია – 3,400 ავადმყოფს.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულ 103 პაციენტს ჩაუტარდა 127,717 დიალიზი; 99 ბავშვს ჩაუტარდა გულის თანდაყოლილი მანკების ქირურგიული მკურნალობა, მათ შორის 58-ს სისხლის ხელოვნური მიმოქცევით.

სხვა ჯანდაცვითი პროგრამების ფარგლებში აღსანიშნავია მაღალმთიანი და საზღვრის პირა რაიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამები, რომელთა ფარგლებში შესრულდა 169,717 ამბულატორიული მომართვა, 19,367 საწოლ/დღე და 3,064 ექიმის ვიზიტი ბინაზე.

1998 წლის მონაცემებით საქართველოს ქალაქებისა და რაიონების გამწვევი სამედიცინო კომისიების მიერ შემოწმებული იქნა 17 200 წვევამდელი, რომელთაგან დამატებითი სამედიცინო გამოკვლევა ჩაუტარდა 6 110 წვევამდელს.

დასრულდა თბილისის ჩვილ ბავშვთა ძირითადი კორპუსის სრული რეაბილიტაცია, რომელიც წლის განმავლობაში მეურვეობას უწევდა 263 აღსაზრდელს, მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლი კი 53-ს. თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიული კლინიკის ბაზაზე გამოკვლევა ჩაუტარდა 1,163 მშობელთა მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვს, გამოვლინდა

471 ავადმყოფი, რომელთაგან 202-ს ჩაუტარდა სტაციონარული, ხოლო 269-ს ამბულატორიული მკურნალობა. გარდა ამისა, მუდმივი ჩანაცვლებითი მკურნალობის კურსი გაიარა 365-მა ბავშვმა.

კატასტროფებისა და სამედიცინო რეზერვის შევსება-განახლების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში კატასტროფის მედიცინის ცენტრის მიერ შესრულებულია 77 გამოძახება. განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია გალის ცნობილ მოვლენებთან და ზუგდიდში ტერაქტის შედეგად დაზარალებულ პირთა სამედიცინო მომსახურება.

გულის იშემიური დაავადებების ქირურგიული მკურნალობისა და ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გაკეთდა თირკმლის გადანერგვის 8 ოპერაცია (რომელთაგან 6 შედეგიანი იყო) და 9 აორტოკორონარული შუნტირება (8 – შედეგიანი), 108 კორონაროგრაფია, რომელთაგანაც 31 პროგრამის ბიუჯეტიდან დაფინანსდა. პროგრამის ზევით შესრულდა 6 კორონაროგრაფიული ანგიოპლასტიკისა და სტენტირების ოპერაცია.

სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტოზური უზრუნველყოფის პროგრამამ სასიცოცხლოდ აუცილებელი პრეპარატებით უზრუნველყო 22 ათასი შაქრიანი დიაბეტით, 300 უშაქრო დიაბეტით და 60 თირკმელგადანერგილი ავადმყოფი.

სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესრულდა შემდეგი სამუშაოები:

- მომზადდა და განათლების სამინისტროს დასამტკიცებლად გადაეცა უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო სასწავლებლებისთვის საგანმანათლებლო სტანდარტები;
- მომზადდა რეზიდენტურის პროგრამები ოჯახის ექიმის, შინაგანი მედიცინის, ინფექციურ სნეულებათა, კრიტიკული მედიცინის, პედიატრიის, ნევროლოგიის, ქირურგიის, ტრავმატოლოგია-ორთოპედიის, მეანობა-გინეკოლოგია და პერინატალური მედიცინის, რადიოლოგიის, ფსიქიატრიის, ფთიზიატრიის სპეციალობებში. ამ პროგრამებით ექიმების მომზადება გადაიდო 1999 წლისათვის დაფინანსების უქონლობის გამო;

- ბრიტანულ „ნოუ-ჰაუ ფონდთან“ თანამშრომლობით შეიქმნა უზნის ექიმების ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექიმებად გადამზადების პროგრამა; მომზადდა ოჯახის ექიმის 8 მასწავლებელი, რომლებმაც დაიწყეს თბილისის პოლიკლინიკების 48 უზნის ექიმის გადამზადება;
- 1998 წელს დაიწყო მეან-გინეკოლოგების სერტიფიცირება. მიმდინარე წელს ამ პროცესში ჩაერთვებიან პედიატრები, ქირურგები, თერაპევტები და ჰიგიენისტები, ხოლო 2000 წელს დანარჩენი სპეციალობის ექიმები;
- შემუშავდა „სამედიცინო მეცნიერების პრიორიტეტული განვითარების, სამედიცინო განათლების ოპტიმიზაციისა და სტანდარტიზაციის პროგრამა“ და „ბავშვთა აღზრდის ეროვნული პროგრამა“;
- მომზადდა 1999 წლის ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობის დროებითი სახელმწიფო სტანდარტები, რომელშიც წინა წლებისაგან განსხვავებით გათვალისწინებულია სამედიცინო დაწესებულებების დონეებად დაყოფის პრინციპი;
- გამოიცა ინგლისური ენიდან ნათარგმნი „დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის“ მეათე გადახედვა.

ჩატარებული სამუშაოების შედეგად უკვე შესაძლებელი გახდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება, მართვადი გახდა ინფექციური და სოციალურად საშიში დაავადებების გავრცელების პროცესი.

მიღწეულ იქნა მოსახლეობის ბუნებრივი მატების, მართალია უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც დაწყება. ეს ძირითადად გამოწვეულია სიკვდილობის შემცირებით სამედიცინო დახმარების რეგულირების ხარჯზე. ამასთან ერთად, შეიმჩნევა შობადობის შემცირების არასასურველი ტენდენციის გაღრმავება.

დღეს შეიძლება ითქვას, რომ ქართული მედიცინის ფასეული ნაწილი გადაურჩა გარდაუვალ დაღუპვას. დაიწყო განვითარება ისეთმა მაღალტექნოლოგიურმა სამედიცინო დარგებმა, როგორცაა ბავშვთა კარდიოქირურგია, გულის იშემიურ დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობა, ორგანოთა ტრანსპლანტაცია და სხვა. ეს მეტად ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურებაა, რომლის მისაღებად რამდენიმე წლის წინ საქართველოს მოქალაქეები მიმართავდნენ

საზღვარგარეთის სამედიცინო დაწესებულებებს. დღეს ამ დახმარებას ისინი საქართველოში იღებენ, რამაც მათთვის უამრავი პრობლემის მოხსნასთან ერთად, ქვეყნიდან მნიშვნელოვანი ფინანსური რესურსების გადინებაც შეაჩერა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია სწორი გზით ხორციელდება, რასაც ადასტურებს საზღვარგარეთის ქვეყნებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების შესაბამის სტრუქტურებთან თანამშრომლობის გააქტიურება. ამ მხრივ არ შეიძლება არ აღინიშნოს მსოფლიოს უმძლავრესი ფინანსური ორგანიზაციების – საერთაშორისო სავალუტო ფონდის, მსოფლიო ბანკის, ევროგაერთიანების, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, აშშ-ის, გერმანიის, იაპონიის, ნიდერლანდების, დიდი ბრიტანეთის, შვედეთის, ისრაელის მთავრობების დახმარება, რომელიც მხოლოდ იმიტომ გახდა შესაძლებელი, რომ სახელმწიფო მტკიცედ დგას ღია სამოქალაქო საზოგადოების დამკვიდრების გზაზე.

დღეს დარგი იმყოფება რამდენიმე უმნიშვნელოვანესი ამოცანის გადაწყვეტის წინაშე, მათ შორის:

- მოსახლეობის დემოგრაფიული პროცესების სამედიცინო ასპექტების სახელმწიფოებრივი მართვის უზრუნველყოფა;
- ქვეყანაში ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა;
- პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტული განვითარება;
- სამკურნალწამლო საშუალებებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- სამამულო ფარმაცევტული და სამედიცინო ინდუსტრიის განვითარების ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენებისა და უპირატესად დევნილთა სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტული უზრუნველყოფა სახელმწიფო ხარჯზე;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და მედიკოსთა რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია სერტიფიცირება-ლიცენზირებითა და ფართომასშტაბიანი პრივატიზაციით;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება შეფასების ერთიანი კრიტერიუმების შემოღებისა და კონტროლის მექანიზმების ეფექტიანი ამოქმედებით;

- ინტერსექტორული და ტერიტორიული მართვისა და კოორდინირების დონის ამაღლება.

აღსანიშნავია, რომ 1998 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ პირველად მომზადდა „მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობის შესახებ, 1997 წელი“. აღნიშნული მოხსენება ერთ-ერთი პირველი მცდელობაა რეალურად შეფასდეს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, გაანალიზდეს ურთულესი პრობლემები, მოიძებნოს მათი გადაჭრის გზები და რესურსები. ამგვარი მოხსენების წარმოდგენის პრაქტიკას დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია სახელმწიფოს პოლიტიკის სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრაში და შედეგების შეჯამებაში. იგი იქცევა საწყისად, საიდანაც უნდა აითვალოს ის ნაბიჯები, რომლებიც განაპირობებენ ხელისუფლების, საზოგადოებისა და თითოეული მოქალაქის მიერ საკუთარ და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე რეალურ ზრუნვას.

ნიშანდობლივია, რომ 1998 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიუროს დახმარებით მოამზადა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკის“ პროექტი, რომელიც საყოველთაო განხილვის შემდეგ ქვეყნის სამოქმედო პროგრამად უნდა იქცეს XXI საუკუნეში.

ახალი ქართული სახელმწიფოს მშენებლობის ურთულეს ეტაპზე, დროის უმცირეს პერიოდში ყალიბდება მისი ახალი ფუნქცია და ადგილი ცივილიზებულ მსოფლიოში. ქვეყნის მომავალი წარმოდგენელია ჯანმრთელი მოსახლეობის გარეშე, ამიტომ, მიუხედავად პრობლემების წარმოჩენისა, ხელისუფლების და, უპირველესად, საქართველოს პრეზიდენტის დამოკიდებულება მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან, ადამიანთან, მის განვითარებასთან საშუალებას იძლევა იმედიანად შევხედოთ სამომავლო პერსპექტივებს.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

დონორთა შეხვედრა საქართველოსთვის

თბილისი, 1999 წლის 14 აპრილი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

უპირველესად მინდა დიდი მადლობა გადაგიხადოთ იმ კეთილი ტრადიციის გაგრძელებისთვის, რომლის მიხედვითაც საქართველოს სამთავრობო დელეგაციის შეხვედრისას საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციების და დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან სიტყვა ეძლევა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრს.

ყოველივე ეს ადასტურებს, რომ განახლებისა და დემოკრატიული საზოგადოების აშენების გზაზე მკაფიოდ გამოიკვეთა საქართველოს სახელმწიფოებრივი პრიორიტეტი – განუხრელი ზრუნვა ადამიანზე, მის ჯანმრთელობაზე და კეთილდღეობაზე. ეს ქართული, მე ვიტყვი, უაღრესად მაღალხეობრივი პოლიტიკის გამორჩეული მიმართულებაა.

შემთხვევითი არაა, რომ სწორედ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია დაიწყო ქვეყნის რეფორმისტული გარდაქმნების სტარტზე, როგორც პრეზიდენტის ანტიკრიზისული პროგრამის განუყოფელი ნაწილი. ეს პროცესი მიმდინარეობს მსოფლიო ბანკის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, გაეროს ბავშვთა ფონდის, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, გაერთიანებული სამეფოს „ნოუ-ჰაუ ფონდის“, გერმანიის დახმარების სააგენტოს, იაპონიის, ნიდერლანდების, კანადის, შვედეთის, დანიის, პორტუგალიის, იტალიის მთავრობების უშუალო მხარდაჭერითა და ძალისხმევით.

ამდენად, ჩემი გამოსვლა თქვენს წინაშე გარკვეულ ანგარიშის სახესაც იღებს ხოლმე.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის განვლილი ხუთი წლის მანძილზე საფუძველი ჩაეყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობის

განმტკიცების საინტერესო მოდელს. ის ახალი ურთიერთობები, რომლებიც დამკვიდრდა დარგში, უკვე შეუქცევადი გახდა. მართო გასულ წელს, მწირი დაფინანსებისა და რთული სოციალური, ეკონომიკურ-პოლიტიკური პრობლემების პირობებში, მოხერხდა 3 მილიონზე მეტი ადამიანისთვის გაგვეწია აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რამაც მნიშვნელოვნად აამაღლა ადამიანისთვის სასიცოცხლოდ აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა. იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენით პრაქტიკულად მართვადი გახდა საშიში ინფექციური დაავადებების გავრცელება, გაცილებით ეფექტიანი გახდა დაავადებებთან ბრძოლის პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

ამდენად, გარკვეულ წარმატებებს მივაღწიეთ, მაგრამ, როგორც ასეთ დროს ხდება ხოლმე, წინ გაცილებით მძიმე და რთული პრობლემებია აღმართული, რომლებიც აუცილებელ გადაჭრას საჭიროებენ.

მათგან უმთავრესს დარგში აკუმულირებული შრომითი და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაცია წარმოადგენს. ეს არაა მხოლოდ რაოდენობრივი შეკვეცის აუცილებლობა, რომლის მასშტაბებიც ჯერჯერობით საკმაოდ მაღალია, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, ხარისხობრივი განვითარებაა.

ცხადია, რომ საქართველოს მოსახლეობას სჭირდება ბევრად ნაკლები ექიმი, საავადმყოფო, საწოლი, ამბულატორიული დაწესებულება, მაგრამ ისიც უნდა ითქვას, რომ მას სჭირდება ბევრად უკეთესი ექიმიც, საწოლიცა და დაწესებულებაც.

ჩვენთან უკვე სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება ურთულესი კარდიო- და ნევროქირურგიული ოპერაციები, ვითარდება ორგანოთა ტრანსპლანტაცია, თანდათანობით იკვეთება რეგიონული, სახელმწიფოთაშორისო სამედიცინო მომსახურების მაღალტექნოლოგიური ცენტრების ამოქმედების პერსპექტივები. გასულ წელს საფუძველი ჩაეყარა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მოხსენების წარდგენას პრეზიდენტთან, ვფიქრობთ, მას ყოველწლიურად შეეძლებოთ. რამდენიმე კვირაში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან ერთად განვიხილავთ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის

ეროვნული პოლიტიკის პროექტს, რომელიც მრავალმხრივი განხილვისა და დამტკიცების შემდეგ უახლოესი 10-15 წლის სტრატეგიული განვითარების ორიენტირი იქნება. სერიოზულად დავიწყეთ დემოგრაფიული პროცესების შესწავლასა და მართვაზე ფიქრი.

ყოველივე ეს მოითხოვს ახალ ხარისხობრივ პარამეტრებზე გადასვლას, რასაც თქვენი კონკრეტული დახმარების გარეშე ვერ შევძლებთ.

სამწუხაროდ, ქვეყნის ეკონომიკას ჯერ-ჯერობით არ შეუძლია იტვირთოს ამგვარი სტრატეგიული განვითარების უზრუნველყოფა, რაც რიგი ობიექტური მიზეზებითაცაა განპირობებული.

ბოლო ათწლეულში მიმდინარე რთული და მრავალმხრივი პოლიტიკური კატაკლიზმები შეეხო მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით 40%-ს და მოიცვა დედამიწის ტერიტორიის თითქმის 30%. ამ მასშტაბით შეიცვალა დარგობრივი და დარგთაშორისი სტრუქტურები, დაირღვა ათწლეულობით ჩამოყალიბებული ეკონომიკური ინტეგრირების საზღვრები. მიმდინარეობს ურთულესი ცვლილებები საზოგადოებრივი ცნობიერების თითქმის ყველა სფეროში.

ყოველივე ამან თავისი გამოხატულება პოვა მსოფლიოს საფინანსო კრიზისში, რომლის დამანგრეველ ტალღას პატარა საქართველოც ვერ გადაურჩა.

ამ ობიექტური პირობების გაუთვალისწინებლობა, ჩემი აზრით, ჭეშმარიტებას სერიოზულად დაგვაშორებს.

იმ შემთხვევაში, თუ საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტები ერთგულნი არიან თავიანთი დიდებული იდეისა – გააერთიანონ საკუთარი ძალისხმევა საერთაშორისო ჰუმანისტური იდეებისა, ადამიანის უფლებების, თავისუფლების დაცვისა და დემოკრატიული, ცივილიზებული საზოგადოებრივი ურთიერთობების განსავითარებლად მთელს მსოფლიოში, მაშინ, ჩემი აზრით, დროის ამ მონაკვეთში და ცალკეულ რეგიონებში აუცილებელია ტაქტიკის შეცვლა. ჩემი ღრმა რწმენით, ის უფრო რბილი და შემწყყნარებელი უნდა გახდეს თუ ყველგან არა, ისეთ რეგიონებში მაინც, როგორც კავკასია.

ვგონებ საეჭვო არ არის, რომ კავკასია შრომის საერთაშორისო დანაწილებისა და საბაზრო ურთიერთობების განვითარების უახლესი პერსპექტივით ერთ-ერთი გამორჩეულად საინტერესო რეგიონთაგანია. მსოფლიოს აბრეშუმის გზის რეალური აღორძინებით, რომლის პირველი პრაქტიკული შედეგები უკვე სახეზეა, ეს უფრო ცხადი ხდება.

კავკასია ამ ისტორიული გზის კარიბჭეა, რომლის გარეშეც ძნელად გაიაზრება ცენტრალური აზიის უაღრესად საინტერესო რეგიონის ჩართვა მსოფლიო ეკონომიკის ინტეგრირების მიმდინარე პროცესებში. ნებისმიერი გზა და ხიდი იმისთვის შენდება, რომ მასზე ადამიანებმა იარონ. აუცილებელია ამ მოძრაობის უსაფრთხოების გარანტირებული უზრუნველყოფა.

ვფიქრობთ, სწორედ ამ კონტექსტში გაიაზრება საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესის წარმატებით დასრულების მნიშვნელობა.

ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა, მისი სისტემატური გაჯანსაღება, სათანადო ინფრასტრუქტურის მოწყობა და ცივილიზებული გარანტირებულობის ისეთი სანდო ფორმების დანერგვა და განვითარება, როგორცაა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის დაზღვევა ამგვარი ურთიერთობების განვითარების წინაპირობად მიგვაჩნია.

ჩვენს წინა შეხვედრაზე მე გთხოვდით დახმარებას ამ საქმეში და დღეს არ შემიძლია უღრმესი მადლიერების გრძნობით არ აღვნიშნო, რომ ჩემი თხოვნა არასოდეს არ დარჩენილა თქვენი დიდსულოვანი ყურადღების გარეშე.

მე მჯერა და მწამს, რომ თქვენი კეთილი ნება ამჯერადაც დიდსულოვნების მაგალითი იქნება, მაგრამ დღეს არ მინდა გთხოვოთ მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დახმარება, ვინაიდან ცალკე და ავტონომიურად ეს დარგი ვერ განვითარდება, რადგან ის საკმაოდ მჭიდროდაა ინტეგრირებული ქვეყნის ეკონომიკურ, სოციალურ და საფინანსო სფეროებთან.

ვგონებ აუცილებელია თქვენი ყურადღებისა და ძალისხმევის ეპიცენტრში მოექცეს ეს სფეროები, მაშინ უფრო ეფექტიანი გამოვა ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოზე ზრუნვა.

მსგავს თემაზე თქვენთან საუბარს მამბედვინებს თქვენი დიდსულოვნება და მაღალზნეობრივი ბუნება. მჯერა თქვენი კეთილგანწყობისა და დარწმუნებული ვარ, რომ საქართველოს სვლა დემოკრატიისა და ცივილიზაციისკენ შეუქცევადი გახდა.

გავბედავ და კიდევ ერთხელ გავიმეორებ მრავალჯერ თქმულს – „...ის დახმარებები, რომელიც შეიძლება ჩვენთვის გაწეულ იქნეს დღეს, უნდა განვიხილოთ, როგორც მომავალი პარტნიორისთვის გაწვდილი დახმარების ხელი. ქართველებმა ვიცით გაჭირვებაში თანადგომის ფასიცა და დაფასებაც. მე იმედი მაქვს, რომ უახლოეს მომავალში ჩვენ ერთმანეთს საიმედო პარტნიორების რანგში შევხვდებით“.

ნება მიბოძეთ უდიდესი მადლობა გადაგიხადოთ ყურადღებისა და მომავალი თანადგომისათვის.

**საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის
განხილვისადმი მიძღვნილი შეხვედრა**

თბილისი, 1999 წლის 4 მაისი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

დღეს მთელი საქართველოსთვის ძალიან მნიშვნელოვანი დღეა – ზუსტად ერთი კვირა გავიდა, რაც საქართველო ევროსაბჭოში გაერთიანდა და ევროპულ ოჯახში შესული ჩვენი ქვეყანა, დემოკრატიისა და ზოგადსაკაცობრიო ფასეულობების დამკვიდრების გზაზე, განიხილავს საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტს, რომელიც XXI საუკუნის დასაწყისში ქვეყნის ხელისუფლების კონკრეტულ სამოქმედო პროგრამად იქცევა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთი უმთავრესი მაჩვენებელია და შეესაბამება არსებულ ეკონომიკურ მდგომარეობას. ცნობილია, რომ საზოგადოების განვითარება არის ადამიანთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი და ამ მიმართულებით წარმართული ყოველი ძალისხმევა მთელი ერის პრეროგატივაა. ამიტომ აუცილებელია, რომ სახელმწიფოებრივი მიზნები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში:

- გამომდინარეობდეს ქვეყნის კულტურული მემკვიდრეობიდან;
- იყოს უმნიშვნელოვანესი მოსახლეობის უმეტესი ნაწილისთვის;
- შეესატყვისებოდეს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეს;
- ასახავდეს ეთნიკურ სპეციფიკურობასა და გამოცდილებას;
- იყოს თავისუფალი იდეოლოგიისგან;
- ასახავდეს ქვეყნის საერთაშორისო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მიმართულებას;
- იყოს მეცნიერულად დასაბუთებული.

ადამიანისთვის სიცოცხლის შემდეგ ყველაზე ძვირფასი ჯანმრთელობაა. ის კი, თავის მხრივ, მჭიდროდ არის დაკავშირებული კეთილდღეობის

ისეთ ფაქტორებთან, როგორცაა: პირადი უსაფრთხოება, ადეკვატური შემოსავალი, საცხოვრებელი, სოციალური მხარდაჭერა, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის უფლება და სხვა.

საზოგადოების განვითარების ისეთი ასპექტები, როგორცაა ეკონომიკა, სოციალური უზრუნველყოფა ან ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ხშირად განიხილება განცალკევებით, თუმცა ყველა ასპექტი მოქმედია და წარმოადგენს ერთსა და იმავე მთელის ნაწილებს. ამასთან, ეკონომიკური ზრდა ყოველთვის არ ნიშნავს პროგრესს, მაშინ, როდესაც ჯანმრთელობის დაცვის განვითარება, როგორც საზოგადოების წინსვლის აუცილებელი ასპექტი, პროგრესია. ამ თვალსაზრისით ჯანმრთელობის დაცვა არ განიხილება როგორც მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება. მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანისთვის შესაბამისი გარემოს შექმნას, უსაფრთხო კვების პროდუქტებითა და სასმელი წყლით უზრუნველყოფას, გააზრებული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდას, მოსახლეობის აღზრდასა და წვრთნას პირველადი სამედიცინო ცოდნის და ჩვევების მისაღებად, სოციალური სტრესების მოხსნას. ცნობილია, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე უდიდეს ზემოქმედებას ახდენს ცხოვრების წესი და პირობები (48-50%), გარემო (20-22%) და გენეტიკური ფაქტორები (18-20%), ჯანმრთელობის დაცვის წილი კი მხოლოდ 12-14% შეადგენს.

განვითარებული ქვეყნების უმეტესობასა და განვითარებადი ქვეყნების ნაწილს უკვე შემუშავებული აქვს და პერიოდულად აახლებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკას, რომელიც თითოეული ქვეყნის ეკონომიკის და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის შემადგენელი ნაწილია. ისე, როგორც სხვა განვითარებად ქვეყნებში, საქართველოშიც, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების პროცესში, უმნიშვნელოვანეს ამოცანას წარმოადგენს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული პოლიტიკის არსებობა, რომელშიც განსაზღვრული იქნება გრძელვადიანი პერსპექტიული მიზნები და, აგრეთვე, ერის ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარების ძირითადი პრიორიტეტები. სახელმწიფო ცდილობს დაამყაროს ბალანსი, ერთი მხრივ, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში საყოველთაო, ცივილიზებული

პრინციპების – ხელმისაწვდომობის, თანასწორობისა და სოციალური მხარდაჭერის მორალურ ვალდებულებასა და, მეორე მხრივ, დანახარჯთა შემცირების აუცილებლობას შორის. ამ მხრივ არც საქართველო წარმოადგენს გამონაკლისს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში 1995 წელს დაწყებული რეფორმის უპირველეს ამოცანას წარმოადგენდა ერის ფიზიკურ გადარჩენაზე ზრუნვა, დარგში არსებულ ადამიანურ და მატერიალურ ფასეულობათა შენარჩუნება და, ეკონომიკური სტაგნაციიდან გამოსვლის პარალელურად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესებისკენ მიმართული ღონისძიებების თანმიმდევრული გაფართოება.

სოციალური სფეროს ისეთ მნიშვნელოვან დარგში, როგორცაა ჯანმრთელობის დაცვა, რეფორმების დაწყება წინასაარჩევნო პერიოდში მეტად გაბედული ნაბიჯი იყო, მაგრამ ხელისუფლებამ გადაწყვიტა ეთქვა თავისი მოსახლეობისათვის, თუ რისი გაკეთების საშუალება ჰქონდა მაშინ და ადრე დეკლარირებული „საყოველთაო და უფასო“ ჯანმრთელობის დაცვის ნაცვლად შეეთავაზებინა მოკრძალებული საბაზისო პაკეტი. ეს იყო პოლიტიკის ზნეობრიობის და ახლის შენებაში სოციალური ორიენტაციის მკაფიო დასაბუთება.

ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად განუხრელად იზრდებოდა ხელისუფლების ვალდებულებები საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და თუ 1995 წელს სახელმწიფო დაფინანსება მოიცავდა მხოლოდ ჯანდაცვის 11 პროგრამას, დღეს მათი რიცხვი 34-მდეა გაზრდილი.

ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმირების მექანიზმები წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკაში ცვლილებების განხორციელების ბერკეტებს. სწორედ ამიტომ, გადაწყვეიტით მკაფიოდ და ნათლად ჩამოყალიბებული ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად პრიორიტეტებს, მიზნებს და ამოცანებს და გახდება დარგის რეფორმირების მნიშვნელოვანი მამოძრავებელი ძალა. მისი მემკვიდრით ჩვენ გვსურს განვახორციელოთ ჯანმრთელობის

მსოფლიო ორგანიზაციის მოწოდება წევრი სახელმწიფოებისადმი – „საკუთარი ამოცანების ჩამოყალიბებისას დაეყრდნონ დღევანდელი დღის რეალობას და ოცნებას ხვალინდელ დღეზე“.

დარწმუნებულნი ვართ, რომ მოახლოებულ საპრეზიდენტო არჩევნებში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტის საბოლოო რედაქცია, რომელიც მომზადდება დღევანდელი შეთანხმების შემდგომ, გახდება საპრეზიდენტო პროგრამის შემადგენელი ნაწილი.

ჩვენი აზრით, ჯანმრთელობის დაცვის XXI საუკუნის მოდელი უნდა ეყრდნობოდეს სამართლიანობის, ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპებს. მისი განვითარების პოლიტიკური ორიენტირების განსაზღვრისას გათვალისწინებული იქნება იმ ძირითადი სტრატეგიებისა და ფასეულობების განსაზღვრა, რომლებიც საფუძვლად დაედება ჯანმრთელობის დაცვის განვითარებას.

1998 წლის სექტემბერში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონალურმა ბიურომ, ღრმა და მასშტაბური სამეცნიერო ანალიზის საფუძველზე, განაახლა ევროპის სტრატეგია და ჩამოაყალიბა ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის ყოვლისმომცველი სახელმძღვანელო, „ჯანმრთელობა-21 – 21 ამოცანა ოცდამეერთე საუკუნისათვის“.

აღნიშნული სტრატეგია გულისხმობს ყველა ადამიანის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის პოტენციალის სრულ რეალიზებას, რომლის მიღწევა იმ შემთხვევაში იქნება შესაძლებელი, თუ ეთიკურ საფუძვლად სამი ძირითადი ფასეულობა იქნება მიჩნეული. კერძოდ:

- ჯანმრთელობა, როგორც ადამიანის ერთ-ერთი უმთავრესი უფლება;
- სამართლიანობა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში და ქვეყნების, ადამიანთა სხვადასხვა ჯგუფის და ორივე სქესის წარმომადგენელთა ქმედითი სოლიდარობა;
- ცალკეული პიროვნების, ადამიანთა ჯგუფის, თემის, დაწესებულებისა და სხვადასხვა დარგის პასუხისმგებლობა და მონაწილეობა ჯანდაცვით საქმიანობაში.

ჩვენი ქვეყანა განვითარების გარდამავალ სტადიაშია. ცენტრალური, მართული ეკონომიკის ნაცვლად სახელმწიფო პოლიტიკად განისაზღვრა საბაზრო ურთიერთობები სოციალური ორიენტაციით.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის დასაწყისში პრიორიტეტებს ნაწილობრივ პრობლემების ფინანსური უზრუნველყოფის შესაძლებლობა განსაზღვრავდა. დღეისათვის, როდესაც დარგის რეორიენტაციის შედეგად დასრულდა სისტემის ინსტიტუციონალური მოწყობა, სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილი გადავიდა სადაზღვევო პრინციპებზე და შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, აუცილებელი გახდა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტების მკაფიო განსაზღვრა, რაც ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების უმთავრეს ამოცანას წარმოადგენს.

როგორც გასულ წელს მომზადებულმა „მოხსენებამ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“ დაგვანახა, ჩვენი ქვეყანა, პოსტსოციალისტური ქვეყნების უმრავლესობის მსგავსად, დაავადებათა სტრუქტურის მხრივ განიცდის ორი სახის ზეწოლას, რომელიც დამახასიათებელია როგორც განვითარებადი, ისე განვითარებული ქვეყნებისთვის. კერძოდ, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს კარდიოვასკულური, ონკოლოგიური დაავადებები და უბედური შემთხვევები, ამასთან ერთად გავრცელებულია რიგი ინფექციური დაავადებები.

ამიტომაც ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტების შერჩევისას კრიტერიუმებად გამოვიყენეთ:

- მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი მიზეზები;
- მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვა პრიორიტეტით;
- პრიორიტეტის ეკონომიკური ეფექტიანობა.

პრიორიტეტების გამოყოფა გულისხმობს ფინანსური, მატერიალური და საკადრო რესურსების განაწილების ფოკუსირებას არჩეულ სფეროებზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრაში სხვადასხვა დარგის მონაწილეობასა და პასუხისმგებლობას.

ბუნებრივია, რომ ყოველივე ზემოთ თქმული მოითხოვს მნიშვნელოვან რესურსებს, რომელთა მობილიზება შესაძლებელია მხოლოდ ქვეყნის ეკონომიკის აღმავლობის პირობებში, რომლის დამაიმედებელი ტენდენციების მაგალითს წარმოადგენს თუნდაც ევრაზიის სატრანსპორტო დერეფნისა და ბაჟო-სუფსის ნავთობსადენის ამოქმედება და ამჟამად მომზადების პროცესში მყოფი უმნიშვნელოვანესი პროგრამები, რომლებიც დაკავშირებულია დიდი მოცულობით ნავთობისა და გაზის ტრანსპორტირებასთან საქართველოს გავლით და ეკონომიკაში მთელი რიგი ახალი მიმართულებების განვითარებასთან.

ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სისტემის შესაძლებლობების მრავალმხრივი ანალიზის შედეგად 2010 წლამდე საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად მიჩნეულია:

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება;
- ტრავმატიზმის შემცირება;
- გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება;
- ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემო ფაქტორების ზეგავლენის პრობლემის გადაჭრა.

ნება მიბოძეთ მოკლედ მოგახსენოთ რამ განაპირობა ზემოჩამოთვლილი მიმართულებების პრიორიტეტულად აღიარება.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება

საქართველოში არსებული უმწვავესი დემოგრაფიული სიტუაცია, რაც გამოიხატება შეკვეცილი კვლავწარმოებით (დაბალი შობადობა, დედათა და ბავშვთა მაღალი სიკვდილობა) და გაძლიერებული გარე მიგრაციით,

ქმნის დეპოპულაციის საშიშროებას. ამ პირობებში განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის შემცირებას. გარდა ამისა, მოსახლეობის საერთო გაჯანსაღების თვალსაზრისით ძალზედ მნიშვნელოვანია „კეთილსაიმედო სტარტი“, ანუ განსაკუთრებული ზრუნვა ახალშობილებზე პრე- და პოსტნატალურ პერიოდებში, როდესაც მრავალი დაავადების საფუძველი ყალიბდება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება

ისევე, როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში (განსაკუთრებით განვითარებულ ქვეყნებში), საქართველოშიც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს პირველი ადგილი უკავიათ ავადობისა და სიკვდილობის სტრუქტურაში. ამიტომ ამ დაავადებათა პრევენციასა და ავადმყოფთა მოვლას ძალზედ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილობის შემცირებასა და საერთო გაჯანსაღებაში.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლენისა და მკურნალობის გაუმჯობესება

ონკოლოგიური დაავადებები გამოსავლის მიხედვით მძიმე პათოლოგიათა რიცხვს მიეკუთვნება და საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურაში მეორე ადგილი უკავია. ამ დაავადებებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა დამოკიდებულია სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალებათა ხელმისაწვდომობაზე. ბოლო წლებში ქვეყნის საერთო ეკონომიკური დონის დაქვეითებამ და მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ ფინანსური ბარიერი შეუქმნა ავადმყოფებს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების მიღებისას, რაც შესაძლოა გახდა მიზეზი იმისა, რომ ავთვისებიან სიმსივნეთა პირველად დადგენილი დიაგნოზების უმეტესი ნაწილი (37,5%) მეოთხე სტადიაზე მოდის. სწორედ ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციას, ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ავადობის თავიდან აცილება შესაძლებელია შემთხვევათა 1/3-ში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებით, ხოლო ავადობის

დროული გამოვლენის ორგანიზება (მათ შორის სკრინინგ-ტესტების გამოყენებით) ხელს შეუწყობს სიკვდილობის შემცირებას მინიმუმ 30%-ით.

ტრავმატიზმის შემცირება

საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურაში ტრავმატიზმს მესამე ადგილი უკავია. სატრანსპორტო საშუალებათა რაოდენობისა და ქვეყნის სატრანზიტო როლის მნიშვნელოვან ზრდას თან სდევს ტრავმების მატება. ამავე დროს, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დასაქმებულთა შრომის უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, ვინაიდან, ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასთან ერთად, წარმოჩნდება საწარმოო ტრავმატიზმის პრობლემა.

ტრავმატიზმით გამოწვეული ინვალიდობა და შრომისუუნარობა საკმაოდ მძიმე ტვირთად აწევა ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სფეროებს. ამიტომ უბედურ შემთხვევათა და ძალადობით გამოწვეულ დასახიჩრებათა, ინვალიდობის, სიკვდილობისა და სხვა ფსიქიკური თუ ფსიქოლოგიური შედეგების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა დანერგვას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ტრავმატიზმის შემცირებისთვის.

გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება

ბოლო წლების მანძილზე საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკურმა და სოციალურ-ეკონომიკურმა პროცესებმა გამოიწვია როგორც მთლიანად მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესება და იმუნური სტატუსის დაქვეითება, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ბევრი რგოლის მუშაობის დასუსტება. როგორც შედეგი, მკვეთრად გაიზარდა ზოგიერთი ინფექციური და სოციალურად საშიში დაავადებით ავადობის სიხშირე. ამიტომ ძალზე დიდ მნიშვნელობას იძენს ინფექციურ სნეულებათა გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლა, პრევენცია, დროული დიაგნოსტიკა და ავადმყოფების კვალიფიციური დახმარება, ვინაიდან სწორედ ინფექციური სნეულებებით ავადობის მაჩვენებელი ასახავს ქვეყნის განვითარებისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის რეალურ დონეს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

როგორც მთლიანად სახელმწიფოში, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მძიმე მატერიალური მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმწვავეით აისახა ისეთ სპეციფიკურ დარგზე, როგორც არის ფსიქიატრია. დაავადებათა ქრონიკულმა ბუნებამ, მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის საჭიროებამ, ავადმყოფთა სოციალურად საშიშმა ქმედებებმა და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში შექმნილმა კრიტიკულმა სიტუაციამ განაპირობა ამ დარგის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსების აუცილებლობა. სწორედ ამის გამო ფსიქიატრიული დახმარება რჩება ჯანმრთელობის დაცვის ერთ-ერთ პრიორიტეტად.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება

მრავალ ქვეყანაში მოსახლეობის ავადობის შემცირებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი როლი ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებს ენიჭება, რაც გულისხმობს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას და ჯანმრთელობისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოსთვის, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაფინანსება დეფიციტური და არასტაბილურია. ამდენად, მრავალი მწვავე თუ ქრონიკული დაავადების პრევენცია შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და მოსახლეობაში ფართოდ დანერგვის გზით, რაც მთლიანობაში შეამცირებს „ავადობის ტვირთს“. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია საზოგადოების სხვადასხვა ფენის ფართო ძალისხმევა, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებში ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის გარდა, სხვა სექტორების აქტიურ მონაწილეობას.

აქვე მინდა აღვნიშნო, რომ უკვე დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის პრაქტიკული განხორციელება, რისი თვალსაჩინო მაგალითია მიმდინარე წლის 16 მარტს საქართველოს პრეზიდენტის მიერ დამტკიცებული ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამა და 1999-2005 წლების ღონისძიებათა ნუსხა.

ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემის გადაჭრა

გარემოს დაბინძურების თავიდან აცილება და მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების პირობებზე მისი უარყოფითი ზეგავლენის შემცირების პრობლემა დღეს განსაკუთრებით მწვავედ დგას საქართველოში. ეკონომიკური კრიზისის პირობებში უკანა პლანზე მოექცა და მოიშალა სანიტარიულ-ჰიგიენური და გარემოს დაცვით ღონისძიებათა სისტემა. აღნიშნულმა განაპირობა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის პრობლემა, პირველ რიგში უსაფრთხო სასმელი წყლითა და კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფა. ამასთან, მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ განაპირობა შიმშილიც, დაბალკალორიული კვების, საკვების სხვადასხვა კომპონენტის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემები (მაგალითად, იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტი). დღის წესრიგშია ბუნებრივი და ტექნოგენური (ქიმიური და რადიაციული) და სხვა კატასტროფების, აგრეთვე საომარი კონფლიქტების შედეგების ლიკვიდაცია. ყოველივე ეს შესაძლებელია განხორციელდეს მხოლოდ მჭიდრო მულტისექტორული თანამშრომლობის საფუძველზე, ამასთან, სახელმწიფო დონეზე.

საქართველოს მიერ საერთაშორისო სატრანზიტო ფუნქციის შექმნა გამორჩეულ მნიშვნელობას ანიჭებს უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფაზე მიმართულ შემდგომ ძალისხმევას, განსაკუთრებით კი მოსახლეობის ხარისხიანი სასმელი წყლით მომარაგების მკვეთრ გაუმჯობესებას და შესაბამისი სრულფასოვანი ზედამხედველობის სისტემის ჩამოყალიბებას.

ჩვენი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნების განსაზღვრისას გათვალისწინებულია ის ძირითადი ფასეულობები და სტრატეგიები, რომლებიც საფუძვლად დაედება ჯანმრთელობის დაცვის განვითარებას. ძირითადი მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობისთვის ზრუნვა, რისთვისაც საჭიროა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად გამიზნული ღონისძიებების სტიმულირება, ჯანსაღ და დაცულ გარემოში ცხოვრების უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობის

გაუმჯობესება ავადობისა და ტრავმების პრევენციის და ავადმყოფთა მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების გზით.

პრიორიტეტებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნებს წარმოადგენს:

- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა სოციალური და ინდივიდუალური უფლებების უზრუნველყოფა;
- ჯანდაცვის შესაძლებლობებში თანასწორუფლებიანობის მიღწევა მოსახლეობის ყველა ჯგუფისთვის, მიუხედავად ეროვნებისა, სქესისა, ასაკისა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, პოლიტიკური და რელიგიური მრწამსისა, სექსუალური ორიენტაციისა და სხვა;
- ადამიანის ჯანმრთელობისთვის მდგრადი უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბება;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად გამიზნულ ღონისძიებათა სტიმულირება (თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარების შემცირება, განსაკუთრებით ახალგაზრდებს შორის);
- მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის უსაფრთხო სასმელი წყლით;
- მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის ჯანმრთელი, მრავალფეროვანი საკვებით;
- საკვები კომპონენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა პრევენცია;
- ჯანმრთელი კვების პროპაგანდა;
- მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა;
- ახალშობილთა სიკვდილობის შემცირება;
- დედათა სიკვდილობის შემცირება;
- მოსახლეობის ავადობის შემცირება.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავება და მიღება წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართულ უმნიშვნელოვანეს ქმედებას და მისი მიღება მხოლოდ ერთ-ერთი ეტაპია, რომლის შემდგომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება

პოლიტიკის განხორციელებას დარგთაშორისი თანამშრომლობის გზით სხვადასხვა დონეზე.

საქართველოს ხელისუფლება თავის თავზე იღებს ჯანმრთელობის პრობლემათა გადაწყვეტის პასუხისმგებლობას, ყველა დარგის წარმომადგენელთა მონაწილეობით, მათ შორის, ეკონომიკური, სოციალური, კულტურული და სხვა სახის თანამშრომლობის საფუძველზე.

როგორც უკვე მოგახსენეთ, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მომზადებაში უშუალოდ მონაწილეობდნენ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსულტანტები.

1997 წლის ოქტომბერში ჩატარებულ ეროვნული პოლიტიკის მოსამზადებელ კონფერენციაზე ჩამოყალიბდა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტული მიმართულებები, განისაზღვრა მისი მიზნები და განხორციელების გზები, რის შემდგომაც დოკუმენტის პირველი რედაქცია გადაეცა ფართო საზოგადოებას. მიღებული კომენტარების გათვალისწინებით ჩამოყალიბდა პროექტის მომდევნო რედაქციები, რომლებიც განხილულ იქნა 1998 წლის ნოემბერსა და 1999 წლის მარტში ჩატარებულ კონფერენციებზე.

პოლიტიკის დოკუმენტზე მუშაობის პერიოდში ჩვენ მივაწოდეთ პროექტის მეორე რედაქცია საქართველოს მთავრობას, პარლამენტს, სხვადასხვა პოლიტიკურ პარტიას, საზოგადოებრივ გაერთიანებებს, არასამთავრობო ორგანიზაციებსა და დაწესებულებებს, საზოგადოების თვალსაჩინო წარმომადგენლებს. სხვადასხვა პერიოდში დოკუმენტზე შემოვიდა 200-ზე მეტი ორგანიზაციისა და ფიზიკური პირის შენიშვნები და წინადადებები. ამდენად, მის მომზადებაში მონაწილეობას ლეზულობდა ქვეყნის ყველა პოლიტიკური და საზოგადოებრივი ძალა. მინდა მადლობა გადავუხადო ყველას, ვინც პროექტთან დაკავშირებით მოგვაწოდა საკუთარი შეხედულებები.

აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ შემოსული შენიშვნებისა და წინადადებების ავტორები ერთსულოვნად მიუთითებენ დოკუმენტის შექმნის დიდ მნიშვნელობაზე და ზოგადად იწონებენ მას. სასიამოვნოა, რომ რიგი სამინისტროები და უწყებები გვთავაზობდნენ საკუთარი

პასუხისმგებლობის გაზრდას და უფრო მეტი მოვალეობების აღებას, ვიდრე ეს დოკუმენტით იყო გათვალისწინებული.

ამავე დროს, გთხოვთ გაითვალისწინოთ ის გარემოებაც, რომ ზოგიერთი კომენტარი პოლიტიკის პროექტზე წარმოდგენილ იქნა დაგვიანებით და ამიტომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის პროექტის მესამე რედაქციაში, რომელიც ჩვენ დღეს მოგაწოდეთ, ყველა მათგანი ვერ შევიდა, რისთვისაც ბოდიშს გიხდით. მათ უთუოდ გავითვალისწინებთ პოლიტიკის საბოლოო დოკუმენტში.

გვინდა კიდევ ერთხელ გამოვხატოთ მადლიერების გრძნობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, მისი ევროპის რეგიონული ბიუროსა და პირადად ევროპის რეგიონული ბიუროს დირექტორის ბატონ ჯო ასვალის მიმართ, რომლის ქმედითმა დახმარებამ შესაძლებელი გახადა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავება.

ნება მიბოძეთ გაცნობოთ, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გენერალურმა დირექტორმა, ქალბატონმა გრო ჰარლემ ბრუნტლანდმა ჩვენ შეხვედრასთან დაკავშირებით გამოგზავნილ წერილში აღნიშნა – „თქვენი მოწვევა უდიდესი პატივია ჩემთვის, მაგრამ, სამწუხაროდ, მე ვერ მივიღებ მონაწილეობას შეხვედრის მუშაობაში უკვე დაგეგმილი განრიგის გამო. ამავე დროს დიდი სიამოვნებით გაცნობებთ, რომ ამ შეკრებაზე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას ღირსეულად წარმოადგენს ბატონი ჯო ასვალი, ევროპის რეგიონული ბიუროს დირექტორი. გისურვებთ შეხვედრის წარმატებით ჩატარებას“.

აქვე მსურს გამოვხატო უღრმესი პატივისცემა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის, საერთაშორისო ფინანსური ინსტიტუტების, აშშ-ის, დიდი ბრიტანეთის, იაპონიის, გერმანიის, ნიდერლანდების და სხვა ქვეყნების წარმომადგენლების მიმართ, რომელთა მორალური და ფინანსური მხარდაჭერის გარეშე საქართველოში მიმდინარე სოციალურ-ეკონომიკური რეფორმები და დემოკრატიული სამოქალაქო საზოგადოების დამკვიდრების პროცესი გაცილებით უფრო მტკივნეული იქნებოდა, თუ შეუძლებელი არა.

ქვეყანაში არსებული ეკონომიკური პრობლემების გათვალისწინებით მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ვთხოვოთ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციას, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას, მსოფლიო ბანკს, საერთაშორისო სავალუტო ფონდს, ევროგაერთიანებას, საქართველოს მეგობარი ქვეყნების მთავრობებს და სხვა დონორ ორგანიზაციებს კვლავაც გაუწიონ საქართველოს ქმედითი დახმარება ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებაში.

მინდა კიდევ ერთხელ გავუსვა ხაზი იმ გარემოებას, რომ დღევანდელი შეხვედრა უმნიშვნელოვანესია საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში. ახალი ქართული სახელმწიფოს მშენებლობის ურთულეს ეტაპზე, დროის უმცირეს პერიოდში ყალიბდება მისი ახალი ფუნქცია და ადგილი ცივილიზებულ მსოფლიოში. ქვეყნის მომავალი წარმოუდგენელია ჯანმრთელი მოსახლეობის გარეშე. ამიტომ, მიუხედავად პრობლემების წარმოჩენისა, რომლებიც განსაკუთრებით გამწვავდა საქართველოში საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციის ცვლისა და ქვეყნის სუვერენიტეტის აღდგენის ურთულესი პროცესის გადალახვისას, დაგროვილი გამოცდილება და საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერა საშუალებას იძლევა დადებითად შევაფასოთ სამომავლო პერსპექტივები.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

**კონფერენცია თემაზე
„თავისუფალი მედია და დემოკრატია“**

თბილისი, 1999 წლის 16 ივნისი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ნება მიბოძეთ მოგესალმოდ და მადლობა მოვახსენო კონფერენციის ორგანიზატორებს დღევანდელ შეხვედრაზე მოწვევისთვის.

ეს შეხვედრა განსაკუთრებულ შინაარსს იძენს, რადგან საუბარი ეხება ისეთი მნიშვნელოვანი დემოკრატიული ინსტიტუტის შემდგომ განვითარებას, როგორც თავისუფალი მედიაა. სამოქალაქო საზოგადოების, თავისუფალი მედიის არსებობა ქართული დემოკრატიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მონაპოვარია, თუმცა ხელისუფლების, საზოგადოებისა და მედიის ურთიერთობათა დარეგულირება ჯერ კიდევ პრობლემურ საკითხს წარმოადგენს.

ევროსაბჭოში გაწვევრიანებით საქართველომ ეროვნული კანონმდებლობის ადამიანის უფლებათა დაცვის ევროპული კონვენციის შესაბამისობაში მოყვანის ვალდებულება იკისრა. ის ფაქტი, რომ საქართველოს პარლამენტში მიმდინარეობს მუშაობა კანონპროექტზე სიტყვისა და პრესის თავისუფლების შესახებ, კანონზომიერია. ჩემთვის პირადად კი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ ეს საკითხი ხელისუფლების, სამოქალაქო საზოგადოებისა და მედიის წარმომადგენლების ერთობლივი დისკუსიის საგანს წარმოადგენს.

ხელისუფლება ყოველმხრივ უწყობდა და კვლავაც შეუწყობს ხელს პლურალისტური, თავისუფალი და ღია სამოქალაქო საზოგადოების მშენებლობის, სხვადასხვა ტიპის სამართალსუბიექტების თავისუფალ მოღვაწეობას კანონმდებლობის ფარგლებში.

საინფორმაციო საშუალებები განსაკუთრებულ როლს ასრულებენ დემოკრატიის განვითარებაში. სწორედ მათი მოვალეობაა მოიძიონ და გაავრცელონ ინფორმაცია და შეხედულებები საზოგადოებისთვის

საინტერესო ყველა საკითხზე, წარმართონ ორმხრივი დიალოგი ხელისუფლებასა და მოქალაქეებს შორის. მედია აყალიბებს საზოგადოებრივ აზრს, ქმნის ქვეყნის იმიჯს, აძლევს საშუალებას ხელისუფალთ, პოლიტიკურ პარტიებს, ცალკეულ პოლიტიკურ მოღვაწეებს მუდმივად ესაუბრონ ხალხს ყველა სასიცოცხლო პრობლემაზე, მიაწოდონ ხელისუფლებას მოქალაქეების შეხედულებები და მოსაზრებები.

ყველა ადამიანს აქვს სიტყვის თავისუფლების უფლება. ეს უფლება მოიცავს აზრის თავისუფლებას, ასევე, ინფორმაციისა და შეხედულებების მიღებისა და გადაცემის უფლებას სახელმწიფო ხელისუფლების ჩარევის გარეშე.

სიტყვის თავისუფლება მეტად ფართო ცნებაა, როგორც იმ ადამიანების თვალსაზრისით, რომელთაც აქვთ ეს უფლება, ისე სიტყვის თავისუფლების იმ ფორმების მიხედვით, რომლებიც ექვემდებარება დაცვას. ბუნებრივია, იმის გამო, რომ ყველა ადამიანს აქვს საკუთარი შეხედულებების თავისუფლად გამოხატვის უფლება, რომელიმე პირისთვის ამ თავისუფლების შეზღუდვა დასაბუთებული უნდა იყოს მტკიცე კრიტერიუმებით. სწორედ სიტყვის თავისუფლება შეადგენს დემოკრატიული საზოგადოების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საწყისს თითოეული ინდივიდის თვითრეალიზაციის პროცესში.

სიტყვის თავისუფლება მოიცავს ვალდებულებებსა და პასუხისმგებლობას, როგორც მედიის, ისე ხელისუფლების წარმომადგენლების მხრიდან, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც საქმე ეხება სახელმწიფო უშიშროების, ტერიტორიული მთლიანობის ან საზოგადოებრივი უსაფრთხოების ინტერესებს, უწყსრიგობისა და დანაშაულის თავიდან აცილებას, ჯანმრთელობის ან ზნეობრივი ნორმების, სხვა პირების რეპუტაციის ან უფლებების დაცვას, კონფიდენციალური ინფორმაციის გახმაურების თავიდან აცილებას.

მინდა შეგახსენოთ, რომ საქართველოს პრეზიდენტს არაერთხელ განუცხადებია, რომ ყოველმხრივ შეუწყობს ხელს თავისუფალი მედიის განვითარებას, უპირველეს ყოვლისა, შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის შექმნის გზით. პოლიტიკოსების როლი სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ უზრუნველყონ პოლიტიკური და იურიდიული ნორმების შესაბამისობა

იმგვარად, რომ თავისუფლად მოქმედებდეს მედია და გარანტირებული იყოს ინდივიდუალური თავისუფლებები და სხვა ძირითადი უფლებები.

ღრმად ვარ დარწმუნებული, რომ კანონპროექტი პრესისა და სიტყვის თავისუფლების შესახებ იქნება იმ იურიდიული საზღვრების შექმნის წარმატებული მცდელობა, რომელიც ხელს შეუწყობს პლურალისტული მედიის, ბეჭდვითი სიტყვის დამოუკიდებლობის და პროფესიული ჟურნალისტიკის გარანტირებისა და ფუნქციონირების სტიმულირებას ადამიანის უფლებებისა და დემოკრატიის ძირითადი პრინციპების საფუძველზე.

ვსარგებლობ შემთხვევით და მინდა მადლობა გადავუხადო მედიის წარმომადგენლებს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ობიექტურად გაშუქებაში და იმ სამსახურისა და წვლილისთვის, რომელიც მათ შეაქვეტ ქვეყნის დემოკრატიულ მშენებლობაში.

ნება მიბოძეთ, კიდევ ერთხელ მადლობა მოვახსენო კონფერენციის ორგანიზატორებს მოწვევისთვის და იმედს გამოვთქვამ, რომ საქართველოს პარლამენტისთვის ღირებული იქნება დღევანდელი დისკუსიის შედეგები „სიტყვისა და პრესის თავისუფლების შესახებ“ კანონპროექტის განხილვის პროცესში.

მთავრობის სხდომა

1999 წლის 21 ივლისი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული პრობლემები

ავთანდილ ჯორბენაძე

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ქალბატონებო და ბატონებო,

ჯანმრთელობის დაცვა ეროვნული მეურნეობის ისეთი სპეციფიკური დარგია, რომელიც, უზრუნველყოფს რა ადამიანური რესურსების კვლავწარმოების პროცესს, მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ქვეყანაში წარმოებული ეროვნული შემოსავლის რაოდენობრივ ზრდას და ხარისხობრივ სრულყოფას.

ეკონომიკური ზრდა თავისთავად არ ნიშნავს პროგრესს, რადგან ის ყველა შემთხვევაში არ ითვალისწინებს პროგრესის უმთავრესი სუბიექტის, ადამიანის შემოქმედებით აქტივობას და იმ ურთიერთობათა სისტემას, რომელიც განაპირობებს ამ აქტივობას. მსოფლიო ბანკის მიერ 192 ქვეყანაში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები მოწმობს, რომ საზოგადოებრივი განვითარების 64% მოდის ადამიანური კაპიტალის ხვედრით წილად, 20% ქვეყნის ბუნებრივი რესურსების სწორ ექსპლოატაციაზე, ხოლო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების განვითარების წილი მხოლოდ 16%-ია. ჩვენი ექსპერტების გათვლით საქართველოში ადამიანური ფაქტორის ხვედრითი წილი კიდევ უფრო მაღალია და ის 72-76%-ს აღწევს.

ადამიანური ფაქტორი, მისი შემოქმედებითი აქტივობა კი ძირითადად ჯანმრთელობის, განათლებისა და სოციალური დაცვის სისტემების ოპტიმალური ინტეგრაციით მიიღწევა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საკუთარი ამოცანების გადასაჭრელად ესაჭიროება წარმოებული პროდუქტის კუთვნილი წილი. ამდენად, დარგი მონაწილეობს ეროვნული პროდუქტის წარმოების, განაწილებისა და მითვისების ყველა სტადიის ეკონომიკურ ურთიერთობებში. სწორედ ეს საყოველთაოდ მიღებული თეზისი დაედო საფუძვლად ამ ოთხიოდე წლის წინათ დაწყებულ დარგის რეორიენტაციის პროცესს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პირველ სტადიაზე საქართველოს პრეზიდენტის საკანონმდებლო ინიციატივით პარლამენტს წარედგინა 12 კანონპროექტი, რომელთაგან 8 უკვე მოქმედებს, გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის 41 ბრძანებულება და განკარგულება.

შესრულდა რიგი ორგანიზაციული და მეთოდური სამუშაოები, შედეგად – ქვეყნის 1000-ზე მეტი სამედიცინო დაწესებულება გადავიდა სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე, ხოლო მთლიანად დარგი პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ მართვაზე. შემუშავდა და ამოქმედდა 2000-მდე ნოზოლოგიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უნიფიცირებული სახელმწიფო სტანდარტი.

ყოველივე ამან საშუალება მოგვცა დაგვეწყო სამედიცინო მომსახურების „ველური ბაზრის“ რეგულირება, რითაც შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის სტაბილიზაცია. ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია, რომელიც კატასტროფულად უარესდებოდა დაექვემდებარა კონტროლს, მოხერხდა იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენა.

მიმდინარე წლის ექვს თვეში მწირი და დეფიციტური დაფინანსების პირობებშიც კი გარკვეული სახის სამედიცინო დახმარება გაეწია საქართველოს მოსახლეობას 2 მილიონზე მეტ შემთხვევაში, ანუ დახმარება მიიღო დაახლოებით 1,5 მილიონამდე ადამიანი. დამეთანხმებით, რომ 4-მილიონიანი საქართველოს მოსახლეობის პირობებში საკმაოდ შთამბეჭდავი რიცხვებია. ყოველივე ეს მოხერხდა იმ პირობებში, როდესაც დარგმა, ნაცვლად ბიუჯეტის კანონით განსაზღვრული 27 325 ათასი ლარისა, ფაქტიურად მიიღო 16 267 ათასი ლარი, ანუ გეგმის მხოლოდ 56%.

კიდევ უფრო რთულადაა საქმე რეგიონებში. ადგილობრივი ბიუჯეტიდან ჯანდაცვისთვის გამოიყო კანონით გათვალისწინებული მინიმუმის 30%-ზე ნაკლები. მინდა ვთხოვო პრეზიდენტის რწმუნებულებს მხარეებში, ქალაქების მერებს და რაიონების გამგებლებს წლის ბოლომდე განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმონ დაფინანსებაში არსებული დეფიციტის აღმოფხვრას.

დარგის მუშაობის ანგარიში განხილულ იქნა მთავრობის სხდომაზე და ამიტომაც სხვა ასპექტებზე არ გავამახვილებ თქვენს ყურადღებას. შევნიშნავ მხოლოდ მთავარს – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერით შემუშავდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა, რომელიც მოიცავს ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტებს, მათი შერჩევის კრიტერიუმებს, მიზნებს, ამოცანებს და მათი განხორციელების სტრატეგიებს, მიღებული შედეგების მონიტორინგს, სხვადასხვა სექტორის პასუხისმგებლობის დონეებს, პოლიტიკის განხორციელების პროცესის მართვისა და კოორდინაციის პრინციპებს XXI საუკუნის პირველ ათწლეულში. აქვე გვინდა აღვნიშნოთ, რომ 1999 წლის. 27-28 სექტემბერს, კოპენჰაგენში, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეზიდენციაში დაგეგმილია სპეციალური კონფერენციის ჩატარება, რომელზეც მსოფლიოს წამყვანი ფინანსური ინსტიტუტებისა და დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან ერთად განხილული იქნება „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის“ დანერგვის გეგმა და მის განხორციელებაში დონორთა მონაწილეობის პერსპექტივები.

მინდა გაგიზიაროთ რამდენიმე მოსაზრება რომელიც დარგში მიმდინარე ურთულესი პროცესების გაანალიზებით წარმოჩნდა.

სამწუხაროდ, დღემდე ვერ გადაიჭრა ქვეყანაში სპეციფიკური საქმიანობის სამართალსუბიექტების ადეკვატურ იურიდიულ პირად ჩამოყალიბების საკითხი. მოქმედი კანონმდებლობით არაა განსხვავება, თუ რა სფეროში იფუნქციონირებს იურიდიული პირი. მაღაზია, ქარხანა, გასტრონომი, საავადმყოფო, სკოლა, თეატრი, მუზეუმი და სხვა ერთნაირ სამართლებრივ ჩარჩოებშია მოქცეული და მათ მიმართ ერთგვაროვანი სახელმწიფოებრივი რეგულირებაა განსაზღვრული.

მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში იურიდიული პირები დაყოფილნი არიან სამეწარმეო და არასამეწარმეო სამართალსუბიექტებად. ამ უკანასკნელში ერთიანდებიან ჯანმრთელობის დაცვის, განათლების, კულტურის სფეროში მოქმედი სამართალსუბიექტები, განურჩევლად მათი საკუთრების ფორმისა. სამწუხაროდ, ჩვენი კანონმდებლობისთვის უცნობია ამგვარი სამართალსუბიექტი, არადა მთელი რიგი საკითხების რეგულირებისთვის ასეთ კანონზე მუშაობაა დასაწყები.

მიგვაჩნია, რომ მნიშვნელოვან სრულყოფას მოითხოვს ბიუჯეტის შედგენისა და შესრულების პროცედურა. საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტი დაყოფილია დონეების მიხედვით, მაგრამ არ არის ბოლომდე კანონმდებლობით დარეგულირებული ადგილობრივი და ცენტრალური ბიუჯეტების ურთიერთობები.

ვფიქრობთ, ქვეყნის სახელმწიფო ბიუჯეტი უნდა არსებობდეს, როგორც მთლიანი მექანიზმი, ვინაიდან სახელმწიფო პოლიტიკა, რომლის უზრუნველყოფასაც გულისხმობს ქვეყნის ბიუჯეტი, მმართველობის სხვადასხვა დონეზეა გადასაწყვეტი. იგი მთლიანი და განუყოფელია. მისი დანაწევრება შესაბამისი მყარი კავშირების გარეშე მნიშვნელოვნად ამცირებს აღნიშნული პოლიტიკის ეფექტიანობას.

პრობლემა თვალსაჩინოა სამედიცინო დაზღვევის სფეროში, სადაც არსებითი პოლიტიკის გატარება მხოლოდ ერთი უწყების ან მმართველობის ერთ დონეზე შეუძლებელია. ის გულისხმობს ერთიანი ფორმებისა და სისტემების არსებობას, როგორც ჰორიზონტალურად – ინტერსექტორული კავშირების განვითარებით, ისე ვერტიკალურად – ტერიტორიული მმართველობისა და თვითმმართველობის სისტემებთან ინტეგრირების გზით. ჩვენი აზრით, ამგვარი სისტემის აგების საფუძველი უნდა იყოს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რომლის სამართლებრივი გარანტიები საბიუჯეტო უფლებამოსილებათა შესახებ კანონის არსებითი გადამუშავებით მიიღწევა.

ცნობილია, რომ პრაქტიკა და კანონმდებლობა ყოველთვის ვერ არის ჰარმონიულ დამოკიდებულებაში. ხშირად პრაქტიკა უსწრებს კანონმდებლობას, ხოლო კანონი არ სრულდება იმიტომ, რომ წინ უსწრებს პრაქტიკას. თითქოს ქვეყანაში არსებობს წინასწარი გათვლებისა და ფინანსური ინდიკატორების ბიუჯეტში ასახვის რეალური საკანონმდებლო ბაზა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ყველა მოწმე ვხდებით ჩვენსა და ფინანსთა სამინისტროს შორის გაუთავებელი დისკუსიებისა. ჩვენი აზრით, ამის მთავარი მიზეზია ის, რომ ბიუჯეტი სათანადო ყურადღებას ვერ აქცევს ინდიკატორულ გეგმას. ეს რეალური პრობლემაა.

ინდიკატორული გეგმა მუშავდება ბიუჯეტამდე და მერე, როდესაც ბიუჯეტი მტკიცდება, გეგმა განიცდის გარკვეულ კორექტივებს და იღებს კანონის სახეს.

გაუგებარია, რატომ ვადგენთ ჩვენ – დარგობრივი სამინისტროები ეკონომიკის სამინისტროში ჩვენს გათვლებს და გაანგარიშებებს, რომლებიც შემდგომ ფინანსთა სამინისტროში განიცდიან არსებით ცვლილებებს ინდიკატორული გეგმის სათანადოდ შეცვლის გარეშე.

ვფიქრობთ, ალბათ დადგა დრო, როდესაც ინდიკატორული გეგმა უნდა დაეყრდნოს არა საბიუჯეტო პარამეტრებს, არამედ პერსპექტიული განვითარების ორიენტირებს და გახდეს ქვეყნისთვის პერსპექტივების განმსაზღვრელი დოკუმენტი.

საჭიროა წინასწარ იყოს გამოკვეთილი პრიორიტეტების მწყობრივი სისტემა სათანადოდ შეთანხმებული ობიექტური კრიტერიუმების საფუძველზე და საბიუჯეტო შემოსავლების პროგნოზირების დონემ ობიექტურად განსაზღვროს ის ზღვარი, თუ სახელმწიფო პრიორიტეტები რომელ საფეხურზე უნდა შეჩერდეს დროის კონკრეტული მომენტისთვის. წინააღმდეგ შემთხვევაში მივიღებთ დაგეგმილ დეფიციტს, ჩვენი სურვილებისა და შესაძლებლობების დისბალანსს, რაც კორუფციის უსაზღვრო შესაძლებლობის საფუძველი ხდება ხოლმე.

მიგვაჩნია, რომ სახელმწიფოს ჩამოყალიბების ამ ეტაპზე არსებული პრობლემები ობიექტური კანონზომიერებაა, ხოლო ჩვენთან მიმდინარე პროცესები შინაარსობრივად ჯანსაღია, ჩვენი ახალგაზრდა დემოკრატია პერსპექტიულია, ცხოვრება ასაბუთებს არჩევანის სისწორეს და შეუქცევადობას.

დგება დრო, როდესაც უნდა მოიძებნოს ადამიანების გააქტიურების ახალი ფორმები; როდესაც ღია სამოქალაქო საზოგადოების ფორმირება, ლიბერალური დემოკრატიზმისა და თავისუფალი საბაზრო მეურნეობის აღმშენებლობა თითოეული ჩვენი მოქალაქის სისხლხორცეულ საქმედ იქცევა. იგი კიდევ უფრო აქტუალური ხდება კარსმომდგარი არჩევნების გამოც.

დარწმუნებული ვართ, რომ საქართველო ამ რთულ პრობლემასაც წარმატებით გაართმევს თავს და გააგრძელებს დემოკრატიული სახელმწიფოს მშენებლობას და ქვეყნის მოსახლეობის კეთილდღეობაზე ზრუნვას მესამე ათასწლეულში.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

დონორთა შეხვედრა საქართველოსთვის

1999 წლის 3 სექტემბერი

**საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა
და მისი დანერგვის სტრატეგიული გეგმა**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ნება მიბოძეთ მოგესალმოდეთ დღევანდელი კონფერენციის მონაწილეებს და გამოვხატო უღრმესი პატივისცემა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციისა და მისი განვითარების პროგრამის, პირადად ბატონ მარკო ბორზოტის მიმართ, რომლის მხარდაჭერითაც შესაძლებელი გახდა ამ შეხვედრის ორგანიზება.

ბოლო ათწლეულში მიმდინარე რთული და მრავალმხრივი პოლიტიკური კატაკლიზმები შეეხო მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით 49%-ს და მოიცვა დედამიწის ტერიტორიის თითქმის 30%. ამ მასშტაბით შეიცვალა დარგობრივი და დარგთაშორისო სტრუქტურები, დაირღვა ათწლეულობით ჩამოყალიბებული ეკონომიკური ინტეგრირების საზღვრები. მიმდინარეობს ურთულესი ცვლილებები საზოგადოებრივი ცნობიერების ყველა სფეროში.

სიტუაცია კიდევ უფრო გამძაფრდა მსოფლიოში მიმდინარე გლობალური ფინანსური კრიზისის, ეკოლოგიური კატასტროფების საფრთხის, დემოგრაფიული და ეთნიკური პრობლემების ფონზე, რომელთა მოსალოდნელი მასშტაბური შედეგები გავლენას ახდენენ არა მარტო განვითარების გარდამავალ ეტაპზე მყოფ სახელმწიფოებზე, არამედ მსოფლიოს ყველა ქვეყანაზე და გვიბიძგებენ ახალი მიდგომების, არაორდინალური გადაწყვეტილებების მიღებისკენ და მდგრადი განვითარების გრძელვადიანი სქემების შემუშავებისკენ, რაშიც უდიდესი როლი ენიჭება კოორდინირებულ საერთაშორისო თანამშრომლობას.

ჰარმონიული განვითარებისთვის აუცილებელია არა მხოლოდ მაკროეკონომიკური გარდაქმნები და ფისკალური სტაბილიზაცია, არამედ

გადაუდებელი სოციალური პრობლემების მოგვარება, სიცოცხლისუნარიანი და ეფექტიანი სოციალური დაცვის მექანიზმების შემუშავება. ეს მიდგომა არ არის არც ახალი და, ალბათ, არც საკამათო, მაგრამ, სამწუხაროდ, მისი თანმიმდევრული რეალიზება საერთაშორისო საზოგადოებრიობის მიერ ყოველთვის ვერ ხერხდება.

როგორც ბრძანებდა მსოფლიო ბანკის პრეზიდენტი ბატონი ჯეიმს ვულფენსონი – სოციალური თანასწორობისა და სამართლიანობის პრინციპების დამკვიდრების გარეშე შეუძლებელია პოლიტიკური სტაბილურობის მიღწევა, ხოლო ამ უკანასკნელის გარეშე კი ფინანსურ სტაბილურობაზე ლაპარაკიც კი ილუზიაა. სოციალური დაცვის მექანიზმებიდან კი ერთ-ერთი წამყვანი როლი ჯანმრთელობის დაცვას ენიჭება.

ადამიანისათვის სიცოცხლის შემდეგ ყველაზე ძვირფასი ჯანმრთელობაა. ის კი, თავის მხრივ, მჭიდროდ არის დაკავშირებული კეთილდღეობის ისეთ ფაქტორებთან, როგორიცაა პირადი უსაფრთხოება, ადეკვატური შემოსავალი, საცხოვრებელი, სოციალური მხარდაჭერა, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის უფლება და სხვა. ამ ფაქტორებს შორის არსებული ურთიერთობები ძალიან რთულია და მათ უდიდესი ზეგავლენის მოხდება შეუძლიათ მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

ამიტომაც, განახლებისა და დემოკრატიული საზოგადოების აშენების გზაზე მკაფიოდ გამოიკვეთა საქართველოს სახელმწიფოებრივი პრიორიტეტი – განუხრელი ზრუნვა ადამიანზე, მის ჯანმრთელობაზე და კეთილდღეობაზე. ეს ქართული, მე ვიტყვოდი, უაღრესად მაღალხეობრივი პოლიტიკის გამორჩეული მიმართულებაა.

შემთხვევითი არაა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა დაიწყო 1995 წელს, ქვეყნის რეფორმისტული გარდაქმნების სტარტზე. იმ პერიოდში მიღებული რეორიენტაციის კონცეფციას ძირითად ეთიკურ საფუძვლად დაედო საქართველოს პრეზიდენტის წინასაარჩევნო პროგრამა „ახალი დემოკრატიული საქართველოსათვის“. სოციალური სფეროს ისეთ მნიშვნელოვან დარგში, როგორიცაა ჯანმრთელობის დაცვა, რეფორმების დაწყება წინასაარჩევნო პერიოდში მეტად გაბედული ნაბიჯი იყო, მაგრამ

ხელისუფლებამ გადაწყვიტა ეთქვა თავისი მოსახლეობისთვის, თუ რისი გაკეთების საშუალება ჰქონდა მაშინ და ადრე დეკლარირებული „საყოველთაო და უფასო“ ჯანმრთელობის დაცვის ნაცვლად შეეთავაზებინა მოკრძალებული საბაზისო პაკეტი, რომელიც ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად განუხრელად იზრდებოდა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა დაიწყო მსოფლიო ბანკის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, გაეროს ბავშვთა ფონდის, აშშ-ის, გერმანიის, დიდი ბრიტანეთის, იაპონიის, ნიდერლანდების, კანადის, შვედეთის მთავრობების და მათი საერთაშორისო განვითარების სააგენტოების უშუალო მხარდაჭერით. მათმა დახმარებამ განაპირობა ახალი საზოგადოებრივი ურთიერთობების შესატყვისი სამართლებრივი ბაზის ჩამოყალიბება, დარგის გადაყვანა პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ დაფინანსებაზე, რომლის ნაწილი სოციალური დაზღვევის პრინციპებით ხორციელდება. განისაზღვრა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტები, კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის განვითარება, სოციალურად საშიში დაავადებების კონტროლი, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ადამიანისთვის უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბება, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა, უმწეო მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა და სხვა.

საილუსტრაციოდ მსურს მოვიყვანო რამდენიმე მონაცემი: 1998 წელს, მიუხედავად უკიდურესად მწირი დაფინანსებისა, ჯანდაცვის ცენტრალურმა და მუნიციპალურმა პროგრამებმა საშუალება მისცეს 3 მილიონზე მეტ მოქალაქეს ესარგებლა ბაზისური სამედიცინო მომსახურებით. უმწეოთა პოლისის მქონე 330 ათასი ადამიანი გარანტირებულია საკმაო მოცულობის უფასო სამედიცინო მომსახურებით. სახელმწიფოს კონტროლს ნაწილობრივ დაექვემდებარა ფარმაცევტული ბაზარი. იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენამ პრაქტიკულად მართვადი გახადა საშიში ინფექციური დაავადებების გავრცელება, ამაღლა დაავადებებთან ბრძოლის პროფილაქტიკური ღონისძიებების ეფექტიანობა.

ჯანდაცვის სფეროს ოპტიმიზაციისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით მიმდინარეობს სამედიცინო საქმიანობის

სამართალსუბიექტთა ლიცენზირების და სამედიცინო კადრების სერტიფიცირების პროცესი, ჯანდაცვის დაწესებულებების პრივატიზაცია.

შედეგად, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ შესრულდა რეორიენტაციის წინაშე დასახული პირველი რიგის ამოცანები – მოხერხდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრული განადგურების თავიდან აცილება და გამოიკვეთა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების პროცესის შეჩერების ტენდენციები.

ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმირების მექანიზმები წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე მიმართულ პოლიტიკაში ცვლილებების განხორციელების ბერკეტებს. სწორედ ამიტომ საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის მიერ დაგვევალა მკაფიოდ და ნათლად ჩამოყალიბებული ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად პრიორიტეტებს, მიზნებს და ამოცანებს და გახდება დარგის რეფორმირების მნიშვნელოვანი მამოძრავებელი ძალა. მისი მეშვეობით ჩვენ გვსურს განვახორციელოთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მოწოდება წევრი სახელმწიფოებისადმი – „საკუთარი ამოცანების ჩამოყალიბებისას დაეყრდნონ დღევანდელი დღის რეალობას და ოცნებას ხვალინდელ დღეზე“.

ჩვენი აზრით, XXI საუკუნეში ჯანმრთელობის დაცვის ახალი მოდელი უნდა ეყრდნობოდეს სამართლიანობის, ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპებს. მისი განვითარების პოლიტიკური ორიენტირების განსაზღვრისას გათვალისწინებული იქნება ის ძირითადი სტრატეგიები და ფასეულობები, რომლებიც საფუძვლად დაედება ჯანმრთელობის დაცვის განვითარებას.

1998 წლის სექტემბერში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულმა ბიურომ ღრმა და მასშტაბური სამეცნიერო ანალიზის საფუძველზე განაახლა ევროპის სტრატეგია და ჩამოაყალიბა ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის საუკეთესო და ყოვლისმომცველი სახელმძღვანელო „ჯანმრთელობა-21 – 21 ამოცანა ოცდამეერთე საუკუნისთვის“.

აღნიშნული სტრატეგია გულისხმობს ყველა ადამიანის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის პოტენციალის სრულ რეალიზებას. ეს შესაძლებელი გახდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ეთიკურ საფუძვლად სამი ძირითადი ფასეულობა იქნება მიღებული, კერძოდ:

- ჯანმრთელობა, როგორც ადამიანის ერთ-ერთი უმთავრესი უფლება;
- სამართლიანობა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში და ქვეყნების, ადამიანთა სხვადასხვა ჯგუფის და ორივე სქესის წარმომადგენელთა ქმედითი სოლიდარობა;
- ცალკეული პიროვნების, ადამიანთა ჯგუფის, თემის, დაწესებულებისა და სხვადასხვა დარგის პასუხისმგებლობა და მონაწილეობა ჯანდაცვით საქმიანობაში.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის დასაწყისში პრიორიტეტულობას ნაწილობრივ განსაზღვრავდა პრობლემების ფინანსური უზრუნველყოფის შესაძლებლობა. დღეისათვის, როდესაც დარგის რეორიენტაციის შედეგად დასრულდა სისტემის ინსტიტუციონალური მოწყობა, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილი გადავიდა სადაზღვევო პრინციპებზე და შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, აუცილებელი გახდა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტების მკაფიოდ განსაზღვრა, რაც ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების უმთავრეს ამოცანას შეადგენდა.

გასულ წელს მომზადებულმა მოხსენებამ „საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“ დაგვანახა, რომ ჩვენი ქვეყანა, პოსტსოციალისტური ქვეყნების უმრავლესობის მსგავსად, დაავადებათა სტრუქტურის მხრივ განიცდის ორი სახის ზეწოლას, რომელიც დამახასიათებელია როგორც განვითარებადი, ისე განვითარებული ქვეყნებისათვის. კერძოდ, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს კარდიოვასკულური, ონკოლოგიური დაავადებები და უბედური შემთხვევები, ამასთან ერთად გავრცელებულია რიგი ინფექციური დაავადებები. ამიტომ, პოლიტიკის პრიორიტეტების შერჩევისას კრიტერიუმებად გამოვიყენეთ:

- მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი მიზეზები;
- მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვა პრიორიტეტით;

- პრიორიტეტის ეკონომიკური ეფექტიანობა.

პრიორიტეტების გამოყოფა გულისხმობს ფინანსური, მატერიალური და საკადრო რესურსების ფოკუსირებას არჩეულ სფეროებზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრაში სხვადასხვა დარგის მონაწილეობასა და პასუხისმგებლობას. მით უმეტეს, რომ ჯანმრთელობის დაცვა არ განიხილება, როგორც მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანისთვის შესაბამისი გარემოს შექმნას, უსაფრთხო კვების პროდუქტებითა და სასმელი წყლით უზრუნველყოფას, გააზრებული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდას, მოსახლეობის აღზრდასა და წვრთნას პირველადი სამედიცინო ცოდნის და ჩვევების მისაღებად, სოციალური სტრესების მოხსნას.

ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სისტემის შესაძლებლობების მრავალმხრივი ანალიზის შედეგად 2010 წლამდე საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად მიჩნეულია:

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება,
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება,
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება,
- ტრავმატიზმის შემცირება,
- გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება,
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა,
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება,
- ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემო ფაქტორების ზეგავლენის პრობლემის გადაჭრა.

ნება მიზნით მოკლედ მოგახსენოთ რამ განაპირობა ზემოჩამოთვლილი მიმართულებების პრიორიტეტულად აღიარება.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება

საქართველოში არსებული უმწვავესი დემოგრაფიული სიტუაცია, რაც გამოიხატება შეკვეცილი კვლავწარმოებით (დაბალი შობადობა, დედათა და ბავშვთა მაღალი სიკვდილობა) და გაძლიერებული გარე მიგრაციით, ქმნის დეპოპულაციის საშიშროებას. ამ პირობებში განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის შემცირებას. გარდა ამისა, მოსახლეობის საერთო გაჯანსაღების თვალსაზრისით ძალზედ მნიშვნელოვანია „კეთილსაიმედო სტარტი“, ანუ განსაკუთრებული ზრუნვა ახალშობილებზე პრე- და პოსტნატალურ პერიოდებში, როდესაც მრავალი დაავადების საფუძველი ყალიბდება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება

ისევე, როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში (განსაკუთრებით განვითარებულ ქვეყნებში), საქართველოშიც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს პირველი ადგილი უკავიათ ავადობისა და სიკვდილობის სტრუქტურაში. ამიტომ ამ დაავადებათა პრევენციასა და ავადმყოფთა მოვლას ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილობის შემცირებასა და საერთო გაჯანსაღებაში.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლენისა და მკურნალობის გაუმჯობესება

ონკოლოგიური დაავადებები გამოსავლის მიხედვით მძიმე პათოლოგიათა რიცხვს მიეკუთვნება და საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურაში მეორე ადგილი უკავია. ამ დაავადებებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა დამოკიდებულია სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალებათა ხელმისაწვდომობაზე. ბოლო წლებში ქვეყნის საერთო ეკონომიკური დონის დაქვეითებამ და მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ ფინანსური ბარიერი შეუქმნა ავადმყოფებს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების მიღებისას, რაც შესაძლოა

გახდა მიზეზი იმისა, რომ ავთვისებიან სიმსივნეთა პირველად დადგენილი დიაგნოზების უმეტესი ნაწილი (37,5%) მეოთხე სტადიაზე მოდის. სწორედ ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციას, ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ავადობის თავიდან აცილება შესაძლებელია შემთხვევათა 1/3-ში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებით, ხოლო ავადობის დროული გამოვლენის ორგანიზება (მათ შორის, სკრინინგ-ტესტების გამოყენებით) ხელს შეუწყობს სიკვდილობის შემცირებას მინიმუმ 30%-ით.

ტრავმატიზმის შემცირება

საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურაში ტრავმატიზმს მესამე ადგილი უკავია. სატრანსპორტო საშუალებათა რაოდენობისა და ქვეყნის სატრანზიტო როლის მნიშვნელოვან ზრდას თან სდევს ტრავმების მატება. ამავე დროს, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დასაქმებულთა შრომის უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, ვინაიდან ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასთან ერთად, წარმოიჩნდება საწარმოო ტრავმატიზმის პრობლემა.

ტრავმატიზმით გამოწვეული ინვალიდობა და შრომისუუნარობა საკმაოდ მძიმე ტვირთად აწვება ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სფეროებს. ამიტომ უბედურ შემთხვევათა და ძალადობით გამოწვეულ დასახიჩრებათა, ინვალიდობის, სიკვდილობისა და სხვა ფსიქიკური თუ ფსიქოლოგიური შედეგების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა დანერგვას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ტრავმატიზმის შემცირებისთვის.

გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება

ბოლო წლების მანძილზე საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკურმა და სოციალურ-ეკონომიკურმა პროცესებმა გამოიწვია როგორც მთლიანად მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესება და იმუნური სტატუსის დაქვეითება, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ბევრი რგოლის მუშაობის დასუსტება. როგორც შედეგი, მკვეთრად გაიზარდა ზოგიერთი ინფექციური და სოციალურად საშიში დაავადებით ავადობის სიხშირე. ამიტომ ძალზე დიდ მნიშვნელობას იძენს ინფექციურ

სნეულებათა გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლა, პრევენცია, დროული დიაგნოსტიკა და ავადმყოფების კვალიფიციური დახმარება, ვინაიდან სწორედ ინფექციური სნეულებებით ავადობის მაჩვენებელი ასახავს ქვეყნის განვითარებისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის რეალურ დონეს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

როგორც მთლიანად სახელმწიფოში, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მძიმე მატერიალური მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმწვავეით აისახა ისეთ სპეციფიკურ დარგზე, როგორც არის ფსიქიატრია. დაავადებათა ქრონიკულმა ბუნებამ, მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის საჭიროებამ, ავადმყოფთა სოციალურად საშიშმა ქმედებებმა და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში შექმნილმა კრიტიკულმა სიტუაციამ განაპირობა ამ დარგის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსების აუცილებლობა. სწორედ ამის გამო ფსიქიატრიული დახმარება რჩება ჯანმრთელობის დაცვის ერთ-ერთ პრიორიტეტად.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება

მრავალ ქვეყანაში მოსახლეობის ავადობის შემცირებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი როლი ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებს ენიჭება, რაც გულისხმობს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას და ჯანმრთელობისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოსთვის, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაფინანსება დეფიციტური და არასტაბილურია. ამდენად, მრავალი მწვავე თუ ქრონიკული დაავადების პრევენცია შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და მოსახლეობაში ფართოდ დანერგვის გზით, რაც მთლიანობაში შეამცირებს „ავადობის ტვირთს“. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია საზოგადოების სხვადასხვა ფენის ფართო ძალისხმევა, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებში ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის გარდა, სხვა სექტორების აქტიურ მონაწილეობას.

აქვე მინდა აღვნიშნო, რომ უკვე დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის პრაქტიკული განხორციელება, რისი თვალსაჩინო

მაგალითია მიმდინარე წლის 16 მარტს საქართველოს პრეზიდენტის მიერ დამტკიცებული ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამა და 1999-2005 წლების ღონისძიებათა ნუსხა.

ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემის გადაჭრა

გარემოს დაბინძურების თავიდან აცილება და მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების პირობებზე მისი უარყოფითი ზეგავლენის შემცირების პრობლემა დღეს განსაკუთრებით მწვავედ დგას საქართველოში. ეკონომიკური კრიზისის პირობებში უკანა პლანზე მოექცა და მოიშალა სანიტარიულ-ჰიგიენური და გარემოს დაცვით ღონისძიებათა სისტემა. აღნიშნულმა განაპირობა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის პრობლემა, პირველ რიგში, უსაფრთხო სასმელი წყლითა და კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფა. ამასთან, მოსახლეობის მიმამატერიალურმა მდგომარეობამ განაპირობა შიმშილიც, დაბალკალორიული კვების, საკვების სხვადასხვა კომპონენტის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემები (მაგალითად, იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტი). დღის წესრიგშია ბუნებრივი, ტექნოგენური (ქიმიური და რადიაციული) და სხვა კატასტროფების, აგრეთვე საომარი კონფლიქტების შედეგების ლიკვიდაცია. ყოველივე ეს შესაძლებელია განხორციელდეს მხოლოდ მჭიდრო მულტისექტორული თანამშრომლობის საფუძველზე, ამასთან, სახელმწიფო დონეზე.

საქართველოს მიერ საერთაშორისო სატრანზიტო ფუნქციის შექმნა გამორჩეულ მნიშვნელობას ანიჭებს უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფაზე მიმართულ შემდგომ ძალისხმევას, განსაკუთრებით კი მოსახლეობის ხარისხიანი სასმელი წყლით მომარაგების მკვეთრ გაუმჯობესებას და შესაბამისი სრულფასოვანი ზედამხედველობის სისტემის ჩამოყალიბებას.

ჩვენი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნების განსაზღვრისას გათვალისწინებულია ის ძირითადი ფასეულობები და

სტრატეგიები, რომლებიც საფუძვლად დაედება ჯანმრთელობის დაცვის განვითარებას. ძირითადი მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობისთვის ზრუნვა, რისთვისაც საჭიროა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად გამიზნული ღონისძიებების სტიმულირება, ჯანსაღ და დაცულ გარემოში ცხოვრების უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ავადობისა და ტრავმების პრევენციის და ავადმყოფთა მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების გზით.

პრიორიტეტებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნებს წარმოადგენს:

- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა სოციალური და ინდივიდუალური უფლებების უზრუნველყოფა;
- ჯანდაცვის შესაძლებლობებში თანასწორუფლებიანობის მიღწევა მოსახლეობის ყველა ჯგუფისთვის, მიუხედავად ეროვნებისა, სქესისა, ასაკისა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, პოლიტიკური და რელიგიური მრწამსისა, სექსუალური ორიენტაციისა და სხვა;
- ადამიანის ჯანმრთელობისთვის მდგრადი უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბება;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად გამიზნულ ღონისძიებათა სტიმულირება (თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარების შემცირება, განსაკუთრებით ახალგაზრდებს შორის);
- მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის უსაფრთხო სასმელი წყლით;
- მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის ჯანმრთელი, მრავალფეროვანი საკვებით;
- საკვები კომპონენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა პრევენცია;
- ჯანმრთელი კვების პროპაგანდა;
- მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა;
- ახალშობილთა სიკვდილობის შემცირება;
- დედათა სიკვდილობის შემცირება;
- მოსახლეობის ავადობის შემცირება.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავება და მიღება წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართულ უმნიშვნელოვანეს ქმედებას და მისი მიღება მხოლოდ ერთ-ერთი ეტაპია, რომლის შემდგომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პოლიტიკის განხორციელებას დარგთაშორისი თანამშრომლობის გზით სხვადასხვა დონეზე.

სწორედ ამ მიზნით შეიქმნა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა, რომლის მეშვეობითაც მთავრობამ უნდა გაზარდოს თავისი როლი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დაგეგმვაში, დაფინანსებაში და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის დეტალური სტრატეგიები, წინამდებარე გეგმის თანახმად, მოიცავს 2000-2009 წლების პერიოდს. გეგმა განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტულ მიმართულებებს და არსებული პრობლემების გადაჭრის გზებს. ის ითვალისწინებს ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობას და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რესურსებს, რომლებიც სამართლიანად და ეფექტურად უნდა გადანაწილდეს.

დოკუმენტის ყურადღების ცენტრშია რიგი ურთიერთდაკავშირებული საკითხები:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაგეგმარება,
- სიტუაციური ანალიზი,
- 21-ე საუკუნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხედვა,
- სტრატეგიის დანერგვა.

სტრატეგიულ გეგმაში მოცემულია ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის სპეციფიკური მიზნების განსაზღვრა; განხილულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ჯანდაცვითი ღონისძიებების გავლენისა და ეფექტურობის შეფასების პრობლემები. ეს არის პირველი ყოვლისმომცველი დოკუმენტი, რომელიც საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკას და მისი განხორციელების სტრატეგიას პრაქტიკულ საქმიანობად გადააქცევს.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა მომზადებულია ქვეყანაში პოლიტიკის შემუშავებლებისთვის, ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, სხვა სექტორების წარმომადგენლებისა და სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლებისთვის. მასში მოცემული მაჩვენებლები დაეხმარება საერთაშორისო საზოგადოებრიობას მომავალი ინვესტიციების მიმართვაში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის საჭიროებათა შესაბამისად. დონორთა კოორდინირებულ დახმარებას დიდი წვლილის შეტანა შეუძლია საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პერსპექტივებში.

დოკუმენტი ქმნის საკონსულტაციო რესურსებს და ჩარჩოებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო და კერძო სექტორების საქმიანობისთვის. იგი განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისა და მისი მიმწოდებლების პოლიტიკას და მოიცავს სხვადასხვა სექტორს. სამოქმედო გეგმის ფორმულირება, გვიჩვენებს რა მიზნების განხორციელების ოპტიმალურ გზას, უზრუნველყოფს წესრიგს თითოეული ღონისძიების ორგანიზებაში. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, სტრატეგიული გეგმა წარმოადგენს ყოვლისმომცველ განაცხადს: (ა) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მისიისა და მომავალი მიმართულებების, (ბ) უახლოესი და გრძელვადიანი მიზნების და (გ) გეგმის დანერგვისა და მისი შეფასების მექანიზმების შესახებ.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიის კონცეფციის ჩამოყალიბების პროცესში აუცილებელია სისტემის რესურსების შეფასება სხვადასხვა სექტორში არსებული შესაძლებლობებისა და საშიშროებების გათვალისწინებით. გარემო, რომელშიც მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ზედმიწევნით ცვალებადია. ამიტომ ეფექტური სტრატეგიის შემუშავება მოითხოვს სისტემის დაგეგმვის პროცესში შესაბამისი ცვლილებების გათვალისწინებას როგორც მის შიგნით, ისე მის გარეთ.

სტრატეგიული დაგეგმვა არ წარმოადგენს მხოლოდ დამატებითი მოსაზრების გათვალისწინებას. იგი უნდა დაიწყოს უშუალოდ მომხმარებლის საჭიროებების დადგენით და არა სამედიცინო დაწესებულებებისა და მისი პერსონალის შესაძლებლობებისა და

სურვილის დაკმაყოფილებით, რაც დღესდღეობით ნაკლებადაა გათვალისწინებული. მხედველობაშია მისაღები მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის (პაციენტები, საზოგადოება, დაქირავებულები, მენეჯერები, პოლიტიკოსები და სხვა) ინტერესები. სტრატეგიული დაგეგმვის მთავარი მიზანია გაუმჯობესდეს მენეჯმენტი, განისაზღვროს „ბაზრის“ სხვადასხვა სეგმენტის საჭიროება. უნდა ჩატარდეს როგორც სისტემის ძლიერი და სუსტი მხარეების, ისე მის გარეთ არსებული შესაძლებლობების და საშიშროებების ანალიზი. სტრატეგიული დაგეგმვის დაწყება მოითხოვს სისტემაში შემავალი ყველა ელემენტის განსაზღვრას, მათ წინასწარ და მრავალმხრივ შეფასებას.

რეალური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, უნდა გაკეთდეს არა მხოლოდ რაოდენობრივი, არამედ ხარისხობრივი შეფასებაც. პოლიტიკურად გამართლებულმა გადაწყვეტილებამ უნდა დაიკავოს ცენტრალური ადგილი ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრაში. ეფექტური გეგმის შემუშავება, თავის მხრივ, გულისხმობს მიმდინარე პოლიტიკური პროცესების გათვალისწინებას.

ჩვენი აზრით, დოკუმენტის ღირსებას წარმოადგენს სტრატეგიების განხორციელებისთვის საჭირო ღონისძიებების განსაზღვრა, მისი რეალიზების დროის დადგენა, მათზე პასუხისმგებელი შემსრულებლებისა და ღონისძიებების მონიტორინგის განხორციელების ინდიკატორების შერჩევა. ეს მონაცემები დეტალურად არის განხილული თქვენ ხელთ არსებული სტრატეგიული გეგმის პროექტის დანართებში.

გეგმაში განსაზღვრული მიზნებისა და ამოცანების მიღწევა საჭიროებს პერიოდულად საქმიანობის დეტალურ მონიტორინგს. ასეთი მონიტორინგის მიზანია არა რეფორმის წარმატებისა თუ წარუმატებლობის გაცხადება, არამედ დასკვნების გაკეთება მომავალი საქმიანობისთვის, თვით გეგმის პერიოდული რევიზიის ჩათვლით.

შემდგომ განხორციელება ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის უფრო ღრმა მონიტორინგი და შეფასება. ამ მიზნით თითოეული კომპონენტის, პროგრამისა და პროექტისთვის შეიქმნება

შესაბამისი მექანიზმები, რაც ხელს შეუწყობს პროცესში ჩართული მხარეების პასუხისმგებლობის ამაღლებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აპირებს გააფართოოს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელთა, მომხმარებელთა და უშუალოდ მოქალაქეთა მიერ შექმნილი არასამთავრობო ორგანიზაციების (დიაბეტიტ ავადმყოფთა, ჰემოფილით დაავადებულთა, ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვთა ასოციაციები და სხვა) მონაწილეობა სტრატეგიული სამოქმედო გეგმის მომზადებაში, დანერგვასა და განახლებაში და ამით გადააქციოს ტრადიციულად დამკვირვებლის როლში მყოფი ორგანიზაციები და უწყებები ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სტრატეგიების განხორციელების აქტიურ მონაწილეებად.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის დასრულებამ 21-ე საუკუნის ჯანდაცვის ხედვა რეალობად უნდა აქციოს. არჩეული სტრატეგიული მიდგომა უზრუნველყოფს კოორდინირებულ და სინქრონულ საქმიანობას გეგმის ფარგლებში. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელების პროცესის მართვისა და კოორდინირების სახელმწიფო კომისია, რომელიც შეიქმნა საქართველოს პრეზიდენტის ხელმძღვანელობით, შეასრულებს უმაღლესი კოორდინატორის ფუნქციას. გეგმის დანერგვაზე ძირითადი პასუხისმგებლობა აკისრია ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს.

სტრატეგიული გეგმის განხორციელებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველა დონის მჭიდრო თანამშრომლობის უზრუნველყოფას, რათა სხვა სექტორების წარმომადგენლებს მიეცეთ ახალი მოვალეობებისადმი ადაპტირების საშუალება.

მინდა კიდევ ერთხელ გავუსვა ხაზი იმ გარემოებას, რომ დღევანდელი შეხვედრა უმნიშვნელოვანესია საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში. ახალი ქართული სახელმწიფოს მშენებლობის ურთულეს ეტაპზე, დროის უმცირეს პერიოდში ყალიბდება მისი ახალი ფუნქცია და ადგილი ცივილიზებულ მსოფლიოში. ქვეყნის

მომავალი წარმოუდგენელია ჯანმრთელი მოსახლეობის გარეშე. ამიტომ, მიუხედავად პრობლემების წარმოჩენისა, რომლებიც განსაკუთრებით გამწვავდა საქართველოში საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციის ცვლისა და ქვეყნის სუვერენიტეტის აღდგენის ურთულესი პროცესის გადალახვისას, დაგროვილი გამოცდილება და საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერა საშუალებას იძლევა დადებითად შევაფასოთ სამომავლო პერსპექტივები.

დაბოლოს, მინდა გთხოვოთ, რომ გულისყურით გაეცნოთ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის შემოთავაზებულ პროექტს და მოგვაწოდოთ თქვენი შენიშვნები და წინადადებები, ვინაიდან, როგორც ბევრი თქვენგანისთვის ცნობილია 28 სექტემბერს კოპენჰაგენში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგიონულ ბიუროში გაიმართება სპეციალური კონფერენცია, რომელზედაც მსოფლიოს წამყვანი ფინანსური ინსტიტუტებისა და დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან ერთად განხილულ იქნება „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა“ და მის განხორციელებაში დონორთა მონაწილეობის პერსპექტივები.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიურო

კოპენჰაგენი, 1999 წლის 28 სექტემბერი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ბოლო ათწლეულში მიმდინარე რთული და მრავალმხრივი პოლიტიკური კატაკლიზმები შეეხო მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით ნახევარს და მოიცვა დედამიწის ტერიტორიის თითქმის მესამედი. ამ მასშტაბით შეიცვალა დარგობრივი და დარგთაშორისი სტრუქტურები, დაირღვა ათწლეულობით ჩამოყალიბებული ეკონომიკური ინტეგრირების საზღვრები. მიმდინარეობს ურთულესი ცვლილებები საზოგადოებრივი ცნობიერების ყველა სფეროში.

სიტუაცია კიდევ უფრო გამძაფრდა მსოფლიოში მიმდინარე გლობალური ფინანსური კრიზისის, ეკოლოგიური კატასტროფების საფრთხის, დემოგრაფიული და ეთნიკური პრობლემების ფონზე, რომელთა მოსალოდნელი მასშტაბური შედეგები გავლენას ახდენენ არა მარტო განვითარების გარდამავალ ეტაპზე მყოფ სახელმწიფოებზე, არამედ მსოფლიოს ყველა ქვეყანაზე და გვიბიძგებენ ახალი მიდგომების, არაორდინალური გადაწყვეტილებების მიღებისკენ და მდგრადი განვითარების გრძელვადიანი სქემების შემუშავებისაკენ.

ისტორიულად ეს პერიოდი დაემთხვა ჩვენს ქვეყანაში სახელმწიფოებრივი დამოუკიდებლობის აღდგენას, რომლის პირველ წლებში პოლიტიკურ კატაკლიზმებთან ერთად ადგილი ჰქონდა დირექტიულ-საგეგმო რეჟიმის ნგრევას, ეკონომიკური კრიზისის გამწვავებას, საფინანსო და ფულად-საკრედიტო სისტემების სრულ მოშლას, ტრადიციული სამეურნეო კავშირების რღვევას და ბაზრების დაკარგვას, წარმოების პარალიზებას. ეკონომიკური ხასიათის პრობლემებს ამწვავებდა შიდა პოლიტიკური დაპირისპირება, გარედან ინსპირირებული სეპარატისტული მოძრაობები და სამოქალაქო ომი, კრიმინალური ძალების აღზევება, რაც, ბუნებრივია,

უარყოფითად მოქმედებდა მოსახლეობის სოციალური დაცვის ინსტიტუტებზეც.

ამიტომ, განახლებისა და დემოკრატიული საზოგადოების მშენებლობის გზაზე მკაფიოდ გამოიკვეთა საქართველოს სახელმწიფოებრივი პრიორიტეტი – განუხრელი ზრუნვა ადამიანზე, მის ჯანმრთელობაზე და კეთილდღეობაზე. ეს დღევანდელი ქართული, მე ვიტყვოდი, უაღრესად მაღალხეობრივი პოლიტიკის გამორჩეული მიმართულებაა.

საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის N400 ბრძანებულების „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ“ საფუძველზე 1995 წლის 10 აგვისტოდან დაიწყო დარგის რეორიენტაციის რთული, ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი პროცესი. ის მიზნად ისახავდა ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ისეთი მოდელის მომზადებასა და ამოქმედებას, რომელიც უზრუნველყოფდა ახალი ეკონომიკური ურთიერთობების დამკვიდრებას, ადამიანის უფლებების დაცვისა და სახელმწიფოებრივი მართვისა და რეგულირების ცივილიზებული, დემოკრატიული ბერკეტების გამოყენებას. რეორიენტაციის დაწყებისას საჭირო იყო ისეთი ცვლილებების განხორციელება, რომლებიც განვითარების იმ ეტაპზე ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებას გამოიწვევდა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია ქვეყანაში მიმდინარე ურთულესი სოციალურ-ეკონომიკური კრიზისიდან გამოყვანისა და მაკრო-ეკონომიკური სტაბილიზაციის ერთიანი პროცესის შემადგენელი ნაწილი იყო და მას ძირითად ეთიკურ საფუძველად დაედო საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის წინასაარჩევნო პროგრამა „ახალი დემოკრატიული საქართველოსთვის“.

სისტემის რეორიენტაცია მისი ძირეული რეორგანიზაციის გარეშე შეუძლებელი იყო, რომლის აუცილებლობა ქვეყანაში პოლიტიკური სისტემისა და სოციალურ-ეკონომიკური საფუძვლების რადიკალურმა ცვლილებებმა განაპირობა. მეტადრე, რომ, ქვეყნის მძიმე ეკონომიკური

მდგომარეობის გამო, ჯანმრთელობის დაცვისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა ბოლო ხუთი-შვიდი წლის განმავლობაში რამდენიმე ათეულჯერ შემცირდა და 1994 წელს ერთ სულ მოსახლეზე დაახლოებით 40 ცენტის ექვივალენტი შეადგინა. ასეთ პირობებში პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისთვის აუცილებელი მატერიალური და შრომითი რესურსების მინიმალურ დონეზე ფუნქციონირებაც კი. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა „საყოველთაო და უფასო“ სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას.

ოთხმოცდაათიანი წლების დასაწყისში მკვეთრად გაუარესდა მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები. ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელმა მოიმატა 13%-ით. გაიზარდა მშობიარე ქალთა სიკვდილობა. გულსისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა გაიზარდა 35%-ით, ხოლო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში სიკვდილობამ მოიმატა 18%-ით.

განსაკუთრებით საგანგაშო გახდა სოციალურად საშიშ დაავადებათა (ტუბერკულოზი, ფსიქიკური, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებანი 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, ტიფისა და ტეტანუსის შემთხვევები.

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

სოციალური სფეროს ისეთ მნიშვნელოვან დარგში, როგორცაა ჯანმრთელობის დაცვა, რეფორმების დაწყება წინასაარჩევნო პერიოდში მეტად გაბედული ნაბიჯი იყო. მიუხედავად ამისა, ხელისუფლებამ გადაწყვიტა ეთქვა თავისი მოსახლეობისთვის, მართალია მწარე, მაგრამ მაინც სიმართლე, რომ იგი ვერ შეასრულებდა დეკლარირებულ, მაგრამ არარეალურ

ვალდებულებებს და საჭირო იყო მისი შესაძლებლობებისა და ვალდებულებების დაბალანსება ქვეყნის ეკონომიკურ შესაძლებლობებთან.

იმ პერიოდში მდგომარეობა მოითხოვდა დარგის გადარჩენას, რისთვისაც არჩეულ იქნა მისი ძირეული რეორიენტაციის გზა. გადასაჭრელი იყო უამრავი პრობლემა და მათ შორის:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება;
- ჯანდაცვის სამსახურების არაეფექტიანი გამოყენება;
- სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი;
- ჯანდაცვის სამსახურებისადმი არაადეკვატური მიდგომა;
- სახელმწიფო დაფინანსების კოლაფსი.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია მოიცავდა დარგის განვითარების ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებებს:

- ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
- მართვის დეცენტრალიზაცია;
- ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- წამალთპოლიტიკის რეფორმა;
- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაციის-ლიცენზირების დანერგვა;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა;
- მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირება რთული და ხანგრძლივი პროცესია. დღემდე განვლილ პერიოდში პირობითად შეიძლება ოთხი ეტაპის გამოყოფა.

I ეტაპი – სისტემის რეორგანიზაცია, რომელიც დაიწყო 1995 წლის აგვისტოში და ძირითადად დასრულდა 1996 წლის გაზაფხულზე.

II ეტაპი – დარგში ახალი ურთიერთობების ადაპტირებისა და სამედიცინო დაზღვევის დანერგვა, რომელიც გაგრძელდა 1997 წლის გაზაფხულამდე.

III ეტაპი – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვისა და ორგანიზაციის ახალი მოდელის კომპლექსური დანერგვისა და ამოქმედების პერიოდი, რომელიც დასრულდა 1998 წლის ბოლოს.

IV ეტაპი – ახალი მოდელის ადაპტირება, სრულყოფა და პერმანენტული დახვეწა.

ნება მიბოძეთ თქვენი ყურადღება გავამახვილო რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებებით მიღწეულ შედეგებსა და პრობლემებზე.

დარგის სამართლებრივი უზრუნველყოფის ერთიანი კონცეფციის ფარგლებში შემუშავდა საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები, რომელთა ძირითადი შემადგენელია კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. ის მოიცავს იმ პრინციპებსა და დებულებებს, რაც აუცილებელია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისთვის, ხელისუფლებისა და იურიდიულ და ფიზიკურ პირებს შორის ურთიერთობების მოწესრიგებისთვის, მათი უფლებების, მოვალეობებისა და პასუხისმგებლობის განსაზღვრისთვის.

კანონში ასახული დებულებები სრულად შეესაბამება საქართველოს კონსტიტუციას, საერთაშორისო სამართლის საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და ნორმებს, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს. მასში გათვალისწინებულია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის, ევროსაბჭოს დეკლარაციებში, პაქტებში, ქარტიებში და კონვენციებში გაცხადებული დებულებები, აგრეთვე ქართული მედიცინის ტრადიციული მენტალური მახასიათებლები.

გარდა კანონისა „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, რეორიენტაციის პერიოდში საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა კანონები:

1. სამედიცინო დაზღვევის შესახებ;
2. წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ;
3. სამედიცინო გადასახადების შესახებ;
4. ჯანმრთელობისათვის მანვე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციის გადასახადის შესახებ;
5. სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ;
6. ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ;
7. ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;
8. ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ.

საქართველოს პრეზიდენტის მიერ ხელმოწერილია ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებისადმი მიძღვნილი 46 ბრძანებულება და განკარგულება.

შემუშავდა და პარლამენტშია გადაცემული დასამტკიცებლად კანონპროექტები:

1. ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების და ქსოვილების აღების, შენახვისა და გადანერგვის შესახებ;
2. სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეპარატების და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის შესახებ;
3. მოქალაქეთა უფლებების შესახებ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში;
4. საქართველოს სისხლის სამართლის და ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსში ცვლილებათა და დამატებათა შეტანის შესახებ (ფარმაციასთან დაკავშირებით);
5. რეკლამის შესახებ საქართველოს კანონში დამატებების შეტანის შესახებ.

ახალი სამართლებრივი და ეკონომიკური ურთიერთობების დამკვიდრებამ შესაძლებელი გახადა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეგულირების ცივილიზებული მექანიზმების დანერგვა და ამოქმედება. ამ სიტუაციაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებოდა სამედიცინო ბაზრის სპეციფიკური თავისებურებების გათვალისწინებას, რადგანაც ის თავისი ბუნებით განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრისგან და აუცილებლად საჭიროებს საზოგადოებრივი ან სახელმწიფო რეგულირების მკაცრ ჩარჩოებს. ამიტომაც

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესს თან სდევდა სახელმწიფოებრივი რეგულირების ეფექტიანი მექანიზმების თანმიმდევრული მონაცვლეობა.

სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემის რეორგანიზაციის შედეგად მოხდა სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და გადანაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ხელისუფლებასა და ადგილობრივი მართვის ორგანოებს შორის. საქართველოს ბუნებრივ-სამეურნეო მხარეების მიხედვით ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის მართვის 14 რეგიონული დეპარტამენტი შესაბამისი სამსახურებით ქალაქებსა და რაიონებში. ამით პრაქტიკულად დასრულდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის ინსტიტუციური სტრუქტურების ჩამოყალიბება როგორც ცენტრში, ისე რეგიონებში.

ჯანმრთელობის დაცვის რეგიონული დეპარტამენტები თანდათან იკრებენ ძალას და რეალურად ყალიბდებიან სამედიცინო მომსახურების მართვის ძირითად რგოლებად. დღეს თქვენ წინაშე გამოვლენ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი და იმერეთის რეგიონული დეპარტამენტის დირექტორი და თვითონ მოგახსენებენ იმ მიღწევებსა და პრობლემებზე, რაც გვაქვს მართვის ამ დონეზე. აღვნიშნავ მხოლოდ, რომ სამინისტროს მრავალი ფუნქცია უკვე დელეგირებულია რეგიონებზე და კიდევ მეტის გადაცემა მოხდება. შექმნილია ჯანდაცვის რეგიონული ფონდები, რომლებიც თვითონ ახდენენ ანგარიშსწორებას სამედიცინო დაწესებულებებთან მუნიციპალური პროგრამების ფარგლებში. მუშავდება რეგიონების სამედიცინო განვითარების პროგრამები, რომლებიც წარმოადგენენ ქვეყნის ერთიანი ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკისა და მისი დანერგვის ნაწილებს.

ამრიგად ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო დღეს უკვე წარმოგიდგება, როგორც დარგის პოლიტიკისა და სტრატეგიის განმსაზღვრელი ორგანო, რომელიც კი არ ერევა უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების პროცესში, არამედ არეგულირებს მას სამართლებრივი ბაზის სრულყოფის, აკრედიტაცია-ლიცენზირების, ხარისხის კონტროლისა და სხვა მსგავსი მექანიზმებით.

მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხი სისტემის ფინანსურ მექანიზმებს ეხება. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია დაიწყო სამედიცინო დაწესებულებების გადასვლით სამეურნეოანგარიშობიან ურთიერთობებზე, რა დროსაც შემუშავდა და დაინერგა შემოსავლების მიღებისა და განაწილების ერთიანი წესები, მუშაკთა შრომის ორგანიზებისა და ანაზღაურების ერთიანი პირობები.

ჩამოყალიბდა და ამოქმედდა სამედიცინო მომსახურების უნიფიცირებული სისტემა, რისთვისაც დამუშავდა 2000-მდე ნოზოლოგიის სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტი და გაანგარიშებულ იქნა ერთიანი ტარიფები. დადგენილ იქნა სამედიცინო მომსახურების ღირებულების პარამეტრები, რაც უდავოდ მნიშვნელოვნად წინგადადგმული ნაბიჯი იყო.

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 წარმოადგენდა დარგისთვის გამიზნული ფულადი სახსრების აკუმულირების ორგანოს და ახორციელებდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებას. ჯანმრთელობის დაცვის ფონდის შემოსავლების ძირითად წყაროს წარმოადგენდა საბიუჯეტო ასიგნებანი და მიზნობრივი სამედიცინო გადასახადები (დამქირავებელი იხდის ხელფასის ფონდის 3%-ს, ხოლო დაქირავებული – 1%-ს).

ახალი ეკონომიკური მოდელის ყველაზე ეფექტურ მხარედ უნდა ჩაითვალოს პროგრამულ მართვაზე გადასვლა. მან შესაძლებელი გახადა პრიორიტეტული პრობლემების გამოყოფა და მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის (ბაზისური პაკეტის) განსაზღვრა, რომელსაც სახელმწიფო ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების მეშვეობით აფინანსებს.

გამომდინარე ქვეყნის ეკონომიკური შესაძლებლობებიდან, ბაზისური პაკეტის მოცულობა შეზღუდულია. იგი ფარავს სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ 15-20%-ს და მის გარეთ დარჩენილ მომსახურების სახეებზე

მოსახლეობამ, სამწუხაროდ, დღეს შესაბამისი თანხა უნდა გადაიხადოს. სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდა ქვეყანაში კანონით არის დადგენილი და მას არეგულირებს სახელმწიფო.

რა მდგომარეობა გვაქვს რეალურად საქართველოში? 1999 წლის ბიუჯეტში ყველა სახის ჯანდაცვით პროგრამებზე (ცენტრალური, მუნიციპალური, უწყებრივი) გათვალისწინებულია 92 მილიონ ლარამდე, რაც ერთ სულ მოსახლეზე გადათვლით შეადგენს დაახლოებით 17 ლარს წლის განმავლობაში. 1993-1994 წლებში ეს ციფრი 40 ცენტს შეადგენდა და ადვილად წარმოსადგენია, თუ რა მოცულობის ფინანსური უზრუნველყოფა ჰქონდა ჯანმრთელობის დაცვის დარგს. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ბაზისური პაკეტის მოცულობა ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად თანდათანობით ფართოვდება.

1996 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დაიწყო სადაზღვევო პრინციპების დანერგვა. პირველი პროგრამა, რომლის დაფინანსება სადაზღვევო წესის უმნიშვნელოვანეს ელემენტებს მოიცავდა, იყო უმწეო მოსახლეობის სპეციალიზებული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა.

1997 წელს განხორციელდა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის ტრანსფორმირება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად, ჩამოყალიბდა მისი რეგიონული ფილიალები. ამჟამად სამკურნალო პროგრამების უმეტესობის დაფინანსება ხორციელდება სადაზღვევო კომპანიის მიერ.

1998 წლიდან სადაზღვევო პროგრამებმა მოიცვა სამხრეთ ოსეთის მოსახლეობაც, რაც საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის აღდგენის გზაზე გადადგმულ მნიშვნელოვან ნაბიჯად გვესახება. აქვე აღვნიშნავ, რომ მომზადებულია აფხაზეთის გალის რაიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის აღდგენა-რეაბილიტაციის პროგრამა.

მიმდინარე წელს სახელმწიფო აფინანსებს 34 ცენტრალურ პროგრამას, რომელიც დაყოფილია პრევენციულ, სადაზღვევო და სხვა ჯანდაცვით პროგრამებად.

ცალკეულ მათგანზე ჩვენი დელეგაციის წევრები მოგახსენებენ. მე კი ხაზს გავუსვამ, რომ მიმდინარე წელს მოქმედებაში შევიდა მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა, რომლის საშუალებითაც დაფინანსებული 660 სასოფლო ამბულატორია უზრუნველყოფს 2 მილიონზე მეტი მოსახლეობის უფასო პირველად სამედიცინო მომსახურებას.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა აგებულია სამი მხარის პასუხისმგებლობაზე. ესენია – სახელმწიფო, დამქირავებელი და ადამიანი. სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანების გადაწყვეტა – პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და უმწეო მოსახლეობაზე ზრუნვა. დამქირავებელმა იტვირთა სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსება სოლიდარობის პრინციპით, ხოლო თითოეულმა ადამიანმა დაიწყო ფიქრი თავის ჯანმრთელობაზე, მასზე ზრუნვა, რათა შეამციროს ის დანახარჯები, რომლებიც შეიძლება მოყვეს მის მკურნალობას.

რეორიენტაციის შემდეგი მიმართულება იყო სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა, რომლის ბაზაზეც ჩამოყალიბდა, ერთი მხრივ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და, მეორე მხრივ, სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტები, თავიანთი რეგიონული სამსახურებით.

დღეს უკვე გამოიკვეთა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი კონტურები, რომელიც მიმართულია ქვეყანაში პრევენციული მედიცინის ერთიანი მექანიზმების ასამოქმედებლად, სამედიცინო სტატისტიკის ასაღორძინებლად და სახელმწიფო ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ეფექტიანი მექანიზმების ასამუშავებლად. აღნიშნული სამსახურის იდეოლოგიიდან გამომდინარე, ამოქმედდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, მოსახლეობის სამედიცინო-პროფილაქტიკური განათლების დონისძიებათა სისტემა.

საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მე-3 პუნქტის მოთხოვნის შესაბამისად და მოქალაქეების ჯანმრთელობაზე გარემო ფაქტორების მავნე ზემოქმედების შესამცირებლად მომზადდა კანონპროექტი – „ჰიგიენური

ნორმირებისა და სანიტარიული ზედამხედველობის შესახებ“, თუმცა ამ მიმართებით ბევრი რამ კიდევ გასაკეთებელია.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთი განუყოფელი ნაწილია მოსახლეობის ხარისხიანი და ეფექტური სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფის საკითხი.

ფარმაცევტულ საქმიანობაში არსებული პრობლემების გამოსწორების მიზნით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო საკმაოდ ნაყოფიერად მუშაობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან. მისი დახმარებით შემუშავდა ესენციური წამლების ნუსხა და კანონი „წამლის და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“; 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.

განხორციელდა სააფთიაქო ქსელისა და ფარმაცევტული ბაზების პრივატიზება და ლიცენზირება; დაინერგა სამკურნალოწამლო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნიკის ქვეყანაში შემოტანასა და გატანაზე ლიცენზირების გაცემის პრაქტიკა. გატარებულმა ღონისძიებებმა ხელი შეუწყო წამლის დეფიციტის და მასთან დაკავშირებული ნეგატიური მოვლენების აღმოფხვრას, თუმცა ამ სფეროში პრობლემები კიდევ ბევრია, კერძოდ, არალეგალური წამლების წილი ბაზრის 30%-ს მოიცავს. ამავე დროს საჭირო ხდება სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმების ამუშავება, კერძოდ, პირველი მოხმარების მედიკამენტებზე ზღვრული ფასების დაწესება მათდამი ხელმისაწვდომობის გადასაჭრელად.

რეფორმის პროცესში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს უხდებოდა რთული და არაპოპულარული ნაბიჯების გადადგმა. ამჟამად დარგი დგას სამედიცინო დაწესებულებებისა და მათში მომუშავე პერსონალის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ოპტიმიზაციის ამოცანის წინაშე. მისი გადაწყვეტა შეუძლებელია ლიცენზირების, სერტიფიცირების, პრივატიზებისა და დაწესებულებათა კონსოლიდირების გარეშე.

პერსონალის სერტიფიცირების პროცესის წარმატება მჭიდროდ არის დაკავშირებული სამედიცინო განათლებასთან, რადგანაც მოსახლეობის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის საქმეში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანური რესურსების პროფესიული მზადების დონეს. ამ მხრივ მნიშვნელოვანი ნაბიჯებია გადადგმული. კერძოდ, მომზადდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების კონცეფცია, რომლის შესახებაც კოლეგები მოგახსენებენ.

სამედიცინო მეცნიერების მართვისა და დაფინანსების სრულყოფის მიზნით შემოღებულ იქნა სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების გრანტული წესით დაფინანსების მეთოდი, რომელიც ფინანსური რესურსების სიმცირის გამო, სრულად ვერ ავამოქმედეთ. პარალელურად ჩვენმა მეცნიერებმა დაიწყეს უცხოურ პარტნიორებთან წარმატებული ურთიერთობა. ყოველწლიურად იზრდება მოპოვებული გრანტების რაოდენობა, რაც ჩვენი ინტელექტუალური პოტენციალის საერთაშორისო აღიარების დადასტურებად შეიძლება ჩაითვალოს.

გარკვეული ნაბიჯები გადაიდგა სამედიცინო ინდუსტრიის ასამუშავებლად. წამლის ხარისხის საერთაშორისო სტანდარტების სრული დაცვით ამუშავდა ფარმაცევტული ქარხნის პირველი რიგი. მეორე რიგის მშენებლობისათვის 12 მილიონი დოლარის ინვესტიციებია დაგეგმილი და მისი მშენებლობა მიმდინარე წლის ოქტომბრიდან დაიწყება. დასრულდა ერთჯერადი შპრიცების ქარხნის დაპროექტება, რომლის მშენებლობა ასევე უცხოური ინვესტიციებითაა გათვალისწინებული. განხილვის პროცესშია კიდევ რამდენიმე საინტერესო პროექტი.

მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის ოპტიმიზაციის პროცესი, რომლის განხორციელებაშიც წამყვანი როლი ენიჭება პრივატიზაციას. დღემდე პრივატიზებულია 500-ზე მეტი სამედიცინო დაწესებულება, რის შედეგადაც სახელმწიფო ბიუჯეტში ამოღებულია 2 მილიონ 875 ათასი ლარი. ამით საფუძველი ეყრება საკუთრების მრავალფეროვნებაზე დაყრდნობილ სამედიცინო დაწესებულებათა ერთიანი ქსელის პირობებში თავისუფალ კონკურენციას სახელმწიფოს მხრიდან თანაბარი რეგულირების ბაზაზე.

იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ ქსელის ოპტიმიზაცია უცილობლად გამოიწვევს ჭარბი სამედიცინო პერსონალის გამოთავისუფლებას, მოსაგვარებელი ხდება მათი სოციალური დაცვის საკითხები. ამ მიმართულებით გადადგმულ პირველ ნაბიჯად შეიძლება ჩაითვალოს მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პირველი პროექტის ფარგლებში უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრის შექმნა, რომელიც აწარმოებს კადრების გადამზადებას საქართველოსთვის დეფიციტურ სპეციალობებში (ჯანდაცვის მენეჯმენტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, საოჯახო მედიცინა, თანამედროვე ექთნობა). მსოფლიო ბანკის მეორე პროექტი მიმართული იქნება კონსოლიდირებული დაწესებულებების რეაბილიტაციაზე, საპენსიო და საკომპენსაციო ფონდის შექმნაზე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემიდან გამოთავისუფლებული კადრებისთვის.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მთელ პროცესში სამინისტრო აქტიურად თანამშრომლობდა განვითარებულ ქვეყნებთან, საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და უცხოელ ექსპერტებთან.

მნიშვნელოვანი იყო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერა საინფორმაციო სისტემის, ტუბერკულოზის პროგრამის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და შიდსის, წითელასა და ჰეპატიტის კონტროლისა და მონიტორინგის გაუმჯობესების, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, თამბაქოსა და ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებული სამოქმედო გეგმების მომზადებასა და ევროჯანმრთელობის პროგრამის შეფასებაში. მისი უშუალო მხარდაჭერით მომზადდა დღეს თქვენ წინაშე წარმოდგენილი საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი განვითარების სტრატეგიული გეგმაც.

განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია მსოფლიო ბანკთან თანამშრომლობა, რომლის პირველი პროექტის ფარგლებში შესაძლებელი გახდა:

- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების მოდერნიზება;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების სტრუქტურის რეორგანიზება, მისი აქცენტირება პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის მართვასა და ანალიზზე, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაზე, ავადობის და

სიკვდილობის მაჩვენებლების შემცირებაზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე;

- დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების ოპტიმიზაცია, პერინატალური ცენტრების ჩამოყალიბება თბილისსა და ქუთაისში;
- რეფერალური სისტემის ამუშავება;
- წამლის ხარისხის კონტროლის ლაბორატორიის შექმნა;
- ჯანმრთელობის დაცვის საინფორმაციო სისტემის განვითარება;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრის ჩამოყალიბება;
- სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირების დანერგვა;
- სამედიცინო დაზღვევის განვითარება.

აქტიურად მიმდინარეობს მუშაობა მესამე პროექტის მოსამზადებელი ფაზის დასრულებაზე, რომელიც მიმართული იქნება პირველადი ჯანდაცვის ეფექტური სისტემის დანერგვაზე. მინდა ვთხოვო მსოფლიო ბანკის წარმომადგენლებს ამ პროექტის დაწყების დაჩქარება.

განუზომელია გაეროს ბავშვთა ფონდის საქმიანობა, რომელმაც საქართველოსთვის ყველაზე მძიმე პერიოდში უზრუნველყო იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენა და დღესაც დიდ დახმარებას გვიწევს ვაქცინებით მომარაგებაში. მისი დახმარებით ქვეყნის თითქმის ყველა რეგიონში მიმდინარეობდა დედათა და ბავშვთა სამსახურების გაძლიერება პერსონალის ტრენინგის, მკურნალობის კომპლექსური პროგრამების დანერგვის, ამბულატორიების რეაბილიტაციის, ძირითადი მოწყობილობების მიწოდებისა და ესენციალური წამლების მომარაგების გზით.

ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსის „თბილისი-ატლანტას პარტნიორული პროგრამის“ ფარგლებში შეიქმნა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სასწავლო და ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრები, ჩამოყალიბდა საქართველოს ექთნების ასოციაცია, შეიქმნა ექთნების გადამზადების პროგრამები და სხვა.

დიდი ბრიტანეთის „ნოუ-ჰაუს ფონდის“ დახმარებით ამუშავდა ოჯახის ექიმთა გადამზადების პროგრამა, მომზადდა მასწავლებლები, რომლებმაც დამოუკიდებლად დაიწყეს მუშაობა ამ მიმართულებით.

საერთაშორისო წითელი ჯვრის საზოგადოება და გერმანიის ტექნიკური დახმარების სააგენტო გვეხმარებიან ფსიქიატრიისა და ფთიზიატრიის სახელმწიფო პროგრამების მედიკამენტოზურ უზრუნველყოფაში.

დიდია აშშ-ის, გერმანიისა და იაპონიის მთავრობების დახმარება საავადმყოფოთა აღჭურვილობის, მედიკამენტებისა და შესახვევი მასალის მოწოდებაში. მიმდინარე და მომავალ წლებში იაპონიის მთავრობის მიერ გამოყოფილი გრანტის მეშვეობით განხორციელდება თბილისის ცენტრალური კლინიკური და ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოებისთვის ახალი აღჭურვილობის შეძენა.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ნიდერლანდების, შვედეთის, კანადის მთავრობებისა და სხვა ქვეყნების არასამთავრობო ორგანიზაციების წვლილიც, რომელთა ჩამოთვლა შორს წაგვიყვანდა. მინდა მაგალითად გადავუხადო ყველას მხარდაჭერისთვის და იმედი გამოვთქვა, რომ ჩვენი თანამშრომლობა მომავალშიც გაგრძელდება და უფრო მეტად შინაარსიანი გახდება.

ერთობლივად ჩატარებული სამუშაოების შედეგად შესაძლებელი გახდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება; მიღწეულ იქნა მოსახლეობის ბუნებრივი მატების, მართალია უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც დაწყება.

შეიძლება ითქვას, რომ ქართული მედიცინის ფასეული ნაწილი გადაურჩა გარდაუვალ დაღუპვას. დაიწყო განვითარება ისეთმა მაღალტექნოლოგიურმა სამედიცინო დარგებმა, როგორცაა: ბავშვთა კარდიოქირურგია, გულის იმემიურ დაავადებათა ქირურგიული კორექცია, ორგანოთა ტრანსპლანტაცია და სხვა. ეს მეტად ძვირად ღირებული სამედიცინო მომსახურებაა, რომლის მისაღებად რამდენიმე წლის წინ საქართველოს მოქალაქეები მიმართავდნენ საზღვარგარეთის სამედიცინო დაწესებულებებს. დღეს ამ დახმარებას ისინი საქართველოში იღებენ, რამაც, მათთვის უამრავი პრობლემის მოხსნასთან ერთად, ქვეყნიდან მნიშვნელოვანი ფინანსური რესურსების გადინებაც შეაჩერა.

ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმირების მექანიზმები წარმოადგენს მოსახლეობის საერთო ჯანმრთელობასა და ჯანდაცვის პოლიტიკაში ცვლილებების განხორციელების ბერკეტებს. სწორედ ამიტომ საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის მიერ დაგვევალა მკაფიოდ და ნათლად ჩამოყალიბებული ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად პრიორიტეტებს, მიზნებს და ამოცანებს და გახდება დარგის რეფორმირების მნიშვნელოვანი მამოძრავებელი ძალა. მისი მეშვეობით ჩვენ გვსურს განვხორციელოთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მოწოდება წვერი სახელმწიფოებისადმი – „საკუთარი ამოცანების ჩამოყალიბებისას დაეყრდნონ დღევანდელი დღის რეალობას და ოცნებას ხვალინდელ დღეზე“.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთი უმთავრესი მაჩვენებელია და შეესაბამება არსებულ ეკონომიკურ მდგომარეობას. ცნობილია, რომ საზოგადოების განვითარება არის ადამიანთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი და ამ მიმართულებით წარმართული ყოველი ძალისხმევა მთელი ერის პრეროგატივაა. ამიტომ აუცილებელია, რომ სახელმწიფოებრივი მიზნები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში:

- გამომდინარეობდეს ქვეყნის კულტურული მემკვიდრეობიდან;
- იყოს უმნიშვნელოვანესი მოსახლეობის უმეტესი ნაწილისათვის;
- შეესატყვისებოდეს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეს;
- ასახავდეს ეთნიკურ სპეციფიკურობასა და გამოცდილებას;
- იყოს თავისუფალი იდეოლოგიისგან;
- ასახავდეს ქვეყნის საერთაშორისო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მიმართულებას;
- იყოს მეცნიერულად დასაბუთებული.

როგორც გასულ წელს მომზადებულმა მოხსენებამ „საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“ დაგვანახა, ჩვენი ქვეყანა, პოსტსოციალისტური ქვეყნების უმრავლესობის მსგავსად, დაავადებათა სტრუქტურის მხრივ, განიცდის ორი სახის ზეწოლას, რომელიც დამახასიათებელია როგორც განვითარებადი, ისე განვითარებული ქვეყნებისათვის. კერძოდ, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს კარდიო-

ვასკულური, ონკოლოგიური დაავადებები და უბედური შემთხვევები; ამასთან ერთად გავრცელებულია რიგი ინფექციური დაავადებები.

ამიტომაც პრიორიტეტების შერჩევის კრიტერიუმებად გამოვიყენეთ:

- მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი მიზეზები;
- მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვა პრიორიტეტით;
- პრიორიტეტის ეკონომიკური ეფექტიანობა.

პრიორიტეტების გამოყოფა გულისხმობს ფინანსური, მატერიალური და საკადრო რესურსების ფოკუსირებას არჩეულ სფეროებზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრაში სხვადასხვა დარგის მონაწილეობასა და პასუხისმგებლობას. მით უმეტეს, რომ ჯანმრთელობის დაცვა არ განიხილება, როგორც მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება.

2010 წლამდე საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად მიჩნეულია:

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება;
- ტრავმატიზმის შემცირება;
- გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება;
- ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემო ფაქტორების ზეგავლენის პრობლემის გადაჭრა.

ნება მიბოძეთ არ შევჩერდე ზემოჩამოთვლილი მიმართულებების პრიორიტეტულად აღიარების მიზეზებზე და თქვენი ყურადღება გავამახვილო მხოლოდ უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემაზე.

გარემოს დაბინძურების თავიდან აცილება და მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების პირობებზე მისი უარყოფითი ზეგავლენის შემცირების პრობლემა დღეს განსაკუთრებით მწვავედ დგას საქართველოში. ეკონომიკური კრიზისის პირობებში უკანა პლანზე მოექცა და მოიშალა სანიტარიულ-ჰიგიენური და გარემოს დაცვით ღონისძიებათა სისტემა, რამაც განაპირობა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის პრობლემა, პირველ რიგში, უსაფრთხო სასმელი წყლითა და კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფა. ამასთან, მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ განაპირობა შიმშილიც, დაბალკალორიული კვების, საკვების სხვადასხვა კომპონენტის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემები (მაგალითად, იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტი). დღის წესრიგშია ბუნებრივი, ტექნოგენური (ქიმიური და რადიაციული) და სხვა კატასტროფების, აგრეთვე საომარი მოქმედებების შედეგების ლიკვიდაცია. ყოველივე ამის განხორციელება მხოლოდ მჭიდრო მულტისექტორული თანამშრომლობის საფუძველზეა შესაძლებელი.

საქართველოს მიერ საერთაშორისო სატრანზიტო ფუნქციის შექმნა გამორჩეულ მნიშვნელობას ანიჭებს უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფაზე მიმართულ შემდგომ ძალისხმევას, განსაკუთრებით კი მოსახლეობის ხარისხიანი სასმელი წყლით მომარაგების მკვეთრ გაუმჯობესებას და შესაბამისი სრულფასოვანი ზედამხედველობის სისტემის ჩამოყალიბებას.

ჩვენი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნების განსაზღვრისას გავითვალისწინეთ ის ძირითადი ფასეულობები და სტრატეგიები, რომლებიც საფუძვლად დაედება ჯანმრთელობის დაცვის განვითარებას.

პრიორიტეტებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნებს წარმოადგენს:

- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა სოციალური და ინდივიდუალური უფლებების უზრუნველყოფა;
- ჯანმრთელობის დაცვის შესაძლებლობებში თანასწორუფლებიანობის მიღწევა მოსახლეობის ყველა ჯგუფისთვის, მიუხედავად ეროვნებისა, სქესისა, ასაკისა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა,

პოლიტიკური და რელიგიური მრწამსისა, სექსუალური ორიენტაციისა და ასე შემდეგ;

- ადამიანის ჯანმრთელობისთვის მდგრადი უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბება;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად გამიზნულ ღონისძიებათა სტიმულირება (თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარების შემცირება, განსაკუთრებით ახალგაზრდებს შორის);
- საქართველოს მთელი მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის უსაფრთხო სასმელი წყლით;
- მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის ჯანმრთელი, მრავალფეროვანი საკვებით;
- საკვები კომპონენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა პრევენცია;
- ჯანმრთელი კვების პროპაგანდა;
- მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა;
- ახალშობილთა სიკვდილობის შემცირება;
- დედათა სიკვდილობის შემცირება;
- მოსახლეობის ავადობის შემცირება.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავება და მიღება წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართულ უმნიშვნელოვანეს ქმედებას, მაგრამ მისი მიღება მხოლოდ ერთ-ერთი ეტაპია, რომლის შემდგომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პოლიტიკის განხორციელებას დარგთაშორისი თანამშრომლობის გზით სხვადასხვა დონეზე.

სწორედ ამ მიზნით შეიქმნა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა, რომლის მეშვეობითაც მთავრობამ უნდა გაზარდოს თავისი როლი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დაგეგმვაში, დაფინანსებაში და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში.

ამ გეგმის თანახმად, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის დეტალური სტრატეგიები მოიცავს 2000-2009 წლების პერიოდს. გეგმა განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტულ მიმართულებებს და არსებული პრობლემების გადაჭრის გზებს. ის

ითვალისწინებს ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობას და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რესურსებს, რომლებიც სამართლიანად და ეფექტურად უნდა გადანაწილდეს.

დოკუმენტის ყურადღების ცენტრშია რიგი ურთიერთდაკავშირებული საკითხები:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაგეგმვა;
- სიტუაციური ანალიზი;
- 21-ე საუკუნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხედვა;
- სტრატეგიის დანერგვა.

სტრატეგიულ გეგმაში მოცემულია ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის სპეციფიკური მიზნების განსაზღვრა; განხილულია ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანდაცვითი ღონისძიებების გავლენისა და ეფექტურობის შეფასების პრობლემები. ეს არის პირველი ყოვლისმომცველი დოკუმენტი, რომელიც საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკას და მისი განხორციელების სტრატეგიას პრაქტიკულ საქმიანობად გადააქცევს.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა მომზადებულია ქვეყანაში პოლიტიკის შემუშავებლებისთვის, ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, სხვა სექტორების წარმომადგენლებისა და სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლებისთვის. მასში მოცემული მაჩვენებლები დაეხმარება საერთაშორისო საზოგადოებრიობას მომავალი ინვესტიციების მიმართვაში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის საჭიროებათა შესაბამისად. მსოფლიო თანამეგობრობის კოორდინირებულ დახმარებას დიდი წვლილის შეტანა შეუძლია საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პერსპექტივებში.

დოკუმენტი ქმნის საკონსულტაციო რესურსს და ჩარჩოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო და კერძო სექტორების საქმიანობისთვის. იგი განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისა და მისი მიმწოდებლების პოლიტიკას და მოიცავს სხვადასხვა სექტორს. სამოქმედო გეგმის ფორმულირება, გვიჩვენებს რა მიზნების განხორციელების

ოპტიმალურ გზას, უზრუნველყოფს წესრიგს თითოეული ღონისძიების ორგანიზებაში.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიის კონცეფციის ჩამოყალიბების პროცესში აუცილებელია სისტემის რესურსების შეფასება სხვადასხვა სექტორში არსებული შესაძლებლობებისა და საშიშროებების გათვალისწინებით. გარემო, რომელშიც მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ზედმიწევნით ცვალებადია. ამიტომ, ეფექტური სტრატეგიის შემუშავება მოითხოვს სისტემის დაგეგმვის პროცესში შესაბამისი ცვლილებების გათვალისწინებას როგორც მის შიგნით, ისე მის გარეთ.

სტრატეგიული დაგეგმვა არ წარმოადგენს მხოლოდ დამატებითი მოსაზრების გათვალისწინებას. იგი უნდა დაიწყოს უშუალოდ მომხმარებლის საჭიროებების დადგენით და არა სამედიცინო დაწესებულებებისა და მათი პერსონალის შესაძლებლობებისა და სურვილების დაკმაყოფილებით, რაც დღესდღეობით ნაკლებადაა გათვალისწინებული. მხედველობაშია მისაღები მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის (პაციენტები, საზოგადოებრიობა, დაქირავებულები, მენეჯერები, პოლიტიკოსები და სხვა) ინტერესები. სტრატეგიული დაგეგმვის მთავარი მიზანია გაუმჯობესდეს მენეჯმენტი, განისაზღვროს ბაზრის სხვადასხვა სეგმენტის საჭიროება. უნდა ჩატარდეს როგორც სისტემის ძლიერი და სუსტი მხარეების, ისე მის გარეთ არსებული შესაძლებლობებისა და საშიშროებების ანალიზი. სტრატეგიული დაგეგმვის დაწყება მოითხოვს სისტემაში შემავალი ყველა ელემენტის განსაზღვრას, მათ წინასწარ და მრავალმხრივ შეფასებას.

რეალური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, უნდა გაკეთდეს არა მხოლოდ რაოდენობრივი, არამედ ხარისხობრივი შეფასებაც. პოლიტიკურად გამართლებულმა გადაწყვეტილებამ ცენტრალური ადგილი უნდა დაიკავოს ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრაში. ეფექტური გეგმის შემუშავება, თავის მხრივ, გულისხმობს მიმდინარე პოლიტიკური პროცესების გათვალისწინებას.

ჩვენი აზრით, დოკუმენტის ღირსებას წარმოადგენს სტრატეგიების განხორციელებისთვის საჭირო ღონისძიებების განსაზღვრა, მათზე პასუხისმგებელი შემსრულებლებისა და ღონისძიების განხორციელების

დროის დადგენა, მისი მონიტორინგის განხორციელების ინდიკატორების შერჩევა და თითოეული ღონისძიების გატარებისთვის აუცილებელი ფინანსური რესურსების გათვლა. ეს მონაცემები დეტალურად არის განხილული თქვენ ხელთ არსებული სტრატეგიული გეგმის დანართებში.

ექსპერტული გაანგარიშების მიხედვით, სტრატეგიული გეგმის საერთო ღირებულება 10 წლის მანძილზე 2,5 მილიარდ აშშ დოლარს აღემატება. საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროსთან შეთანხმებული გრძელვადიანი პროგნოზის საფუძველზე, ამ პერიოდში სახელმწიფოს მიერ შესაძლებელია მხოლოდ 1,78 მილიარდი აშშ დოლარის მობილიზება. ცხადია, გეგმის სრული განხორციელებისთვის აუცილებელია 763 მილიონი დოლარის დეფიციტის შევსების საშუალების მოძიება.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის ყველა ხარჯების დაფინანსება შესაძლებელი იქნება იმ შემთხვევაში, თუ, ერთი მხრივ, ეკონომიკა განვითარდება წინასწარი პროგნოზის მიხედვით და განხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის სექტორზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრების ზრდა მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში (4% – 2005 წელს და 6% – 2009 წელს) და, მეორე მხრივ, გამოინახება რესურსების ისეთი წყაროები, როგორცაა კრედიტები, გრანტები; გაფართოვდება კერძო სექტორი და დაწესდება გადასახადი მომსახურების ისეთ სახეებზე, რომლებიც არ შედის საბაზისო პაკეტში.

გეგმაში განსაზღვრული მიზნებისა და ამოცანების მიღწევა საჭიროებს საქმიანობის პერიოდულ დეტალურ მონიტორინგს. ასეთი მონიტორინგის მიზანია არა რეფორმის წარმატებისა თუ წარუმატებლობის გაცხადება, არამედ დასკვნების გაკეთება მომავალი საქმიანობისთვის, თვით გეგმის პერიოდული რევიზიის ჩათვლით.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აპირებს გააფართოოს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელთა, მომხმარებელთა და უშუალოდ მოქალაქეთა მიერ შექმნილი არასამთავრობო ორგანიზაციების (დიაბეტით ავადმყოფთა, ჰემოფილით დაავადებულთა, ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვთა ასოციაციები და სხვა) მონაწილეობა სტრატეგიული გეგმის მომზადებაში, დანერგვასა და განახლებაში და ამით გადააქციოს ტრადიციულად

დამკვირვებლის როლში მყოფი ორგანიზაციები და უწყებები ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სტრატეგიების განხორციელების აქტიურ მონაწილეებად.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის დასრულებამ 21-ე საუკუნის ხედვა რეალობად უნდა აქციოს. არჩეული სტრატეგიული მიდგომა უზრუნველყოფს კოორდინირებულ და სინქრონულ საქმიანობას გეგმის ფარგლებში. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელების პროცესის მართვისა და კოორდინირების სახელმწიფო კომისია, რომელიც შეიქმნა საქართველოს პრეზიდენტის ხელმძღვანელობით, შეასრულებს უმაღლესი კოორდინატორის ფუნქციას. გეგმის დანერგვაზე ძირითადი პასუხისმგებლობა აკისრია ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს.

ამავე დროს, ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის რეალური განხორციელებისთვის დიდ როლს შეასრულებს ბატონი ჯო ასვალი, რომელიც ჩვენი თხოვნით კოორდინაციას გაუწევს საერთაშორისო თანამეგობრობის მხარდაჭერის მობილიზებას ჩვენი ქვეყნისთვის ესოდენ მნიშვნელოვან საქმეში. უკვე გვაქვს მსოფლიოს ცნობილი პოლიტიკოსების თანხმობა საკოორდინაციო საბჭოში მონაწილეობის თაობაზე.

მინდა კიდევ ერთხელ გავუსვა ხაზი იმ გარემოებას, რომ დღევანდელი შეხვედრა უმნიშვნელოვანესია საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში. ახალი ქართული სახელმწიფოს მშენებლობის ურთულეს ეტაპზე, დროის უმცირეს პერიოდში ყალიბდება მისი ახალი ფუნქცია და ადგილი ცივილიზებულ მსოფლიოში. ქვეყანას გააჩნია ნორმალური განვითარებისთვის საჭირო ბუნებრივი რესურსები და ინტელექტუალური პოტენციალი, მაგრამ, ღრმა ეკონომიკური კრიზისის პირობებში, გარეგანი დახმარების გარეშე მიზნის მიღწევა პრაქტიკულად შეუძლებელია. თუ მდგომარეობა კარდინალურად არ შეიცვალა, მოსახლეობაში დემოკრატიული განვითარების იდეამ შეიძლება დისკრედიტაცია განიცადოს და გაიღვიძოს ტოტალიტარული წარსულისადმი „ნოსტალგია“.

სწორედ ამიტომ გვინდა მივმართოთ მსოფლიო საზოგადოებრიობას, საერთაშორისო ფინანსურ ორგანიზაციებს და განვითარებული ქვეყნების

მთავრობებს, რათა მათ, შესაძლებლობისა და დაინტერესების ფარგლებში, გაუწიონ ტექნიკური და ფინანსური დახმარება ჩვენს ქვეყანას ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის საქმეში.

დაბოლოს, კიდევ ერთხელ უღრმესი მადლობა მინდა მოვახსენო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას და ევროპის რეგიონულ დირექტორს, ბატონ ჯო ასვალს დღევანდელი შეხვედრის ორგანიზებისა და საქართველოსადმი გაწეული დახმარებისთვის. იმედს გამოვთქვამ, რომ ეს თანამშრომლობა კიდევ უფრო გაღრმავდება. ჩვენი მხრივ, შემიძლია დაგპირდეთ, რომ საქართველო არასოდეს გადაუხვევს დემოკრატიული და ეკონომიკური რეფორმების არჩეული კურსიდან.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის სხდომა

1999 წლის 2 ნოემბერი

**ნარკომანიისა და ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ
მიმართულ ღონისძიებათა შესახებ**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

ნარკომანია კაცობრიობის ის უბედურებაა, რაც ერის მომავლის, ახალგაზრდობის ფიზიკურ და მორალურ უკუგანვითარებასთან, გენოფონდის გადაგვარებასთან, ერის ინტელექტუალური და ზნეობრივი პოტენციალის მკვეთრ შემცირებასთან, ფსიქიურად და ფიზიკურად დეფექტურ ბავშვთა რაოდენობის მნიშვნელოვან ზრდასთანაა გაიგივებული.

ნარკომანიასთან ბრძოლა, გარდა ზოგადეროვნული ინტერესებისა, უზრუნველყოფს სახელმწიფოს საერთაშორისო იერსახეს. რამდენადაც ქვეყანაში ნაკლებია ნარკომანთა რაოდენობა და ნარკობიზნესის საბრუნავი სახსრები, მით უფრო საიმედოა მასთან ურთიერთობა, ანუ:

- დაბალია კორუფციის დონე ხელისუფლებაში;
- საზღვრები და გამჭოლი გზები დაცულია;
- შესაძლო საქმიანი პარტნიორი ჯანსაღი და მაღალგანვითარებული საზოგადოების წევრია.

შესაძლოა მოსაბეზრებელიც კი გახდა იმიჯზე საუბარი, მაგრამ ანტინარკომანული პოლიტიკის ქმედითობა ის შემთხვევაა, როდესაც შიდასაზოგადოებრივი ურთიერთობების გაჯანსაღება ბუნებრივად ისახება ქვეყნის ფასადზე და აღარ საჭიროებს ცრუ პოზიციას.

ნარკომანიის ცნება კიდევ უფრო ფართოვდება და აღარ იფარგლება მხოლოდ ნარკოტიკულ ნივთიერებათა მოხმარებით. აღსანიშნავია, რომ დღეს ნარკომანია დამატებით, სოციალურად საშიშ თვისებებს იძენს, რადგან ისეთი უმძიმესი ინფექციური დაავადებების გავრცელების წყაროდაც გვევლინება, როგორცაა შიდსი, ჰეპატიტები, ტუბერკულოზი და სხვა. ასეთ ფონზე

უკიდურესად მძიმეა შიდს-ის მოსალოდნელი გავრცელების პროგნოზი, რადგან ამ დაავადების გავრცელების პირველ ხანებში, თუ დაავადებულებს შორის შესამჩნევად ჭარბობდნენ ჰომოსექსუალები, დღეისათვის მსოფლიო სტატისტიკური მონაცემებით შიდსით შეპყრობილთა 50-70% ნარკოტიკული ნივთიერების მომხმარებელია. ნარკომანია აივ ინფექციის გავრცელების ძირითადი ფაქტორია საქართველოშიც. სადღეისოდ ოფიციალურად რეგისტრირებული 76 აივ ინფიცირებულიდან 51, ანუ 67% ინტრავენური ნარკომანია. ეს კი აუცილებელსა და სავალდებულოს ხდის ჩვენს ინტენსიურ თანამშრომლობას საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და სახელმწიფოთა კოალიციებთან.

მოსახლეობის შემოსავლის დონის ზრდა, ქარხნულად დამზადებული ნარკოტიკების ფასის კლება და, რაც მთავარია, სხვა სახელმწიფოების ნარკომანიის წინააღმდეგ მიმართული ღონისძიებების გაძლიერება, ჩვენსავით დაუცველ ქვეყნებს ნარკოზინჯის ბუნებრივ ბაზრად აქცევს.

გაერო-ს ნარკოტიკებზე კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის ერთ-ერთ მოხსენებაში ხაზგასმით არის აღნიშნული, რომ ნარკოტიკების უკანონო გადაზიდვებით დასაქმებული ორგანიზაციები ძირითადად იყენებენ ისეთ სახელმწიფოთა ტერიტორიებს:

- რომლებიც არ წარმოადგენენ ნარკოტიკებზე კონტროლის საერთაშორისო ხელშეკრულებაში მონაწილე ქვეყნებს;
- რომლებმაც ოფიციალურად მოახდინეს გაერო-ს კონვენციითა რატიფიცირება, მაგრამ არ იცავენ მათში გათვალისწინებულ მოთხოვნებს;
- სადაც ადგილი აქვს ისეთ პრობლემებს, როგორცაა: სამოქალაქო ომი, ტერორიზმი, პოლიტიკური არასტაბილურობა, ეთნიკური კონფლიქტები, ეკონომიკური კრიზისი და სოციალური დამაბულობა;
- სადაც მთავრობას არ ძალუძს საკუთარი ძალებით განახორციელოს კონტროლი ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე;
- სადაც ხელისუფლებას არა აქვს შესაძლებლობა შექმნას სამართალდამცავი, საბაჟო და ფარმაცევტული კონტროლის ქმედითი სამსახურები.

როგორც ვხედავთ, ჩვენი ქვეყნის უახლესი ისტორიიდან, 80-იანი წლების მიწურულისა და 90-იანი წლების პირველი ნახევრის საქართველოში

არსებული მდგომარეობა მთლიანად შეესაბამებოდა ზემოაღნიშნულს. ქვეყნის პოლიტიკურ და სოციალურ-ეკონომიკურ ცხოვრებაში მომხდარმა ძირეულმა გარდაქმნებმა და საზოგადოებრივი ცხოვრების დესტაბილიზაციამ ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო ბრუნვას არნახული მასშტაბები შესძინა, რამაც, გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, ეროვნული კატასტროფის წინაშე დაგვაცენა. ამიტომ, საჭიროა ეფექტური სამოქმედო ღონისძიებების შემუშავება და გატარება, მითუმეტეს დღეს, როდესაც საქართველო, როგორც ევროსაბჭოს სრულუფლებიანი წევრი, იძენს ახალ სტრატეგიულ ფუნქციას მსოფლიო თანამეგობრობაში.

საქართველოში რეფორმების გატარების ეტაპებს სინქრონულად მისდევს ნარკომანიისა და ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ მიზანმიმართული ღონისძიებების დინამიკაც. სოციალური ორიენტაციის რეფორმებისა და მსოფლიოს ერთიან ინტერესებში ქვეყნის ჩაბმის ერთდროულობამ, წინა პლანზე წამოწია მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ისეთი პრიორიტეტები, როგორიცაა:

- ნარკომანიის პროფილაქტიკის სამედიცინო, სამართლებრივი და სოციალური ასპექტები;
- ქვეყანაში ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა.

ხსენებული ამოცანის გადასაწყვეტად 1996 წლის მაისიდან ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ახორციელებს ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა სახელმწიფო პროგრამას. გადადგმული მნიშვნელოვანი ნაბიჯია საქართველოს ეროვნული უშიშროების საბჭოს 1998 წლის 14 აგვისტოს სხდომაზე დამტკიცებული „საქართველოში ნარკომანიისა და ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ 1998-2000 წლების სახელმწიფო პროგრამა“.

დღის წესრიგში დადგა ნარკომანის, როგორც დაავადებული პირის, მიმართ (და არა ნარკომანიის) სახელმწიფოებრივი პოზიციის ერთგვარი შეცვლის აუცილებლობა, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს ნარკომანიით დაავადებული პირების უშიშარ და უსაფრთხო მიმართვას სამედიცინო დაწესებულებებში.

თავის მხრივ, სამედიცინო დაწესებულებებს საშუალება უნდა მიეცეთ მოახდინონ ნარკომანების ყოველმხრივი სამედიცინო გამოკვლევა და,

აუცილებლობის შემთხვევაში, მათი ჩართვა გრძელვადიან სამკურნალო, რესოციალიზაციისა და დეკრიმინალიზაციის პროგრამებში.

1998 წლის ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული იყო ანტინარკომანული ღონისძიებების დაფინანსება 500 ათასი ლარის ოდენობით. ფაქტიურად დაფინანსდა მხოლოდ 97,1 ათასი ლარის სამუშაოები, ხოლო დაუფინანსებელი დარჩა 343,3 ლარის შესრულებული სამუშაო.

დაუფინანსებლობის გამო ვერ მოხერხდა ისეთი მნიშვნელოვანი ღონისძიებების განხორციელება, როგორცაა: ნარკოლოგიური კაბინეტების მომარაგება პირველი დონის ნარკოლოგიური კვლევის სადიაგნოსტიკო სისტემებითა და თანამედროვე აღჭურვილობით, კადრების გადამზადება, სახელმძღვანელოს შექმნა სტუდენტებისთვის და ექიმ-ნარკოლოგებისთვის, მოზარდთა და ქალთა განყოფილების შექმნა და ამუშავება.

აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ნარკობიზნესის წარმომადგენლებმა დაიწყეს საქართველოს ინტენსიური მომარაგება ჰეროინით.

პოლიციის მიერ წარმოებული მუშაობა მნიშვნელოვნად ართულებს და აძვირებს ნარკოტიკების მოპოვებას საქართველოში. თუმცა ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ პოლიციის რაიონული რგოლები არადაამაკმაყოფილებლად მუშაობენ. გამონაკლისს მხოლოდ გორის რაიონი წარმოადგენს, სადაც ექსპერტიზაზე მიყვანილთა რაოდენობა 1997 წლის 180-დან 1998 წელს 307 პირამდე გაიზარდა.

მცხეთა-მთიანეთის რეგიონში, რომელიც ყაზბეგიდან „ამარაგებს“ საქართველოს ნარკოტიკებით, ნარკოტიკულ ექსპერტიზაზე სულ მიყვანილი იყო 6 პირი; ლაგოდეხში, რომელიც ასევე ნარკოტიკებით მომარაგების ერთ-ერთი კარიბჭეა, 1997 წელს 1 და 1998 წელს 19 პირი იყო მიყვანილი; ბორჯომში 1997 წელს – არცერთი, 1998 წელს 6 პირი; ლანჩხუთში 1997-1998 წლებში არც ერთი ექსპერტიზა არ არის ჩატარებული; სენაკში ასევე არ არის ჩატარებული არც ერთი ექსპერტიზა.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ ხშირია შემთხვევები, როდესაც ნარკოლოგიის ინსტიტუტის მიერ აღრიცხვაზე აყვანილ ნარკომანთა შორის ამა თუ იმ რაიონის მცხოვრები მეტია, ვიდრე საკუთრივ

რაიონში ექსპერტიზაზე მიყვანილ და აღრიცხვაზე აყვანილ ნარკომანთა რაოდენობა. არცთუ იშვიათია შემთხვევები, როდესაც საქართველოს მთელ რიგ რაიონებში აღრიცხვაზე აყვანილია ერთეული პირი, ხოლო მათ მეზობელ რაიონებში ათეული. ეს იმას ნიშნავს, რომ ნარკომანთა აღრიცხვა და, აქედან გამომდინარე, სტატისტიკური მონაცემებიც არ შეესაბამება რეალურ სურათს. ამაზე მიუთითებს ჩვენ მიერ ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა, რომლის მიხედვითაც ჩანს, რომ 12-17 წლის მოწაფეების დაახლოებით 3%-ს, (მათ შორის გოგონებიც არიან), გასინჯული აქვს ამა თუ იმ სახის ნარკოტიკული ნივთიერება. ზოგჯერ ჩვენ მიერ სკოლებში მოპოვებული რიცხვები მნიშვნელოვნად სჭარბობს მთელ მოსახლეობაში გამოვლენილ ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობას.

აქედან გამომდინარე, ის 10054 პირი, რომელიც აღრიცხვაზეა ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებისა და ნარკომანიით დაავადებების გამო, აბსოლუტურად არ ასახავს ქვეყანაში არსებულ რეალურ სიტუაციას. როგორც დასავლეთის ქვეყნების ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები მიუთითებენ, მომხმარებელთა რეალური რიცხვის დასადგენად, აღრიცხვაზე აყვანილ პირთა რაოდენობასულ მცირე 10-ზე მაინც უნდა გამრავლდეს. ყოველივე ეს მოწმობს, რომ ნარკოტიკული საშუალებების გამავრცელებლების გამოვლენისგან განსხვავებით ნარკომანების გამოვლენა ჯერ კიდევ დაბალ დონეზეა.

შესაძლებელია, ამას ხელს უწყობდეს ის გარემოებაც, რომ ვერ მოგვარდა ნარკომანიის სტაციონარული ექსპერტიზა, რადგან ვერ გადაწყდა სტაციონარული განყოფილების პოლიციური დაცვის უზრუნველყოფა.

საკანონმდებლო ბაზის უქონლობის გამო ფერხდება შიდასაუწყებო მარეგლამენტირებელი დოკუმენტების შექმნა. ნარკოლოგიური სამსახურის მეთვალყურეობის მიღმა დარჩენილი ნარკოსიტუაცია პენიტენციურ სისტემაში, რაც ქმნის საგანგაშო მდგომარეობას. ეს ნაწილობრივ იმითაც არის განპირობებული, რომ არ არსებობს ნარკომანების მკურნალობის თუნდაც პირველი ეტაპის დაფინანსება.

ღიად არის დარჩენილი არასრულწლოვანი პირების არანებაყოფლობითი მკურნალობის საკითხი. გადასაწყვეტია საქართველოში თუნდაც ერთი

დახურული ტიპის განყოფილების ჩამოყალიბება დაზიანებული ფსიქიკის მქონე ნარკომანებისთვის.

საქართველოში არ არსებობს არცერთი განყოფილება ბავშვების, მოზარდებისა და ქალებისთვის. ამავე დროს, მნიშვნელოვნად იზრდება ტოქსიკომან ბავშვთა რიცხვი (მხედველობაში გვყავს 6-12 წლის ბავშვები, რომლებიც გაბრუების მიზნით ხმარობენ სხვადასხვა გამხსნელს, წებოს, შხამქიმიკატებს). ყველა ასეთი ბავშვი აუცილებლად უნდა მოხვდეს სპეციალურ აღმზრდელობით დაწესებულებაში ნარკოლოგთა და ფსიქოლოგთა მეთვალყურეობის ქვეშ, რისთვისაც უნდა შეიქმნას მათი მეურვეობის სპეციალური სისტემა.

ეს პრობლემა ინტერსექტორული ბუნებისაა და მოქმედი კონსტიტუციისა და კანონმდებლობის ფარგლებში მისი გაუფნებელყოფა მხოლოდ სხვადასხვა უწყების შეთანხმებული თანამშრომლობისა და საზოგადოების ძალისხმევითაა შესაძლებელი.

არ შეიძლება ყველაფერი დავაბრალოთ დაფინანსებას, როდესაც ყველა ვალიარებთ გარდამავალი ეტაპისთვის დამახასიათებელ სიმნელებს. მე მოგიწოდებთ ცოტა უფრო მეტად შევიწუხოთ თავი და ერთად დავდგეთ ყველა დროს ამ უდიდესი ჭირის წინააღმდეგ. მეტი პასუხისმგებლობით და ნებადართული ზღვრის შეგნებით მივუდგეთ საკითხს ექიმიც და პოლიციელიც, სახელმწიფო მოხელეც და უბრალო მოქალაქეც. საჭიროა იმ ამოცანების გაცნობიერება, რომლებიც დასახულია ნარკომანიისა და ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამაში. უფრო აქტიურად უნდა იმუშაონ სოციალურად საშიშ დაავადებებთან ბრძოლის სამხარეო კომისიებმაც.

თუ გადავხედავთ ნარკომანიის, მეძავეობისა და სოციალურად საშიში დაავადებების გავრცელების გეოგრაფიას, ვნახავთ, რომ იგი ემთხვევა ძირითადი საავტომობილო ტრასების განვითარებას. ამიტომ, ყოველმა მხარემ, ყოველმა რაიონმა ადგილობრივი სპეციფიკისა და თავისებურების გათვალისწინებით უნდა შეიმუშაოს კონკრეტული ღონისძიებები.

ჩემი ღრმა რწმენით, ნარკომანიის პროფილაქტიკა, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ტარდებოდეს ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და რისკ-

ფაქტორების შემცირების ფორმით, ყოველი ადამიანის უფლებების დაცვის უზრუნველყოფის დონეზე.

საჭიროა გააქტიურდეს საგანმანათლებლო ღონისძიებების გატარება. ჩვენი მოვალეობაა ქვეყნის მომავალი თაობის დაცვა. არ უნდა დავუშვათ პაემანი მოზარდსა და ნარკოტიკს შორის. სწორედ ამ კონტექსტში უნდა განვიხილოთ ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამის 1999-2005 წლების ღონისძიებათა ნუსხა, რომელიც საქართველოს მთავრობის სხდომამ განიხილა გასული წლის 30 დეკემბერს და იქ გამოთქმული შენიშვნების გათვალისწინებით, გადამუშავებული სახით მიეწოდება საქართველოს პრეზიდენტს, რომელმაც თავად იკისრა ამ ურთულესი პროცესის ხელმძღვანელობა და მართვა.

მხოლოდ საზოგადოების, მთავრობისა და ცალკეული ადამიანების ერთიანი ძალისხმევით შეიძლება დაძლეულ იქნეს ნარკომანია საქართველოში.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

**საქართველოს პრეზიდენტთან არსებული უცხოური ინვესტიციების
(საინვესტიციო) საკონსულტაციო საბჭოს სხდომა**

1999 წლის 11 დეკემბერი

**მსოფლიო ბანკის ჯანმრთელობის დაცვის პირველი პროექტისა
და სტრუქტურული რეფორმების ხელშეწყობი პროექტის
ფარგლებში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მატერიალურ-
ტექნიკური ბაზის განვითარების და საავადმყოფოთა
კონსოლიდაციის გზით სამედიცინო დაწესებულებათა
ოპტიმიზაციის შესახებ**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

საქართველოში არსებულმა ფისკალურმა კრიზისმა ყველაზე მძიმე დარტყმა ჯანდაცვის სექტორს მიაყენა. 1998 წელს სახელმწიფო დაფინანსებამ ერთ სულზე 7 აშშ დოლარზე ნაკლები შეადგინა, რაც სახელმწიფო ხარჯების მხოლოდ 6%-ია. ჯანდაცვის სფეროს რეფორმა, რომელსაც მსოფლიო ბანკი უწყობს ხელს, 1995 წელს დაიწყო. ამ წამოწყებას თან ახლავს საკმაოდ დიდი ოპტიმიზმი, თუმცა რეფორმათა დანერგვის გზაზე ბევრმა პრობლემამაც იჩინა თავი. დღეისათვის შეიძლება ორი ძირითადი საკითხის გამოყოფა, რომელთა მოგვარებაც დიდ წვლილს შეიტანს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში მიმდინარე გარდაქმნათა წარმატებაში. ესენია:

1. საგადასახადო სისტემის გაუმჯობესების გზით დამატებითი რესურსების მოპოვება;
2. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ოპტიმიზაციის გზით სახელმწიფო ბიუჯეტზე დატვირთვის შემცირება.

პირველ საკითხთან დაკავშირებით შეიძლება ითქვას, რომ ჯანდაცვის დაფინანსების უდიდესი ნაწილი 4%-იან საშემოსავლო გადასახადსა და ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჩარიცხულ თანხებზე მოდის, ხოლო ჯანდაცვის საერთო დანახარჯების 87%-ს თავად მომხმარებელთა მიერ გადახდილი თანხა შეადგენს. უფრო მკაფიოდ რომ ვთქვათ, სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მთლიანი ხარჯების მხოლოდ 13%-ს აფინანსებს. ამდენად,

საჭიროა ხელი შეეწყოს ორ პარალელურ პროცესს: ბიუჯეტში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი რესურსების გაზრდას და, თავად სექტორში, მოწინავე გამოცდილებების, ტექნოლოგიების, ხარჯთ-ეფექტური მოდელების დანერგვას.

დღეისათვის საქართველოში 287 საავადმყოფოა 25 ათასი საწოლით, რაც იმას ნიშნავს, რომ ყოველ 1000 მოსახლეზე 4,5 საწოლია (შედარებისთვის, დასავლეთის ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 2,5-ს შეადგენს). საწოლთა დატვირთვა საშუალოდ 28%-ია. სიჭარბეა სამედიცინო პერსონალის მხრივაც. კერძოდ, ერთი ექმი ყოველ 245 მოსახლეზე მოდის, მაშინ როცა ევროპაში ეს მაჩვენებელი 400-ის ტოლია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სიტუაციას ამძიმებს ის ფაქტიც, რომ 1991 წლის შემდეგ ქვეყანაში 50-ზე მეტი ახალი სამედიცინო სასწავლებელი გაიხსნა.

ისედაც მწირი რესურსების ესოდენ ბევრ ობიექტზე გადანაწილებამ მინიმუმამდე დაიყვანა კაპიტალურ დაბანდებებზე, ობიექტების მოვლა-პატრონობაზე, სამედიცინო მასალების მიწოდებაზე, პერსონალის ხელფასზე გათვალისწინებული ხარჯები. მხოლოდ საწოლების რაოდენობის შემცირება, თუ ამას პარალელურად დაკავებული სივრცისა (რაც კომუნალური მომსახურებისა და შენობა-ნაგებობების მოვლა-პატრონობის ხარჯებს შეამცირებს) და შტატის შემცირებაც არ მოყვა, არ გამოიწვევს მნიშვნელოვანი თანხების დაზოგვას.

როგორც თბილისის საავადმყოფოების შესწავლამ ცხადყო, მხოლოდ სამშენებლო სამუშაოები, რომლებიც აუცილებელია საავადმყოფოებში მინიმალური სტანდარტების უზრუნველსაყოფად, 100 მილიონი აშშ დოლარი დაჯდება. თუ დავუმატებთ იმასაც, რომ არსებული სამედიცინო აღჭურვილობის 80%-ზე მეტი ან მოძველებულია, ან საერთოდ არ მუშაობს, მივალთ იმ დასკვნამდე, რომ ქვეყნის 287 საავადმყოფოს გადახალისებისთვის 200 მილიონ აშშ დოლარზე მეტია საჭირო.

მიუხედავად იმისა, რომ მთავრობამ 1995 წელს ბიუჯეტური დაფინანსებიდან 130 ათასზე მეტი სამედიცინო მოსამსახურე ამოიღო, საავადმყოფოები შტატების შემცირებისაგან მაინც თავს იკავებენ. დღეისათვის ტიპიური საავადმყოფოს ექიმის საშუალო წლიური ხელფასი 573 ლარია, მაშინ, როცა

წლიური საარსებო მინიმუმი ერთ სულ მოსახლეზე 1080 ლარს შეადგენს. ცხადია, ამ დეფიციტის შევსებას სამედიცინო პერსონალი პაციენტის მიერ არაოფიციალურად გადახდილი თანხების მეშვეობით ახდენს. ამავე დროს, საინტერესოა, რომ როგორც ბოლო დროს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, ერთ დაკავებულ საწოლს საშუალოდ 1,5 ექიმი ემსახურება. საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ექიმის კვალიფიკაცია დიდად არის დამოკიდებული მის პრაქტიკულ გამოცდილებაზე. ასეთ პირობებში, ცხადია, სამედიცინო პერსონალის დისკვალიფიკაციის საკმაოდ დიდი საშიშროება იქმნება.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, საქართველოს მთავრობამ გააცნობიერა სამედიცინო ობიექტების ბიუჯეტზე ზეწოლის სიმძიმე და მისი შემცირების სამი ალტერნატიული გზა დასახა:

- სამედიცინო პერსონალის სტიმულირების სისტემის შეცვლა და ანაზღაურების გაცემა მხოლოდ და მხოლოდ რეალურად გაწეული მომსახურების სანაცვლოდ;
- სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის აკრედიტაცი-ლიცენზირება და სამედიცინო პრაქტიკის აკრძალვა მათთვის, ვისაც ლიცენზია არ გააჩნია;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ნაწილის პრივატიზაცია.

სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების რეფორმის ერთ-ერთ ელემენტს საავადმყოფოების იურიდიული სტატუსის შეცვლა წარმოადგენს. დღეისათვის ეს სამედიცინო ერთეულები აღარ არიან საბიუჯეტო დაწესებულებები და, შესაბამისად, ისინი ფინანსურადაც გამოყოფილი არიან სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. სისტემაში ინერგება შემთხვევაზე დაფუძნებული ანაზღაურების წესი.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ სამედიცინო ობიექტებისა და პერსონალის მალიცენზირებელი ორგანოს ფუნქცია იკისრა და 1998 წლის დასასრულისთვის 250-ზე მეტ საავადმყოფოზე გასცა ლიცენზია. რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირებას, ეს პროცესი ჯერაც მიმდინარეობს. აკრედიტაცია-ლიცენზირების სისტემის მეშვეობით სახელმწიფო უზრუნველყოფს ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების მინიმალურ დონეს და ადგენს მისი თანდათანობითი ზრდის ტენდენციებს. ამასთანავე, იქმნება სამედიცინო კადრების რაოდენობის რეგულირების საშუალება.

ეს ორი ნაბიჯი – ანაზღაურების ახალი მექანიზმი და პრაქტიკის აკრძალვა იმ ექიმებისთვის, რომლებმაც ვერ დააკმაყოფილეს მინიმალური საკვალიფიკაციო სტანდარტები – გარკვეულწილად, წარმატებული აღმოჩნდა და ნაწილობრივ მაინც შეამცირა საწოლებისა და ექიმების რაოდენობა 1995 წელს დაწყებული რეფორმის შემდგომ. თუმცა, ეს მაინც არ არის საკმარისი ოპტიმალური დონის მისაღწევად.

1996 წლის კანონმა „სახელმწიფო საწარმოების პრივატიზაციის შესახებ“ დაადგინა ჯანდაცვის ობიექტების პრივატიზაციის წესები, რის საფუძველზეც დღეისთვის უკვე პრივატიზებულია რამდენიმე ასეული ჯანდაცვის ობიექტი. უკანასკნელ ხანებში მსოფლიო ბანკმა, სტრუქტურული გარდაქმნების ტექნიკური დახმარების მეორე კრედიტის (SATAC II) ფარგლებში, დააფინანსა საავადმყოფოების გენერალური გეგმისა და მათი რესტრუქტურირაცია-პრივატიზაციის სტრატეგიის მოსამზადებელი სამუშაოები.

ამჟამად თბილისში 54 საავადმყოფოა 11.915 საწოლით. როგორც საწოლების დატვირთვის, საწოლ-დღეების საშუალო ხანგრძლივობისა და მოსახლეობის ზრდის მაჩვენებლების ანალიზმა აჩვენა, თბილისისთვის 3.600 საწოლია საჭირო.

1998 წელს დასრულდა ქვეყანაში არსებული 287 საავადმყოფოს აქტივების ინვენტარიზაცია, რომლის მონაცემებზე დაყრდნობით თითოეულმა მათგანმა ოთხეტაპიანი შემოწმების საკმაოდ დეტალური პროცესი გაიარა. კერძოდ:

- I ეტაპზე კრიტერიუმებად შერჩეულ იქნა მდებარეობა, საწოლების რაოდენობა, შენობის ასაკი და სეისმური უსაფრთხოება.
- II ეტაპზე ყურადღება დაეთმო საავადმყოფოთა დატვირთვის და გარკვეულ სტანდარტებთან შესაბამისობას (მაგალითად, ლაბორატორიული და სხვა სახის აღჭურვილობას).
- III ეტაპზე განისაზღვრა სათანადო სტანდარტების დასაკმაყოფილებლად საჭირო ინვესტიციების მოცულობა.
- IV ეტაპზე საავადმყოფოების მდებარეობიდან, მომსახურების ხარისხისა და დიაპაზონიდან, რეაბილიტაციისთვის საჭირო კაპიტალური

ინვესტიციებიდან გამომდინარე, შერჩეულ იქნენ სახელმწიფო საკუთრებაში დასატოვებელი საავადმყოფოები.

საავადმყოფოების რესტრუქტურისაციის გეგმა პირველ ეტაპზე თბილისისთვის მომზადდა, სადაც ქვეყნის საწოლთა ნახევარზე მეტია განთავსებული და, სადაც ეფექტურობის ზრდით გამოწვეული ყველაზე მეტი სარგებლის მიღებაა მოსალოდნელი. ამ გეგმის საავადმყოფოთა კონსოლიდაციის კომპონენტი ითვალისწინებს თბილისში არსებული საავადმყოფოების ნაწილის პრივატიზაციის შედეგად მიღებული თანხების აკუმულირებას სპეციალურად დაფუძნებულ საავადმყოფოთა რესტრუქტურისაციის ფონდში. ეს თანხები გამოყენებული იქნება სახელმწიფო სექტორში დარჩენილი ობიექტების გასაახლებლად და გარდამავალ ეტაპზე არსებული ხარჯების დასაფარად. საავადმყოფოების გაერთიანებისა და საჭირო რაოდენობის საწოლების უფრო დიდ და ახალ შენობებში გადატანის შედეგად გამოთავისუფლდება ყველაზე ძველი, ყველაზე პატარა და საავადმყოფოსთვის ყველაზე მოუხერხებელი შენობები, რომლებიც მათი საბაზრო ღირებულების თუნდაც 80%-ადაც რომ გაიყიდონ, მიღებული შემოსავალი 56 მილიონი აშშ დოლარის ტოლი იქნება.

პროექტის წარმატებისთვის უნდა დაკმაყოფილდეს შემდეგი პირობები:

- მკაფიოდ განისაზღვროს საპრივატიზაციო ობიექტები;
- ობიექტები გაიყიდოს უძრავ ქონებად და არა საავადმყოფოებად;
- გამოყენებულ იქნეს გამჭვირვალე, კონკურენტუნარიანი და მიუკერძოებელი გაყიდვის მეთოდი;
- პრივატიზაციიდან შემოსული თანხების 100% გადაირიცხოს ხაზინაში სპეციალურად შექმნილ ანგარიშზე, საიდანაც არანაკლებ 87%-ისა მოხმარდება საავადმყოფოთა რესტრუქტურისაციას.

პრივატიზაციის შედეგად მიღებული თანხები საავადმყოფოთა რესტრუქტურისაციის ფონდის მიერ გამოყენებული იქნება შემდეგნაირად:

კაპიტალური ინვესტიციები – დაფინანსდება აუცილებელი სამშენებლო სამუშაოების წარმოება და სამედიცინო აღჭურვილობის შესყიდვა სახელმწიფოს გამგებლობაში დარჩენილი დაწესებულებებისთვის. ეს იქნება

მათში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პირობა.

ადამიანური რესურსების პროგრამა – სახელმწიფო აცნობიერებს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის ყველა მუშაკის შრომა მეტად ძვირფასია, მაგრამ საავადმყოფოთა კონსოლიდაციის პროცესს აუცილებლად მოყვება კადრების შემცირება. ეს მეტად მტკივნეული საკითხია და ფრთხილ დამოკიდებულებას მოითხოვს. ამიტომ, პროექტი ითვალისწინებს განთავისუფლებულ თანამშრომელთა კომპენსაციის პაკეტით უზრუნველყოფას. იმისათვის, რომ პროგრამა ეფექტური იყოს, მან უნდა:

- შექმნას აუცილებელი და კვალიფიციური პერსონალის შენარჩუნების პირობები;
- სამსახურის დატოვებისკენ უბიძგოს სათანადო კვალიფიკაციის არმქონე თანამშრომლებს;
- მისცეს პროფესიული გადამზადების ან გადანიჭილების იმპულსი იმ თანამშრომლებს, რომლებსაც შეუძლიათ შეიძინონ სათანადო კვალიფიკაცია.

ამჟამად განიხილება პროცესის წარმართვის რამდენიმე შესაძლო ვარიანტი. კერძოდ, ჯადრების გადანიჭილება, ახალი სამუშაოს ძებნა და რჩევების მიცემა მომავალ კარიერასთან დაკავშირებით, ადრეული პენსია, დამატებითი საპენსიო ფონდი და ერთჯერადი საბოლოო ანაზღაურება.

საზოგადოების ინფორმაციული უზრუნველყოფა – იმისათვის, რომ სამედიცინო პერსონალის შემცირების პროცესი ნაკლებად მტკივნეული იყოს, ეს ცვლილებები საზოგადოებამ მიიღოს და შემცირდეს მისი წინააღმდეგობა, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ:

- პროცესის მიმდინარეობისას უნდა უზრუნველყოს ყველა სამართლებრივი მოთხოვნის დაცვა;
- მკაფიოდ უნდა განუმარტოს პერსონალს პროგრამის აუცილებლობის მიზეზები, პროცესის მიმდინარეობის ვადები და არსებული ვარიანტები;
- უნდა შეიმუშაოს საზოგადოებასთან ურთიერთობის სტრატეგია, რომლის ძირითადი მიზანი იქნება ცვლილებების მიზეზებისა და მოსალოდნელი დადებითი შედეგების შესახებ ინფორმაციის გავრცელება.

სახელმწიფოს საკუთრებაში დარჩენილ საავადმყოფოებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებისთვის დიდი მნიშვნელობი აქვს მათში მენეჯმენტის მეთოდოლოგიის სრულყოფას. საავადმყოფოთა კონსოლიდაციის კომპონენტი ხელს შეუწყობს ახალი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას საავადმყოფოებსა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს შორის. სამინისტროს განზრახული აქვს პირდაპირ აღარ ჩაერიოს იმ საავადმყოფოების მართვაში, რომლებიც სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩება.

პროექტის მიმდინარეობის მთელ პერიოდში განხორციელდება დანერგვის ზედამხედველობა და შეფასება. ასევე განზრახულია სპეციალური კვლევების ჩატარება, რათა განისაზღვროს ჯანდაცვის მუშაკთათვის დამატებითი საპენსიო უზრუნველყოფის მოდელი, რისკების შეფასების ალტერნატიული მექანიზმები.

მეტად მნიშვნელოვანია, რომ მსოფლიო ბანკის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მიმდინარე და დაგეგმილ პროექტებს შორის არსებობს გარკვეული მემკვიდრეობითობა და ისინი ერთიანი სახით არიან მოსაზრებული. ამ თვალსაზრისით საინტერესოა, რომ მსოფლიო ბანკის ჯანმრთელობის დაცვის პირველი პროექტის ფარგლებში რეაბილიტაცია ჩაუტარდა და შესაბამისი აპარატურით აღიჭურვა ცაგერის რაიონული საავადმყოფო. დაწყებულია მუშაობა აკადემიკოს ო.ლუდუშაურის სახელობის ტრავმატოლოგიური ცენტრის აღდგენაზე, სადაც განთავსდება თანამედროვე ტიპის მრავალპროფილური საავადმყოფო. ქუთაისის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს ბაზაზე დაგეგმილია პერინატალური ცენტრის შექმნა. ეს დაწესებულებები გახდებიან საქართველოში დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარების რეფერალური სისტემის მოწყობის დასაყრდენი, რაც გულისხმობს ქვეყნის პერიფერიაზე წარმოქმნილი გართულებული შემთხვევების მართვას მაღალი კვალიფიკაციის მქონე სპეციალისტების ადგილზე გასვლით, ან პაციენტების სწრაფ ევაკუაციას მაღალი დონის საავადმყოფოებში.

უნდა ითქვას, რომ ამგვარი რეფერალური სისტემა უკვე ფუნქციონირებს აღმოსავლეთ საქართველოში, თბილისის რამდენიმე პედიატრიული კლინიკის, სამშობიარო სახლისა და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების

ბაზაზე. ახლო პერსპექტივაში მოხდება არსებული მოდელის გაძლიერება და გავრცელება მთელ საქართველოში.

მსოფლიო ბანკის ჯანმრთელობის დაცვის პირველი პროექტის ფარგლებში ტრავმატოლოგიის ცენტრის ბაზაზე შექმნილი მრავალპროფილური საავადმყოფო პირველია, რომელიც საავადმყოფოთა კონსოლიდაციის კომპონენტის სამიზნეს წარმოადგენს. ამ პროექტით გათვალისწინებულია თბილისის თორმეტი სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრეების გადატანა ოთხ შეკეთებულ და თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად აღჭურვილ საავადმყოფოში – აკად. ო.ლუდუშაურის სახელობის მრავალპროფილურ საავადმყოფოში, ბავშვთა კლინიკურ საავადმყოფო „რესპუბლიკაში“, ფთიზიატრიის ინსტიტუტსა და ინფექციურ საავადმყოფოში. ამ მიზნით მსოფლიო ბანკის კრედიტი დააფინანსებს საწყისი ეტაპის სამუშაოებს და შექმნის საჭირო ფინანსური რესურსების მოზიდვის მყარ საფუძველს.

როგორც უკვე აღინიშნა, ეს იქნება გამოთავისუფლებული შენობების გაყიდვის შედეგად მიღებული თანხები, რომელთა მეშვეობით მოხდება სტაციონარების სარემონტო სამუშაოების ჩატარება. პარალელურად განხორციელდება უახლესი სამედიცინო აღჭურვილობის შესყიდვა და მონტაჟი. ეს პროცესები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ვინაიდან არსებული სიმძლავრეები დანგრევის პირასაა მისული, აპარატურა ან არ არსებობს, ან უკიდურესად მოძველებულია, ხოლო სახელმწიფოს არ გააჩნია მათი საჭირო კონდიციაში მოყვანის საშუალება. ექსპერტული შეფასებით, ეს თანხები აღემატება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მთელ ბიუჯეტს.

პროექტის განხორციელების შედეგად მოხდება:

1. სახელმწიფოს საკუთრებაში დარჩენილი საავადმყოფოების დაკომპლექტება პერსონალის ოპტიმალური რაოდენობით;
2. მომუშავე პერსონალის კვალიფიკაციის განუხრელი ზრდის უზრუნველყოფა;
3. საავადმყოფოთა მართვის სისტემის მოდერნიზება და თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი მეთოდების დანერგვა;
4. საავადმყოფოთა მატერიალურ ტექნიკური ბაზის გაძლიერება შენობა-ნაგებობათა რეკონსტრუქციის, შეკეთებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის განახლების გზით.

2001 წელს თბილისში გვექნება თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი ოთხი საავადმყოფო, რომლებშიც სახელმწიფოს ექნება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე აღებული ვალდებულებების რეალიზების საშუალება. პერსპექტივაში ანალოგიური პროექტები განხორციელდება მთელი საქართველოს მასშტაბით, რაც შექმნის საქართველოს მოსახლეობისთვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის ზრდის რეალურ საფუძველს.

მსოფლიო ბანკის ჯანმრთელობის დაცვის პირველი პროექტი წააწყდა სირთულეებს, რომელიც აისახა ბიუჯეტის შესამჩნევი გარღვევით პროექტით დაგეგმილი სამუშაოებისთვის გამოყოფილი კრედიტის დაფინანსებაში. ფინანსური პრობლემის ძირითადი მიზეზი გახდა სპეციალური სასესხო უფლებების (SDR) ღირებულების თანმიმდევრული დევალვაცია აშშ დოლართან მიმართებაში, რომელიც წარმოადგენს პროექტის საგადასახადო ერთეულს. 1996 წელს მსოფლიო ბანკის მიერ გამოყოფილი კრედიტი 14,2 მილიონ აშშ დოლარს შეადგენდა, ამჟამად კი ის მხოლოდ 13,1 მილიონ აშშ დოლარს შეესაბამება. ამდენად, მხოლოდ ვალუტის კურსის ცვალებადობის გამო, პროექტს 1,1 მილიონი აშშ დოლარი დააკლდა. გარდა ამისა, პროექტით გათვალისწინებული ქუთაისის პერინატალური ცენტრის და რეფერალური სისტემის განვითარებისთვის, რომელიც მთელ დასავლეთ საქართველოს მოემსახურება, საჭიროა დამატებით 500 ათასი აშშ დოლარის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფისთვის – 325 ათასი აშშ დოლარის და გაუთვალისწინებელი პირობებისთვის (იგულისხმება SDR-ის შემდგომი დევალვაცია, რომელიც განისაზღვრა აუთვისებელი თანხის 5%-ით) – 500 ათასი აშშ დოლარის გამოყოფა.

ჯანმრთელობის დაცვის და ფინანსთა სამინისტროების მსოფლიო ბანკთან კონსულტაციების საფუძველზე რეკომენდებულ იქნა, რომ საქართველოს მთავრობის მიერ მოთხოვნილ იქნეს დამატებითი სესხი 2 მილიონ 769 ათასი აშშ დოლარის ოდენობით, რომელიც შესაძლებელს გახდის წარმატებით იქნეს მიღწეული პროექტით დასახული მიზანი.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

პარლამენტის სხდომა

1999 წლის 12 დეკემბერი

ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროების გაერთიანება

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრობის კანდიდატი*

ბატონო თავმჯდომარე,
პატივცემულო დეპუტატებო,

ნება მიბოძეთ მოგესალმოდეთ და ასე ერთობლივად მოგილოცოთ საქართველოს პარლამენტის მორიგი (მესამე) მოწვევის შემადგელობაში არჩევა და გისურვოთ წარმატებები თქვენს დიდად მნიშვნელოვან საქმიანობაში ჩვენი სამშობლოსა და ხალხის საკეთილდღეოდ.

მე ბედმა მარგუნა რამდენიმეჯერ გამოვსულიყავი საქართველოს პარლამენტის მაღალ ტრიბუნაზე და ამჟამადაც თვალწინ მიდგას თითოეული მათგანი, ვინაიდან ისინი ჩემი მოკრძალებული მოღვაწეობისთვის საეტაპო მნიშვნელობის იყო. ყოველი გამოსვლის მერე იწყებოდა ახალი მნიშვნელოვანი ეტაპი და ეს არცაა გასაკვირი, ვინაიდან ქვეყნის განვითარების სიჩქარე და გარდაქმნების ტემპები საოცარი სისწრაფით აყენებენ ახალ ამოცანებს და მოითხოვენ მათ გადაწყვეტას. ასეთია ჩვენი ქვეყნის განვითარების ობიექტური დიალექტიკა დღეისათვის და ამიტომაც, ვიდრე ახალი მნიშვნელოვანი ეტაპის შესახებ მოგახსენებდეთ, ნება მიბოძეთ, ორიოდ სიტყვით შევეხო ქვეყნის განვლილ გზას ბოლო პერიოდში.

საქართველოს უახლესი ისტორიის მცირე პერიოდში გიგანტური განვითარება მოხდა, უპირველეს ყოვლისა, საზოგადოებრივ მენტალიტეტთან და მსოფლიო ინტეგრაციულ პროცესებთან მიმართებაში.

მსოფლიოს პოლიტიკურ რუკაზე შთამბეჭდავად და რელიეფურად გამოიხატა საქართველოს მკაფიო კონტურები, რითაც მიღებულ იქნა

მრავალსაუკუნოვან ბრძოლაში გამოტარებული ქართველი ერის უმთავრესი იდეა – თავისუფალი სახელმწიფოს აშენება და დამკვიდრება. საფუძველი ჩაეყარა არა ნებისმიერი ფორმისა და მიზანდასახულობის სახელმწიფოს, არამედ თავისუფალი, დემოკრატიული სახელმწიფოს აშენებას, რომელიც, ერთი მხრივ, პროგრესული კაცობრიობის განვითარების ძირითად მიმართულებებს შეესაბამება და, მეორე მხრივ, ორგანულად აგრძელებს ქართული სახელმწიფოებრიობის მრავალსაუკუნოვან უმდიდრეს ტრადიციებს, რომლითაც ქვეყნის დამოუკიდებლობა და თავისუფლება ყოველთვის გაიაზრებოდა მისი მოქალაქეების პიროვნული თავისუფლების მყარ გარანტიებში.

საქართველოს პრეზიდენტის ბატონ ედუარდ შევარდნაძის თანმიმდევრული პოლიტიკით მყარი საფუძველი ჩაეყარა ქვეყანაში საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციის შეუქცევად ცვლას. საქართველო ძირითადად გადავიდა საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე, რასაც დასჭირდა რადიკალური ეკონომიკური რეფორმების მთელი პირველი ეტაპი, რა დროსაც უზრუნველყოფილ იქნა საზოგადოებრივი, პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური სტაბილიზაცია. ქვეყანაში მომზადდა საფუძველი სერიოზული განვითარებისა და მკვეთრი აღმავლობის დასაწყებად.

აღნიშნულ პროცესში ორგანულად იყო ჩართული საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, რომელმაც მოახერხა ხუთი წლის განმავლობაში სრული რეორიენტაცია.

შემუშავდა და ამოქმედდა ჯანმრთელობის დაცვის მართვისა და ორგანიზების თვისებრივად ახალი მოდელი, რომელმაც გაიარა ადაპტაცია ქვეყნის ეკონომიკის საკმაოდ მკაცრ პირობებში. აღნიშნული მოდელი დადებითად არის შეფასებული მსოფლიოს წამყვანი ექსპერტების მიერ.

დარგი გადავიდა პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ მართვაზე, რამაც შეგვამღებინა უმკაცრესი ფინანსური დეფიციტის პირობებში მიგვეღწია დადებითი შედეგებისთვის. კერძოდ: პრაქტიკულად შეჩერდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მკვეთრი გაუარესების პროცესი, დაიწყო განვითარება მაღალტექნოლოგიურმა სამედიცინო მომსახურებამ,

წესრიგდება ავადობის პრევენციის სისტემა, აღდგა იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვი.

ყოველივე ამის შედეგი იყო ის, რომ საქართველოში საფუძველი ჩაეყარა ყოველწლიურად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ანალიტიკური მოხსენების მომზადებას. წელს 23 დეკემბრისთვის მზად იქნება მეორე ასეთი მოხსენება. შეიძლება დღევანდელი დონე არ იყოს იდეალურად კარგი, მაგრამ ეპიდემიოლოგიური სისტემატური კვლევის საფუძველის ჩაყარადა ამ საქმიანობის დაწყება მაინც მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია.

ამგვარი კვლევის შედეგების გამოყენებით შესაძლებელი გახდა მომზადებულიყო ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა უახლესი 10 წლისთვის, რაც განხილული იქნა ქვეყნის ფართო საზოგადოებისა და საქართველოს მთავრობის მიერ. დოკუმენტი მოიწონა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ, რომელმაც გამოთქვა მზადყოფნა აღნიშნული პოლიტიკის რეალიზებაში მნიშვნელოვანი დახმარება გაუწიოს ქვეყანას. ამდენად დარგი მზადაა სათანადო განვითარების სტრატეგიით, არის მისი განხორციელებისთვის საჭირო რეზერვების მოძიების საშუალებაც, ის უზრუნველყოფილია ძირითადი სამართლებრივი ბაზითაც და შეიძლება ითქვას, რომ არსებობს მისი შემდგომი განვითარების სათანადო წანამძღვრები.

ამ პერიოდში ქვეყნის წინაშე წამოიჭრა ახალი გლობალური პრობლემა, რაც გულისხმობს მოსახლეობის საყოველთაო კეთილდღეობის განუხრელ ამაღლებას და, ამასთან დაკავშირებით, ადამიანის არა მარტო ჯანმრთელობის პრობლემების, არამედ მთლიანი სოციალური დაცვის პრობლემების კომპლექსურად განხილვას. ეს ობიექტური კანონზომიერების ლოგიკური შედეგია და მინდა წარმოგიდგინოთ მისი ჩემული ხედვის ძირითადი ასპექტები.

მიმდინარე ეკონომიკური რეფორმების ამ ეტაპზე წინა პლანზე წამოიწია სერიოზული ეკონომიკური ზრდის ამოცანამ, რამაც, თავის მხრივ, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მოსახლეობის კეთილდღეობის ამაღლება. ეკონომიკური ზრდა თავისთავად არ ნიშნავს პროგრესს, რადგან ის ყველა

შემთხვევაში არ ითვალისწინებს პროგრესის უმთავრესი სუბიექტის – ადამიანის შემოქმედებით აქტივობას და იმ ურთიერთობათა სისტემას, რომელიც განაპირობებს ამ აქტივობას. ეკონომიკური ზრდა თავისთავად არ გულისხმობს სოციალურ-ეკონომიკური უთანაბრობის აღმოფხვრას, რომელიც ცალკე განხილვის საგანია ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის შემუშავებისას.

მსოფლიო ბანკის მიერ 192 ქვეყანაში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები მოწმობს, რომ საზოგადოებრივი განვითარების 64% მოდის ადამიანური კაპიტალის ხვედრით წილად, 20% – ქვეყნის ბუნებრივი რესურსების სწორ ექსპლოატაციაზე, ხოლო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების განვითარების წილი მხოლოდ 16%-ია. ჩვენი ექსპერტების გათვლით, საქართველოში ადამიანური ფაქტორის ხვედრითი წილი კიდევ უფრო მაღალია და ის 72-76%-ს აღწევს.

ადამიანური ფაქტორი, მისი შემოქმედებითი აქტივობა კი ძირითადად ჯანმრთელობის, განათლებისა და სოციალური დაცვის სისტემების ოპტიმალური ინტეგრირებით მიიღწევა. ამ პირობებში უმთავრესი ხდება სახელმწიფოსა და მოქალაქის ურთიერთობათა სწორი და სამართლიანი რეგულირება. ამ რეგულირების უმთავრესი პრინციპი უნდა იყოს ადამიანის საყოველთაო უფლებებისა და თავისუფლების პრინციპების უდაო დაცვა და მისი განვითარებისთვის შესაძლებლობების ფარგლებში კეთილსასურველი პირობების შექმნა.

აღნიშნული კონცეპტუალური თეზისის საფუძველზე იკვეთება სახელმწიფოს როლი, ადგილი და მნიშვნელობა ადამიანთან მიმართებაში და სწორედ ამან უნდა გადაწყვიტოს სახელმწიფოს ფუნქციები და როლი საკუთარი მოსახლეობის წინაშე მისი სოციალური დაცვის მიმართულებით. ამასთან დაკავშირებით, შეგახსენებთ უზოგადეს მაკროეკონომიკურ პარამეტრებს ჩვენი ქვეყნისთვის და ვეცდები დაგანახოთ მისი ადგილი მსოფლიოში.

საქართველო თავისი ეკონომიკური პოტენციალით საშუალო განვითარების ქვეყანაა, მიუხედავად იმისა, რომ ერთ სულ მოსახლეზე წარმოებული შიდა ეროვნული პროდუქტის ოდენობით (510 აშშ დოლარი), ჯერ-ჯერობით დაბალი შემოსავლების ქვეყნების ჯგუფს მიეკუთვნება. ამასთან, მსოფლიო

ბანკის მიერ ჩატარებული სიღარიბის კვლევის შედეგებით გამოვლინდა, რომ მოსახლეობის 44% სიღარიბის ზღვარს ქვევითაა, ხოლო უკიდურეს სიღატაკის ზღვარს ვერ აღწევს მოსახლეობის 9%. ამ პირობებში ნიშანდობლივია, რომ ისეთი ოჯახების ხვედრითი წილი, რომელთა შემოსავალი თვეში 800-1500 ლარს შეადგენს, 7,35%-მდე გაიზარდა. ამან ბუნებრივია, გაადიდა მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური უთანაბრობის დონე. ეგრეთ წოდებულმა ჯინის კოეფიციენტმა 0,36-ს მიაღწია, რაც მართალია აღემატება დასავლეთ ევროპის მაჩვენებლებს, მაგრამ შეესაბამება ვიეტნამისა და ინდონეზიის დონეს და ჩამორჩება სამხრეთ ამერიკის ქვეყნებისას.

საქართველოს მდგომარეობის და ცხოვრების დონის შესახებ სრული სურათის წარმოდგენა შეუძლებელია, ვინაიდან დაბალია შემოსავლების აღრიცხვის დონე, რასაც ისიც ადასტურებს, რომ აღრიცხული შემოსავლები 40%-ით ჩამორჩება დაფიქსირებულ ხარჯებს, რაც დამალული შემოსავლების დიდ წილზე მიგვანიშნებს. მაგალითად, დასაქმებულთა 20% ჯერ კიდევ სახელმწიფო სექტორში იმყოფება, სადაც ხელფასების დონე მნიშვნელოვნად დაბალია, თუმცა მათი ცხოვრების დონის პარამეტრები აღემატება მოსახლეობის საშუალო დონეს. ეს მიგვანიშნებს ამ კატეგორიის პირებში განსაკუთრებით მაღალი დამალული, არაკანონიერი შემოსავლების არსებობაზე.

ყურადსაღებია, რომ მიუხედავად მაღალი სახელფასო საგდასახადო განაკვეთისა, რომლის ძირითადი ტვირთიც ფორმალურ სექტორში დასაქმებულებზე მოდის, ამ სახის შემოსავალი შიდა ეროვნული პროდუქტის მხოლოდ 1,6%-ს შეადგენს, რაც მიუთითებს საგადასახადო ბაზის შეზღუდულობასა და შემოსავლების დამალვაზე.

მნიშვნელოვანი ხარვეზებია ფულად-საკრედიტო პოლიტიკაშიც, რაც იმითაც დასტურდება, რომ სოფლის მოსახლეობის შემოსავლების 35% არაფულადია (ნატურალურია), ქალაქისა კი 8%. ეს მიგვანიშნებს ფულის, როგორც მიმოქცევის ძირითადი საშუალების, აქტიურ გამოდევნაზე სასაქონლო ბაზრიდან.

მოსახლეობის შემოსავლებში ხელფასის წილი სოფლად მხოლოდ 6%-ია, ხოლო ქალაქში 19%, რაც მიგვანიშნებს შრომის რეალური ანაზღაურების სისტემის გარკვეულ დამახინჯებაზე, გამომდინარე შრომითი ურთიერთობების არასწორი მართვიდან. თუ გავითვალისწინებთ იმასაც, რომ სახელმწიფო სოციალური ტრანსფერები, რომლის ძირითად ნაწილს წარმოადგენს პენსიები, შემოსავლების მხოლოდ 3%-ს შეადგენს, ცხადი გახდება, რომ სიღატაკის შეფასებისა და მასთან ბრძოლისთვის მხოლოდ ხელფასების, პენსიებისა და დახმარებების მექანიზმების ამოქმედება ნაკლებად ეფექტიან შედეგებს მოიტანს.

მოსახლეობის დიფერენცირება სიღარიბის რისკის მიხედვით ნაკლებად მნიშვნელოვანია არა ქვეყნის ცალკეული რეგიონების მიხედვით, არამედ, ძირითადად, ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის მხრივ. საყურადღებოა, რომ სოფლის მოსახლეობის სიღარიბის რისკის წილი შედარებით მაღალია თითქმის ყველგან, რაც შესაბამისი მიმართულებით განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილებას მოითხოვს ეკონომიკური ზრდის სტრატეგიის განსაზღვრისას. მეტადრე, რომ ბოლო შვიდ წელიწადში ორჯერ და მეტად გაიზარდა სოფლის მეურნეობაში თვითდასაქმებულთა რიცხვი კუსტარული შინამეურნეობის სახით, რამაც ეს ადამიანები, სამწუხაროდ, სიღარიბიდან ვერ გამოიყვანა.

მართალია, ეს მხოლოდ სინამდვილის რელიეფური ასახვაა და მეტის პრეტენზია მე დღეს არც შეიძლება მქონდეს, მაგრამ რამდენიმე დასკვნის გაკეთება ამის საფუძველზეც შეიძლება:

- 1) აუცილებელია ამ მიმართულებებით სერიოზული, ფუნდამენტური და სისტემატური კვლევების წარმოება, ვინაიდან სწორედ ამგვარ ნიუანსებში გარკვევის გარეშე, რეალური სოციალური პოლიტიკის შემუშავება და განხორციელება შეუძლებელია;
- 2) ჩრდილოვანი ეკონომიკა, კორუფციის მომძლავრება და შემოსავლების დამალვა, უპირველეს ყოვლისა საკუთარი თანამემამულეების გადატაკების წყაროდ იქცა და მის წინააღმდეგ გალაშქრება, არა მარტო სახელმწიფო პოლიტიკის, არამედ საზოგადოებრივი ზნეობის პოზიციიდანაც არის გამართლებული;
- 3) სერიოზული პრობლემები ძირითადად გამოწვეულია ამჟამად მახინჯი საგადასახადო სისტემის არსებობით, რაც სხვა

პრობლემებთან ერთად ამნელებს რეალური დასაქმების პოლიტიკის განხორციელებას, ვინაიდან შეუძლებელს ხდის უმუშევართა ობიექტურ რეგისტრირებას;

- 4) სერიოზულადაა დასამუშავებელი სილატაკისა და უმწეობის განსაზღვრის კრიტერიუმები. ჩვენი აზრით, ის უნდა გაიაზრებოდეს ოჯახურ დონეზე შემოსავლებისა და ხარჯების დაბალანსებით, რაც მოითხოვს პიროვნული საგადასახადო დეკლარაციებიდან ოჯახურ დეკლარაციებზე გადასვლას. ვფიქრობთ, ქართული მენტალიტეტისთვის, რომელიც საუკუნეების განმავლობაში ყალიბდებოდა, ამგვარი მიდგომა უფრო მისაღებია. ამისთვის კი აუცილებელია შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის არსებობა, რაც ოჯახის, როგორც საზოგადოების უმთავრესი ელემენტის, განმტკიცებას შეუწყობს ხელს;
- 5) განსაკუთრებით მნიშვნელოვნად გვეჩვენება სასოფლო-სამეურნეო წარმოების ინტენსიფიცირების პრობლემების გადაჭრა, ვინაიდან ამ სფეროში საოცრად დაბალია შრომის ნაყოფიერების დონე და შეინიშნება ნატურალური მეურნეობისკენ დაბრუნების ტენდენციები. საჭიროა, ამ სფეროშიც განვითარდეს ფულად-სასაქონლო ურთიერთობები სპეციალიზაციის შემდგომი გაღრმავებისა და კოოპერაციული ინტეგრირების გზით.

სახელმწიფომ, ერთი მხრივ, უნდა შექმნას ისეთი სამართლებრივი ატმოსფერო, რომელიც არ დაუშვებს ადამიანის კონსტიტუციური უფლებებისა და თავისუფლების შეზღუდვას და, მეორე მხრივ, უნდა შექმნას აღნიშნული უფლებების მაქსიმალური რეალიზების პირობები, რომლის ნაწილიც უშუალოდ მან უნდა უზრუნველყოს, ხოლო ნაწილისთვის კეთილსასურველი გარემო მოაწყოს.

ყოველივე ამის უზრუნველსაყოფად საჭიროა შემუშავდეს დროის მოცემულ პერიოდში არსებული პრობლემების აქტუალობისა და ქვეყნის შესაძლებლობებთან დაბალანსებული სოციალური პოლიტიკა, რისთვისაც აუცილებელია სათანადოდ შეთანხმებული ობიექტური კრიტერიუმების საფუძველზე ჩამოყალიბდეს პრიორიტეტთა მწყობრივი სისტემა და საბიუჯეტო შემოსავლების პროგნოზირების დონემ ობიექტურად

განსაზღვროს, თუ პრიორიტეტების რომელ საფეხურზე უნდა შეჩერდეს სახელმწიფო დროის კონკრეტულ მომენტში.

ამასთანავე, ეს სისტემა უნდა ეყრდნობოდეს არსებული სიტუაციის რეალურ მონიტორინგს, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუსრულებელი სურვილების დეკლარაციად იქცევა და პრაქტიკულად ვერ ამოქმედდება. ის თავისუფალი უნდა იყოს პოლიტიკური დოგმებისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან, რათა არ მივიდოთ წინასწარ დაგეგმილი დეფიციტი და დისბალანსი ჩვენს სურვილებსა და მათ განხორციელებას შორის, რაც კორუფციის უსაზღვრო შესაძლებლობების საფუძველი ხდება ხოლმე.

ცნობილია, რომ პრაქტიკა და კანონმდებლობა ყოველთვის ვერ არის ჰარმონიულ დამოკიდებულებაში. არცთუ იშვიათად პრაქტიკა წინ უსწრებს კანონმდებლობას, ხოლო ზოგჯერ კანონი არ სრულდება, რადგან ის წინ უსწრებს პრაქტიკას. ამიტომ საჭიროა, რომ ქვეყნის ინდიკატორული გეგმა დაეყრდნოს არა საბიუჯეტო პარამეტრებს, არამედ პერსპექტიული განვითარების ორიენტირებს და რეალურად იქცეს ქვეყნის პრიორიტეტების განმსაზღვრელ დოკუმენტად.

ყოველივე ეს მმართველობის სხვადასხვა დონეზეა გადასაწყვეტი, თანაც მისი მთლიანობისა და განუყოფლობის გარანტირებული დაცვის პირობებში.

ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვის გარანტირებულობა ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე ერთნაირი უნდა იყოს. ამიტომაც ეს მკაცრად რეგლამენტირებული ცენტრალური ხელისუფლების პრეროგატივაა. ამასთან, მისი რეალიზება მხოლოდ ერთი უწყების, ან მმართველობის ერთ დონეზე შეუძლებელია. ის გულისხმობს ერთიანი ფორმებისა და სისტემების არსებობას, როგორც ჰორიზონტალურად – ინტერსექტორული კავშირების განვითარებით, ისე ვერტიკალურად – ტერიტორიული მმართველობისა და თვითმმართველობის სისტემებთან ინტეგრირების გზით.

აღნიშნულის მისაღწევად აუცილებელია მნიშვნელოვნად იქნეს სრულყოფილი ბიუჯეტის შედგენისა და შესრულების პროცედურა. ამჟამად საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტი დაყოფილია ვერტიკალური

ადონეების მიხედვით. თუმცა, ის შეიძლება ჰორიზონტალურადაც დანაწევრდეს ფუნქციური მიმართულების მიხედვით. მაგრამ ამ შემთხვევაში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს მისი მთლიანობა და განუყოფლობა, რაც შესაძლებელია მისი ნაწილების სათანადო კანონმდებლობით დარეგულირებული ურთიერთობებით.

ქვეყნის სახელმწიფო ბიუჯეტი უნდა არსებობდეს, როგორც მთლიანი მექანიზმი, ვინაიდან სახელმწიფო პოლიტიკა, რომლის უზრუნველყოფასაც გულისხმობს ქვეყნის ბიუჯეტი, მმართველობის სხვადასხვა დონეზეა გადასაწყვეტი, იგი მთლიანი და განუყოფელია. მისი დანაწევრება მხოლოდ ვერტიკალურ ჭრილში შესაბამისი მყარი კავშირების გარეშე, რასაც იძლევა ჰორიზონტალური დანაწევრება, მნიშვნელოვნად ამცირებს აღნიშნული პოლიტიკის ეფექტიანობას.

ამიტომაც, მიზანშეწონილია ამთავითვე გამოიყოს ქვეყნის სოციალური ბიუჯეტი, რომლის ფორმირებაც უნდა განხორციელდეს სამი უმთავრესი სუბიექტის – სახელმწიფო, დამქირავებელი და დასაქმებული – თანამონაწილეობის წინასწარ განსაზღვრული წესით. სოციალური ბიუჯეტი ერთიანი ბიუჯეტის ისეთივე ნაწილი უნდა იყოს, როგორც სოციალური პოლიტიკა უნდა იყოს ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის შემადგენელი ელემენტი. ეს ნაწილი მთელთან მიმართებაში განსაზღვრავს კიდევ სახელმწიფო პოლიტიკის სოციალური ორიენტირების ხარისხს (ჩვენი ვარაუდით მან მომავალში უნდა შეადგინოს არანაკლებ 40%-ისა).

დღევანდელ პირობებში სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის არეალში უნდა მოხდეს ისეთი მნიშვნელოვანი პრობლემების კონცენტრირება, როგორცაა: ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნებისა და ჯანმრთელობის განმტკიცების, შრომისა და დასაქმების, ღირსეული ხანდაზმული ცხოვრებისა და მოზარდი თაობის შეუფერხებელი ზრდა-განვითარების უფლებების გარანტირებულობა.

საქართველოს რთული დემოგრაფიული ვითარებიდან გამომდინარე, ქვეყნის დეპოპულაციის თავიდან ასაცილებლად და არსებული შრომითი რესურსების გრძელვადიანი ზრდისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სწორი და გააზრებული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის უმთავრეს პრიორიტეტებად მიგვაჩნია:

- ქალებისა და ბავშვების, ახალგაზრდა ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემების უპირატესი გადაწყვეტა;
- ხანდაზმულთა, ომისა და შრომის ვეტერანთა სოციალური დაცვის ეფექტიანი მექანიზმების შემუშავება;
- შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ყველა ასაკის პირთა სოციალური რეაბილიტირება და რეინტეგრირება საზოგადოების სრულუფლებიან წევრებად.

ამთავითვე მინდა შევნიშნო, რომ ახალი სამინისტროს ხელმძღვანელის კანდიდატად ყოფნის პერიოდში უფრო კონკრეტულად არ შემეძლო დამეფიქსირებინა ყველა შესაძლო ვარიანტი, რაც სათანადო ინფორმაციის გაანალიზებით შეიძლება ჩამოყალიბდეს თავდაპირველად კონცეფციის, ხოლო შემდეგ კონკრეტული პროგრამის სახით. ყოველივე ეს თქვენ წინაშე იქნება წარმოდგენილი თუ მხარს დაუჭერთ პრეზიდენტის მაღალ ნდობას ჩემი პერსონის მიმართ.

ნება მობოძეთ, ორიოდ სიტყვით მოგახსენოთ იმის შესახებ, თუ როგორ მაქვს წარმოდგენილი ახალი სამინისტროს ადგილი აღმასრულებელი ხელისუფლების სტრუქტურაში. მან უნდა უზრუნველყოს შესაბამისი სამართლებრივი ბაზისა და სახელმწიფო პოლიტიკის პროექტების შემუშავება, რომელთა სათანადო წესით დამტკიცების შემდეგ უნდა უზრუნველყოს ქვეყანაში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარება და მისი განვითარების ხელშეწყობა.

სახელმწიფო სოციალური პოლიტიკის რეალიზების ყველაზე ოპტიმალური ფორმაა პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული მიდგომა, რა დროსაც სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს მინიმალურად აუცილებელი დონის დონისძიებების გატარება, რაც ფორმულირებული იქნება შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამებში, რომელიც უნდა განიხილებოდეს და მტკიცდებოდეს საზოგადოებრივი კონსენსუსის ისეთ რანგში, როგორცაა საქართველოს პარლამენტის პლენარული სხდომა. ეს იქნება ცენტრალური ხელისუფლების ვალდებულება. ცალკეულ რეგიონებს შეუძლიათ ამ ვალდებულების ზევით იკისრონ დამატებითი

ვალდებულებანი თავიანთი მოსახლეობისთვის. ამასთანავე უნდა შეიქმნას კეთილსასურველი პირობები დამატებითი დონის სოციალური ვალდებულებების ასაღებად ნებაყოფლობითი დაზღვევისთვის.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს შრომისუნარიანი მოსახლეობის ოპტიმალური დასაქმების ამოცანების გადაჭრას, რაც მოითხოვს:

- ქვეყანაში საფუძვლიანი კვლევების ჩატარებას, როგორც დარგობრივ, ისე ტერიტორიულ ჭრილში;
- შრომითი რესურსების ბალანსისა და მათი მოძრაობის პროგნოზის გაკეთებას უახლესი ათწლეულისთვის;
- სამუშაო ადგილებზე მოთხოვნილების განსაზღვრას უახლესი ათი წლის განმავლობაში;
- კადრების მომზადებისა და გადამზადების საშუალოვადიანი პროგრამების დასახვას.

ყოველივე ეს მოითხოვს ეკონომიკის, დემოგრაფიისა და პროგნოზირების ექსპერტების ხანგრძლივ და შეთანხმებულ მუშაობას.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მოსახლეობის უახლესი აღწერისათვის საფუძვლიან მომზადებას, რათა აღწერის პროცესში მოპოვებულ იქნეს აუცილებელი მონაცემები მომავლის პერსპექტივების გათვალისწინებით.

ახალი სამინისტროს შექმნა სახელმწიფოებრივი აღმშენებლობის მნიშვნელოვანი ეტაპია. სწორედ მაშინ, როდესაც საქართველოს მმართველობაში მყოფმა პოლიტიკურმა ძალებმა – საქართველოს პრეზიდენტმა და მოქალაქეთა კავშირმა – ქვეყნის სტრატეგიად უახლესი 5 წლის მანძილზე მოსახლეობის კეთილდღეობის განუხრელი ამაღლება დაისახეს, საქართველოს აღმასრულებელი ხელისუფლების სტრუქტურაში ჩნდება ერთიანი რგოლი, რომელმაც უნდა იკისროს სახელმწიფოსა და მოქალაქის ურთიერთობაში ერთპიროვნული პასუხისმგებლობა ინდივიდის უფლებების დაცვაში. ყოველივე ამის განხორციელება ცენტრალური ხელისუფლების დონეზე გულისხმობს ორი ურთიერთგამომდინარე ამოცანის გადაწყვეტას. ჯერ ერთი,

უზრუნველყოფს სახელმწიფოს ერთიანობასა და მთლიანობას და, მეორე მხრივ, არის იმის უტყუარი გარანტია, რომ საქართველოს მოსახლეობა მთლიანად და მისი ცალკეული მოქალაქე ერთიანი წესებითა და დონით იქნება სოციალურად დაცული, განურჩევლად მათი საცხოვრებელი ადგილისა, რასისა და აღმსარებლობისა.

ახალი სამმართველო სტრუქტურის შექმნა მრავალი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი და ეკონომიკური პრობლემის გადაწყვეტასთან არის დაკავშირებული, რაც გამოიწვევს ორი დამოუკიდებლად მოქმედი სტრუქტურის მექანიკურ შეერთებას და უზრუნველყოფს თვისებრივად ახალი, ერთიანი სისტემის შემუშავებასა და ამოქმედებას. ყოველივე ამას გარკვეული დრო დასჭირდება, რათა თანმიმდევრულად და მიზანმიმართულად განხორციელდეს აუცილებელი სამუშაოები.

აღნიშნულიდან გამომდინარე მესახება, რომ დღეისათვის სოციალური პოლიტიკის და სამინისტროს მუშაობის უმთავრეს სტრატეგიულ მიმართულებებს უნდა წარმოადგენდეს:

1. მოსახლეობის სოციალური დაცვის ერთიანი სისტემის, პრინციპებისა და მექანიზმების ამოქმედება საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე, აგრეთვე მოსახლეობის პრიორიტეტული ნაწილის უზრუნველყოფა მინიმალურად აუცილებელი (სახელმწიფოს შესაძლებლობიდან გამომდინარე) სოციალური შეღავათებით, შემწეობით და სხვა;
2. მოსახლეობის შრომისა და დასაქმების ერთიანი სისტემის, პრინციპებისა და მექანიზმების ამოქმედება საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე; აგრეთვე მოსახლეობის პრიორიტეტული ნაწილის უპირატესი უზრუნველყოფა საარსებო პირობებით უმუშევრობის პერიოდში;
3. მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი სისტემის, პრინციპებისა და მექანიზმების ამოქმედება ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე, აგრეთვე მოსახლეობის მთელი მასივის და მისი პრიორიტეტული ნაწილის უზრუნველყოფა მინიმალურად აუცილებელი (სახელმწიფოს შესაძლებლობიდან გამომდინარე) სამკურნალო-პროფილაქტიკური მომსახურებით;
4. ქვეყანაში ადამიანისთვის უსაფრთხო და მისაღები შრომის, ყოფისა და ცხოვრების ერთიანი წესებისა და ნორმატივების შემოღება

(სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმები, შრომის უსაფრთხოების ნორმები, მინიმალური საარსებო კალათა, შრომის ანაზღაურების სავალდებულო მინიმუმი და სხვა) და მათ დაცვაზე სახელმწიფოს ზედამხედველობის განხორციელების უზრუნველყოფა;

5. სოციალური დაცვის პოლიტიკაში აუცილებელია გამოიყოს და მკვეთრად გაიმიჯნოს ორი მთავარი ელემენტი: სოციალური დახმარება და სოციალური დაზღვევა. ამასთანავე, შენარჩუნდეს მათი მთლიანობა მოსახლეობისთვის ოპტიმალური სოციალური პაკეტის უზრუნველსაყოფად;
6. სოციალური დაცვის თვალსაზრისით მოსახლეობის პრიორიტეტული ფენების შერჩევისა და მიკუთვნების კრიტერიუმთა ერთიანი სისტემის შექმნა და სრულყოფა. აღნიშნულის უზრუნველსაყოფად ინფორმაციის შეგროვების, იდენტიფიცირებისა და განახლების სისტემის შექმნა და ამოქმედება (ეს არბილებს სიყალბეების და კორუფციის სხვა შესაძლებლობებს ადამიანებისთვის სახელმწიფო შეღავათების დანიშვნისა და გაცემის საქმეში და უზრუნველყოფს სახელმწიფო სახსრების ოპტიმალურად ხარჯვას), რაც აუცილებელია სოციალური დახმარების მიზანმიმართული, მკაცრად პერსონიფიცირებული პროგრამების განხორციელებისთვის;
7. სოციალური დაზღვევის ერთიანი მოდელის, პრინციპებისა და მექანიზმების შემუშავება და სრულყოფა – სოციალური პოლიტიკის განხორციელება უპირატესად სადაზღვევო პრინციპით, სადაც შეხამებული იქნება სავალდებულო და ნებაყოფლობითი დაზღვევის ფორმები სახელმწიფო და კერძო სამართალსუბიექტების ურთიერთთანამშრომლობის გზით, რომელშიც მინიმალური სადაზღვევო პაკეტის უზრუნველყოფის ორგანიზება იქნება სახელმწიფოს (სამინისტროს) პრეროგატივა, ისევე როგორც ნებაყოფლობითი სადაზღვევო საქმიანობის ხელშეწყობა.

ამ სტრატეგიების განხორციელებას, ჩემი აზრით, დასჭირდება შემდეგი ძირითადი ამოცანების დროული მოგვარება:

1. მოსახლეობის სოციალური დაცვისა და რეაბილიტაციის უზრუნველსაყოფად სახელმწიფო სამედიცინო-სანიტარული,

სოციალურ-ეკონომიკური და მეცნიერულ-ტექნიკური პოლიტიკის პროექტების შემუშავება;

2. მოსახლეობის სოციალური დაცვისა და რეაბილიტაციის უზრუნველყოფი სამართლებრივი ბაზის სრულყოფისთვის საკანონმდებლო და ქვეკანონური ნორმატიული აქტების პროექტების მომზადება;
3. მოსახლეობის სოციალური დაცვისა და რეაბილიტაციის სფეროში დამტკიცებული სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელება;
4. პრიორიტეტულად დასაცავი და უზრუნველსაყოფი მოსახლეობის კონტინგენტის (შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები, ქალები, ბავშვები და სხვა) განსაზღვრა და მკაცრი აღრიცხვა;
5. მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების, სოციალური დაცვის, შრომითი მოწყობის ხელშეწყობის სამუშაოების უნიფიცირება და სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავება;
6. საზოგადოებრივი ორგანიზაციების, ჯგუფების, ცალკეული პირების საქმიანობის ხელშეწყობა, რომელთა მიზანია მოსახლეობის სხვადასხვა ფენის სოციალური დაცვა და რეაბილიტაცია მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში;
7. მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, მის სოციალურ მდგომარეობაზე მოქმედი უარყოფითი გარე ფაქტორების ზემოქმედების თავიდან აცილება და შენელება;
8. მოსახლეობის ცხოვრების დონის სისტემატური მონიტორინგი და მისი ფართო ფენების გამოყოფა შემოსავლებითა და საარსებო საშუალებებით უზრუნველყოფის დონის მიხედვით რეგიონულ ქრილში;
9. სამომხმარებლო ბაზრის მონიტორინგი და გადახდისუნარიანი მოთხოვნის წარმოქმნისთვის აუცილებელი კომპენსაციების ზომის განსაზღვრა;
10. სამთავრობო და სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებებთან ერთად სახელმწიფოს ერთიანი დემოგრაფიული პოლიტიკის ძირითად მიმართულებათა განსაზღვრა და მისი განხორციელებისთვის სახელმწიფო და რეგიონული მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება;

11. მოსახლეობის შრომისუნარიანი ნაწილის დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელება.

დამეთანხმებით, რომ ჩამოთვლილი სტრატეგიებისა და ტაქტიკური ამოცანების რეალიზება საკმაოდ შრომატევადი და ხანგრძლივი პროცესია, რომელიც დროში განვრცობილ, ეტაპობრივ განხორციელებას საჭიროებს.

პირველ ეტაპზე საჭიროა ორგანიზაციულად ჩამოყალიბდეს ახალი სამინისტროს ცენტრალური აპარატი, რისთვისაც აუცილებელია სათანადო წესით ლიკვიდირებულ იქნეს არსებული სამინისტროები, დამუშავდეს და დადგენილი წესით დამტკიცდეს ახალი სამინისტროს ცენტრალური აპარატის დებულება და სტრუქტურა, შემდგომ კი დაკომპლექტდეს შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრებით. აღნიშნული სამუშაოს შესრულება რეალურია 2000 წლის იანვარში.

შემდგომ უნდა იქნეს მიღებული ქმედითი ოპერატიული ღონისძიებები არსებული წესებისა და ფორმების მიხედვით მოსახლეობის სოციალური დაცვის ღონისძიებების ეფექტურობის ასამაღლებლად და პარალელურად დაიწყოს მუშაობა დარგის განვითარების კონცეფციაზე. აღნიშნული სამუშაოები უნდა დასრულდეს 2000 წლის პირველ კვარტალში.

კონცეფციის განხილვისა და დამტკიცების შემდეგ უნდა მომზადდეს ახალი სისტემის ასამოქმედებლად საჭირო სამართლებრივი ბაზა (მომზადდეს სათანადო კანონები, ცვლილებები იქნეს შეტანილი მოქმედ კანონმდებლობაში და გამოიცეს სათანადო ქვეკანონიერი ნორმატიული აქტები). კარგი იქნება, თუ ეს სამუშაოები დასრულდება 2000 წლის ივლისამდე, რათა შემდგომ დაიწყოს მუშაობა ახალი სტრუქტურების შესაქმნელად (საპენსიო და უმუშევრობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიები) და ძირითადი ცვლილებები იქნეს შეტანილი მოქმედ სტრუქტურებში (შესაქმნელია სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, ახალი ფუნქციებით; ჩამოსაყალიბებელია ადგილობრივი მმართველობის თვისობრივად ახალი სტრუქტურები და სამსახურები). პარალელურად უნდა დაიწყოს მუშაობა სოციალური დაცვის ღონისძიებების პროგრამებად ჩამოსაყალიბებლად. ეს სამუშაოები უნდა დასრულდეს 2000 წლის ბოლომდე.

2001 წლის განმავლობაში უნდა შემუშავდეს და ადაპტაცია გაიაროს სახელმწიფო სოციალური დაცვის ახალმა მოდელმა, რომელიც დაფუძნებული იქნება პროგრამული მართვის პრინციპებზე და დაზღვევის მეთოდებზე, რის შემდგომაც აუცილებელია დაიწყოს მუშაობა საქართველოს სოციალური დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებაზე, რაც მომზადდება 2002 წლის ბოლომდე, ხოლო 2003 წლიდან დაიწყება აღნიშნული პოლიტიკის განხორციელება. მხოლოდ აღნიშნული სამუშაოების სრულად და კვალიფიციურად შესრულების შემდგომ გახდება შესაძლებელი ქვეყანაში ახალი სოციალური დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემის ამოქმედება, რომლის ეფექტიანობაც დამოკიდებული იქნება კონკრეტული მუშაკების კვალიფიკაციაზე და ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების დონეზე.

ეს გზა საქართველოს გასავლელი აქვს და მან ის უნდა განვლოს მინიმალური შეცდომებით და უმოკლეს დროში. მხოლოდ ამ გზის გავლის შემდგომ შეიძლება ჩამოყალიბდეს ცივილიზებული დემოკრატიული სახელმწიფო შესატყვისი სამოქალაქო საზოგადოებით.

მომავალი საუკუნის პირველ ათწლეულში ამგვარად ჩაეყრება მყარი საფუძველი ქვეყნის აღმშენებლობის ხანგრძლივ ისტორიულ მონაკვეთს სამიათასწლოვანი სახელმწიფოს მომავლისთვის.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის გაფართოებული სხდომა

2000 წლის 22 იანვარი

**საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური
საფუძვლები**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

დღეს თქვენს სამსჯავროზე გამოგვაქვს ქვეყნის სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლები, რომელიც საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის საპრეზიდენტო პროგრამა და ის ჩვენი ქვეყნის მოქალაქეთა სოციალური განვითარების ახალი ეტაპის ნიშანსვეტად უნდა გადაიქცეს და დასაბამი მისცეს ქვეყნის ინსტიტუციონალურ მოწყობაში მიღწეული შედეგების ეფექტურ რეალიზებას.

თანამედროვე მსოფლიოში დომინირებს გლობალიზაციის ტენდენცია, რომლის მეშვეობითაც ყალიბდება ადამიანთა ურთიერთობის ახალი ერა. ეს ურთიერთობები გასცდა ქვეყნების ეროვნულ საზღვრებს და საყოველთაო ხასიათი მიიღო. იმის გამო, რომ დღეისათვის დრო და სივრცე შეიკუმშა და ქვეყნებს შორის საზღვრები სიმბოლური ხდება, ადამიანები ერთმანეთთან არიან უფრო ღრმა, ინტენსიურ და უშუალო კავშირში, ვიდრე ოდესმე. თანამშრომლობას მრავალი სიკეთე მოაქვს. ქვეყნები ერთეებიან ერთიან მსოფლიო სამეურნეო სივრცეში. ჩვენთან განხორციელებული ნებისმიერი სამეურნეო ძალისხმევა დღეისათვის დაკავშირებულია საერთაშორისო საფინანსო ცენტრებთან, ტრანსეროვნულ კორპორაციებთან და ჩვენს მეგობარ სახელმწიფოებთან. მაგრამ, ასეთი დადებითი გამოცდილების მიუხედავად, გლობალიზაციას თან სდევს ზოგიერთი უარყოფითი მოვლენაც.

თავის ერთ-ერთ გამოსვლაში მსოფლიო ბანკის პრეზიდენტი ჯეიმს ვულფენსონი აღნიშნავდა: „დედამიწაზე სამ მილიარდ მოსახლეს აქვს ერთ დოლარზე ნაკლები შემოსავალი. სამ მილიარდზე მეტს არ გააჩნია სასმელი წყალი, ორ მილიარდს წარმოდგენა არა აქვს ელექტროენერჯიაზე, მთელ რიგ ქვეყნებში განათლება წერა-კითხვის და ანგარიშის სწავლების ფარგლებში

განიხილება. ეს მხოლოდ ამ ქვეყნების ისტორიული ჩამორჩენის შედეგი როდია, არამედ გლობალიზაციასთან დაკავშირებული განვითარების დისბალანსითაც არის განპირობებული“.

ასეთ პირობებში განვითარების საკუთარი პოტენციალის გამოვლენა და მისი ყოველმხრივი ხელშეწყობა ეროვნული სახელმწიფოს ვალდებულებაა. მხოლოდ ამ შემთხვევაში იქნება შესაძლებელი მეოცე საუკუნის ბოლო წლებში მიღწეული ჭეშმარიტების რეალური განხორციელება, რომ ქვეყნის განვითარების მიზანს წარმოადგენს მისი ყველაზე დიდი სიმდიდრისთვის – ადამიანისთვის ისეთი პირობების შექმნა, როდესაც მისი სიცოცხლე იქნება ჯანმრთელი, ხანგრძლივი და შემოქმედებით აღსავსე.

გლობალიზაციის პირობებში ადამიანური ფაქტორის გაუთვალისწინებლობამ შეიძლება გამოიწვიოს სიმდიდრისა და ხელისუფლების კონცენტრაცია ცალკეული პიროვნების, კორპორაციის ანა ორგანიზაციის ხელში მაშინ, როდესაც ადამიანთა დიდი ჯგუფი აღმოჩნდება ცხოვრების განაპირას. ეს კი იმის გამო ხდება, რომ ბაზარი გამოდის კონტროლიდან, კერძოდ, ერთი მხრივ, საქმე გვაქვს გლობალური ბაზრების ექსპანსიასთან, ხოლო, მეორე მხრივ, ქვეყნის ცალკეული საწარმოები, რომლებიც ორიენტირებული არიან რეგიონულ ბაზრებზე, იმართებიან ქვეყნის ფარგლებს გარედან. შექმნილი მდგომარეობიდან თავის დაღწევის მიზნით საჭიროა ისეთი ნორმების შემუშავება, რომლებიც უზრუნველყოფენ ადგილობრივ, ეროვნულ, რეგიონულ და გლობალურ ბაზრებზე მოქმედი ჩვენი იურიდიული და ფიზიკური პირების საქმიანობის ეფექტურ მართვას იმ ფორმით, რომ შევინარჩუნოთ გლობალური ბაზრის უპირატესობა და, ამავე დროს, არ დავაზარალოთ ადგილობრივ ბაზრებზე მოქმედი მეწარმეები, ისე ვარეგულიროთ განვითარების საბაზრო პროცესები, რომ არ მოხდეს ცალკეული სამეურნეო სუბიექტის საქმიანობაში ჩარევა.

ამ საკითხზე იმიტომ ვამახვილებთ ყურადღებას, რომ დღეისათვის, როდესაც მიმდინარეობს სამეურნეო სუბიექტების რესტრუქტურირაცია და მათი ბაზარზე რეორიენტაციის პროცესი, პრაქტიკულად მხედველობის გარეშე გვრჩება მოსახლეობის სოციალური პირობები. ხშირად საპრივატიზაციო ტენდერებში გამარჯვებულები მხოლოდ ეკონომიკურ

ზრდას გვპირდებიან, მაშინ, როდესაც, ეკონომიკური ზრდა ავტომატურად არ ნიშნავს განვითარებას. ეკონომიკური ზრდა თუ არ არის შეჯერებული განვითარების სოციალურ პარამეტრებთან, მას ქვეყნის მატერიალური რესურსების ფლანგვა მოჰყვება მისი უმთავრესი რესურსის – ადამიანის ცხოვრების ხარისხის გაუარესების ხარჯზე.

საბაზრო ეკონომიკის დამკვიდრებისკენ მიმართული პოლიტიკა – განვითარების პოლიტიკაა, რომელიც ხელს უწყობს გლობალური, რეგიონული, ეროვნული და ადგილობრივი ბაზრების განვითარებას. ამასთან, ვალდებული ვარ შეგახსენოთ, რომ ადამიანი, მართალია მონაწილეობს საბაზრო ურთიერთობებში, მაგრამ იგი ამავე დროს ბაზარზე მაღლა დგას. ადამიანი ამ საბაზრო სეგმენტების ფოკუსში უნდა იყოს, რადგან ბაზრის განვითარებაზე ზრუნვა მხოლოდ მაშინ არის ეფექტიანი, თუ ის ქვეყნის ადამიანური პოტენციალის ამაღლებაზეა მიმართული, როდესაც ის აღწევს მოქალაქეთა ცხოვრების პირობების რეალურ გაუმჯობესებას და ქმნის მათი თანაცხოვრების უკეთეს პირობებს.

ამ თვალსაზრისით, საქართველოში მიმდინარე მაკროეკონომიკური რეფორმების კვალობაზე, ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაბიჯად უნდა ჩათვალოს ქვეყანაში ახალი ინსტიტუტის ჩამოყალიბება. მხედველობაში გვაქვს „საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო“, რომელიც უნდა გახდეს შრომის, დასაქმების, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ეროვნული პოლიტიკის გამტარებელი. მისი უმთავრესი ამოცანაა ისე წარმართოს სოციალური სფეროს რეგულირების პროცესი, რომ ცენტრალური ადგილი დაეთმოს ადამიანის ჰარმონიული განვითარების პრინციპებს.

რეგულირება არ ნიშნავს მხოლოდ მართვას. ის, უპირველეს ყოვლისა, გულისხმობს ნორმების ისეთი სტრუქტურისა და პრაქტიკის ჩამოყალიბებას, რომლებიც შეზღუდავენ ცალკეული პირის, კომპანიისა და ორგანიზაციის მოქმედების არეალს, მათ უშუალო საქმიანობაში ჩარევის გარეშე. ამ თვალსაზრისით უაღრესად მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია მსოფლიოში აპრობირებული მაჩვენებლის, ადამიანის განვითარების ინდექსის გამოყენება ქვეყანაში მიმდინარე პროცესების შეფასების მიზნით. ეს მაჩვენებელი ისეთივე მნიშვნელობისაა, როგორც მთლიანი შიდა

პროდუქტი. მსოფლიო პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ეს მაჩვენებელი გარკვეული სანდოობით ასახავს გლობალური, რეგიონული, ეროვნული და ადგილობრივი ბაზრების ურთიერთგადაკვეთით გამოწვეულ ეკონომიკურ შედეგებს. ასეთ სიტუაციაში ის უფრო ზუსტად ასახავს ქვეყნის სოციალური ცხოვრების რეალურ დინამიკას, ვიდრე სხვა ეკონომიკური მაჩვენებლები. აქედან გამომდინარე, ჩვენ უნდა მოვძებნოთ და დავნერგოთ ისეთი მაჩვენებლები, რომლებიც ასახავს სიღარიბეს შესაძლებლობების მიხედვით, ადამიანის განვითარების გენდერულ ფაქტორებს და სხვა. ასეთი მაჩვენებლების სახელმწიფო სტატისტიკურ ბრუნვაში შემოტანა საშუალებას მოგვცემს მეტი სიცხადით წარმოვაჩინოთ ქვეყანაში მიმდინარე პროცესების ეფექტიანობა, უფრო ნათელი გავხადოთ ჩვენი განვითარების ორიენტირები.

ნება მობოძეთ, მოკლედ წარმოგიდგინოთ ჩვენს ქვეყანაში არსებული სიტუაციური ანალიზი.

1991-1994 წლებში განვითარებულმა უმძიმესმა პროცესებმა, გაჭიანურებულმა სამოქალაქო ომმა, კონფლიქტებმა აფხაზეთსა და სამაჩაბლოში, დევნილთა პრობლემებმა, ეკონომიკური აქტივობის მნიშვნელოვანმა შემცირებამ და წარმოების მოცულობის დაცემამ, მოუწესრიგებელმა ფისკალურმა პოლიტიკამ, საბიუჯეტო დისციპლინის უგულვებელყოფამ და ამის შედეგად ბიუჯეტის დეფიციტისა და ინფლაციის არსებულმა მასშტაბებმა, კიდევ უფრო გაამწვავა და მტკივნეული გახადა ადმინისტრაციულ-მბრძანებლური ეკონომიკიდან საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლის პერიოდი. ძველი სამეურნეო ურთიერთობების რღვევამ ხელი შეუწყო მთელ რიგ სფეროებში წარმოების დაცემას, რამაც გამოიწვია მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილის ცხოვრების დონის, რეალური ხელფასებისა და პენსიების შემცირება, უმუშევრობის ზრდა. ბევრ სფეროსა და რეგიონში შეიქმნა წინააღმდეგობრივი სოციალური ვითარება. საბიუჯეტო სახსრების ქრონიკულმა უქონლობამ შეზღუდა სახელმწიფოს შესაძლებლობები აქტიური სოციალური პოლიტიკის გატარებაში. ეკონომიკის სფეროებისა და საწარმოების მძიმე ფინანსურმა მდგომარეობამ განაპირობა საბიუჯეტო სფეროების – განათლების, ჯანმრთელობის დაცვის, მეცნიერების, კულტურის დაფინანსების სერიოზული პრობლემები.

1998 წლის მსოფლიო ეკონომიკური კრიზისის ფონზე საქართველოში დაფიქსირდა სამეწარმეო საქმიანობის დაქვეითება და ეკონომიკური ზრდის ტემპების შენელება, რამაც, თავის მხრივ, გამოიწვია საბიუჯეტო შემოსავლების არსებითი შემცირება და თანდათანობით გადაიზარდა ღრმა და ხანგრძლივ საბიუჯეტო კრიზისში.

ქვეყნის უმაღლესი აღმასრულებელი ხელისუფლების დიდი მცდელობის მიუხედავად, არსებითი ეკონომიკური წინსვლა მომდევნო 1999 წელსაც ვერ მოხერხდა და მთლიანი შიდა პროდუქტის წლიური ზრდის ტემპმა 3% შეადგინა, რაც აშკარად არასაკმარისია, ვინაიდან ასეთი „სიჩქარით სიარული“ მხოლოდ 50 წლის შემდეგ მოგვცემს 1988 წლის მაკროეკონომიკურ პარამეტრების მიღწევის საშუალებას. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ ქვეყნის საგარეო ვალის ოდენობამ მთლიანი შიდა პროდუქტის წლიური მოცულობის 40%-ს მიაღწია, ნათელი გახდება ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის კრიტიკულობის მასშტაბები.

მინიმალური შრომის ანაზღაურება მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საარსებო მინიმუმს. ხელფასმა დაკარგა სამუშაო ძალის კვლავწარმოების ფუნქცია. უკვე აღარ ვსაუბრობთ იმაზე, რომ ის ვერ ასრულებს შრომის სტიმულირების ფუნქციას. სახელმწიფო სექტორში ხელფასი ფაქტიურად სოციალური შემწეობის ერთ-ერთ სახედ იქცა. ამან გამოიწვია უაღრესად ნეგატიური შედეგები, კერძოდ, როგორც წარმოებამ, ისე მმართველობამ დაკარგა ეფექტიანობის გაზრდის მძლავრი ბერკეტი – ადამიანური ფაქტორი და ხელი შეუწყო კორუფციის ფართომასშტაბიან გავრცელებას. მაღალია არგაცხადებული შემოსავლის დონე, რასაც ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ აღრიცხული შემოსავლები 40%-ით ჩამორჩება დაფიქსირებულ ხარჯებს, რაც დამალული შემოსავლების დიდ წილზე მიგვანიშნებს. მაგალითად, დასაქმებულთა 20%, რომელიც ჯერ კიდევ სახელმწიფო სექტორში იმყოფება და იღებს ყველაზე დაბალი დონის ხელფასებს, თავისი ცხოვრების დონის პარამეტრებით აღემატება მოსახლეობის საშუალო დონეს. ეს მიგვანიშნებს, რომ ამ კატეგორიაში განსაკუთრებით მაღალია დამალული, არაკანონიერი შემოსავლების დონე. ბუნებრივია, თავისი დანიშნულება დაკარგა მოსახლეობის სხვა სახის შემოსავლებმაც, როგორცაა: პენსიები, შემწეობები, დახმარებები, სტიპენდიები და სხვა. მასიური ხასიათი მიიღო უმუშევრობამ. მაღალია სტრუქტურული და ციკლური (დროებითი) უმუშევრობის დონე,

ფარული უმუშევრობის (ფორმალურად დასაქმებულები) მაჩვენებელი, არასრულად დასაქმებულთა და თვითდასაქმებულთა პროცენტი. გარდა ამისა, შრომის ბაზარზე განვითარებული ნეგატიური მოვლენები განპირობებულია დემოგრაფიული პროცესებით, მიგრაციით, პროფესიული მომზადებისა და განათლების სისტემის შეუსაბამობით თანამედროვე მოთხოვნებთან.

უმუშევრობა და არასრულფასოვანი დასაქმება გახდა საქართველოში სიღარიბის მკვეთრი გაღრმავების და საზოგადოების სოციალური დიფერენცირების ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი. მსოფლიო ბანკის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, სიღარიბესთან დაკავშირებულ ძირითად ფაქტორებს წარმოადგენს დასაქმების მდგომარეობა და საწარმოო აქტივების ქონა. შედეგად, მიუხედავად ბოლო წლებში მიღწეული პოლიტიკური სტაბილურობისა და ეკონომიკური ზრდის განახლებისა, ყველაზე მკაცრი შეფასებითაც მოსახლეობის 11%, ანუ ნახევარი მილიონი მოქალაქე რჩება სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ, ხოლო 9% უკიდურესი სიღარიბის მსხვერპლია. ამის გარდა, მოსახლეობის ერთი მესამედი იმყოფება სიღარიბესთან საშიშ სიახლოვეში. თუ აქამდე სიღარიბის დონე ქალაქად უფრო მაღალი იყო ვიდრე სოფლად, ბოლო წლებში განვითარებული ტენდენციები გვიჩვენებს, რომ უახლოეს პერიოდში ეს მდგომარეობა შეიძლება საპირისპიროდ შეიცვალოს. მცირე მოცულობის მიწის ნაკვეთების რთულკონტურიანობა და დაბალი ბუნებრივი ნაყოფიერება განაპირობებს მათ დაბალ კონკურენტუნარიანობას, რაც, თავის მხრივ, არ იძლევა სოფლის მოსახლეობის სიღარიბისგან დაცვის გარანტიას გრძელვადიან პერსპექტივაში. მეტიც, ეს შეიძლება გახდეს ქვეყანაში ქრონიკული სიღარიბის და სტრუქტურული დაუცველობის მასტიმულირებელ ფაქტორი.

საყურადღებოა ბოლო წლებში გამოკვეთილი რეგიონული დიფერენციაცია ცხოვრების დონეებს შორის, რაზეც მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ყველაზე ღარიბ რეგიონებში სიღარიბის მაჩვენებელი ორჯერ უფრო მაღალია ვიდრე უფრო მდიდარ რეგიონებში. რეგიონულ უთანასწორობასთან ერთად, საქართველოში სიღარიბე ხასიათდება მკვეთრი სოციალური უთანასწორობითაც. ეს უკანასკნელი მით უფროა საყურადღებოა, რადგან მისი შემცირების გარეშე, ეკონომიკური ზრდა არ გამოიწვევს სიღარიბის შემცირებას, არამედ კიდევ უფრო გააღრმავებს ქვეყნის რეგიონებს შორის

უთანაბრო განვითარებას და სოციალური ფენების შემდგომ დიფერენცირებას.

სწორედ სიღარიბის და უთანასწორობის აღმოფხვრა უნდა იქცეს ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთ ძირითად მიზნად, რომლის ეფექტიანი განხორციელებისთვის საჭიროა ძირეული სოციალური რეფორმები.

სახელმწიფოებრივი მოწყობის ერთ-ერთი უმთავრესი საკითხია სახელმწიფოსა და მოქალაქის ურთიერთობათა სწორი და სამართლიანი რეგულირება, რომლის ძირითადი პრინციპი უნდა იყოს ადამიანის საყოველთაო უფლებებისა და თავისუფლების პრინციპების უდავო დაცვა და მისი განვითარებისთვის შესაძლებლობების ფარგლებში კეთილსასურველი პირობების შექმნა.

სახელმწიფომ, ერთი მხრივ, უნდა შექმნას ისეთი სამართლებრივი ატმოსფერო, რომელიც არ დაუშვებს ადამიანის კონსტიტუციური უფლებებისა და თავისუფლების შეზღუდვას და, მეორე მხრივ, უნდა უზრუნველყოს აღნიშნული უფლებების მაქსიმალური რეალიზების პირობები, რომლის ნაწილიც უშუალოდ მან უნდა დააკმაყოფილოს, ხოლო ნაწილისთვის შექმნას კეთილსასურველი გარემო.

ქვეყანაში სოციალური სამართლიანობის დამკვიდრების მიზნით აუცილებელია მიზანმიმართული სოციალური პოლიტიკის ფორმირება, რომელიც ოჯახის, როგორც ქართული საზოგადოების ტრადიციული მატრიცის, კეთილდღეობაზე, სოციალური უთანასწორობის მიზეზების აღმოფხვრაზე და საერთო დოვლათის სოლიდარული გადანაწილების ეფექტიანი მექანიზმების შემუშავებაზე იქნება ორიენტირებული. სოციალური პოლიტიკა განახორციელებს ადამიანურ კაპიტალზე ორიენტირებულ სახელმწიფო ინტერვენციებს, რომლებიც ხელს შეუწყობს ოჯახებისა და თემების როლის გაზრდას საკუთარი სოციალური რისკების უკეთ მართვაში და დაეხმარება უკიდურესად ღატაკებს.

სოციალური პოლიტიკის ფორმირებისას გათვალისწინებული იქნება გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებისთვის დამახასიათებელი ძირითადი ფაქტორები: ეგრეთ წოდებული „ტრანზიტული შოკი“, საბაზრო ეკონომიკის

მიმართულებით განვითარების ტენდენციები და საზოგადოებრივი წარმოდგენები და მოლოდინი სოციალური დაცვის პროგრამების მიმართ.

გარდამავალი პერიოდის ტრანზიტული შოკი, რომელიც საქართველომ განიცადა, იყო კატასტროფული და ისტორიულად უპრეცედენტო. მან გამოიწვია ცხოვრების დონის მკვეთრი გაუარესება, რის შედეგადაც მოსახლეობის უმრავლესობას გაცილებით მეტად აწუხებს ტრანზიტული შოკით გამოწვეული მათი პირადი ცხოვრების დონის გაუარესება, ვიდრე საზოგადოების უღარიბესი წევრების კეთილდღეობა. შედეგად, მკვეთრად შემცირდა სოლიდარობის გრძნობა. ამიტომ, სოციალური პოლიტიკა უნდა ემსახურებოდეს ორ მიზანს: მოსახლეობის უღარიბესი ფენების საჭიროებების დაკმაყოფილებასთან ერთად, პოლიტიკამ უნდა უზრუნველყოს მთელი მოსახლეობისთვის გარდამავალი პერიოდის „დანაკარგების ანაზღაურება“ და ამ გზით სოლიდარობის გრძნობის და ჭეშმარიტი ქველმოქმედების სურვილის აღდგენა საზოგადოებაში.

ვინაიდან საქართველო, ისევე როგორც გარდამავალი ეკონომიკის სხვა ქვეყნები, ორიენტირებულია საბაზრო ეკონომიკაზე, გრძელვადიანი სოციალური პოლიტიკის განსაზღვრისას აუცილებელია ამ ფაქტორის გათვალისწინება და იმის უზრუნველყოფა, რომ სოციალური დაცვის პროგრამები შეესაბამებოდეს მომავლის მოთხოვნებსაც, ანუ კარგად იყვნენ მორგებული განვითარებული საბაზრო ურთიერთობების მოდელსაც.

რაც შეეხება საზოგადოებრივ წარმოდგენებს და მოლოდინს სოციალური უზრუნველყოფის პროგრამების მიმართ, წარსულში ისინი უპირატესად ემსახურებოდნენ სპეციალური საჭიროების მქონე მოსახლეობის განსაკუთრებული ჯგუფების (შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები, ვეტერანები, ხანდაზმულები) დახმარებას, ნაცვლად იმისა, რომ შეესრულებინათ ეკონომიკური დაუცველობის შემცირების მექანიზმის როლი მთელი მოსახლეობისთვის. შესაბამისად არის გარკვეული საზოგადოებრივი დამოკიდებულება და მოლოდინი სოციალური დაცვის პროგრამებისა და მათი რეციპიენტების მიმართ.

ამჟამად შემუშავების პროცესში მყოფი სოციალური პოლიტიკა იქნება დინამიკური, რომელიც ადეკვატურად ასახავს ქვეყნის ეკონომიკურ

მდგომარეობას და, ამასთანავე, ეკონომიკის წინსვლის პარალელურად, უფრო მეტად გამოკვეთს სახელმწიფოს ფუნქციას, – „მართოს ძლიერები და დაიცვას სუსტები“; მოახდენს მოსახლეობის ცხოვრების დონის სტაბილიზებას და შემდგომ ამაღლებას, რათა ქვეყანა სრულყოფილად ჩაებას მსოფლიოში დაწყებული გლობალური ჰუმანიზაციის პროცესებში. ის მიზნად დაისახავს:

- სოციალური რისკის ალბათობის შემცირებას (პრევენციას) – დასაქმება, უნივერსალური ოჯახური შემწეობები და სხვა;
- უკვე არსებული სოციალური რისკის შედეგების შემსუბუქებას, – ფულადი და არაფულადი შემწეობები ღარიბებისთვის, ერთჯერადი დახმარებები და სხვა;
- მოსალოდნელი სოციალური რისკის ზემოქმედების შერბილებას – ჯანმრთელობის დაზღვევა, საპენსიო დაზღვევა, უმუშევრობის, დროებითი და მუდმივი შრომისუუნარობის დაზღვევა და სხვა.

საქართველოს სოციალური დაცვის ძირითადი ფასეულობები და ინსტიტუციური კონტექსტი დაეყრდნობა მოსახლეობის თანაცხოვრების ისეთ ტრადიციულ სისტემას, რომელიც უზრუნველყოფს ოჯახის, როგორც ძირითადი სოციალური ერთეულის, და საქართველოში საუკუნეების მანძილზე დამკვიდრებული პირადი კონტაქტებისა და ურთიერთდახმარების ძლიერი ინსტიტუტების შენარჩუნებას და, ზოგ შემთხვევაში, მათი როლის მაქსიმალურ გაზრდას, ხოლო სახელმწიფო მოგვევლინება, როგორც სოციალური სამართლიანობის პრინციპების დაცვის გარანტი და ოჯახების აქტიური დამხმარე, რათა მათ შეძლონ სოლიდარობის ძირითადი ელემენტის ფუნქციის შესრულება.

სოციალურ სფეროში, ჯანმრთელობის დაცვა სისტემური ცვლილებებისა და მოდელირების თვალსაზრისით ყველაზე წინაა. აქ რეფორმების რთული და მტკივნეული პროცესი ჯერ კიდევ 1995 წელს დაიწყო. განვლილმა ხუთმა წელმა დაამტკიცა არჩეული გზის მართებულობა.

სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უზრუნველყოფს ადამიანის უმნიშვნელოვანესი კონსტიტუციური უფლების – სიცოცხლისა და მკურნალობის უფლების განხორციელებას. მარტო 1999 წელს აღნიშნული ვალდებულებებით ისარგებლა 3 მილიონამდე

ადამიანმა, თუმცა სახელმწიფო პროგრამების განხორციელება მკვეთრდაა გამწვანებული არასრული დაფინანსების გამო.

ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებასაც, რომ ჯანმრთელობის დაცვის დეფიციტური დაფინანსება თავისი ბუნებით უკვე ქრონიკული გახდა. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება ეგრეთ წოდებული „დაცული მუხლის“ პრინციპითაა დაკანონებული ბიუჯეტის შესახებ კანონში, ფინანსთა სამინისტრომ ვერა და ვერ აღმოფხვრა დარგის „ნარჩენი“ პრინციპით დაფინანსების პრაქტიკა. ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში დარგს დაგეგმილი მოცულობიდან ცენტრალურმა ბიუჯეტმა 80 421 ათასი ლარი დააკლო. 1999 წელს პრევენციის პროგრამები დაფინანსდა მხოლოდ 24.4%-ით, სადაზღვევო პროგრამები – 64%-ით, ხოლო სხვა პროგრამები – 41%-ით.

ამგვარი დაფინანსების პირობებში ძნელია პროგრამების შესრულებაზე საუბარი. დარგი ფინანსური კოლაფსის პირობებში მუშაობს, მეტადრე, რომ ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან კიდევ უფრო ცუდად ფინანსდება „მუნიციპალური“ პროგრამები. მიუხედავად იმისა, რომ კანონი მათ ავალდებულებს ერთ მოსახლეზე 2.5 ლარის გამოყოფას, ამ დავალებას ქალაქებისა და რაიონების დიდმა უმრავლესობამ ვერ გაართვა თავი. მხოლოდ ფოთი, თბილისი და ბათუმია გამონაკლისი, ხოლო ისეთმა რაიონებმა, როგორცაა: ვანი, მარნეული, ახალქალაქი და მარტვილი მხოლოდ 6-8 თეთრის გამოყოფა შეძლეს ერთ მოსახლეზე გაანგარიშებით, რაც გეგმის 3%-ს შეადგენს და ეს ყველაფერი განხორციელდა ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილის 80%-ზე მეტად შესრულების პირობებში.

სამწუხაროდ, სათანადო ყურადღება არ ეთმობა მიმდინარე რეფორმების ადგილებზე ადაპტირების პრობლემებს. თუ ადგილებზე არ განხორციელდა შესაბამის ღონისძიებათა კომპლექსი, მაშინ მნიშვნელოვნად შემცირდება ნებისმიერი რეფორმის ეფექტი. ჩვენ ამაში დავრწმუნდით ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების განხორციელებისას. დარწმუნებულნი ვართ, რომ წარმოდგენილი კონცეფციით გათვალისწინებული ღონისძიებები მხოლოდ მაშინ იქნება ეფექტური, თუ ისინი გახდება არა მარტო ხელისუფლების ცალკეული შტოს და თვითმმართველობის ადგილობრივი ორგანოების

სისხლხორცეული საქმე, არამედ მის განხორციელებაში ჩაერთვება მოსახლეობის ფართო ფენები და, უპირველეს ყოვლისა, საზოგადოებრივი ორგანიზაციები. მხოლოდ ერთიანი ძალისხმევითაა შესაძლებელი ჩვენი მიზნების ცხოვრებაში გატარება.

ჯანმრთელობის დაცვაში დაგროვილი გამოცდილების ფართოდ განხილვა მთელი სოციალური სფეროს რეფორმირების წინ გასათვალისწინებელია და ამთავითვე შევნიშნავთ, რომ, თუ შემოსავლების ახლად შექმნილი სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო, ადგილობრივი მმართველობა, მერები და გამგებლები, მხარეებში პრეზიდენტის რწმუნებულები სერიოზულად არ შემოტრიალდებიან ადამიანებისკენ, მაშინ სოციალური დაცვის სფეროში დაგეგმილი ნებისმიერი რეფორმა განწირულია და ჩვენი მცდელობა უნაყოფოდ დარჩება.

თანამედროვე პირობები განსაკუთრებულ მოთხოვნილებებს უყენებს შრომითი ურთიერთობის რეგულირების საკითხებს. ამ მიზნით პირველი რიგის ამოცანად გვესახება შრომის ახალი კოდექსის მიღება, რომელშიც სრულად იქნება ასახული საბაზრო ეკონომიკის შესაბამისი შრომითი ურთიერთობების ძირითადი პრინციპები. ეს საკითხი მითუმეტეს საშურია, რადგან საქართველოს დამოუკიდებლობის პერიოდში ასეთი სახის დოკუმენტი ჯერ არ ყოფილა მიღებული. ჩვენი აზრით, სასურველია ახალმა კოდექსმა გააერთიანოს ყველა ის კანონი, რომელიც არეგულირებს შრომით ურთიერთობებს საწარმოებში, ორგანიზაციებში და კოლექტიურ შრომით კონფლიქტებს.

შრომითი ურთიერთობების მოწესრიგების აპრობირებულ ფორმას წარმოადგენს სოციალური პარტნიორობა, რომლის რეგულირების მნიშვნელოვანი შედეგი იყო საქართველოს კანონების – „კოლექტიური ხელშეკრულებისა და შეთანხმების შესახებ“ და „კოლექტიური შრომითი დავების მოწესრიგების წესის შესახებ“ მიღება.

სოციალური პარტნიორობის სისტემის ჩამოყალიბების მიზნით, საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებით შეიქმნა შრომითი და სოციალურ-ეკონომიკური მომწესრიგებელი მუდმივმოქმედი სამმხრივი კომისია, რომელმაც, სამწუხაროდ, სხვადასხვა ობიექტური თუ სუბიექტური

მიზეზის გამო, ფუნქციონირება ვერ შეძლო. ჩვენი მთავარი მიზანია უმოკლეს პერიოდში სოციალურ პარტნიორებთან რეალური დიალოგის დაწყება, რაც მნიშვნელოვნად გააადვილებს პროფესიული კავშირებისა და მეწარმეთა გაერთიანებების ძველი სტერეოტიპებიდან ახალ რეალობებზე გადასვლას. აღნიშნული დიალოგი გენერალური შეთანხმების შემუშავების საფუძველი უნდა გახდეს.

შრომითი ურთიერთობების რეგულირების სფეროში სახელმწიფოს ერთ-ერთი ფუნქციაა კოლექტიური შრომითი დავების მოწესრიგების ცივილური მექანიზმის შექმნა და ამოქმედება.

შემოსავლების პრობლემასთან უშუალო კავშირშია სასიცოცხლო მნიშვნელობის ისეთი საკითხი, როგორცაა შრომის ანაზღაურება. იმის მიუხედავად, რომ ქვეყანაში ჯერ არ აშენებულა საბაზრო ეკონომიკა, თითქმის ყველა სახეობის საქონელსა და მომსახურებაზე ფასები მსოფლიო დონემდე გაიზარდა, გარდა სამუშაო ძალის ფასისა. არადა, შრომის ანაზღაურება უნდა იზრდებოდეს მისი მნიშვნელობის შესაბამისად. სინამდვილეში კი ადგილი აქვს უკუპროცესს – სამუშაო ძალის ფასი კი არ უახლოვდება, არამედ უფრო შორდება მსოფლიოში ჩამოყალიბებულ ანალოგიურ ფასებს. ასეთი მდგომარეობა შეუთავსებელია საბაზრო ეკონომიკის მშენებლობის აღიარებულ მიზნებთან და ამოცანებთან.

ამ ფაქტორთან დაკავშირებით, საფრთხე არა მარტო სოციალური დამაბულობის გაღრმავებაშია, არამედ მისი მთავარი შედეგი ქვეყნის სტრატეგიულ ინტერესებშია. სამუშაო ძალის ფასის ასეთი დაბალი დონის პირობებში ძნელია რამე მნიშვნელოვან ეკონომიკურ აღმავლობაზე საუბარი, რადგან წარმოებითი ურთიერთობების მთავარი ელემენტი მოკლებულია პროგრესის უმთავრეს სტიმულებს. ეკონომიკის აღმავლობა კი ქვეყნის განვითარების ღერძს წარმოადგენს.

დაქირავებულთა ხელფასის რეგულირების ყველაზე ეფექტური ფორმა უნდა გახდეს კოლექტიურ-სახელშეკრულებო სისტემა. ამის საფუძველზე შრომის ანაზღაურების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრინციპი უნდა იყოს მინიმალური ხელფასის თანდათანობითი დაახლოება საარსებო მინიმუმთან. ამ კონტექსტში უნდა აღვნიშნოთ, რომ დღეისათვის არსებული მინიმალური

ხელფასი საარსებო მინიმუმის 18,9%-ს შეადგენს. ინფლაციური პროცესებისა და საარსებო მინიმუმის დონის გათვალისწინებით მიმდინარეობს მუშაობა მინიმალური ხელფასის დონის გაზრდის წინადადებების მომზადებისთვის.

საბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების სრულყოფას საფუძვლად უნდა დაედოს პრინციპი „თანაბარი შრომისთვის თანაბარი ანაზღაურება“, რომელიც ამჟამად არსებულ ანაზღაურების სისტემაში მნიშვნელოვნადაა დარღვეული. არსებული მდგომარეობის გამოსწორებისა და საბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების სრულყოფილი მექანიზმის შექმნისთვის სამინისტროში შემუშავდა ერთიანი სატარიფო ბადის პროექტი, რომელიც ეფუძნება ანაზღაურების ერთიანობის პრინციპს და მოიცავს ყველა საბიუჯეტო ორგანიზაციას. ერთიანი სატარიფო ბადის ძირითადი პრინციპი იქმნება დიფერენცირებული კოეფიციენტების სისტემის მინიმალურ ხელფასთან მიმართებაში. ჩვენს წინადადებებს ამ საკითხთან დაკავშირებით უახლოეს პერიოდში წარმოგიდგენთ.

არასაბიუჯეტო სექტორში ხელფასის დაწესებისა და რეგულირების სფეროში სახელმწიფოს როლი შრომის ანაზღაურების მინიმალური დონის განსაზღვრით შემოიფარგლება. ყველა სხვა უფლებამოსილება, რაც ხელფასის დონესა და მის დიფერენცირებას შეეხება, კერძო სექტორში ძირითადად „კოლექტიური ავტონომიის“ ფარგლებში განხორციელდება, რომელიც წარმოადგენს კოლექტიური მოლაპარაკებების ინსტიტუციურ საფუძველს და წარმოებს მეწარმეებსა (მეურნე სუბიექტებსა) და პროფკავშირებს შორის.

სოციალურ-ეკონომიკური პოლიტიკის უმთავრეს პრიორიტეტს შრომითი რესურსების სრული და პროდუქტიული დასაქმების მიღწევა და მოსახლეობის სოციალური დაცვის მოქნილი სახელმწიფო სისტემის ჩამოყალიბება წარმოადგენს. ამ ურთულესი ამოცანის რეალიზება უდიდეს სახელმწიფოებრივ ძალისხმევას მოითხოვს, რადგან ამჟამად შრომის ბაზრის ყოველ სეგმენტში რთული ვითარებაა. საქართველოში არსებული ეკონომიკური კრიზისისა და სოციალური პრობლემების გამწვავების პირობებში სახელმწიფომ ჯერჯერობით ვერ უზრუნველყო სრული დასაქმების განხორციელება და ძირითადად დასაქმების პასიური პოლიტიკის ღონისძიებებით შემოიფარგლა.

დასაქმების კონცეფცია ეფუძნება ქვეყნის უმთავრეს ეკონომიკურ და სოციალურ პრიორიტეტებს, რეალურ ეკონომიკურ და შრომით პოტენციალს, გლობალური და რეგიონული მნიშვნელობის პროექტებში მაქსიმალურად და ეფექტიანად ჩართვის შესაძლებლობებს, დასაქმების მარეგულირებელი სახელმწიფო ინსტიტუტების საქმიანობის კარდინალურად გაუმჯობესების აუცილებლობას და სხვა.

დასაქმების აქტიური პოლიტიკის განხორციელება უპირველეს ყოვლისა სრულფასოვანი ახალი სამუშაო ადგილების გაჩენის პირობების შექმნას ნიშნავს ეროვნული მეურნეობის ისეთ პრიორიტეტულ დარგებში, როგორებიცაა მრეწველობა, მშენებლობა, ტრანსპორტი და კავშირგაბმულობა. საქართველოს ტერიტორიის გავლით ევრაზიის დამაკავშირებელი სატრანსპორტო დერეფნის – „ტრასეკას“ ფუნქციონირების უზრუნველყოფის ერთ-ერთ ძირითად პირობას რკინიგზის, საავტომობილო გზების, საზღვაო სანაოსნოს, ფოთისა და ბათუმის საზღვაო ნავსადგურების რეკონსტრუქციისა და მოდერნიზების სამუშაოების დროული ჩატარება წარმოადგენს. ამ სამუშაოების რიგითობა, მასშტაბები და დაფინანსების წყაროები პრაქტიკულად უკვე განსაზღვრულია, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ სფეროებში დასაქმებულთა რიცხვი უახლოეს პერიოდში მნიშვნელოვნად გაიზრდება.

დასაქმების მასშტაბების თვალსაზრისით კვლავ პრიორიტეტულ სფეროდ უნდა დარჩეს სოფლის მეურნეობა, მაგრამ ეს უნდა მოხდეს დაბალეფექტიანი თვითდასაქმების სისტემატური შემცირებისა და დასაქმების სხვა, გაცილებით ეფექტური ფორმების განვითარებით.

დასაქმების შემდგომი ზრდა მოსალოდნელია მომსახურების სფეროში – ტურიზმის, საკურორტო მეურნეობის, კომუნალური და საყოფაცხოვრებო მომსახურების მასშტაბების მოსალოდნელი ზრდის გათვალისწინებით.

უახლოესი პერიოდის ერთ-ერთ უმთავრეს ამოცანას წარმოადგენს მცირე ბიზნესისთვის ხელსაყრელი სამეწარმეო გარემოს შექმნა. მცირე ბიზნესის განვითარებისთვის აუცილებლად უნდა შემუშავდეს შესაბამისი კომპლექსური პროგრამა, რომელშიც სრულად უნდა იქნეს გათვალისწინებული საკანონმდებლო, ორგანიზაციული, ფინანსური

გარანტიების შექმნა: საგადასახადო, საკრედიტო, ფინანსური შეღავათები, მსხვილ ბიზნესთან ურთიერთთანაარსებობის პრინციპები და სხვა.

დასაქმების სფეროში დასახული მიზნების განხორციელებას საფუძვლად უნდა დაედოს დასაქმების სახელმწიფო, რეგიონული და მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება, რომლებმაც უნდა განსაზღვროს დასაქმებისა და კვალიფიციური კადრების მომზადება-გადამზადების ძირითადი მიმართულებები, უმუშევართა სოციალური დაცვის ქმედითი მექანიზმი, რამაც უნდა უზრუნველყოს ეკონომიკის პრიორიტეტულ დარგებში სრული და პროდუქციული დასაქმება.

დასაქმების აქტიური პოლიტიკის შემუშავებას და რეალიზებას მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს კანონი „მოსახლეობის დასაქმების სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის შესახებ“, რომელიც თავს მოუყრის დასაქმების სფეროს მარეგულირებელ ყველა დოკუმენტს და დიდად შეუწყობს ხელს ამ სფეროში კომპლექსური და ყოვლისმომცველი ღონისძიებების განხორციელებას.

დასაქმების სფეროში ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებისა და განხორციელების საქმეში უმნიშვნელოვანეს როლად გვესახება დასაქმების ხელშემწყობი საკოორდინაციო საბჭოს შექმნა, როგორც ეროვნულ, ისე რეგიონულ დონეებზე. საკოორდინაციო საბჭოში მეწარმეთა და პროფესიული კავშირების თანაბარი რაოდენობის წარმომადგენელთა გაერთიანება უზრუნველყოფს ყველა მხარის ინტერესთა მაქსიმალურ გათვალისწინებას.

სამუშაო ძალის შრომითი მიგრაციის სახელმწიფო რეგულირებისთვის აუცილებელია შემუშავდეს საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზა.

განსაკუთრებული მნიშვნელობის ამოცანას წარმოადგენს დასაქმებისა და უმუშევრობის რეგულირებისთვის აუცილებელი სრული და ყოვლისმომცველი სტატისტიკური საინფორმაციო ბაზის შექმნა, რომელიც დასაბუთებული დასკვნებისა და რეკომენდაციების შემუშავების საშუალებას მოგვცემს.

დასაქმების და უმუშევრობის დონის განმსაზღვრელი ეკონომიკური პირობების რეგულირება, პირველ რიგში, გულისხმობს სახელმწიფო

სექტორში ახალი სამუშაო ადგილების შექმნასა და სახელმწიფოს მიერ კერძო სექტორში ამგვარი საქმიანობის სტიმულირებას (შეღავათები გადასახადებში, შეღავათიანი კრედიტები, დახმარება საგარეო-ეკონომიკური კავშირების დამყარებაში და სხვა). სახელმწიფომ ეფექტიანად უნდა იღვაწოს ახალი სამუშაო ადგილების შექმნის მიზნით უცხოური კაპიტალის მოზიდვისთვის.

განსაკუთრებით დიდია სახელმწიფოს როლი დასაქმების სახელმწიფო პროგრამების დამუშავებაში. უნდა შემუშავდეს როგორც დასაქმების ეროვნული პროგრამა, ისე ახალგაზრდების, ქალების, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების და პენსიონერების დასაქმების მიზნობრივი პროგრამები.

შრომის ბაზრის რეგულირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულებაა სამუშაო ძალის ხარისხობრივი შემადგენლობის გაუმჯობესება. ამ მხრივ განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ყველა კატეგორიის კადრების პროფესიული ცოდნის დონის მკვეთრი ამაღლების სისტემის ფორმირება. სპეციალისტთა მომზადება უნდა განხორციელდეს კადრებზე ეროვნული მეურნეობის მოთხოვნილებების გათვალისწინებით. სამუშაო ძალის ხარისხობრივი შემადგენლობის გაუმჯობესება პირდაპირ კავშირშია განათლების სისტემის სრულყოფასთან. ამ მიზნით აუცილებელია განათლების რეფორმის დაჩქარება.

შრომის ბაზრის სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმის ერთ-ერთი ელემენტია სამუშაო ძალის დაქირავების ხელშემწყობი სახელმწიფო სამსახურების საქმიანობის თვისობრივად ახალ საფეხურზე აყვანა. სამწუხაროდ, ამ უზარმაზარი სფეროს მოწესრიგება დღეს არსებული დასაქმების ფონდის მექანიზმებითა და ძალებით შეუძლებელია. წლიდან წლამდე მსოფლიო ბანკის ექსპერტების კატეგორიულ მოთხოვნას აღნიშნული ფონდის გაუქმების შესახებ, სამწუხაროდ, ყურს არავინ უგდებდა და აგრძელებდა ადამიანთა „დასაქმებას“ სამმართველო-საინფორმაციო სამუშაოებზე, რასაც დიდძალი სახსრები ხმარდებოდა. ფონდის შემოსავლები ყოველწლიურად 3.5-4 მილიონი ლარის ფარგლებშია. აღნიშნული სახსრების 25% მისი შენახვისა და არსებობის ხარჯებს ფარავდა. 25%-მდე კი იხარჯებოდა „საეჭვო“ მომავლის სპეციალობებში უმუშევართა

გადამზადებაზე და მხოლოდ სახსრების 50%-ით მცირე ზომის შემწეობებს ღებულობდნენ უმუშევრები.

აუცილებლად მიგვაჩნია დასაქმების ფონდის ძირეული რეფორმა და მისი სახსრების მკაცრად გადანაწილება კონკრეტულ მიზნობრივ პროგრამებზე, რათა ამ სფეროში წარმოქმნილი პრობლემები, თუნდაც ნაწილ-ნაწილ, გადაიჭრას ცალკეული რეგიონების მიხედვით, ხოლო უმუშევართა რეგისტრირება და მათთვის შემწეობების გაცემა უნდა განხორციელდეს მკაცრად რეგლამენტირებული სადაზღვევო პრინციპით.

საქართველოს საერთაშორისო თანამეგობრობაში და ევროპის გაერთიანებაში მჭიდრო ინტეგრირების უმნიშვნელოვანეს ამოცანას წარმოადგენს დასაქმებისა და შრომითი ურთიერთობების სფეროში საერთაშორისო კონვენციებითა და რეკომენდაციებით გათვალისწინებულ ნორმებთან მიერთება.

ზემოთ აღნიშნულ ორგანიზაციებთან ამგვარი თანამშრომლობა უდავოდ გავგიადვილებს ევროპის სოციალურ ქარტიასთან ეტაპობრივი მიერთების პროცესს. ამ მიმართულებით მუშაობა უკვე დაწყებულია და იგი გაგრძელდება 2001 წლის აპრილამდე.

დღეს ჩვენ დაწვრილებით არ ვისაუბრებთ „საპენსიო ფონდის“ შესახებ, ვინაიდან იქ შექმნილი მდგომარეობა არაერთი სპეციალური მსჯელობის საგანი უნდა გახდეს. ის მექანიზმები და ეკონომიკური ბერკეტები, საიდანაც ხდება ჩვენი შრომისა და საომარი მოქმედებების ვეტერანთა საპენსიო უზრუნველყოფისთვის საჭირო სახსრების მობილიზება, დასახვეწია. ის მოითხოვს დღევანდელი შესაფერისი ფორმების შექმნა-შემუშავებას და, რაც მთავარია, მისი სამართლიანობის, თუ გნებავთ პენსიონერების პრინციპული დაცვის ღონისძიებების გატარებას.

დღეისათვის ქვეყანაში არსებული საპენსიო უზრუნველყოფა არ შეიძლება ვინმეს აკმაყოფილებდეს, ვინაიდან პენსიების ოდენობა ადამიანის არსებობისთვის საჭირო მინიმალურ დონეზე 7-8-ჯერ და უფრო მეტად ნაკლებია. თუ პენსიების დაბალი დონე განპირობებულია ქვეყნის ეკონომიკის მდგომარეობის გაუარესებით, რომელთა მიზეზები (საბჭოთა

კავშირის დაშლა, სამოქალაქო ომი, ეკონომიკის გარდამავალი ხასიათი) ცნობილია, გაუგებარი რჩება პენსიების ყოველწლიურად 3-4 თვის დავალიანების წარმოქმნა. უარყოფით მოვლენად უნდა ჩაითვალოს ისიც, რომ ცალკეულ რეგიონებში და რაიონებში პენსიები არათანაბარზომიერადაა გაცემული. უფრო მეტიც, პენსიების ასიმეტრიული გაცემა ხდება ცალკეული რაიონის ცალკეულ სოფლებში, რაც ამ სფეროში ერთიანი პოლიტიკის გატარების მექანიზმის ნაკლოვანებებზე მიუთითებს.

არის თუ არა ქვეყანაში არსებული დავალიანებების წარმოქმნის ობიექტური ფაქტორები? დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ დავალიანების წარმოქმნის დროს ობიექტური ფაქტორები არ არსებობდა. სუბიექტურმა ფაქტორებმა – სოციალური გადასახადების დავალიანებებმა, პენსიონერთა და დასაქმებულთა აღრიცხვიანობის მოშლამ, არასწორმა პროგნოზირებამ, არასრულყოფილმა კანონებმა დაუსაბუთებელი შეღავათებისა და დახმარებების შემოტანით, „ჩათვლებისა“ და „მიწერების“ კორუფციული მექანიზმებით და სხვა მსგავსმა მოვლენებმა – გამოიწვიეს სახელმწიფო ვალდებულებების შეუსრულებლობა. დღეს აღნიშნული სუბიექტური მიზეზების ობიექტივიზაცია მოხდა. 120-მილიონიანი დავალიანება ის ობიექტური რეალობაა, რომელსაც გვერდს ვერავინ ვერ აუვლის, თუნდაც ზემოაღნიშნული მისი გამომწვევი სუბიექტური ფაქტორების აღმოფხვრის შემთხვევაშიც.

რა შეგვიძლია ჩვენ ამ პრობლემის დასაძლევად გავაკეთოთ?

უპირველეს ყოვლისა, გავაუმჯობესებთ აღრიცხვიანობას და ავამოქმედებთ ახალ სისტემას, რომელიც მსგავს ნეგატიურ მოვლენებს გამორიცხავს. ყველა თეთრს, რომელიც ამ მიზნით გამოიყოფა ქვეყანაში, გამოვიყენებთ მიზნობრივად, რაც ხელს შეუწყობს დანახარჯების სოციალური ეფექტიანობის ზრდას.

საქმის გამოსწორების ერთ-ერთი უმთავრესი რეზერვა არსებული სოციალური ფონდების მუშაობის ხვალინდელი დღის განსაზღვრა. ჩვენ უკვე გვაქვს საქართველოში ინსტიტუციურად გამართული სადაზღვევო სისტემის შექმნის გამოცდილება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სახით. დღეს კომპანია უკვე მზადაა მართვის პარიტეტულ ფორმაზე

გადასვლისა და, ეგრეთ წოდებული, ტრიპარტიზმის პრინციპით სამეთვალყურეო საბჭოს ფორმირებისთვის.

სამწუხაროდ, საპენსიო ფონდი ძირეულ გარდაქმნას საჭიროებს, რადგან რა სახითაც ის დღეს არსებობს, ვერ პასუხობს სოციალური პოლიტიკის მოთხოვნებს. ჩვენ ვერ შევგუებით სახსრების ხარჯვას იმ პრაქტიკით, რომელიც ამ ფონდშია ჩამოყალიბებული, როდესაც, პენსიების გაუცემლობის პირობებში, ხდება სხვა ღონისძიებების დაფინანსება. პენსიასა და სხვა ღონისძიებებს შორის ჩვენ არჩევანს პირველის სასარგებლოდ გადაწყვეტით და ეს მილიონობით ლარია.

საქართველოს კონტროლის პალატის შემოწმების შედეგებიდან დღესვე ცხადია, რომ სოციალური უზრუნველყოფის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის არა მარტო ინსტიტუციური გარდაქმნა, არამედ სრული საკადრო განახლება აუცილებელია.

საპენსიო სფეროში გარდაქმნების აუცილებლობა საზოგადოებაში კარგა ხანია მომწიფდა. ჩვენ გვქონდა შეხვედრები თბილისის ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტში, მსოფლიო ბანკის წარმომადგენლებთან, გორის საზოგადოებასთან, საქართველოს პროფკავშირების ლიდერებთან, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და საზოგადოებრიობის სხვა წარმომადგენლებთან. ამ შეხვედრებმა დაგვანახეს, რომ საპენსიო რეფორმის ჩვენი ხედვა –სახელმწიფო საპენსიო სისტემასთან ერთად ჩამოყალიბდეს არასახელმწიფო საპენსიო სადაზღვევო სისტემებიც, ანუ სავალდებულო დაზღვევასთან ერთად ნებაყოფლობითი დაზღვევის ფორმების განვითარება – არ იწვევს აზრთა წინააღმდეგობას. აზრთა სხვადასხვაობა წარმოიქმნება განხორციელების დეტალებთან დაკავშირებით, ინტერესების მიხედვით. ვფიქრობთ, ეს საკითხები გადაწყდება უკვე პროგრამებში, პოლიტიკის რეალიზების ეტაპზე. მთავარია, არ იქნეს დაშვებული არც მონოპოლიზმი და არც ექსკლუზიური უფლებები, როგორც ამას მოითხოვს საქართველოს კანონმდებლობა.

საპენსიო უზრუნველყოფის გაუმჯობესებას ხელს შეუწყობს სოციალური ბიუჯეტის გარდაქმნაც. თუ მოსახლეობის საპენსიო უზრუნველყოფას გავყოფთ სადაზღვევო და არასადაზღვევო შემთხვევებად და გაიმიჯნება

ცენტრალური ბიუჯეტისა და ფონდის ვალდებულებები, წინა წლების დავალიანების გადაწყვეტის შემთხვევაში, რამდენიმე თვეში შეიძლება მივალწიოთ იმას, რომ სახელმწიფო ფონდს საპენსიო უზრუნველყოფისთვის ცენტრალური ბიუჯეტის სუბსიდია აღარ დასჭირდეს.

მნიშვნელოვანი საკითხია გასული წლების დავალიანებების დაფარვის მექანიზმის შემუშავება და ამ საკითხის ერთხელ და სამუდამოდ გადაწყვეტა. ჩვენ ერთდროულად ორი მიმართულებით უნდა წავიდეთ: ერთი მხრივ, დავიწყოთ წარმოშობილ დავალიანებათა დაფარვა, ამასთან, მტკიცედ დაცული გრაფიკით და, მეორე მხრივ, არ დავუშვათ ახალი ვალდებულებების წარმოშობა.

გასული წლების დავალიანება მნიშვნელოვანია. ის 160 მილიონ ლარს აღემატება. მათ შორის, მარტოხელა, შრომისუუნარო, უმწეო მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა ოჯახებზე დავალიანება 7 მილიონი ლარი, პენსიები – 77,5 მილიონი ლარი, ძალოვანი სტრუქტურების პენსიონერთა პენსიები – 12,3 მილიონი ლარი, ჯანდაცვის პროგრამები – 48 მილიონი ლარი. თუმცა ეს რიცხვებიც არაა საბოლოო. საჭიროა ვალების ინვენტარიზაცია და მათი სპეციალური პროგრამით დაფარვა. რაც შეეხება მიმდინარე წლის სოციალური სფეროს დაფინანსებას, აქ აუცილებელია მთელი რიგი გადაუდებელი ღონისძიებების განხორციელება.

ასეთ ღონისძიებათა სისტემა ჩამოყალიბებულია როგორც კონცეფციაში, ისე საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულების პროექტში. ვფიქრობთ, წარმოდგენილ ღონისძიებათა განხორციელება მოგვცემს საშუალებას, შემოსავლების მობილიზების გაზრდითა და ხარჯების ეკონომიით, მივალწიოთ 70-დან 120 მილიონ ლარამდე ფინანსური ეფექტს.

სოციალური სფეროს განვითარების ძალიან დიდი რეზერვებია საერთაშორისო მხარდაჭერის მოპოვებაში. უპირველეს ყოვლისა, ეს ეხება მსოფლიო ბანკს და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებს. ჩვენ ამ მხრივ წარვმართეთ მნიშვნელოვანი სამუშაო. უკვე გვაქვს მსოფლიო ბანკის სტრუქტურული რეფორმის მხარდამჭერი პროექტი და ნიდერლანდების მთავრობის მხარდამჭერი პროექტი გრანტის სახით. უახლოეს მომავალში გაიმართება მოლაპარაკებები მსოფლიო ბანკის სოციალური სექტორის

წარმომადგენლებთან მომავალი პროექტების თაობაზე; მიმდინარეობს მოლაპარაკებები სხვა დონორ ორგანიზაციებთან.

დიდი რეზერვია სოციალური სფეროს რეფორმის ყველა მიმართულებით, თუმცა, გასაგები მიზეზების გამო, განსაკუთრებული ყურადღება მიჰყრობილია საპენსიო პრობლემატიკაზე.

სოციალური გარდაქმნების შედეგად ჩამოყალიბდება საპენსიო უზრუნველყოფის ახალი სისტემა, სადაც, ერთი მხრივ, სოციალური დაცვით უზრუნველყოფილი იქნება ყველა მოქალაქე და, მეორე მხრივ, სოციალური დაცვა მიეზმება შენატანებს და განხორციელდება სოლიდარობითი საპენსიო სისტემიდან დაგროვებით სისტემაზე გადასვლა. ამასთან, უნდა მოხდეს სახელმწიფო ვალდებულებების ფარული ფორმიდან ღია ფორმაზე გადასვლა და სახელმწიფო ვალდებულებები უნდა განხორციელდეს სახელმწიფო ვალის გადახდის მექანიზმით.

სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს მოსახლეობის ნაკლებად უზრუნველყოფილი ნაწილის სოციალური მხარდაჭერა და დაცვა. ქვეყნის წინაშე უმწვავესი პრობლემაა მოსახლეობის ეკონომიკური და, განსაკუთრებით, სოციალური დანაკარგების მინიმუმამდე დაყვანის აუცილებლობა. სოციალური დახმარების სისტემისა და საკომპენსაციო გადახდების რეფორმირება განხორციელდება დახმარების საფუძველზე, რომელიც დაინიშნება საშუალო სულადობრივი ოჯახური შემოსავლიდან გამომდინარე.

მოსახლეობის სოციალური დაცვის რეფორმა მიმართულია სოციალური მხარდაჭერის მისამართულობაზე, ფინანსური და მატერიალური რესურსების კონცენტრირებაზე, უპირველეს ყოვლისა, მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ჯგუფების დასახმარებლად. შედავათების სისტემა ისე უნდა მოწესრიგდეს, რომ დახმარებები გაეზარდოს მოსახლეობის ყველაზე უმწეო ნაწილს.

სოციალური დახმარებებისა და საკომპენსაციო გასაცემლების სისტემის რეფორმირებისას:

- სოციალური დახმარების საფუძვლად აღებულ იქნება საშუალო სულადობრივი ერთობლივი საოჯახო შემოსავალი;
- დამკვიდრდება მიმღებისთვის ყველაზე სასარგებლო სოციალური დახმარების მიღების უფლება;
- ყველა დონის ბიუჯეტში დაიხვეწება სოციალური დახმარებების დაფინანსებისა და მათი დაცულობის მექანიზმი.

სახელმწიფოს ერთიანი დახმარებების გარდა, უნდა განვითარდეს ფულადი და არაფულადი მხარდაჭერის სისტემა მოქალაქეთა ყველაზე უმწეო კატეგორიისთვის, რომელიც დაეყრდნობა ოჯახის საშუალო სულადობრივ შემოსავალს, რეგიონულ სასიცოცხლო მინიმუმს, ეკონომიკურ და დემოგრაფიულ სიტუაციას.

ოჯახის, ქალების, ბავშვების და ახალგაზრდობის სოციალური მხარდაჭერის კუთხით, პოლიტიკის უმნიშვნელოვანესი მიზნები იქნება:

- ოჯახის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების პირობების შექმნა;
- ბავშვების მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის მყარი წანამდღვრების შექმნა და მათი განვითარების თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველყოფა, რამეთუ ბავშვები წარმოადგენენ ქვეყნის მომავალს და მათ ადამიანურ კაპიტალში ინვესტირება გრძელვადიან პერსპექტივაში სიღარიბის პრევენციაა;
- ახალგაზრდობის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში აქტიური მონაწილეობა ბავშვიანი ოჯახების მხარდამჭერი სახელმწიფო სოციალური გარანტიებით;
- საოჯახო მეწარმეობის სახელმწიფო სტიმულირება და მხარდაჭერა;
- ოჯახების მხარდამჭერი ახალი სოციალური ტექნოლოგიების განვითარება;
- ქალების გათავისუფლება მძიმე და მავნე პირობებში შრომისაგან, შრომის ბაზარზე არაკონკურენტუნარიან ქალთა პროფესიული მომზადებისა და გადამზადების სრულყოფა;
- პროფესიული საქმიანობისა და საოჯახო ვალდებულებების ჰარმონიზაციისთვის ხელის შეწყობა;
- ბავშვების ცხოვრების სახელმწიფო გარანტიების გაძლიერებაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელება, მათ შორის,

ჯანმრთელობის დაცვის, სოციალური უზრუნველყოფის, განათლების სფეროებში;

- სოციალური ობლობის მასშტაბების შემცირება და მშობლების ზრუნვას მოკლებული ბავშვების საოჯახო აღზრდის ახალი სახელმწიფო ფორმების დანერგვა;
- შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა პრობლემებთან მიდგომების შეცვლა, ძირითადი აქცენტების კომპენსაციებიდან მათ შემოსავლებზე გადატანა.

სოციალური პოლიტიკის წარმატებაში გადამწყვეტია რეფორმების სამართლებრივი უზრუნველყოფა. ამ მიმართულებით ბევრი რამ არის გასაკეთებელი და, ერთიანი საპრეზიდენტო პროგრამის ფარგლებში, ვფიქრობთ, საქართველოს პარლამენტისა და აღმასრულებელი ხელისუფლების შეთანხმებული საქმიანობა მნიშვნელოვან ეფექტს მოგვცემს.

მნიშვნელოვანი ფინანსური რეზერვია სისტემაში აღრიცხვიანობის მოწესრიგება. ამჟამად გერმანიის მთავრობის დახმარებით მიმდინარეობს „საქართველოს პენსიონერთა პერსონიფიცირებული აღრიცხვის“ პროექტის დასრულება და რამდენიმე თვეში დაგეგმილია ახალი სისტემის პირველადი აპრობაცია. პროექტის გაგრძელება იქნება დასაქმებულთა და დამქირავებელთა აღრიცხვის პროგრამული ინსტრუმენტის შექმნა. ყოველივე ეს, რეფორმის პირველივე ეტაპზე, აღმოფხვრის ორმაგი აღრიცხვის, „მკვდარი სულების“ და სხვა ნეგატიურ მოვლენებს.

ყოველივე ზემოთქმული პენსიების და სოციალური დახმარებების სფეროში დღეს არსებული პრობლემების უმოკლეს დროში მოგვარების საშუალებას მოგვცემს. თუმცა ორიოდ სიტყვა უნდა ითქვას სოციალური დაცვის დღევანდელი სისტემისა და სახელმწიფო ბიუჯეტის ურთიერთმიმართების შესახებ. საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა სახსრების მობილიზებაზე საერთოდ ვერ ახდენს ზეგავლენას, რადგან ეს პროცესი გადის მისი კომპეტენციის ფარგლებიდან. ჩვენი პასუხისმგებლობა გამოყოფილი თანხების მიზნობრიობის უზრუნველყოფით შემოიფარგლება. მთელი პასუხისმგებლობით მინდა განვაცხადო, რომ საბიუჯეტო კანონმდებლობის ისეთი საშემსრულებლო დისციპლინის პირობებში, როგორც დღესაა, სოციალურ სფეროში ვერც ერთი პროგრამა ვერ განხორციელდება. ამ

განცხადების ილუსტრაციისთვის მხოლოდ ის ფაქტიც არის საკმარისი, რომ 2000 წლის განვლილ პერიოდში სოციალურ და ჯანმრთელობის პროგრამებზე საქართველოს ცენტრალური ბიუჯეტიდან არც ერთი თეთრი არ ჩარიცხულა.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი, რომელიც დაუყოვნებელ რეაგირებას მოითხოვს, სოციალურ ანარიცხებსა და გადასახადებისადმი დამოკიდებულებას ეხება.

დღესდღეობით ფართო მასშტაბები მიიღო, მე ვიტყვოდი, ეკონომიკური დანაშაულის ისეთმა ფორმამ, როგორცაა ხელფასების გაცემა სოციალური ანარიცხებისა და გადასახადების დარიცხვის გარეშე. მასში სცოდავენ როგორც ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლები, ისე რიგითი მეწარმეები და ბანკები. გასულ წელს ამ სახით პენსიონერებს დააკლდათ თითქმის ერთი თვის პენსია. სოციალური გადასახადების ურჩ გამამხდელთა, განსაკუთრებით ცენტრალური ხაზინისა და ადგილობრივი დაქვემდებარების საბიუჯეტო დაწესებულებების მიმართ უნდა გატარდეს საქართველოს საგადასახადო კოდექსით გათვალისწინებული სანქციები. უპრეცედენტოა სოციალური გადასახადების ნარჩენები, რომელმაც 70 მილიონ ლარს გადააჭარბა. ადგილი აქვს ეგრეთ წოდებულ „გადაქაჩვებს“ სოციალური გადასახადებიდან. მაგალითად, გასულ წელს გადასახადების სხვა სახეობებში 30 მილიონი ლარის მეტობაა, ხოლო სოციალურ გადასახადებში 20 მილიონი ლარის ნაკლებობა.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ჩვენ გვინდა განვაცხადოთ, რომ საშემსრულებლო დისციპლინის განმტკიცებით, საპენსიო სისტემაში დღევანდელი სახით არსებული ბევრი პრობლემა დავიწყებას მიეცემა და დღის წესრიგში დადგება რეალური ეკონომიკური პრობლემა – როგორ მივუახლოვოთ პენსიის ოდენობა საარსებო მინიმუმს და როგორ გავხადოთ ხელფასი რეალური, რათა დასაქმება და სამუშაოს არსებობა ნიშნავდეს ადამიანის სოციალურ უზრუნველყოფას.

სოციალური სფეროს რეფორმის განხორციელების აუცილებელ წინაპირობას წარმოადგენს პირველ რიგში მისაღწევი მიზნების გამოკვეთა და შესასრულებელ სამუშაოთა თანამიმდევრობის ოპტიმალური დაგეგმვა.

პირველ ეტაპზე (2000-2001 წლები), ძალზე შეზღუდული რესურსების პირობებში საქორთა განხორციელდეს მოსახლეობის ცხოვრების დონის სტაბილიზაციაზე მიმართული ისეთი კომპლექსური ღონისძიებები, როგორცაა: სიდატაკის მასშტაბების შემცირებაზე მიმართული საქმიანობის დაწყება, მოსახლეობის სხვადასხვა კატეგორიას შორის ცხოვრების დონის განსხვავების შემცირება, მასობრივი უმუშევრობის თავიდან აცილება, მოქალაქეთა შრომითი და სოციალური უფლებების დაცვა. ამისათვის აუცილებელია:

- სახელმწიფოს ვალდებულებების დაზუსტება საკუთარი მოსახლეობის წინაშე ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში. უნდა ანაზღაურდეს დაგროვილი ვალეები და მიღწეულ იქნეს მიმდინარე ხარჯების ოპერატიული დაფარვა მიმდინარე შემოსავლებით. საქორთა სახელმწიფოს ვალეების სრული აღწერა და ინვენტარიზაცია;
- ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ხაზით 2000 წლის 1 იანვრამდე გაწეული სამედიცინო მომსახურების, გაუცემელი პენსიების, დახმარებებისა და ხელფასების დავალიანებები ადებულ უნდა იქნეს ქვეყნის საშინაო ვალში და უზრუნველყოფილ იქნეს სპეციალური სახელმწიფო პროგრამით, რომელიც დამტკიცებული იქნება საქართველოს ცენტრალური ბიუჯეტის კანონის ფარგლებში;
- საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონში ცენტრალურ ბიუჯეტში ფაქტობრივად შემოსული შემოსავლების პროცენტის მკაფიოდ განსაზღვრა, რომელიც ჩაირიცხება საქართველოს ეროვნული ბანკის სპეცანგარიშზე და წარიმართება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამებზე. აღნიშნული ღონისძიება უნდა ხორციელდებოდეს დაცული მუხლების დაფინანსების კანონით განსაზღვრული პრინციპის დაცვით;
- 2000 წლის 1 აპრილიდან დროებით შრომისუუნარობის გამო დაქირავებულთათვის საავადმყოფო ფურცლებით (მიუხედავად მისი ხანგრძლივობისა) ანაზღაურება განხორციელდეს დამქირავებლის მიერ;
- სოციალური გადასახადების ინსპექციის ერთიანი, ვერტიკალურ დაქვემდებარებაში მყოფი და ცენტრალიზებული სტრუქტურის შექმნა, რომელიც როგორც ცენტრში, ისე ადგილებზე პასუხისმგებელი იქნება სოციალური გადასახადისა და სამედიცინო დაზღვევის შესატანების მობილიზებაზე.

მეორე ეტაპზე (2002-2005 წლები) წარმოიშობა რეალური მატერიალური და ფინანსური შესაძლებლობები სოციალურ საჭიროებებზე ხარჯების გაზრდისთვის, შეიქმნება ფულადი შემოსავლების ზრდის ობიექტური წანამდღვრები, საფუძველი ჩაეყრება სიდატაკის აღმოფხვრას, განხორციელდება მოსახლეობის დასაქმების რაციონალიზაცია.

მესამე ეტაპზე (2006 წელი და შემდგომი პერიოდი), სტაბილური ეკონომიკური ზრდის მიღწევის საფუძველზე, შეიქმნება მტკიცე წანამდღვრები მდგრადი სოციალური განვითარებისთვის; ჩამოყალიბდება ღია საზოგადოება, რომელშიც თითოეულ მოქალაქეს შეეძლება თავისი პოტენციალისა და შესაძლებლობების სრული რეალიზება.

წარმოდგენილი კონცეფცია რთული, ხანგრძლივი და თანმიმდევრული შრომით შეიძლება განხორციელდეს. მასში აქტიური მონაწილეობა უნდა მიიღონ საერთაშორისო ორგანიზაციებმა და ცალკეულმა ექსპერტებმა. ის ინტერსექტორული, შეთანხმებული და კოორდინირებული მუშაობით მიიღწევა, როგორც ჰორიზონტალურად, ფუნქციური სამსახურების მიერ, ისე ვერტიკალურად, ტერიტორიული მართვის ორგანოების შეთანხმებული მოქმედებით. ასევე აუცილებელია სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურების, მთელი საზოგადოების შეთანხმებული მოქმედება, რაც მიიღწევა, თუ პროცესის საერთო ხელმძღვანელობა უზრუნველყოფილი იქნება საქართველოს პრეზიდენტის მიერ.

ნიშანდობლივია, რომ აღნიშნული კონცეფციის პრაქტიკული რეალიზება არის ქვეყნის მოსახლეობის სიდატაკიდან ამოსვლის რეალური გზა და მისი შანსი იმით იზრდება, რომ კონცეფცია საქართველოს პრეზიდენტის სამოქმედო პროგრამის უმთავრეს ნაწილად იქცა.

საქართველოს მოსახლეობა, რომელმაც მიაღწია ქვეყნის სახელმწიფოებრიობის აღდგენას, სტაბილიზაციის დამკვიდრებას და საქართველოს ფართო ინტეგრირებას გლობალური პრობლემების გადაწყვეტაში, მისწრაფვის საყოველთაო კეთილდღეობისა და დემოკრატიისკენ, ეროვნული თვითმყოფადობის დამკვიდრებისკენ და ის ერთსულოვნად დაუჭერს მხარს პრეზიდენტს ამ რთული გზის გავლაში.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის სხდომა

2000 წლის 15 მარტი

**1999 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების
შესრულების ანგარიში**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

დღეს წარმოგიდგენთ 1999 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების ანგარიშს, რომელიც გამომდინარეობს საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის N723 ბრძანებულებით „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის სრულყოფის შესახებ“ გათვალისწინებული დავალებიდან.

ნება მიბოძეთ, მოკლედ მიმოვიხილო მისი წინამძღვრები.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია რადიკალური ეკონომიკური რეფორმების განუყოფელი ნაწილია. ეს პროცესი თავისი განვითარების მეორე ეტაპზეა. უკვე გამოიკვეთა რეფორმისტული გარდაქმნების უმთავრესი მიმართულება – დემოკრატიული საზოგადოებრივი ურთიერთობების დამკვიდრება სოციალურად ორიენტირებული სახელმწიფო პოლიტიკის თანმიმდევრული გატარებით. ამ პოლიტიკის ათვლის წერტილი ადამიანია. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზანია თითოეულ ადამიანს მიეცეს გარანტია, რომ დაცული იქნება მისი ჯანმრთელობის, ჯანსაღ გარემოში ცხოვრების, ავადმყოფობისა და ტრავმებისაგან ეფექტური დაცვის უფლებები. ამგვარად, თითოეული პიროვნების სულიერი და ფიზიკური გაჯანსაღება სახელმწიფოს უმთავრეს პოლიტიკურ ამოცანას წარმოადგენს.

შემთხვევითი არაა ის ფაქტი, რომ ჯანმრთელობის სისტემის რეორიენტაცია მუდმივად არის ქვეყნის უმაღლესი ხელისუფლების ყურადღების ცენტრში. ამის დასტურია ის, რომ რეორიენტაციის სამი წლის განმავლობაში

ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე გამოიკა საქართველოს პრეზიდენტის 32 ბრძანებულება და 9 განკარგულება, საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 6 ბრძანებულება და საქართველოს მთავრობის 8 დადგენილება.

საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები მუშავდებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სამართლებრივი უზრუნველყოფის ერთიანი კონცეფციის ფარგლებში, რომლის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია 1997 წელს მიღებული ჩარჩო კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. საანგარიშო პერიოდში მიღებულ იქნა კანონები „ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ“, „საქართველოს კანონში „რეკლამის შესახებ“ დამატებისა და ცვლილებების შესახებ“ (ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვასთან დაკავშირებით), „საქართველოს ზოგად ადმინისტრაციულ კოდექსში“ ცვლილებების შესახებ“ (ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვასთან დაკავშირებით). პარლამენტში განხილვის სტადიაშია კანონპროექტები „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“, „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეპარატების და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის შესახებ“ და „მოქალაქეთა უფლებების შესახებ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში“. შემუშავდა და მთავრობის სხდომაზე განსახილველად მომზადდა კანონპროექტები „სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების შესახებ“ და „ადამიანის მონაწილეობით ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის შესახებ“. ამჟამად შესაბამის სამინისტროებსა და სახელმწიფო დეპარტამენტებში ექსპერტიზას გადის კანონპროექტები „ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“.

გარდა ამისა, გამოიკა საქართველოს პრეზიდენტის 6 ბრძანებულება:

1. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამის 1999-2005 წლების ღონისძიებათა ნუსხის დამტკიცების შესახებ;
2. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ;
3. ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის გაძლიერების გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ;

4. საქართველოს მოსახლეობის ფსიქიატრიული დახმარების შემდგომი სრულყოფის შესახებ;
5. სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში განსახლებულ იძულებით გადაადგილებულ პირთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების 1999 წლის პროგრამის შესახებ;
6. სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ.

როგორც ყველა ცივილიზებულ ქვეყანაში, საქართველოშიც საზოგადოებრივი ურთიერთობები აგებულია სამი მხარის ურთიერთობებზე. ესენია: სახელმწიფო, მეწარმე და ინდივიდი. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანები – პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და ზრუნვა დაუცველ მოსახლეობაზე. მეწარმემ იტვირთა უდიდესი ამოცანა – სამედიცინო დაზღვევის სოლიდარობის პრინციპზე დამყარებული დაფინანსება. ამავე დროს ახალ პირობებში თითოეული პიროვნების ფუნქციაც იცვლება – ადამიანი იწყებს თავის ჯანმრთელობაზე ფიქრს, მასზე ზრუნვას ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვით და, შესაბამისად, ამცირებს დანახარჯებს, რომლებიც შეიძლება მოჰყვეს მის მკურნალობას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის უმთავრესი მიმართულება და შენაძენი არის პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ მართვაზე გადასვლა. პროგრამული მართვა იძლევა შეზღუდული რესურსების პირობებში გასატარებელი ღონისძიებებიდან ყველაზე აქტუალურისა და პერსპექტიულის ამორჩევას და მათი გადაწყვეტის საშუალებას. ამავე დროს, მარტივდება სისტემის ფუნქციონირებისა და ჩატარებული სამუშაოების კონტროლი, ვინაიდან დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში მიღებული კონკრეტული შედეგების შეფასება გაცილებით ეფექტურ ინფორმაციას იძლევა. პროგრამული მართვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი თავისებურებაა შესასრულებელი სამუშაოს დაბალანსება რეალურად არსებულ რესურსებთან. პროგრამული მართვა ხელს უწყობს საზოგადოებრივ კონტროლს დაქვემდებარებული პოლიტიკის გატარებას, ვინაიდან ამ შემთხვევაში აბსტრაქტული ვალდებულებების ჩარჩოები „ვიწროვდება“ პროგრამის დონემდე და კონკრეტული სამუშაოს შესრულება, უბრალოდ, სავალდებულოც ხდება.

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები წარმოადგენს ხელისუფლების ვალდებულებას საკუთარი მოსახლეობის წინაშე. აღნიშნული ვალდებულებების პროექტი მუშავდება აღმასრულებელი ხელისუფლების მიერ და მისი საჯარო განხილვის შემდგომ წარედგინება დასამტკიცებლად საკანონმდებლო ხელისუფლებას. მისი განხილვა და დამტკიცება ხდება საზოგადოებრივი კონსენსუსის ისეთ მაღალ დონეზე, როგორცაა საქართველოს პარლამენტის პლენარული სხდომა, რომლის შემდგომ ის ატარებს საქართველოს კანონის სტატუსს და სავალდებულოა შესასრულებლად ყველა იურიდიული და ფიზიკური პირისათვის ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე.

სახელმწიფო ვალდებულებანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უზრუნველყოფს ადამიანის უმნიშვნელოვანესი კონსტიტუციური უფლების – სიცოცხლისა და მკურნალობის უფლების განხორციელებას. ამდენად, ის წარმოადგენს სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის ქვაკუთხედს უმნიშვნელოვანეს ნაწილს და მისი განხორციელება დემოკრატიული სამოქალაქო საზოგადოების აშენების მაგისტრალური მიმართულების უმთავრესი გარანტიაა. ამ ვალდებულებების თანმიმდევრული და სრული განხორციელება ქვეყნის მოსახლეობის ფიზიკური და სულიერი ჯანმრთელობის განმტკიცებისა და შენარჩუნების აუცილებელი პირობაა.

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების საქმეში უმთავრესი პრობლემა არათანმიმდევრული, არარეგულარული და, რაც მთავარია არასრული დაფინანსებაა.

1999 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტით დამტკიცდა 35 სახელმწიფო პროგრამა, მათ შორის: 12 სამედიცინო პროფილაქტიკის, 15 სადაზღვევო პროგრამა და 8 სხვა ჯანდაცვითი პროგრამა. მათი საერთო ღირებულება 52,8 მილიონი ლარით განისაზღვრა. თუმცა საანგარიშო წლის განმავლობაში პროგრამების დაფინანსების საგეგმო დავალება მხოლოდ 55,3%-ით შესრულდა. მათ შორის: პრევენციის პროგრამები – 24,4%-ით, სადაზღვევო პროგრამები – 64%-ით, ხოლო სხვა პროგრამები – 41%-ით. აბსოლუტურმა დეფიციტმა საერთო ჯამში 23,6 მილიონი ლარი შეადგინა.

ბაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის დეფიციტურ დაფინანსებას ქრონიკული ხასიათი აქვს და, რაც ყველაზე სავალალოა, დინამიკაში ადგილი აქვს რეგრესს. თუ 1997 წელს სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების მაჩვენებელმა შემოსავლების ყველა წყაროს მიხედვით 60% ვერ გადააჭარბა, 1998 წელს ცენტრალური პროგრამების დაფინანსებამ 58% შეადგინა, ხოლო 1999 წელს ეს მაჩვენებელი 55,3%-მდე შემცირდა.

ყველაზე ცუდად სამედიცინო-პროფილაქტიკური პროგრამები დაფინანსდა, რომელთა მაჩვენებელი 1998 წლის 52%-დან 1999 წელს 24,4%-მდე შემცირდა. ამან უარყოფითი გავლენა იქონია მოსახლეობის იმუნიზაციისათვის აუცილებელი ვაქცინებით დროულ მომარაგებასა და „ცივი ჯაჭვის“ საკონტროლო რეგულარულ სამუშაოებზე, რაც ერთგვარად აისახა ვაქცინაციით მოსახლეობის მოცვის წინა წელს დაწყებული კლების გაღრმავებაში.

გართულდა ეპიდზედამხედველობა და საკარანტინო სამუშაოები, განსაკუთრებით საშიში და მასთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლი და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკა, მართვა და კოორდინირება, რეაქტივების, სადებიზინფექციო საშუალებებისა და სხვათა მინიმალური მარაგის შექმნა, გამომწვევთა გამოყოფისა და იდენტიფიცირების ლაბორატორიული ბაზის განმტკიცება და გამართული მუშაობის უზრუნველყოფა.

დიაგნოსტიკუმების შექმნაში შექმნილი სირთულეების გამო, კრიტიკულ მდგომარეობაში აღმოჩნდა შიდსის საწინააღმდეგო სამსახური, შეიქმნა ნარკოტიკული და ალკოჰოლური თრობის დიაგნოსტიკებისა და ექსპერტიზის ჩაშლის საშიშროება. ვერ განხორციელდა რისკ ჯგუფებში შემავალი კონტინგენტის მკურნალობა გონოკოკურ ინფექციებზე, სქესობრივი გზით გადაცემად ქლამიდიურ დაავადებებზე და პირველი ხანის ადრეულ ათაშანგზე. ვერ განხორციელდა გარემოში (ნიადაგი, წყალი და სხვა) იოდისა და სხვა მიკროელემენტების, კერძოდ, რკინის შემცველობის განსაზღვრა. წლის ბოლოს შეჩერდა ჰორმონალური კვლევებიც, რადგან ვერ მოხერხდა ტესტ-სისტემების შესყიდვა.

კვლავ ვერ განხორციელდა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისა და ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამებით გათვალისწინებული მეტად მნიშვნელოვანი და პერსპექტიული ღონისძიებები.

არანაკლებ სავალალო მდგომარეობა შეიქმნა სადაზღვევო პროგრამების შესრულებაშიც, რომელთა დაფინანსება, მართალია, 55%-დან 64%-მდე გაიზარდა, მაგრამ ეს მაინც ძალიან ცოტაა, რადგან ვერ მოხერხდა ფსიქონევროლოგიური დისპანსერების უზრუნველყოფა ფსიქოტროპული მედიკამენტებით, რამაც მნიშვნელოვნად გააუარესა და, რიგ შემთხვევებში, მთლიანად მოშალა ფსიქიატრიული ავადმყოფების მკურნალობის სქემა, ვერ იქნა უზრუნველყოფილი სამკურნალო-რეაბილიტაციური ღონისძიებები, ირღვეოდა ტუბერკულოზით დაავადებულთა კონტროლირებადი ქიმიოთერაპიის ძირითადი პრინციპი, ხშირი იყო შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევები.

არასრული და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, არარეგულარული დაფინანსების გამო ვერ ხერხდებოდა საავადმყოფოთა აფთიაქების მომარაგება, რის გამოც პაციენტებს ხშირად უხდებოდათ სახელმწიფოს მიერ მათთვის გარანტირებული სამკურნალოწამლო და სამედიცინო დანიშნულების საშუალებების შეძენა, რაც იწვევდა სახელმწიფო პროგრამების დისკრედიტაციას მოსახლეობაში.

თითქმის განახევრდა სხვა ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების მაჩვენებელი, რომელიც 1998 წლის 73%-დან 1999 წელს 41%-მდე შემცირდა. შექმნილმა დეფიციტმა მნიშვნელოვნად შეაფერხა ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად ჰიგიენური ნორმირებისა და მასზე სანიტარული ზედამხედველობის სახელმწიფო პროგრამის შესრულება და ამით სერიოზული საფრთხე შეუქმნა საქართველოს მოსახლეობას.

ვერ მოხერხდა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის ცენტრის ლაბორატორიების სრულყოფილი ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი რეაქტივების, შრატებისა და ქიმიკატების შეძენა, მორგის რეკონსტრუქცია და ტექნიკური აღჭურვა, კატასტროფების შემთხვევებისათვის

გათვალისწინებული სამედიცინო რეზერვის გეგმიური შევსება-განახლება, ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაწესებულებების რეაბილიტაცია.

ვერ განხორციელდა ქვეყნისათვის აუცილებელი სპეციალისტების მომზადების პროცესის დაწყება დარგობრივ რეზიდენტურებში, სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების დაფინანსება და მრავალი სხვა.

მძიმე მდგომარეობაა შექმნილი მუნიციპალური პროგრამების დაფინანსებაში. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს კანონმდებლობით ამ პროგრამების დასაფინანსებლად განისაზღვრა ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან ერთ სულ მოსახლეზე სავალდებულო მინიმუმის – 2,5 ლარის გამოყოფა, აღნიშნულ დავალებას თავი ვერ გაართვა ქვეყნის რეგიონებისა და რაიონების უმრავლესობამ. გამონაკლისს წარმოადგენს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა, ქალაქები თბილისი და ფოთი, რომელთაც შეძლეს კანონით დადგენილ მინიმუმზე მეტი სახსრების გამოყოფა.

განსაკუთრებით სავალალო მდგომარეობაა მუნიციპალური პროგრამების დაფინანსების მხრივ ცალკეული რაიონების მიხედვით. 1999 წელს ვანის, მარნეულის, ახალქალაქის და მარტვილის რაიონებში ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილ იქნა 6-8 თეთრი (გეგმის 3%), მაშინ, როდესაც აღნიშნულ რაიონებში ადგილობრივი ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილი 80%-ზე მეტად არის შესრულებული.

მუნიციპალური პროგრამების ასეთი დონით დაფინანსება მნიშვნელოვნად კომპენსირდება ფედერალური პროგრამების ხარჯზე. შეიძლება ითქვას, რომ რეგიონების უმეტესობაში სამედიცინო დაწესებულებების არსებობის საფუძველს წარმოადგენს ცენტრალური ბიუჯეტიდან მიღებული სახსრები. მთლიანად, ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მიღებული შემოსავლების 62,7% მოდის ცენტრალურ პროგრამებზე, 22,2% შიდა სტანდარტების საფასურზე და მხოლოდ 15,1% მუნიციპალურ დაფინანსებაზე.

მიუხედავად შექმნილი ფინანსური სიძნელებისა, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ცდილობდა მის ხელთ არსებული მწირი რესურსების

ოპტიმალურ გამოყენებას და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოსახლეობის მოთხოვნილებების შეძლებისდაგვარად დაკმაყოფილებას.

პროფილაქტიკური პროგრამების ფარგლებში ჩატარდა 472 ათასი აცრავიზიტი, გამოკვლეულია 15 ათასზე მეტი ფიზიკური პირი ინფექციურ დაავადებებზე. განხორციელდა 24,5 ათასი ალკოჰოლური და ნარკოლოგიური სტანდარტული გამოკვლევა-მკურნალობა, 125,3 ათასი – იოდდეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა გამოვლინება და მკურნალობა, 33,2 ათასი დონორის სისხლის შესწავლა B და C ჰეპატიტის, შიდსის და სიფილისის გამოწვევებზე, 9,9 ათასი – ქვეყნის მოსახლეობის ბავშვთა და მოზრდილთა ასაკობრივ ჯგუფებში მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა შესწავლა. ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამის მეშვეობით სამედიცინო მომსახურება გაეწია 83,5 ათას პირს.

უნდა აღინიშნოს, რომ პროფილაქტიკური პროგრამები, ხასიათდება რა მოსახლეობის მაღალი მოცვით და განაპირობებს ქვეყნის კეთილსაიმედო ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის შენარჩუნებას, მთელი თავისი სოციალური, პოლიტიკური თუ ეკონომიკური გამოსავლებით, აუცილებლად საჭიროებს უწყვეტი და სრული მოცულობით დაფინანსებას. წინააღმდეგ შემთხვევაში, სხვა სექტორებში არსებული ხარვეზებისა და აღებულ ვალდებულებათა დაუბალანსებლობის პირობებში, ნაწილობრივი დაფინანსება უკუეფექტებს გამოიწვევს.

სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში დაფიქსირებულია სამ წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული დახმარების 1 204 472, ხოლო სტაციონარული დახმარების 31 706 შემთხვევა, გულის თანდაყოლილი და შეძენილი მანკებით დაავადებულ 114 ბავშვს ჩაუტარდა ქირურგიული კორექცია, გამოკვლეულ იქნა მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული 2 512 ბავშვი, ხოლო მუდმივი ჩანაცვლებადი მკურნალობის კურსი ჩაუტარდა 434 ბავშვს.

სოფლად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების, სამედიცინო ქსელის სრულყოფისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, 1999 წლიდან ფუნქციონირებს „სასოფლო რაიონების მოსახლეობის პირველადი სამედიცინო

(ამბულატორიული) დახმარების პროგრამა“, რომლის ფარგლებშიც შესრულდა 515 342 ამბულატორიული მომართვა და 18 055 საწოლდღე.

1999 წელს შესრულდა 35 კორონარული ანგიოპლასტიკა და 16 აორტო-კორონარული შუნტირება, განხორციელდა თირკმლის გადანერგვის 4 ოპერაცია, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მქონე 120 ავადმყოფს სასიცოცხლო ჩვენებით ჩაუტარდა 17 280 ჰემოდიალიზის სეანსი. სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველყოფილ იქნა 15 ათასი შაქრიანი დიაბეტით, 300 უშაქრო დიაბეტით დაავადებული და 40 თირკმელგადანერგილი ავადმყოფი.

სხვა ჯანდაცვითი პროგრამების ფარგლებში 1999 წლის მონაცემებით საქართველოს ქალაქებისა და რაიონების გამწვევი სამედიცინო კომისიების მიერ შემოწმებულ იქნა 23 427 წვევამდელი, რომელთაგან დამატებითი სამედიცინო გამოკვლევა ჩაუტარდა 8 211 წვევამდელს.

კატასტროფებისა და სამედიცინო რეზერვის შევსება-განახლების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, კატასტროფის მედიცინის ცენტრის მიერ შესრულებულია 32 გამოძახება. ქუთაისის კატასტროფის მედიცინის ცენტრმა შეასრულა 27 გამოძახება. დაზარალებულებს ადგილზე გაეწიათ სამედიცინო დახმარება, ხოლო 16 შემთხვევაში მოხდა ავადმყოფის გადმოყვანა ქ. თბილისის სამკურნალო დაწესებულებებში. ტრავმატოლოგიის და ორთოპედიის ინსტიტუტის ორთოპედიული სამსახურის მიერ წლის განმავლობაში 120 პაციენტზე გაიცა 136 პროთეზი და 79 ყავარჯენი.

1999 წელს მეორედ მომზადდა „მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“. ამგვარი მოხსენების წარმოდგენის პრაქტიკას დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია სახელმწიფოს პოლიტიკის სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრაში და შედეგების შეჯამებაში. იგი იქცა იმ საწყისად, რომლის საფუძველზეც გადაიდგა შემდგომი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი – შემუშავებულ იქნა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“, რომელიც განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად პრიორიტეტებს, მიზნებს და ამოცანებს.

დოკუმენტის თანახმად, 2010 წლამდე საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად მიჩნეულია:

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება;
- ტრავმატიზმის შემცირება;
- გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება;
- ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემო ფაქტორების ზეგავლენის პრობლემის გადაჭრა.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება და მიღება წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართულ უმნიშვნელოვანეს ქმედებას, მაგრამ მისი მიღება მხოლოდ ერთ-ერთი ეტაპია, რომლის შემდგომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პოლიტიკის განხორციელებას დარგთაშორისი თანამშრომლობის გზით სხვადასხვა დონეზე.

სწორედ ამ მიზნით შეიქმნა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა“, რომლის მეშვეობითაც მთავრობამ უნდა გაზარდოს თავისი როლი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დაგეგმვაში, დაფინანსებაში და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში.

სტრატეგიულ გეგმაში მოცემულია ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის სპეციფიკური მიზნების განსაზღვრა. განხილულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ჯანდაცვითი ღონისძიებების გავლენისა და ეფექტურობის შეფასების პრობლემები. ეს არის პირველი ყოვლისმომცველი დოკუმენტი, რომელიც საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკას და მისი განხორციელების სტრატეგიას პრაქტიკულ საქმიანობად გადააქცევს.

ექსპერტული გაანგარიშების მიხედვით, სტრატეგიული გეგმის საერთო ღირებულება 10 წლის მანძილზე 2,5 მილიარდ აშშ დოლარს აღემატება. საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროსთან შეთანხმებული გრძელვადიანი პროგნოზის საფუძველზე ამ პერიოდში სახელმწიფოს მიერ შესაძლებელია მხოლოდ 1,78 მილიარდი აშშ დოლარის მობილიზება. ცხადია, გეგმის სრული განხორციელებისთვის აუცილებელია 763 მილიონი დოლარის დეფიციტის შევსების საშუალების მოძიება.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის ყველა ხარჯების დაფინანსება შესაძლებელი იქნება იმ შემთხვევაში, თუ, ერთი მხრივ, ეკონომიკა განვითარდება წინასწარი პროგნოზის მიხედვით და განხორციელდება ჯანდაცვის სექტორზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრების ზრდა მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში (4% – 2005 წელს და 6% – 2009 წელს) და, მეორე მხრივ, გამოინახება რესურსების ისეთი წყაროები, როგორცაა კრედიტები, გრანტები; გაფართოვდება კერძო სექტორი და დაწესდება გადასახადი მომსახურების ისეთ სახეებზე, რომლებიც არ შედის საბაზისო პაკეტში.

1999 წლის 28 სექტემბერს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ბიუროში (კოპენჰაგენი) გაიმართა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკისა და მისი განხორციელების სტრატეგიული გეგმის პრეზენტაცია, რომლის მიზანი იყო პოლიტიკის განხორციელებაში მსოფლიო თანამეგობრობასთან და საერთაშორისო ფინანსურ ინსტიტუტებთან თანამშრომლობის შესაძლებლობის განხილვა.

მოსახლეობის კეთილდღეობის ზრდის პრობლემის წინ წამოწევისას საჭირო გახდა ახლებურად გააზრებულიყო ხელისუფლების ურთიერთობა მოქალაქეებთან. სახელმწიფომ, ერთი მხრივ, უნდა უზრუნველყოს ისეთი სამართლებრივი ატმოსფერო, რომელიც არ დაუშვებს ადამიანის კონსტიტუციური უფლებებისა და თავისუფლებების შეზღუდვას და, მეორე მხრივ, მაქსიმალურად შეუწყოს ხელი მოსახლეობის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების, ღირსეული ხანდაზმული ცხოვრების და მომავალი თაობის განვითარების სოციალური უფლებების დაცვას.

ეს პრინციპები მოითხოვს მოსახლეობის სოციალური დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის ერთიან გააზრებას, ვინაიდან მისი დაყოფა იწვევს გარკვეული ღონისძიებების დუბლირებას, რაც შეზღუდული რესურსებისა და ინტერსექტორული ურთიერთობების ბუნებრივი სირთულეების პირობებში, ყოველთვის როდი იძლევა სასურველ შედეგებს.

სწორედ ამიტომ, სულ ახლახან ორი სამინისტროს ბაზაზე ჩამოყალიბდა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომლის ფუნქციებია:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, შრომისა და დასაქმების ერთიანი სისტემის, პრინციპებისა და მექანიზმების ამოქმედება ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე;
- სახელმწიფოს შესაძლებლობიდან გამომდინარე, მოსახლეობის და, განსაკუთრებით, მისი პრიორიტეტული ნაწილის უზრუნველყოფა მინიმალურად აუცილებელი სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარებით, სოციალური შეღავათებით, შემწეობით, საარსებო პირობებით უმუშევრობის პერიოდში და სხვა;
- ქვეყანაში ადამიანისათვის უსაფრთხო და მისაღები შრომის, ყოფისა და ცხოვრების ერთიანი ნორმების და ნორმატივების შემოღება (სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმები, შრომის უსაფრთხოების ნორმები, მინიმალური საარსებო კალათა, შრომის ანაზღაურების სავალდებულო მინიმუმი და სხვა) და მათ დაცვაზე სახელმწიფოს ზედამხედველობის განხორციელების უზრუნველყოფა;
- სოციალური დაცვის თვალსაზრისით მოსახლეობის პრიორიტეტული ფენების შერჩევისა და მიკუთვნების კრიტერიუმთა ერთიანი სისტემის შექმნა და სრულყოფა;
- სოციალური დაზღვევის ერთიანი მოდელის, პრინციპებისა და მექანიზმების შემუშავება და სრულყოფა.

აღნიშნული ფუნქციების გადაწყვეტა ერთიან, სოციალურ სფეროს განეკუთვნება, რომლის განხორციელება ქვეყნის აღმასრულებელი ხელისუფლების უმნიშვნელოვანესი ვალდებულება და უდავო პრეროგატივაა. მისი უზრუნველყოფა სავსებით შესაძლებელია ერთი სამინისტროს ფარგლებში, ვინაიდან, პრაქტიკულად ყველა მიმართულებით, ერთი ტიპის ან ერთგვაროვანი ხასიათის სამუშაოა შესასრულებელი.

თავდაპირველად აუცილებელია მოსახლეობის აღრიცხვა შესაბამისი სტრუქტურული ჯგუფების მიხედვით. უნდა განისაზღვროს სახელმწიფოს პრიორიტეტები ამ ჯგუფების სოციალური დაცვის მიმართულებით. შესადგენია რეალური „მოთხოვნილების კატალოგი“ და სახელმწიფო უზრუნველყოფის მინიმალური პაკეტი, რომელიც დაბალანსებული იქნება სახელმწიფოს შესაძლებლობებთან და ქვეყნის ეკონომიკურ აღმავლობასთან ერთად გაფართოვდება.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთი ღონისძიებების გატარება, რომელიც უზრუნველყოფს ამ პაკეტის სრულად და დროულად მიღწევას კონკრეტულ მომხმარებელამდე, რისი განხორციელებაც შესაძლებელია სადაზღვევო პრინციპების მეშვეობით.

თუ დავუბრუნდებით უშუალოდ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას, დღეს დარგი დგას რამდენიმე უმნიშვნელოვანესი ამოცანის გადაწყვეტის წინაშე, მათ შორის:

- მოსახლეობის დემოგრაფიული პროცესების სამედიცინო ასპექტების სახელმწიფოებრივი მართვის უზრუნველყოფა;
- ქვეყანაში ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა;
- პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტული განვითარება;
- სამკურნალწამლო საშუალებებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- სამამულო ფარმაცევტული და სამედიცინო ინდუსტრიის განვითარების ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენებისა და, უპირატესად, დევნილთა სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტული უზრუნველყოფა სახელმწიფო ხარჯზე;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და მედიკოსთა რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია სერტიფიცირება-ლიცენზირებითა და ფართო-მასშტაბიანი პრივატიზაციით;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება შეფასების ერთიანი კრიტერიუმების შემოღებისა და კონტროლის მექანიზმების ეფექტიანი ამოქმედებით;
- ინტერსექტორული და ტერიტორიული მართვისა და კოორდინაციის დონის ამაღლება.

ახალი ქართული სახელმწიფოს მშენებლობის ურთულეს ეტაპზე, დროის უმცირეს პერიოდში, ყალიბდება მისი ახალი ფუნქცია და ადგილი ცივილიზებულ მსოფლიოში. ქვეყნის მომავალი წარმოდგენელია ჯანმრთელი მოსახლეობის გარეშე, ამიტომ, მიუხედავად პრობლემების წარმოჩენისა, ხელისუფლების და, უპირველესად, საქართველოს პრეზიდენტის დამოკიდებულება მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან, ადამიანთან, მის განვითარებასთან საშუალებას იძლევა იმედიანად შეეხედოთ სამომავლო პერსპექტივებს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია სწორი გზით ხორციელდება. ამას ადასტურებს საზღვარგარეთის ქვეყნებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების შესაბამის სტრუქტურებთან თანამშრომლობის გააქტიურება. ამ მხრივ არ შეიძლება არ აღინიშნოს მსოფლიოს უმძლავრესი ფინანსური ორგანიზაციების – საერთაშორისო სავალუტო ფონდის, მსოფლიო ბანკის, ევროგაერთიანების, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, აშშ-ის, გერმანიის, იაპონიის, ნიდერლანდების, დიდი ბრიტანეთის, შვედეთის, ისრაელის მთავრობების დახმარება, რომელიც შესაძლებელი გახდა მხოლოდ იმიტომ, რომ სახელმწიფო მტკიცედ დგას ღია სამოქალაქო საზოგადოების დამკვიდრების გზაზე.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის

70 წლის იუბილე

2000 წლის 24 მარტი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი*

ბატონებო და ქალბატონებო,

ჩემთვის მეტად საპატიო და, ამავე დროს, მეტად საპასუხისმგებლოა დღევანდელი გამოსვლა. უნდა მივესალმო საქართველოში სამედიცინო განათლების უპირველეს ფლაგმანს, უდიდესი ტრადიციების მქონე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს, მის სამეცნიერო საბჭოს, უნივერსიტეტის სტუდენტობას ამ მეტად ღირსშესანიშნავ თარიღთან – 70 წლის იუბილესთან დაკავშირებით.

სიღარიბის შემცირებისა და ეკონომიკური ზრდის პროგრამაში, რომელიც ქვეყნის სოციალური განვითარების საპრეზიდენტო პროგრამის მთავარი მიმართულებაა, განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ადამიანური რესურსების ფაქტორს, განათლებას, მეტადრე კი სამედიცინო განათლებას. ხაზგასმით აღვნიშნავ, რომ ეს უკანასკნელი გულისხმობს არა მხოლოდ პროფესიულ სამედიცინო განათლებას, არამედ მოსახლეობის ფართო ფენების, მთელი საზოგადოების განათლებას სამედიცინო თვალთახედვით, მათთვის ჯანსაღი ცხოვრების წესის ჩვევების შესწავლას და ამ წესის დამკვიდრებას.

მოგეხსენებათ, მიმდინარეობს სამედიცინო დარგის სრული რეორგანიზებისა და რესტრუქტურირების პროცესი, რაც ჩვენი საზოგადოების ეკონომიკურ-პოლიტიკური ცხოვრების რეორიენტაციით იყო ნაკარნახევი. ეს პროცესი სრულად ეხება მედიცინის შემადგენელ სამივე სფეროს – სამედიცინო პრაქტიკას, სამედიცინო მეცნიერებას და სამედიცინო განათლებას. ამასთანავე, ეს მეტად რთული და ეტაპობრივი პროცესია, რომლის წარმატებით დაგვირგვინებაზეც ბევრად არის დამოკიდებული ერის ჯანმრთელობის და, ამდენად, საერთოდ ერის მომავალი.

უკანასკნელ წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გადაიდგა

სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის ნაბიჯები. დარგის სამართლებრივი უზრუნველყოფის ერთიანი კონცეფციის ფარგლებში შემუშავდა შესაბამისი საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები, რომელთა ძირითადი შემადგენელია კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ; მიღებულია 13 კანონი, ხელმოწერილია საქართველოს პრეზიდენტის 48 ბრძანებულება და განკარგულება, რომელთა შორის 5 სამედიცინო განათლებას ეხება. გასულ წელს მომზადდა ათწლიან პერიოდზე გათვლილი „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“. დარგის მესვეურების, სამედიცინო საზოგადოებრიობის, დიდი სამედიცინო ცენტრების და, მათ შორის, ცხადია, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის უდიდესი ძალისხმევით შემუშავებულმა ამ დოკუმენტმა მაღალი შეფასება მიიღო მსოფლიო ექსპერტების მხრიდან 1999 წლის 28 სექტემბერს კოპენჰაგენში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ბიუროში, სპეციალურად საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის და მისი განხორციელების სტრატეგიული გეგმის განხილვისადმი მიძღვნილ შეხვედრაზე. აღნიშნული დოკუმენტები მიმდინარე წლის 22 იანვარს მოიწონა საქართველოს მთავრობის გაფართოებულმა სხდომამ, რის შემდეგაც ისინი ჩვენს სამოქმედო გეგმად იქცა.

1930 წელს, სამკურნალო ფაკულტეტის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტიდან გამოყოფის და სამედიცინო ინსტიტუტის სახით დაფუძნების დღიდან, საქართველოში ადამიანის სიცოცხლეზე და ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოებრივი ზრუნვა განუხრელადაა დაკავშირებული ამ ინსტიტუტის სახელთან. სამედიცინო ინსტიტუტმა და მისმა პროფესიულმა სკოლებმა მთელ რიგ დარგებში ფართო საერთაშორისო აღიარება მოიპოვეს. გარკვეულწილად იგი ამიერკავკასიის სამედიცინო კადრების სამჭედლოდ იქცა.

ჩვენი საუკუნის 90 წლებიდან დაწყებული, სახელმწიფო-პოლიტიკური ტრანსფორმაციები, ეროვნული ცნობიერების ვექტორის შემობრუნება თუ ღირებულებათა გადაფასების პროცესები, რომლებიც მთელი სიმძაფრით განვითარდა საქართველოში, სრულად აისახა უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაზეც. თავისუფალი, დემოკრატიული სახელმწიფოს მშენებლობის დიდმა სირთულეებმა და მსოფლიო პროცესებში ინტეგრირების გარდაუვალობამ განაპირობა ვიწრო სპეციალური

განათლებიდან საუნივერსიტეტო განათლებისკენ შემობრუნება. 1992 წელს ექვსი ფაკულტეტისა და მძლავრი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მქონე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი სამედიცინო უნივერსიტეტად გადაკეთდა.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის გამოცდილებამ დიდად შეუწყო ხელი ახალი უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო სტანდარტების შემუშავებას. უნივერსიტეტის აქტივს უნდა მიემატოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სამეტაპიანი სწავლების მოდელის შემუშავება და დამკვიდრება. სამედიცინო უნივერსიტეტმა დიდი წვლილი შეიტანა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ ექიმთა სერტიფიცირების პროცესის წარმატებით განხორციელებაშიც. უნივერსიტეტის პროფესორ-მასწავლებლების მიერ მომზადდა სასერტიფიკაციო ტესტ-კითხვარების დიდი ნაწილი; სასერტიფიკაციო კომისიებიც უმთავრესად უნივერსიტეტის თანამშრომლებით იქნა დაკომპლექტებული. მეტიც, უნივერსიტეტის ხელმძღვანელობამ ახალკურსდამთავრებულთა გამოცდების ორგანიზების ტექნიკურ მხარესაც წარმატებით გაართვა თავი.

წელს, პირველად ჩვენი ქვეყნის ისტორიაში, ექიმთა პოსტდიპლომური პროფესიული დახელოვნებისთვის ამოქმედდა განვითარებულ ქვეყნებში კარგად აპრობირებული რეზიდენტურის პროგრამები. ამ საქმეშიც მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტმა, რადგან მისმა თანამშრომლებმა თავის თავზე აიღეს სპეციალობათა მნიშვნელოვან ნაწილში რეზიდენტურის პროგრამების შექმნა და მათი რეალიზება. მეტიც, მასვე ეკუთვნის ინიციატივა – რეზიდენტურის პროგრამები შეიქმნას და ამოქმედდეს არა მხოლოდ კლინიკური, არამედ პროფილაქტიკური მედიცინის დარგებშიც.

ცალკე აღნიშვნის ღირსია სამედიცინო უნივერსიტეტის წვლილი ქართული სამედიცინო მეცნიერების განვითარების საქმეში. გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ ჩვენს ქვეყანაში სამედიცინო მეცნიერება იმ სტრუქტურის პირმშოა, რომელსაც დღეს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი ეწოდება. რომ არა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში დაწყებული სამეცნიერო მიღებები, რომ არა

სამედიცინო უნივერსიტეტის კადრების ძალისხმევა, ვერ შეიქმნებოდა ის მძლავრი სამეცნიერო-კვლევითი ქსელი, რომელთანაც არის დაკავშირებული ქართული სამედიცინო მეცნიერული აზრის განვითარება. ეს კიდევ ერთხელ დადასტურდა უკანასკნელ წლებში – სამედიცინო მეცნიერების დაფინანსების გრანტულ პრინციპზე გადასვლასთან დაკავშირებით. 1997-1998 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ, პირველად საქართველოს ისტორიაში, სამეცნიერო ნაშრომებისთვის გამოყოფილი გრანტების კონკურსში გამარჯვებულ თემათა ნახევარზე მეტი სამედიცინო უნივერსიტეტის თანამშრომლებს ეკუთვნოდათ. მაგრამ, მიუხედავად ზემოთქმულისა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ საჭიროა ჩვენი მეცნიერული კვლევების უფრო მეტად ინტეგრირება საერთაშორისო სამედიცინო-ბიოლოგიურ თემატიკებში. სწორედ ამ პროცესის ხელშეწყობას ითვალისწინებს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2000 წლის მეცნიერებისა და განათლების განვითარების პროგრამა, სადაც გათვალისწინებულია ჩვენი მეცნიერებისთვის უცხოელი პარტნიორების მოძიებისა და კვლევათა ინტეგრირების პროცესის ინტენსიური ხელშეწყობა.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კადრებს თავისი უზარმაზარი წვლილი აქვთ შეტანილი საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის თითქმის ყველა წარმატებაში. პრაქტიკულად, საქართველოში არ არსებულა სახელოვანი ექიმი, რომელიც, იმავდროულად სამედიცინო უნივერსიტეტის თანამშრომელი არ ყოფილიყო. დიდია უნივერსიტეტის დამსახურება მრავალი ენდემური თუ ეპიდემური პათოლოგიის კვლევისა და ლიკვიდირებაში.

საქართველოს პრეზიდენტმა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ მხარი დაუჭირა უნივერსიტეტის ინიციატივას და მას საკუთრებაში გადაეცა რიგი კლინიკებისა, მათ შორის: განსაკუთრებით აღსანიშნავია ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფო – საქართველოს ყველაზე დიდი, მაღალკვალიფიციური კადრებით დაკომპლექტებული მულტიპროფილური დაწესებულება. სამინისტროს მხარდაჭერითა და უშუალო ხელშეწყობით მოპოვებულია იაპონიის მთავრობის სპეციალური გრანტი ამ უკანასკნელის სრული აღჭურვა-რეაბილიტაციისთვის. იაპონელთა დახმარებითვე მიმდინარეობს უნივერსიტეტში საბაზისო სწავლების ტექნიკური უზრუნველყოფაც.

„საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში“ ცალკე თავადაა გამოყოფილი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარება, რომელიც:

1. განსაზღვრავს სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზების ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით;
2. მიზნად ისახავს ეროვნული კადრების მომზადების პროფესიული დონის ამაღლებას დიპლომამდელი სამედიცინო განათლებისა და დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების პროგრესული ფორმების, წესების და მეთოდების გამოყენებისა და მეცნიერებასთან მჭიდრო ინტეგრირების საშუალებით;
3. უზრუნველყოფს სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამების შესაბამისობას საერთაშორისო წესებთან და სტანდარტებთან;
4. ხელს უწყობს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სისტემის რეორიენტაციის პროცესითა და მისი განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებათა მოთხოვნილებებით განსაზღვრული ახალი ტიპის სამედიცინო კადრების მომზადებას;
5. ითვალისწინებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სამედიცინო კადრების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შემადგენლობის რეგულირებას;
6. განსაზღვრავს სამედიცინო სასწავლებლებში აბიტურიენტთა შერჩევისა და ჩარიცხვის ისეთი წესების გამოყენებას, რომლებიც უზრუნველყოფს მისაღები გამოცდების სამართლიანობას, ობიექტურობასა და მოქალაქეთა თანასწორუფლებიანობას;
7. ადგენს სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული მზადების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების (სამედიცინო სასწავლებლებისა და სამედიცინო დაწესებულებების ატესტაცია, აკრედიტაცია და ლიცენზირება) სისტემატური გამოყენების აუცილებლობას.

სამედიცინო განათლების სისტემის რეფორმისა და განვითარების სახელმწიფო სტრატეგია ასახავს ამ სისტემის განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითად დებულებებს და სახელმწიფო სტრატეგიის მიმართულებებს, რომელთა მიზანია:

- სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი განათლების ფორმების, სახეობების, მეთოდებისა და სასწავლო პროგრამების სრულყოფის საკითხებში – საგანმანათლებლო პროგრამების საერთაშორისო წესებთან და სტანდარტებთან მისადაგება, სწავლების პროგრესული მეთოდების დანერგვისა და გამოყენების ხელშეწყობა;
- სამედიცინო განათლების ცალკეულ ეტაპებზე კადრების მომზადების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი რეგულირების საკითხებში – დარგის განვითარების ობიექტური მოთხოვნილებების საფუძველზე და რეალურად არსებული რესურსების გათვალისწინებით, საქართველოში სამედიცინო კადრების მომზადების პროცესის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი რეგულირება;
- სამედიცინო სასწავლებლებსა და პროფესიული მზადების პროგრამებში მისაღები გამოცდების, კანდიდატების შერჩევისა და ჩარიცხვის პროცედურის საკითხებში – მოქალაქეთა თანასწორუფლებიანობის, სამართლიანობისა და ობიექტურობის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო განათლების პროცესის ხარისხის უზრუნველყოფისა და სამედიცინო კადრების პროფესიული მომზადების დონის კონტროლის საქმეში – კურსდამთავრებულებისა და მომუშავე სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მზადების მაღალი დონის უზრუნველყოფა და მისი შემდგომი გაუმჯობესების სტიმულირება სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებათა ატესტაციისა და აკრედიტაციის, სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირებისა და რესერტიფიცირების გზით.

თითოეული ამ სტრატეგიული მიმართულების შემუშავებისას და მათი რეალიზების გზების ჩამოყალიბებისას, თავისთავად იგულისხმებოდა მათში თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის უცილობელი, მეტიც, პრიორიტეტული მონაწილეობა და განმსაზღვრელი როლი. რაც შეეხება დიპლომამდელი განათლების პროგრესული ფორმების დანერგვას და მათ საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანას, შეიძლება ითქვას, რომ საკითხი მთლიანად სამედიცინო უნივერსიტეტის იმედად რჩება.

ყოველივე ზემოთქმული კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ ჩვენი სახელოვანი უმაღლესი სასწავლებლის იუბილე არ შეიძლება გავიაზროთ, როგორც ერთი კონკრეტული სასწავლებლის იუბილე. იგი გაცილებით მეტია.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი სრულიად საქართველოს სიამაყეა, მისი ახალი ისტორიის ერთ-ერთი უთვალსაჩინოესი ფურცელია. ჩვენც ყველანი, ამ მცირე ქვეყნის შვილი-შვილთაგანი ვართ. და ამას თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კედლები კიდევ ერთხელ ძალუმად გვახსენებენ. მათ აქვთ ამის უფლება – ივანე ჯავახიშვილის, სპირიდონ ვირსალაძის, გრიგოლ მუხაძის, ივანე თიკანაძის, ალექსანდრე ალადიშვილისა და სხვათა მიერ აქვთ მიცემული ეს უფლება. ჩვენი ვალია, არა მარტო ღირსეულად განვაგრძოთ მათი მონიშნული გზა, არამედ ახალ სიმაღლეზე ავიყვანოთ ქართული საუნივერსიტეტო სამედიცინო განათლება.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

კონფერენცია თემაზე:
**„საქართველოში სოციალური პოლიტიკის რეფორმის
ნიშანსვეტები“**
2000 წლის 28 მარტი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი*

ქალბატონებო და ბატონებო,

დღეს, როდესაც საქართველოში მიღწეულ იქნა ეროვნული კონსენსუსი და გრძელვადიანი პოლიტიკურ-ეკონომიკური სტაბილურობა გახდა კრიზისიდან გამოსვლის უმთავრესი ორიენტირი, ხოლო სახელმწიფო პრიორიტეტად აღიარებულ იქნა პოლიტიკის ზნეობრიობა და ყოველივე ახლის შენებაში სოციალური ორიენტაცია, აუცილებელი ხდება მკაფიოდ ჩამოყალიბდეს სოციალური სფეროს უმნიშვნელოვანესი როლი ქვეყნის ინსტიტუციურ მოწყობაში.

თანასწორუფლებიანი, ჰუმანური საზოგადოების მშენებლობის საქმეში კრიტიკულ მნიშვნელობას იძენს მწყობრი სოციალური პოლიტიკა, რომელიც ყოველ მოქალაქეს შეუქმნის სოციალური დაცულობის მყარ გარანტიებს – შეძლებს სუსტების დაცვას, ძლიერების მართვას და ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდასთან ერთად დოვლათის სამართლიან გადანაწილებას.

ამასთანავე, რომ არ მოხდეს ხელისუფლების სოციალურ-ეკონომიკური სფეროს ძირეული ინსტიტუციური ცვლილებებისკენ მიმართულ რეფორმათა დისკრედიტირება, აუცილებელია მოიძებნოს სოციალური დაცვის ოპტიმალური მოდელი, რომელიც გამორიცხავს დისბალანსს სოციალური დაცვის მორალურ ვალდებულებებსა და დანახარჯთა შემცირების აუცილებლობის ფინანსურ ვალდებულებებს შორის.

ხელისუფლების უმნიშვნელოვანესი როლის – მოქალაქეთა ძირითადი კონსტიტუციური უფლებების დაცვის – რეალიზებისთვის აუცილებელია უნივერსალური და მართვადი სოციალური ინსტიტუტების დამკვიდრება, რომელიც დინამიკურად განვითარდება ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდასთან

ერთად და, ეფექტური მართვის პირობებში, სარგებლობას მოუტანს საზოგადოების ყველა ფენას.

ხელისუფლებამ ბევრი რამ გააკეთა ეკონომიკური ზრდის მისაღწევად, რაც სოციალური რეფორმის აუცილებელი წინაპირობაა, მაგრამ მარტო ეკონომიკის ზრდა ვერ მოუტანს შვებას უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში მყოფ მოსახლეობას. საჭიროა მტკიცე, ხშირად არაპოპულარული, მაგრამ პერსპექტივაში მკაფიოდ გააზრებული გადაწყვეტილებების მიღება, რომელიც საკმაოდ სწრაფად შექმნის ქვეყანაში მრავალმხრივი განვითარების რეალურ პოტენციალს საზოგადოების თითოეული წევრის კეთილდღეობის მისაღწევად, გადააქცევს ადამიანს განვითარების რესურსიდან მის ძირითად მიზნად.

ამ თვალსაზრისით უაღრესად მნიშვნელოვანია საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის საარჩევნო პროგრამა „აღმშენებლობა და განვითარება – საქართველოს გზა კეთილდღეობისკენ“, რომლის მიზანია საფუძველი ჩაუყაროს საზოგადოებრივი განვითარების და მოსახლეობის თანაცხოვრების ისეთ ცივილიზებულ მოდელს, რომელიც უზრუნველყოფს ქვეყნის ეკონომიკის ზრდას გლობალურ გარემოში და შექმნის ადამიანის განვითარების თანამედროვეობასთან ადაპტირებულ პირობებს. ამ თვალსაზრისით უაღრესად მნიშვნელოვანი ხდება მიმდინარე და გრძელვადიანი სახელმწიფო პოლიტიკის სტრატეგიების ჩამოყალიბება, რომელიც განაპირობებს ქვეყანაში სიღარიბისადმი შეუგუებლობას, მოსახლეობის არა მარტო მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, სოციალური განვითარებისთვის თანასწორი პირობების უზრუნველყოფას.

სოციალური დაცვის სისტემის რეფორმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა უზრუნველყოს საერთაშორისო ინტეგრირების პროცესში წარმოქმნილი პრობლემების იმგვარი რეგულირება, რომ მან მაქსიმალურად შეზღუდოს საქართველოსა და მისი საზოგადოებისთვის მიუღებელი ცალკეული მოვლენების არასასურველი განვითარება და, ამასთანავე, ხელი შეუწყოს ადამიანთა ურთიერთობის ახალი ერის დაწყებას.

ახალმა სისტემამ ძირეულ რგოლად უნდა მიიჩნიოს ოჯახი, როგორც ქართული საზოგადოების უნიკალური მატრიცა. მოძრაობა, პირადი კეთილდღეობიდან ოჯახურ კეთილდღეობამდე, სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის უმთავრესი მიმართულება უნდა გახდეს. ოჯახებზე, როგორც საზოგადოებრივი სისტემის საბაზისო ერთეულზე, აისახება გარდამავალი პერიოდის სოციალურ-ეკონომიკური ურთიერთობების ყველა კარდინალური გარდაქმნა მიკროსოციალურ დონეზე.

ამიტომ პრინციპულად მნიშვნელოვანია ოჯახის სპეციფიკურ პრობლემათა გამიჯვნა ქვეყნის მოსახლეობის საერთო სოციალური პრობლემისგან. ეს პრობლემები მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული მაკროეკონომიკური, სოციალური, ჯანმრთელობის დაცვის, განათლების, კულტურის, დასაქმების სფეროს ფუნქციონირებასთან.

სოციალური პოლიტიკა დაიცავს ოჯახის ინტერესებსა და უფლებებს საზოგადოებრივი განვითარების პროცესში და შესაძლებლობას მოგვცემს ზემოქმედება მოვახდინოთ და გადავჭრათ მისი სპეციფიკური პრობლემები, გავაძლიეროთ ოჯახის რეპროდუქციული, ეკონომიკური და აღმზრდელობითი ფუნქციები.

ოჯახის მხარდაჭერის ეფექტიანობის ამაღლებას შეუძლია უზრუნველყოს მისი პრობლემებისადმი კომპლექსური მიდგომა, რათა თავიდან ავიცილოთ კეთილდღეობაზე უარყოფითად მოქმედი მიზეზები და არა მხოლოდ მათი შედეგები. აუცილებელია დახმარების სახეების სტრუქტურაში აქცენტების გადანაცვლება, პრიორიტეტების მინიჭება მხარდაჭერის ისეთი აქტიური ფორმებისადმი, როგორიცაა დამატებითი სწავლება, კვალიფიკაციის შეცვლა, შრომითი მოწყობა, თვითდასაქმების მიზნების დაკრედიტება, ქმედითუნარდაქვეითებულ ოჯახის წევრთა რეაბილიტაცია და სხვა.

ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სტრატეგიული ამოცანაა ქვეყანაში სოციალური რისკების მართვის ეფექტიანი სისტემის ჩამოყალიბება, რომლისთვისაც საჭიროა მოსახლეობის სოციალური დაცვის სისტემის უპირატესად სოციალური დაზღვევის პრინციპებით აგება.

სოციალური უზრუნველყოფის მოქმედი სისტემის რეფორმირებით შეიქმნება და ამოქმედდება ისეთი ცივილური სადაზღვევო მოდელები და მექანიზმები,

რომლებიც უზრუნველყოფენ მოქალაქეების ინტერესების დაცვას შემოსავლის, სამუშაოს ან ჯანმრთელობის დაკარგვისა და ცხოვრებისეული რისკების პირობებში. ამჟამად მოქმედისგან განსხვავებით, ახალ სისტემაში ყურადღება გადატანილი იქნება ისეთი ეკონომიკური მექანიზმის შექმნაზე, რომელიც ხელს შეუწყობს რისკების თავიდან აცილებასა და შემცირებას, ხოლო დასაქმებულთ, სოციალური უზრუნველყოფის გასაუმჯობესებლად, შეუქმნის საკუთარი შემოსავლებიდან სადაზღვევო შენატანების გადახდისადმი დაინტერესებას.

სოციალური და პროფესიული რისკებისგან ყველაზე ეფექტური დაცვა შეიძლება ორგანიზებულ იქნეს სოციალური დაზღვევის ცალკეული სახეობის ფარგლებში, როგორცაა საპენსიო, დროებითი შრომისუნარობის, დედობის, წარმოებაში უბედურ შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების, სამედიცინო და უმუშევრობის დაზღვევა. ამ სტრუქტურის შიგნით მაქსიმალურადაა უზრუნველყოფილი რისკის ბუნების განსაზღვრა, ზუსტად ითვლება დაზღვევისთვის საჭირო ფინანსური სახსრები და ყოველი მოცემული მომენტისთვის დგინდება სოციალური დაცვის მისაღები დონე. ამავე დროს, ეს სტრუქტურა გამორიცხავს ფინანსური საშუალებების არაპირდაპირ გადანაწილებას, რაც გარდაუვალია გაერთიანებული სისტემების გამოყენების დროს.

ეკონომიკური კრიზისის შედეგად სახელმწიფო საპენსიო დავალიანებების განუხრელმა ზრდამ, რომელმაც დღესდღეობით 71 მილიონ ლარს მიაღწია, დღის წესრიგში დააყენა საპენსიო სისტემის ძირეული და გადაუდებელი რეფორმა. სწორი საპენსიო პოლიტიკის განხორციელება წარმოადგენს სიღარიბის დაძლევისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის ერთ-ერთ ძირითად საფუძველს.

ახალი საპენსიო პოლიტიკის ძირითადი მიზანია მოსახლეობის სიღარიბისგან დაცვა ასაკის, უნარშეზღუდულობისა და მარჩენალის დაკარგვის შემთხვევაში. ამ მიზნის მიღწევის ინსტრუმენტად უნდა იქცეს ეკონომიკური, ფისკალურად მდგრადი, ზომიერი, საყოველთაო და სავალდებულო სახელმწიფო საპენსიო სისტემის ოპტიმალური შეხამება კერძო საპენსიო სისტემებთან.

მიზნის განხორციელება გულისხმობს სამი ამოცანის გადაჭრას, კერძოდ:

1. საპენსიო დავალიანებათა სრულ დაფარვას 2002 წლამდე;
2. სახელმწიფო საპენსიო უზრუნველყოფის დონის შრომითი საქმიანობის შედეგებთან ეტაპობრივ მიახლოებას (2007 წლისთვის მან უნდა მიაღწიოს სავალდებულო მინიმალური ხელფასის ოდენობას);
3. საპენსიო უზრუნველყოფის სისტემის სრულყოფას და ახალი სადაზღვევო სისტემის ეტაპობრივ ამოქმედებას (2007 წლისთვის ახალი სისტემით პენსიების მიმღებთა რიცხვი უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 40%-ს).

საქართველოში ბოლო წლებში მნიშვნელოვანად შეიცვალა სოციალურად დაუცველი ჯგუფების სტრუქტურა. მოსახლეობის ცხოვრების დონის გაურესებასთან ერთად, გაჩნდა განსაკუთრებული სოციალური რისკის ქვეშ მყოფი ახალი ფენები, კერძოდ, უმუშევრები და, მათ შორის, უმუშევარი ახალგაზრდები, დაბალი ანაზღაურების მქონე მუშაკები, დევნილები, მიგრანტები, მაწანწალა და მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვები; დამძიმდა მარტოხელა პენსიონერებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მდგომარეობა. მოსახლეობის საყოველთაო ეკონომიკურმა სიღუბჭირემ მკვეთრად შეზღუდა საზოგადოების პოტენციური მათთვის სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებული დახმარების გასაწევად. ახალი სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანა სწორედ ამ ჯგუფებისთვის სოციალური დაცვის კომპლექსური სისტემის შექმნაა, რომელიც ხელს შეუწყობს მათი საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესებას, შრომითი დასაქმების, ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების პრობლემების მოგვარებას, რაც მოსახლეობის ამ ნაწილს ქრონიკული სიღარიბის მანკიერ წრეში მოქცევას ააცილებს თავიდან.

ამ მიზნის მისაღწევად აუცილებელია მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფების სოციალური დახმარების მოქმედი სისტემის სრულყოფა, რომელიც, დამატებითი პირობების შექმნისა და შემოსავლების გაზრდის გზით, ხელს შეუწყობს განსაზღვრულ სოციალურ ჯგუფებს გამოავლინონ საკუთარი შესაძლებლობები სიღატაკისგან თავის დასაღწევად, ხოლო მოსახლეობის იმ ნაწილს, რომელიც ამგვარ შესაძლებლობებს მოკლებულია ობიექტური მიზეზების გამო, გაუწევს მატერიალურ დახმარებას.

ამ მიმართულებით გამოიყოფა ორი ძირითადი ამოცანა.

პირველი გულისხმობს ფულადი დახმარების მიმართვას უკიდურეს სიღატაკეში მყოფ ადამიანებზე, რათა მოსახლეობის ამ ნაწილისთვის ფინანსური დახმარებების საშუალებით განხორციელდეს შემოსავლის შევსება საარსებო მინიმუმამდე. ამ ამოცანის შესასრულებლად გასატარებელია შემდეგი ღონისძიებები:

- სოციალური დახმარების შესახებ კანონისა და ქვეკანონური აქტების მიღება, რომლებიც განსაზღვრავენ დახმარების მიმღები სოციალურად ყველზე დაუცველი კონტინგენტის შერჩევის კრიტერიუმებს და დახმარების მიღების ზომებსა და სახეებს;
- სოციალურად დაუცველი კონტინგენტის იდენტიფიცირებისა და აღრიცხვის სისტემის შექმნა;
- ყველა დონის ბიუჯეტში სოციალური დახმარებების დაფინანსებისა და მათი დაცულობის მექანიზმის სრულყოფა.

მეორე მნიშვნელოვანი ამოცანაა მოსახლეობის დაუცველი ფენების (მაწანწალა და მშობლების ზრუნვას მოკლებული ბავშვები, შრომის უნარდაკარგული და უნარდაქვეითებული პირები, მარტოხელა დედები, ქცევითი ხასიათის დარღვევების მქონე ბავშვები, ფუნქციამოშლილი ოჯახები, მოხუცები, რომლებსაც არ შეუძლიათ საკუთარ თავზე ზრუნვა და სხვა) სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება. ის გულისხმობს აღნიშნული კონტინგენტის მაქსიმალურ მოცვას არაფულადი დახმარებისა და შეღავათების, მიზნობრივი დასაქმების, სოციალური რეაბილიტაციის, საზოგადოებაში რეინტეგრირებისა და სხვა სოციალური მომსახურების პროგრამებით.

ამ ამოცანის განსახორციელებლად გასატარებელია შემდეგი ღონისძიებები:

- სოციალურად დაუცველი კონტინგენტისთვის მოკლე- და გრძელვადიანი მიზნობრივი დასაქმების პროგრამების განხორციელება;
- უნარშეზღუდული ბავშვების აღზრდა სხვა ბავშვებთან ერთად და მათთვის ოჯახური/საზოგადოებრივი სოციალური მომსახურებების უზრუნველყოფა დაფინანსების დეცენტრალიზებულ საწყისებზე, არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და საზოგადოების სხვა ჯგუფების მონაწილეობით;

- ოჯახების ხელშეწყობა, რათა მათ თავად იზრუნონ თავიანთ დაუცველ წევრებზე.

სახელმწიფოს როლი, პირველ რიგში, განისაზღვრება საკანონმდებლო ბაზის შექმნით. ის უნდა გამოვიდეს, როგორც კოორდინატორი და ორგანიზატორი, შუამავალი და არბიტრი.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, შრომითი ურთიერთობის რეგულირების უმნიშვნელოვანესი საკითხია საქართველოს შრომის კანონთა კოდექსის ახალი რედაქციის შემუშავება, რომელშიც გათვალისწინებულ იქნება როგორც შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის კონვენციები, ისე ევროპის სოციალური ქარტიით განსაზღვრული შრომითი ურთიერთობის ნორმები.

შრომითი ურთიერთობის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულებაა შრომის ანაზღაურების პრობლემატიკა. ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკურმა გარდაქმნებმა მიგვიყვანა შრომითი ურთიერთობების ლიბერალიზაციამდე. სახელმწიფო დონეზე აღარ ხორციელდება შრომის ანაზღაურების მართვა, ხოლო საბაზრო რეგულატორები ჯერ კიდევ სრულყოფილად ვერ მოქმედებენ.

ფასების ლიბერალიზებამ განაპირობა მოსახლეობის დიდი ნაწილის რეალური შემოსავლების დაცემა. ქვეყანაში გატარებული ღონისძიებები ჯერ კიდევ ვერ აკმაყოფილებს მოსახლეობის შემოსავლების რეგულირების საკითხს. რეალური ხელფასის შემცირების პირობებში შემცირდა დიფერენცირების დონე შრომის ანაზღაურებაში, რამაც საგრძნობლად შეამცირა მაღალკვალიფიციური შრომის ეკონომიკური სტიმულები.

ბოლო პერიოდში პოზიტიური ძვრებისა და ეკონომიკური ზრდის ტენდენციების ჩამოყალიბების მიუხედავად, ხელფასი კვლავ არასაკმარისად არის დაკავშირებული ეკონომიკურ ინტერესებთან. ამიტომ, მნიშვნელოვან ამოცანად გვესახება შრომის ანაზღაურების სისტემის რეგულირება და, პირველ რიგში, სავალდებულო მინიმალური ხელფასის დონის ამაღლება საარსებო მინიმუმის 80%-მდე, ხუთი წლის განმავლობაში.

დასახული ამოცანის შესასრულებლად საჭიროა:

- საბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების ზომების მკაცრად დიფერენცირება და მათი სისტემატური ამაღლება გამოყენებული შრომითი რესურსების მუდმივი ოპტიმიზაციის გზით;
- არასაბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების ლეგალიზაცია სათანადო შრომითი ხელშეკრულებების დადებისა და „ტრიპარტიზმის“ სისტემით რეგულირების პირობებში;
- შრომის ბაზარზე სავალდებულო მინიმალური დაუბეგრავი ხელფასის შემოღება, დასაქმების რეგისტრაციის სისტემის სრულყოფის პირობებში.

საქართველოში განვითარებული ეკონომიკური კრიზისის პირობებში განსაკუთრებული სიმწვავეთ გამოიკვეთა დასაქმების პრობლემა. შრომითი რესურსების, ქვეყნის ერთობლივი პოტენციური სამუშაო ძალის რაოდენობრივი შემცირების მიუხედავად, რომელიც უმთავრესად განპირობებულია დემოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორებით, კერძოდ კი, მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის რეჟიმის გაუარესებით და ინტენსიური გარე მიგრაციით, მნიშვნელოვნად გაღრმავდა სამუშაო ძალის მოთხოვნა-მიწოდების დისპროპორცია.

შრომითი რესურსების რაოდენობრივ შემცირებას თან ახლავს სამუშაო ძალის ხარისხობრივი მახასიათებლების გაუარესებაც. კერძოდ, დეფორმირებულია მისი სქესობრივ-ასაკობრივი სტრუქტურა, პროფესიულ-კვალიფიციური შემადგენლობა, მობილურობის მაჩვენებლები. მოსახლეობის ინტენსიური გარე მიგრაციის შედეგად ქვეყანა კარგავს ყველაზე ნაყოფიერ ასაკში (30-49 წლის) მყოფ მაღალკვალიფიციურ სპეციალისტებს. საქართველოში დარჩენილი სპეციალისტების დიდი ნაწილიც შესაფერისი სამუშაოს არქონის გამო, განიცდის დეკვალიფიკაციას, კარგავს წლების განმავლობაში დაგროვილ ცოდნასა და გამოცდილებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს შრომითი რესურსების ოპტიმალური დასაქმების მიღწევა და უმუშევრობის მაქსიმალურად შემცირება. ამ ამოცანის გადასაჭრელად საჭიროა სახელმწიფოს მიერ აქტიური დასაქმების პოლიტიკის გატარება, რომელიც, ერთი მხრივ, არ დაუშვებს მასობრივ უმუშევრობას და, მეორე მხრივ, ხელს არ შეუშლის დასაქმების რაციონალიზაციისა და ეკონომიკის სტრუქტურული გარდაქმნის პროცესში მუშაკთა გამოთავისუფლებას.

მომავალი 5-7 წლის განმავლობაში დასაქმების პოლიტიკა მიმართული იქნება დაბალანსებული საინვესტიციო და საგადასახადო პოლიტიკის გატარებაზე, რომელიც მოახდენს ხარჯების შემცირების, არსებული სამუშაო ადგილების მაქსიმალურ გამოყენებას, მცირე ბიზნესის განვითარების სტიმულირებას და კაპიტალურ დაბანდებებს წარმართავს როგორც ახალ, ისე დასაქმების ტრადიციულ დარგებში.

მეწარმეობის, მცირე და საშუალო ბიზნესის, ინდივიდუალური შრომითი საქმიანობის სტიმულირების სისტემის დანერგვისას, უპირველეს ყოვლისა, გათვალისწინებულ იქნება შრომის ბაზარზე კრიტიკული სიტუაციის მქონე რეგიონები.

აღნიშნული პოლიტიკის განსახორციელებლად გათვალისწინებულია შემდეგი ძირითადი ღონისძიებები:

- შრომის ბაზრის ანალიზისა და მონიტორინგის სისტემის ჩამოყალიბება;
- დასაქმების პრიორიტეტული სფეროების ინდენტიფიცირება და განვითარება;
- კადრების მომზადებისა და გადამზადების მოქნილი სისტემის ჩამოყალიბება;
- უმუშევრებისთვის სამუშაოს ძიებისა და საკონსულტაციო მომსახურების ეფექტიანი სახელმწიფო და კერძო სისტემების შექმნა;
- უმუშევართა სოციალური დაცვის ეფექტიანი მექანიზმების დანერგვა.

განსაკუთრებული ყურადღება მიექცევა ახალგაზრდობის პროფესიული მომზადებისა და დასაქმებისთვის მაქსიმალურად ხელისშემწყობი პირობების შექმნას, რაც უზრუნველყოფს მათ, როგორც ქვეყნის განვითარების პოტენციალის ძირითადი ნაწილის, თვითრეალიზებას.

შრომითი ურთიერთობების მოწესრიგებისა და შრომის ბაზრის რეგულირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა შრომის უსაფრთხოების დაცვის გარანტირებულობის გაზრდა, რითაც 2007 წლისთვის მიღწეულ უნდა იქნეს საწარმოო ტრავმატიზმის შემცირება 30%-ით, ქვეყანაში რეგისტრირებული სამუშაო ადგილების 80%-ის შესატყვისობა მოქმედ შრომის ნორმებთან, ქალთა დასაქმების შემცირება 80%-ით და მძიმე და მავნე პირობებში არასრულწლოვანთა დასაქმების სრული ლიკვიდაცია.

ამ ამოცანების შესასრულებლად აუცილებელია:

- თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი შრომის უსაფრთხოების სახელმწიფო სტანდარტების სისტემის ჩამოყალიბება;
- შრომის დაცვის სფეროში სამეცნიერო-კვლევითი საქმიანობის განვითარების ხელშეწყობა;
- საერთაშორისო სტანდარტების მოთხოვნების შესაბამისი სტატისტიკურ მაჩვენებელთა სისტემის შექმნა;
- შრომის პირობების მონიტორინგი, მათ შორის, მაღალი რისკის საქმიანობის სფეროებში;
- შრომის უსაფრთხოების სფეროში სახელმწიფო-საზედამხედველო სისტემის თანამედროვე ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბება.

ახალი სოციალური პოლიტიკის ზემოთ აღნიშნული ძირითადი მიმართულებების წარმატებული განხორციელება შესაძლებლობას მოგვცემს უმოკლეს პერიოდში მივაღწიოთ ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთ უპირველეს ამოცანას – სიღარიბის დაძლევას.

შესაბამისად, ჩვენი პოლიტიკური საქმიანობის უმთავრესი მიმართულება უნდა გახდეს სიღარიბესთან ბრძოლა, რომელიც საზოგადოების აქტივობის უმთავრესი მიმართულება იქნება. სიღარიბის წინააღმდეგ ბრძოლის სტრატეგიების განსახორციელებლად აუცილებელია სახელმწიფოებრივი ინსტიტუტების ფართო თანამშრომლობა საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტებთან, დონორ ქვეყნებთან და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რომელთა შორის ერთ-ერთი წამყვანი როლი მსოფლიო ბანკს ეკისრება.

ჯანდაცვის რეფორმების პროცესში მსოფლიო ბანკთან კონსტრუქციული მუშაობის გამოცდილება და ამჟამად მიმდინარე, ჩვენი აზრით, ნაყოფიერი კონსულტაციები, სოციალური რეფორმების განხორციელების ძირითად მიმართულებებზე საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების მტკიცე მხარდაჭერის და საბოლოო წარმატების დიდ იმედს გვისახავს. დღევანდელი კონფერენციაც ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯია საქართველოს კეთილდღეობისკენ მიმართული პოლიტიკის განხორციელების რეალური მხარდაჭერის გზაზე.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

**შეხვედრა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის
რეგიონულ დირექტორთან, ბატონ მარკ დანზონთან**

თბილისი, 2000 წლის 30 მარტი

*ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი*

ქალბატონებო და ბატონებო,

ნება მიბოძეთ წარმოგიდგინოთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული დირექტორი, ბატონი მარკ დანზონი, რომელიც ამ თანამდებობაზე არჩეულ იქნა 1999 წლის სექტემბერში და მიმდინარე წლის 1 თებერვლიდან შეუდგა თავისი მოვალეობების შესრულებას.

ბატონი მარკ დანზონი ეროვნებით ფრანგია და მისი სპეციალობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ფსიქიატრია, ჯანდაცვის მართვა და ეკონომიკა.

სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ, 1974 წელს ბატონმა დანზონმა დაიწყო მუშაობა საფრანგეთის ჯანმრთელობის დაცვის განათლების კომიტეტში, რომელიც განსაზღვრავს ქვეყნის პოლიტიკას და პროგრამებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და სანიტარიული განათლების დარგში. 1989-1992 წლებში იყო ამ კომიტეტის ხელმძღვანელი, რომელმაც შეიმუშავა სანიტარიული განათლების ეროვნული ქსელის სისტემა.

1985-1989 და 1992-1997 წლებში ბატონი დანზონი მუშაობდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ბიუროში, სადაც იყო პასუხისმგებელი საზოგადოებასთან ურთიერთობისა და ინფორმირების საკითხებზე; „ევროჯანმრთელობის“ დეპარტამენტისა და დაავადებათა პრევენციისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის დეპარტამენტის დირექტორი.

1997-1999 წლებში იგი მუშაობდა საფრანგეთის ურთიერთდაზღვევის საზოგადოებების ეროვნულ ფედერაციაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დირექტორად. აღნიშნული ფედერაცია წარმოადგენს „დამატებითი“ სამედიცინო დაზღვევის არაკომერციულ ორგანიზაციას, რომელიც მოიცავს 35 მილიონ ადამიანს და 1500 სამედიცინო და სოციალურ დაწესებულებას.

1991 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგიონული კომიტეტის 41-ე სესიაზე მიღებულ იქნა პროგრამა „ევროჯანმრთელობა“, რომელშიც განსაზღვრული იყო ევროპის რეგიონული ბიუროს საქმიანობის რეორიენტაცია, რათა უფრო მეტი დახმარება გაეწიათ წევრი-სახელმწიფოებისთვის გარდამავალ პერიოდში. ის წარმოადგენს შუალედურვადიან პროგრამას, რომელიც ეფუძნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკას „ჯანმრთელობა ყველასათვის“. სწორედ ამ პერიოდში ბატონი დანზონი ხელმძღვანელობდა „ევროჯანმრთელობის“ დეპარტამენტს.

როგორც მოგეხსენებათ, საქართველო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სრულუფლებიანი წევრი 1992 წელს გახდა, რის შემდეგაც დაიწყო ჩვენი მჭიდრო თანამშრომლობა რეგიონულ ბიუროსთან.

ამ ხნის განმავლობაში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ბიუროსა და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ დადებული იყო ხელშეკრულებები 1994/95, 1996/97 და 1998/99 წლებისთვის, რომელთა ფარგლებში ხორციელდებოდა თანამშრომლობა შემდეგი მიმართულებებით:

1. ჯანდაცვის რეფორმის მხარდაჭერა, რეგიონულ შეხვედრებში მონაწილეობა, საინფორმაციო და სასწავლო მასალებით უზრუნველყოფა;
2. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესებაზე მიმართული საქმიანობის ტექნიკური მხარდაჭერა, სამედიცინო მონაცემთა ბაზის განვითარება, რეგულარული სამედიცინო სტატისტიკური გამოცემების გაუმჯობესება, სიკვდილიანობის რეგისტრაციისა და ანგარიშების გაუმჯობესება, მონაწილეობა მონაცემთა ურთიერთგაცვლის რეგიონულ შეხვედრებში;
3. ზოგად პრაქტიკაში მომზადების რეგიონულ ქსელში მონაწილეობა, ზოგად პრაქტიკოსთა დიპლომამდელი მომზადების სასწავლო პროგრამაში ინტეგრირება, ზოგად პრაქტიკოსთა დიპლომის შემდგომი მომზადების ორგანიზება;
4. ეპიდემიოლოგიური პროგრამების მენეჯერების მომზადება;
5. პოლიომიელიტის და დიფთერიის კონტროლის პროგრამის მონიტორინგის მხარდაჭერა;

6. ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამის მონიტორინგის მხარდაჭერა;
7. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და შიდსის მონიტორინგისთვის გაუმჯობესებული პირობების შექმნა;
8. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად UNFPA პროექტის ტექნიკური განხორციელება რეგიონული ბიუროდან, ბებიაქალების მომზადების მხარდაჭერა;
9. გარემოს ჯანმრთელობის დაცვის გეგმის ფარგლებში, ორგანიზაციული სტრუქტურის შექმნის და დაგეგმვის პროცესის მხარდაჭერა;
10. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა, თამბაქოსა და ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებით სამოქმედო გეგმის მომზადების მხარდაჭერა;
11. ევროჯანმრთელობის პროგრამების მონიტორინგი და შეფასება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ბიუროსა და დიდი ბრიტანეთის მთავრობის მხარდაჭერით საქართველოში ხორციელდებოდა მოსახლეობის ხარისხიანი და ეფექტური სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფის პროგრამა. შემუშავდა ფარმაცევტული დარგის საქმიანობის რეორიენტაციის პროექტი, რომლის ფარგლებში ხორციელდება საკანონმდებლო სისტემის შექმნა, წამალთმესყიდვის გაუმჯობესებული სისტემის შექმნა და მისი დანერგვა პილოტირებულ რეგიონებში, წამლების ფასების რეგულირების სტრატეგია, სასწავლო პროცესის გაუმჯობესება, წამლების რაციონალური გამოყენების სახელმძღვანელოების შემუშავება, სპეციალისტების მონაწილეობა საქართველოში ჩატარებულ სემინარებში, საერთაშორისო კონფერენციებსა და შეხვედრებში.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაწილეობით, კანადის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს შორის დაიდო ხელშეკრულება ტრანსკავკასიური საინფორმაციო ქსელის შექმნის შესახებ.

1999 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დახმარებით, შეიმუშავა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“, რომელიც განხილულ იქნა 1999 წლის 4 მაისს თბილისში გამართულ საერთაშორისო კონფერენციაზე. ამ კონფერენციის მუშაობაში მონაწილეობას დებულობდნენ ჯანმრთელობის მსოფლიო

ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული დირექტორი, ბატონი ჯო ასვალი, საქართველოს საკანონმდებლო და აღმასრულებელი ხელისუფლების წარმომადგენლები, საერთაშორისო ექსპერტები, ჯანდაცვის ორგანიზატორები და მედიკოს-მეცნიერები.

შემდგომ შემუშავებულ იქნა „ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის სტრატეგიული გეგმა (2000-2009 წლები)“. 1999 წლის 28 სექტემბერს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ისტორიაში პირველად მოხდა მნიშვნელოვანი მოვლენა – კოპენჰაგენში (დანია) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ბიუროში ჩატარდა დონორთა შეხვედრა, რომელიც ორგანიზებული იყო მხოლოდ ერთი ქვეყნის – საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის და მისი განხორციელების სტრატეგიული გეგმის განხილვისთვის. ამ შეხვედრაში მონაწილეობა მიიღეს ევროპის განვითარებული ქვეყნების და მსოფლიოს წამყვანი დონორი ორგანიზაციების წარმომადგენლებმა. აღნიშნული დოკუმენტები განიხილა და მოიწონა 2000 წლის 22 იანვარს გამართულმა მთავრობის სხდომამ და ისინი ქვეყნის სამოქმედო გეგმად იქცა.

გასული წლის ნოემბერში საქართველოს ეწვია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგიონული ბიუროს დელეგაცია მაღარიასთან დაკავშირებული მდგომარეობის შესასწავლად და მასთან ბრძოლის ტრანსკავკასიული პროგრამის შესამუშავებლად.

1999 წელს საქართველოს 331 სპეციალისტმა მიიღო მონაწილეობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჩატარებულ საერთაშორისო სემინარებში, კონფერენციებსა და შეხვედრებში, რომლებიც ეხებოდა საინფორმაციო სისტემების განვითარების, დედათა და ბავშვთა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ინფექციურ დაავადებათა და იმუნოზაციის, პირველადი ჯანდაცვის გაუმჯობესების, გარემოს დაცვის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, პაციენტის უფლებების დაცვისა და სხვა საკითხებს.

როგორც თქვენთვის ცნობილია, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სათავეში ახალი გენერალური დირექტორის, ქალბატონ გრუ ჰარლემ ბრუტლანდის მოსვლის შემდეგ შეიცვალა ამ ორგანიზაციის ორიენტირები

და წინა პლანზე წამოიწია ოთხი ახალი სტრატეგიული მიმართულება, კერძოდ:

- მოსახლეობის ღარიბი და მარგინალური ჯგუფების უაღრესად მაღალი სიკვდილიანობის შემცირების უზრუნველყოფა;
- ძირითადი რისკ-ფაქტორების პრობლემის ეფექტურად გადაჭრა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების გაძლიერება;
- ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალური როლის უზრუნველყოფა ქვეყნების განვითარების პროცესებში.

წევრი-სახელმწიფოების ძირითადი ძალისხმევა მიმართულ უნდა იქნეს პოლიომიელიტის ლიკვიდაციაზე, ინფექციურ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის გაფართოებაზე, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე, უსაფრთხო სისხლის პროგრამების განხორციელებაზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე, სისხლის მიმოქცევისა და ონკოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკაზე, სასმელი წყლისა და საკვები პროდუქტების უსაფრთხოების დაცვაზე, „თამბაქოს ეპიდემიის“ მოთოკვაზე, მეცნიერული კვლევების ხელშეწყობაზე განვითარებად ქვეყნებში.

აღნიშნული პრობლემების გადაჭრა მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს მსოფლიო თანამეგობრობის მიერ აღებულ ვალდებულებას – 2015 წლამდე სიღარიბეში მცხოვრებთა რაოდენობის 50%-ით შემცირებას. ცნობილია, რომ სიღარიბე აუარესებს ჯანმრთელობას, ზრდის ავადობას, რაც, თავის მხრივ, აღრმავებს სიღარიბეს. ამ მანკიერი წრის არსებობა ხელს უშლის განვითარებადი ქვეყნების ეკონომიკურ და სოციალურ განვითარებას.

აღნიშნული სტრატეგიები სრულად არის ასახული საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში, რომლის სტრატეგიული გეგმის განხორციელებამ მნიშვნელოვნად უნდა შეუწყოს ხელი მათ გადაჭრას.

ჩვენ დიდ იმედებს ვამყარებთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობის შემდგომ გაღრმავებაზე. საქართველოს დღევანდელი ეკონომიკური მდგომარეობა, სამწუხაროდ, ჯერ არ იძლევა ჩვენ წინაშე მდგარი პრობლემების საკუთარი ძალით გადაწყვეტის საშუალებას. ამიტომ, ვიმედოვნებთ, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიურო თავის თავზე აიღებს საქართველოს ჯანმრთელობის

დაცვის ეროვნული პოლიტიკისა და მისი დანერგვის სტრატეგიულ გეგმაში დონორთა მონაწილეობის კოორდინირებას, დაგვეხმარება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონული სკოლის შექმნაში, პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაში, ინფექციური და არაინფექციური დაავადებების პრევენციაში, ჯანდაცვის დაფინანსების სრულყოფაში.

არ შემიძლია არ აღვნიშნო, რომ 2000 წლიდან მოქმედება დაიწყო მალარიის სახელმწიფო პროგრამამ, რომლის განხორციელებაში აქტიურად გვეხმარება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.

როგორც ცნობილია, მიმდინარე წელს ჯანმრთელობის საერთაშორისო დღე – 7 აპრილი – ეძღვნება უსაფრთხო სისხლს, რომლის ფარგლებში ქვეყანაში დაგეგმილია მთელი რიგი ღონისძიებების ჩატარება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან ერთად.

და ბოლოს, ნება მიბოძეთ კიდევ ერთხელ მივესალმო ბატონ მარკ დანზონს, ვუსურვო მას წარმატება მეტად მნიშვნელოვან და პასუხსაგებ საქმიანობაში და იმედი გამოვთქვა, რომ ჩვენი მომავალი თანამშრომლობა ნაყოფიერი იქნება.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

შეხვედრა ბავშვთა მრავალპროფილიან საავადმყოფოში „რესპუბლიკა“
2000 წლის 8 აპრილი

**საქართველოს სოციალური განვითარების საპრეზიდენტო
პროგრამა**

ავთანდილ ჯორბენაძე
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონებო და ქალბატონებო,

დღეს, როდესაც საქართველოში მიღწეულ იქნა ეროვნული კონსენსუსი და გრძელვადიანი პოლიტიკურ-ეკონომიკური სტაბილურობა გახდა კრიზისიდან გამოსვლის უმთავრესი ორიენტირი, ხოლო სახელმწიფო პრიორიტეტად აღიარებულ იქნა პოლიტიკის ზნობრიობა და ყოველივე ახლის შენებაში სოციალური ორიენტაცია, აუცილებელი ხდება მკაფიოდ გამოიხატოს სოციალური სფეროს უმნიშვნელოვანესი როლი ქვეყნის ინსტიტუციურ მოწყობაში.

თანასწორუფლებიანი, ჰუმანური საზოგადოების მშენებლობის საქმეში კრიტიკულ მნიშვნელობას იძენს მწყობრი სოციალური პოლიტიკა, რომელიც ყოველ მოქალაქეს შეუქმნის სოციალური დაცულობის მყარ გარანტიებს: შეძლებს სუსტების დაცვას, ძლიერების მართვას და ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდასთან ერთად დოვლათის სამართლიან გადანაწილებას.

ამასთანავე, რომ არ მოხდეს ხელისუფლების სოციალურ-ეკონომიკური სფეროს ძირეული ინსტიტუციური ცვლილებებისკენ მიმართულ რეფორმათა დისკრედიტაცია, აუცილებელია მოიძებნოს სოციალური დაცვის ოპტიმალური მოდელი, რომელიც გამორიცხავს დისბალანსს სოციალური დაცვის მორალურ ვალდებულებებსა და დანახაჯთა შემცირების აუცილებლობის ფინანსურ ვალდებულებებს შორის.

ხელისუფლების უმნიშვნელოვანესი როლის რეალიზებისთვის, რომელიც გამოიხატება მოქალაქეთა ძირითადი კონსტიტუციური უფლებების დაცვაში, აუცილებელია უნივერსალური და მართვადი სოციალური ინსტიტუტების დამკვიდრება, რომლებიც დინამიურად განვითარდება ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდასთან ერთად და, ეფექტური მართვის

პირობებში, სარგებლობას მოუტანს საზოგადოების ყველა ფენას.

ხელისუფლებამ ბევრი რამ გააკეთა ეკონომიკური ზრდის მისაღწევად, რაც სოციალური რეფორმის აუცილებელი წინაპირობაა, მაგრამ მარტო ეკონომიკის ზრდა ვერ მოუტანს შვებას უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში მყოფ მოსახლეობას. საჭიროა მტკიცე, ხშირად არაპოპულარული, მაგრამ პერსპექტივაში მკაფიოდ გააზრებული გადაწყვეტილებების მიღება, რომელიც საკმაოდ სწრაფად შექმნის ქვეყანაში მრავალმხრივი განვითარების რეალურ პოტენციალს საზოგადოების თითოეული წევრის კეთილდღეობის მისაღწევად და გადააქცევს ადამიანს განვითარების რესურსიდან მის ძირითად მიზნად.

ამ თვალსაზრისით უადრესად მნიშვნელოვანია საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის საარჩევნო პროგრამა „აღმშენებლობა და განვითარება – საქართველოს გზა კეთილდღეობისკენ“, რომლის მიზანია საფუძველი ჩაუყაროს საზოგადოებრივი განვითარების და მოსახლეობის თანაცხოვრების ისეთ ცივილიზებულ მოდელს, რომელიც უზრუნველყოფს ქვეყნის ეკონომიკის ზრდას გლობალურ გარემოში და შექმნის ადამიანის განვითარების თანამედროვეობასთან ადაპტირებულ პირობებს. ამ თვალსაზრისით, უადრესად მნიშვნელოვანი ხდება მიმდინარე და გრძელვადიანი სახელმწიფო პოლიტიკის სტრატეგიების ჩამოყალიბება, რომელიც განაპირობებს ქვეყანაში სიღარიბისადმი შეუგუებლობას, მოსახლეობის არა მარტო მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, სოციალური განვითარებისთვის თანაბარი პირობების უზრუნველყოფას.

სოციალური დაცვის სისტემის რეფორმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა უზრუნველყოს საერთაშორისო ინტეგრირების პროცესში წარმოქმნილი პრობლემების იმგვარი რეგულირება, რომ მან მაქსიმალურად შეზღუდოს საქართველოსა და მისი საზოგადოებისთვის მიუღებელი ცალკეული მოვლენების არასასურველი განვითარება და, ამასთანავე, ხელი შეუწყოს ადამიანთა ურთიერთობის ახალი ერის დაწყებას.

ახალმა სისტემამ ძირეულ რგოლად უნდა მიიჩნიოს ოჯახი, როგორც

ქართული საზოგადოების უნიკალური მატრიცა. მოძრაობა პირადი კეთილდღეობიდან ოჯახურ კეთილდღეობამდე სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის უმთავრესი მიმართულება უნდა გახდეს. ოჯახებზე, როგორც საზოგადოებრივი სისტემის საბაზისო ერთეულზე, აისახება გარდამავალი პერიოდის სოციალურ-ეკონომიკური ურთიერთობების ყველა კარდინალური გარდაქმნა მიკროსოციალურ დონეზე. ამიტომ პრინციპულად მნიშვნელოვანია ოჯახის სპეციფიკურ პრობლემათა გამიჯვნა ქვეყნის მოსახლეობის საერთო სოციალური პრობლემისგან. ეს პრობლემები მნიშვნელოვანადაა დაკავშირებული სოციალური უზრუნველყოფის, ჯანმრთელობის დაცვის, განათლების, კულტურის, დასაქმების სფეროს ფუნქციონირებასთან.

სოციალური პოლიტიკა დაიცავს ოჯახის ინტერესებსა და უფლებებს საზოგადოების განვითარების პროცესში და შესაძლებლობას მოგვცემს გადავჭრათ მისი სპეციფიკური პრობლემები, გავაძლიეროთ ოჯახის რეპროდუქციული, ეკონომიკური და აღმზრდელობითი ფუნქციები.

ოჯახის მხარდაჭერის ეფექტიანობის ამაღლებას შეუძლია უზრუნველყოს მისი პრობლემებისადმი კომპლექსური მიდგომა, რათა თავიდან ავიცილოთ არაკეთილდღეობის მიზეზები და არა მხოლოდ მათი შედეგები. აუცილებელია დახმარების სახეების სტრუქტურაში აქცენტების გადანაცვლება, პრიორიტეტების მიანიჭება მხარდაჭერის ისეთი აქტიური ფორმებისადმი, როგორცაა დამატებითი სწავლება, კვალიფიკაციის შეცვლა, შრომითი მოწყობა, თვითდასაქმების მიზნების დაკრედიტება, უნარდაქვეითებულ ოჯახის წევრთა რეაბილიტირება და სხვა.

ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს სტრატეგიულ ამოცანას ქვეყანაში სოციალური რისკების მართვის ეფექტიანი სისტემის ჩამოყალიბება წარმოადგენს, რომლისთვისაც საჭიროა მოსახლეობის სოციალური დაცვის სისტემის დაზღვევის პრინციპებით აგება.

სოციალური უზრუნველყოფის მოქმედი სისტემის რეფორმირებით შეიქმნება და ამოქმედდება ისეთი ცივილური სადაზღვევო მოდელები და მექანიზმები, რომლებიც უზრუნველყოფენ მოქალაქეების ინტერესების დაცვას შემოსავლის, სამუშაოს ან ჯანმრთელობის დაკარგვისა და

ცხოვრებისეული რისკების პირობებში. ამჟამად მოქმედისგან განსხვავებით, ახალ სისტემაში ყურადღება გადატანილი იქნება ისეთი ეკონომიკური მექანიზმის შექმნაზე, რომელიც ხელს შეუწყობს რისკების თავიდან აცილებასა და შემცირებას, ხოლო დასაქმებულთა სოციალური უზრუნველყოფის გასაუმჯობესებლად შეუქმნის საკუთარი შემოსავლებიდან სადაზღვევო შენატანების გადახდისადმი დაინტერესებას.

სოციალური და პროფესიული რისკებისგან ყველაზე ეფექტური დაცვა შეიძლება ორგანიზებულ იქნეს სოციალური დაზღვევის ისეთი სახეების ფარგლებში, როგორცაა: საპენსიო, დროებითი შრომისუნარობის, დედობის, წარმოებაში უბედური შემთხვევების და პროფესიული დაავადებების, სამედიცინო და უმუშევრობის დაზღვევა. ამ სტრუქტურის შიგნით მაქსიმალურადაა უზრუნველყოფილი რისკის ბუნების განსაზღვრა, ზუსტად ითვლება დაზღვევისთვის საჭირო ფინანსური სახსრები, ყოველი მოცემული მომენტისთვის დგინდება სოციალური დაცვის მისაღები დონე. ამავე დროს, ეს სტრუქტურა გამორიცხავს ფინანსური საშუალებების არაპირდაპირ გადანაწილებას, რაც გარდაუვალია გაერთიანებული სისტემების გამოყენების დროს.

ეკონომიკური კრიზისის შედეგად სახელმწიფო საპენსიო დავალიანებების განუხრელმა ზრდამ, რომელმაც დღესდღეობით 71 მილიონ ლარს მიაღწია, დღის წესრიგში დააყენა საპენსიო სისტემის ძირეული და გადაუდებელი რეფორმა. სწორი საპენსიო პოლიტიკის განხორციელება წარმოადგენს სიღარიბის დაძლევისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის ერთ-ერთ ძირითად საფუძველს.

ახალი საპენსიო პოლიტიკის ძირითადი მიზანია მოსახლეობის სიღარიბისგან დაცვა ასაკის, უნარშეზღუდულობისა და მარჩენალის დაკარგვის შემთხვევაში. ამ მიზნის მიღწევის ინსტრუმენტად უნდა იქცეს ეკონომიკური, ფისკალურად მდგრადი საყოველთაო და სავალდებულო სახელმწიფო საპენსიო სისტემის ოპტიმალური შეხამება კერძო საპენსიო სისტემებთან.

მიზნის განხორციელება გულისხმობს სამი ამოცანის გადაჭრას, კერძოდ:

1. საპენსიო დავალიანებათა სრულ დაფარვას 2002 წლამდე;

2. სახელმწიფო საპენსიო უზრუნველყოფის დონის შრომითი საქმიანობის შედეგებთან ეტაპობრივ მიახლოებას (2007 წლისთვის მან უნდა მიაღწიოს სავალდებულო მინიმალური ხელფასის ოდენობას);
3. საპენსიო უზრუნველყოფის სისტემის სრულყოფას და ახალი, სადაზღვევო სისტემის ეტაპობრივ ამოქმედებას (2007 წლისთვის ახალი სისტემით პენსიების მიმღებთა რიცხვი უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 40%-ს).

საქართველოში ბოლო წლებში მნიშვნელოვანად შეიცვალა სოციალურად დაუცველი ჯგუფების სტრუქტურა. მოსახლეობის ცხოვრების დონის გაურესებასთან ერთად, გაჩნდა განსაკუთრებული სოციალური რისკის ქვეშ მყოფი ახალი ფენები, კერძოდ, უმუშევრები და, მათ შორის, უმუშევარი ახალგაზრდები, დაბალი ანაზღაურების მქონე მუშაკები, დევნილები, მიგრანტები, მაწანწალა და მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვები; დამძიმდა მარტოხელა პენსიონერების და უნარშეზღუდული პირების მდგომარეობა. მოსახლეობის საყოველთაო სიდუხჭირემ მკვეთრად შეზღუდა საზოგადოების პოტენციური მათთვის სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებული დახმარების გასაწევად. ახალი სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანა სწორედ ამ ჯგუფებისთვის სოციალური დაცვის კომპლექსური სისტემის შექმნაა, რომელიც ხელს შეუწყობს მათი საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესებას, დასაქმების, ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების პრობლემების მოგვარებას, რაც მოსახლეობის ამ ნაწილს ქრონიკული სიღარიბის მანკიერ წრეში მოქცევას ააცილებს თავიდან.

ამ მიზნის მისაღწევად აუცილებელია მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფების სოციალური დახმარების მოქმედი სისტემის სრულყოფა, რომელიც, დამატებითი პირობების შექმნისა და შემოსავლების გაზრდის გზით, ხელს შეუწყობს განსაზღვრულ სოციალურ ჯგუფებს გამოავლინონ საკუთარი შესაძლებლობები სიღატაკისგან თავის დასაღწევად, ხოლო მოსახლეობის იმ ნაწილს, რომელიც ამგვარ შესაძლებლობებს მოკლებულია ობიექტური მიზეზების გამო, გაუწევს მატერიალურ დახმარებას.

ამ მიმართულებით გამოიყოფა ორი ძირითადი ამოცანა. პირველი

გულისხმობს ფულადი დახმარების მიმართვას უკიდურეს სიღატაკეში მყოფ ადამიანებზე, რათა მოსახლეობის ამ ნაწილისთვის ფინანსური დახმარებების საშუალებით განხორციელდეს შემოსავლის შევსება საარსებო მინიმუმამდე.

ამ ამოცანის შესასრულებლად გასატარებელია შემდეგი ღონისძიებები:

- სოციალური დახმარების შესახებ კანონის და ქვეკანონური აქტების მიღება, რომლებიც განსაზღვრავენ დახმარების მიმღები სოციალურად ყველაზე დაუცველი კონტინგენტის შერჩევის კრიტერიუმებს და დახმარების მიღების ზომებსა და სახეებს;
- სოციალურად დაუცველი კონტინგენტის იდენტიფიცირებისა და აღრიცხვის სისტემის შექმნა;
- ყველა დონის ბიუჯეტში სოციალური დახმარებების დაფინანსებისა და მათი დაცულობის მექანიზმის სრულყოფა.

მეორე მნიშვნელოვანი ამოცანაა მოსახლეობის დაუცველი ფენების (მაწანწალა და მშობლების ზრუნვას მოკლებული ბავშვები, შრომის უნარდაკარგული და უნარდაქვეითებული პირები, მარტოხელა დედები, ქცევითი ხასიათის დარღვევების მქონე ბავშვები, ფუნქციამოშლილი ოჯახები, მოხუცები, რომლებსაც არ შეუძლიათ საკუთარ თავზე ზრუნვა და სხვა) სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება. ის გულისხმობს აღნიშნული კონტინგენტის მაქსიმალურ მოცვას არაფულადი დახმარებისა და შეღავათების, მიზნობრივი დასაქმების, სოციალური რეაბილიტაციის, საზოგადოებაში რეინტეგრირებისა და სხვა სოციალური პროგრამებით.

ამ ამოცანის განსახორციელებლად გასატარებელია შემდეგი ღონისძიებები:

- სოციალურად დაუცველი კონტინგენტისთვის მოკლე- და გრძელვადიანი მიზნობრივი დასაქმების პროგრამების განხორციელება;
- უნარშეზღუდული ბავშვების აღზრდა სხვა ბავშვებთან ერთად და მათთვის ოჯახური/საზოგადოებრივი სოციალური მომსახურებების უზრუნველყოფა დაფინანსების დეცენტრალიზებულ საწყისებზე, არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და საზოგადოების სხვა ჯგუფების მონაწილეობით;

- ოჯახების ხელშეწყობა საიმისოდ, რომ მათ თავად იზრუნონ თავიანთ დაუცველ წევრებზე.

შრომისა და დასაქმების კუთხით სახელმწიფოს როლი პირველ რიგში განისაზღვრება საკანონმდებლო ბაზის შექმნით. ის უნდა გამოვიდეს, როგორც კოორდინატორი და ორგანიზატორი, შუამავალი და არბიტრი.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, შრომითი ურთიერთობის რეგულირების უმნიშვნელოვანესი საკითხია საქართველოს შრომის კანონთა კოდექსის ახალი რედაქციის შემუშავება, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება როგორც შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის კონვენციები, ისე ევროპის სოციალური ქარტიაში შესული შრომითი ურთიერთობის ნორმები.

შრომითი ურთიერთობის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულებაა შრომის ანაზღაურების პრობლემატიკა. ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკურმა გარდაქმნებმა მიგვიყვანა შრომითი ურთიერთობების ლიბერალიზაციამდე. სახელმწიფო დონეზე აღარ ხორციელდება შრომის ანაზღაურების მართვა, ხოლო საბაზრო რეგულატორები ჯერ კიდევ სრულყოფილად ვერ მოქმედებენ.

ფასების ლიბერალიზაციამ გამოიწვია მოსახლეობის დიდი ნაწილის რეალური შემოსავლების დაცემა. ქვეყანაში გატარებული ღონისძიებები ჯერ კიდევ ვერ აკმაყოფილებს მოსახლეობის შემოსავლების რეგულირების საკითხს. რეალური ხელფასის შემცირების პირობებში შემცირდა დიფერენცირების დონე შრომის ანაზღაურებაში, რამაც მაღალკვალიფიციური შრომის ეკონომიკური სტიმულები საგრძნობლად შეამცირა.

ბოლო პერიოდში პოზიტიური ძვრებისა და ეკონომიკური ზრდის ტენდენციების მიუხედავად, ხელფასი კვლავ არასაკმარისად არის დაკავშირებული ეკონომიკურ ინტერესებთან. ამიტომ, მნიშვნელოვან ამოცანად გვესახება შრომის ანაზღაურების სისტემის რეგულირება და, პირველ რიგში, სავალდებულო მინიმალური ხელფასის დონის ამაღლება საარსებო მინიმუმის 80%-მდე, ხუთი წლის განმავლობაში.

დასმული ამოცანის შესასრულებლად საჭიროა:

- საბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების ზომების მკაცრი დიფერენცირება და მათი სისტემატური ამაღლება გამოყენებული შრომითი რესურსების მუდმივი ოპტიმიზაციის გზით;
- არასაბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების ლეგალიზება სათანადო შრომითი ხელშეკრულებების დადებისა და „ტრიპარტიზმის“ სისტემით რეგულირების პირობებში;
- შრომის ბაზარზე სავალდებულო მინიმალური დაუბეგრავი ხელფასის შემოღება, დასაქმების რეგისტრირების სისტემის სრულყოფის პირობებში.

საქართველოში განვითარებული ეკონომიკური კრიზისის პირობებში განსაკუთრებული სიმწვავეთ გამოიკვეთა დასაქმების პრობლემა. შრომითი რესურსების, ქვეყნის ერთობლივი პოტენციური სამუშაო ძალის რაოდენობრივი შემცირების მიუხედავად, რომელიც უმთავრესად დემოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორებით – მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის გაუარესებით და ინტენსიური გარე მიგრაციით – არის განპირობებული, მნიშვნელოვნად გაღრმავდა სამუშაო ძალის მოთხოვნა-მიწოდების დისპროპორცია.

შრომითი რესურსების რაოდენობრივ შემცირებას თან ახლავს სამუშაო ძალის ხარისხობრივი მახასიათებლების გაუარესებაც. კერძოდ, დეფორმირებულია მისი სქესობრივ-ასაკობრივი სტრუქტურა, პროფესიულ-კვალიფიციური შემადგენლობა, მობილურობის მაჩვენებლები. მოსახლეობის ინტენსიური გარე მიგრაციის შედეგად ქვეყანა კარგავს ყველაზე ნაყოფიერ ასაკში (30-49 წლები) მყოფ მაღალკვალიფიციურ სპეციალისტებს. საქართველოში დარჩენილი სპეციალისტების დიდი ნაწილიც, შესაფერისი სამუშაოს არქონის გამო, განიცდის დეკვალიფიკაციას, კარგავს წლების განმავლობაში დაგროვილ ცოდნასა და გამოცდილებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს შრომითი რესურსების ოპტიმალური დასაქმების მიღწევა და უმუშევრობის მაქსიმალურად შემცირება. ამ ამოცანის გადასაჭრელად საჭიროა სახელმწიფოს მიერ აქტიური დასაქმების პოლიტიკის გატარება, რომელიც, ერთი მხრივ, არ დაუშვებს მასობრივ უმუშევრობას და, მეორე მხრივ, ხელს არ შეუშლის დასაქმების რაციონალიზაციისა და ეკონომიკის სტრუქტურული

გარდაქმნის პროცესში მუშაკთა გამოთავისუფლებას.

მომავალი 5-7 წლის განმავლობაში დასაქმების პოლიტიკა მიმართული იქნება დაბალანსებული საინვესტიციო და საგადასახადო პოლიტიკის გატარებაზე, რომელიც მოახდენს არსებული სამუშაო ადგილების მაქსიმალურ გამოყენებას, მცირე ბიზნესის განვითარების სტიმულირებას და კაპიტალურ დაბანდებებს როგორც ახალ, ისე დასაქმების ტრადიციულ დარგებში.

მეწარმეობის, მცირე და საშუალო ბიზნესის, ინდივიდუალური შრომითი საქმიანობის სტიმულირების სისტემის დანერგვისას, უპირველეს ყოვლისა, გათვალისწინებული იქნება შრომის ბაზარზე კრიტიკული სიტუაციის მქონე რეგიონები.

აღნიშნული პოლიტიკის განსახორციელებლად გათვალისწინებულია შემდეგი ძირითადი ღონისძიებები:

- შრომის ბაზრის მონიტორინგისა და ანალიზის სისტემის ჩამოყალიბება;
- დასაქმების პრიორიტეტული სფეროების ინდენტიფიცირება და განვითარება;
- კადრების მომზადებისა და გადამზადების მოქნილი სისტემის ჩამოყალიბება;
- უმუშევართათვის სამუშაოს ძიებისა და საკონსულტაციო მომსახურების ეფექტიანი სახელმწიფო და კერძო სისტემების შექმნა;
- უმუშევართა სოციალური დაცვის ეფექტიანი მექანიზმების დანერგვა.

განსაკუთრებული ყურადღება მიექცევა ახალგაზრდობის პროფესიული მომზადებისა და დასაქმებისთვის მაქსიმალურად ხელისშემწყობი პირობების შექმნას, რაც უზრუნველყოფს მათი, როგორც ქვეყნის განვითარების პოტენციალის ძირითადი ნაწილის, თვითრეალიზებას.

შრომითი ურთიერთობების მოწესრიგებისა და შრომის ბაზრის რეგულირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა შრომის უსაფრთხოების დაცვის გარანტირებულობის გაზრდა, რითაც 2007 წლისთვის მიღწეულ უნდა იქნეს საწარმოო ტრავმატიზმის 30%-ით შემცირება, ქვეყანაში რეგისტრირებული სამუშაო ადგილების 80%-ის შესატყვისობა მოქმედ შრომის ნორმებთან, ქალთა დასაქმების შემცირება 80%-ით და მძიმე და მავნე პირობებში არასრულწლოვანთა დასაქმების სრული ლიკვიდაცია.

ამ ამოცანის შესასრულებლად აუცილებელია:

- თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი შრომის უსაფრთხოების სახელმწიფო სტანდარტების სისტემის ჩამოყალიბება;
- შრომის დაცვის სფეროში სამეცნიერო-კვლევითი საქმიანობის განვითარების ხელშეწყობა;
- საერთაშორისო სტანდარტების მოთხოვნების შესაბამისი სტატისტიკურ მაჩვენებელთა სისტემის ჩამოყალიბება;
- შრომის პირობების მონიტორინგი, მათ შორის, მაღალი რისკის მქონე საქმიანობის სფეროებში;
- შრომის უსაფრთხოების სფეროში სახელმწიფო-საზედამხედველო სისტემის თანამედროვე ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბება და მისი ტექნიკური საშუალებებით უზრუნველყოფა.

სოციალურ სფეროში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა, სისტემური ცვლილებებისა და მოდელირების თვალსაზრისით, ყველაზე წინაა. აქ რეფორმების რთული და მტკივნეული პროცესი ჯერ კიდევ 1995 წელს დაიწყო. განვლილმა ხუთმა წელმა დაამტკიცა არჩეული გზის მართებულობა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია მოიცავდა დარგის განვითარების ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებებს:

- ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
- მართვის დეცენტრალიზაცია;
- ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- წამალთპოლიტიკის რეფორმა;
- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცი-ლიცენზირების დანერგვა;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა;
- მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვა.

დარგის სამართლებრივი უზრუნველყოფის ერთიანი კონცეფციის ფარგლებში შემუშავდა შესაბამისი საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები, რომელთა ძირითადი შემადგენელია კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. მის გარდა, მიღებულია კანონები: სამედიცინო დაზღვევის, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის, სამედიცინო გადასახადების, ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციის გადასახადის, სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის, ფსიქიატრიული დახმარების, ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების, ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების და ქსოვილების აღების, შენახვისა და გადანერგვის შესახებ. ხელმოწერილია საქართველოს პრეზიდენტის 48 ბრძანებულება და განკარგულება.

პრაქტიკულად დასრულდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის ინსტიტუციური სტრუქტურების ჩამოყალიბება როგორც ცენტრში, ისე რეგიონებში; განხორციელდა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის ტრანსფორმირება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად.

განვლილ პერიოდში განხორციელდა 1500-ზე მეტი სამედიცინო დაწესებულების გადასვლა სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე, ჩატარდა სამკურნალო-პროფილაქტიკური და ფარმაცევტული დაწესებულებების ლიცენზირება.

პროგრამულ მართვაზე გადასვლამ შესაძლებელი გახადა პრიორიტეტული პრობლემების გამოყოფა და მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის (ბაზისური პაკეტის) განსაზღვრა, რომელსაც სახელმწიფო ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების მეშვეობით აფინანსებს. მარტო 1999 წელს აღნიშნული ვალდებულებებით ისარგებლა 3 მილიონამდე ადამიანმა. თუმცა სახელმწიფო პროგრამების განხორციელება მკვეთრადაა გამწვანებული არასრული დაფინანსების გამო.

გამოიკვეთა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი კონტურები, რომელიც მიმართულია ქვეყანაში პრევენციული მედიცინის ერთიანი

მექანიზმების ამოქმედებაზე, სამედიცინო სტატისტიკის აღორძინებაზე და სახელმწიფო ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ეფექტიანი სისტემის ამუშავებაზე. აღნიშნული სამსახურის იდეოლოგიიდან გამომდინარე, ამოქმედდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, მოსახლეობის სამედიცინო-პროფილაქტიკური განათლების ღონისძიებათა სისტემა.

ამავე დროს გვიხდება რთული და არაპოპულარული ნაბიჯების გადადგმა. დარგი დგას სამედიცინო დაწესებულებებისა და მათში მომუშავე პერსონალის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ოპტიმიზაციის ამოცანის წინაშე. მისი გადაწყვეტა შეუძლებელია ლიცენზირების, სერტიფიცირების, პრივატიზაციისა და დაწესებულებათა კონსოლიდაციის გარეშე.

პერსონალის სერტიფიცირების პროცესის წარმატება მჭიდროდაა დაკავშირებული სამედიცინო განათლებასთან, რადგანაც მოსახლეობის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის საქმეში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანური რესურსების პროფესიული მზადების დონეს.

ამ მხრივ მნიშვნელოვანი ნაბიჯებია გადადგმული. კერძოდ, დამუშავებულია უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო განათლების სავალდებულო მინიმუმი, რომლის შესაბამისადაც უნდა განხორციელდეს საგანმანათლებლო დაწესებულებების ატესტაცია-აკრედიტაციის პროცესი; მომზადებულია რეზიდენტურის პროგრამები მედიცინის ძირითად სპეციალობებში; დაწყებულია ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება; ევროპისა და ამერიკის წამყვან უნივერსიტეტებში სხვადასხვა სპეციალობაში მზადდება 400-მდე ახალგაზრდა ექიმი; აშშ-ის, კანადის, დიდი ბრიტანეთის, ნიდერლანდების, შვედეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოების ტექნიკური დახმარების მეშვეობით მუშავდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების, მენეჯერების, კლინიცისტ-ეპიდემიოლოგების, სტატისტიკოსების, ლიდერი ექთნების მომზადებისა და გადამზადების პროგრამები. დღის წესრიგშია დარგისთვის იურისტებისა და ეკონომისტების მომზადების საკითხი.

სამედიცინო მეცნიერების მართვისა და დაფინანსების სრულყოფის მიზნით,

შემოღებულ იქნა სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების გრანტული წესით დაფინანსების მეთოდი. პარალელურად ჩვენმა მეცნიერებმა დაიწყეს უცხოელ პარტნიორებთან წარმატებული თანამშრომლობა. ყოველწლიურად იზრდება მოპოვებული გრანტების რაოდენობა, რაც ჩვენი ინტელექტუალური პოტენციალის საერთაშორისო აღიარების დადასტურებად შეიძლება ჩაითვალოს. დღეისათვის აქტუალობას იძენს სამედიცინო პროფილის სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებების სრულიად ახალი ინფრასტრუქტურის შექმნა და მათი საუნივერსიტეტო მეცნიერებაში ინტეგრირება.

მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის ოპტიმიზაციის პროცესი, რომლის განხორციელებაშიც წამყვანი როლი ენიჭება პრივატიზაციას. დღემდე პრივატიზებულია 500-ზე მეტი ობიექტი. ამით საფუძველი ეყრება, საკუთრების მრავალფეროვნებაზე დაყრდნობილ სამედიცინო დაწესებულებათა ერთიანი ქსელის პირობებში, თავისუფალ კონკურენციას სახელმწიფოს მხრიდან თანაბარი რეგულირების ბაზაზე.

სააფთიაქო ქსელის პრივატიზებამ ხელი შეუწყო წამლის დეფიციტის და მასთან დაკავშირებული ნეგატიური მოვლენების აღმოფხვრას. ამავე დროს საჭირო ხდება სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმების ამუშავება საქართველოს კანონის „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ მოთხოვნების შესაბამისად, პირველი მოხმარების მედიკამენტებზე ზღვრული ფასების დაწესება მათი ხელმისაწვდომობის გადასაჭრელად.

ჩატარებული სამუშაოების შედეგად უკვე შესაძლებელი გახდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება; მართვადი გახდა ინფექციური და სოციალურად საშიში დაავადებების გავრცელების პროცესი.

დღეს შეიძლება ითქვას, რომ ქართული მედიცინის ფასეული ნაწილი გადაურჩა გარდაუვალ დაღუპვას. დაიწყო განვითარება ისეთმა მაღალტექნოლოგიურმა სამედიცინო დარგებმა, როგორცაა: ბავშვთა კარდიოქირურგია, გულის იშემიურ დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობა, ორგანოთა ტრანსპლანტაცია და სხვა. ეს მეტად ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურებაა, რომლის მისაღებად

რამდენიმე წლის წინ საქართველოს მოქალაქეები მიმართავდნენ საზღვარგარეთის სამედიცინო ცენტრებს. დღეს ამ მომსახურებას ისინი საქართველოში იღებენ, რამაც, მათთვის უამრავი პრობლემის მოხსნასთან ერთად, ქვეყნიდან მნიშვნელოვანი ფინანსური რესურსების გადინებაც შეაჩერა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის განხორციელებაში მნიშვნელოვანი იყო საერთაშორისო თანამეგობრობის დახმარება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დახმარებით ხორციელდებოდა ფარმაცევტული დარგის რეფორმა, მოსახლეობის ხარისხიანი და ეფექტური სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფის, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესების, ეპიდემიოლოგიური პროგრამების მენეჯერების მომზადების, პოლიომიელიტისა და დიფთერიის კონტროლის, ტუბერკულოზთან ბრძოლის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და შიდსის მონიტორინგის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ძუძუთი კვების პროპაგანდის და სხვა პროგრამები.

მსოფლიო ბანკის პირველი პროექტის ფარგლებში მიმდინარეობს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის რეორიენტაცია, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებები (მათ შორის რევერალური სისტემის შექმნა), ფარმაცევტული სექტორის რეფორმა, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესება, სამედიცინო დაწესებულებათა და სამედიცინო აღჭურვილობის რეაბილიტაცია, ადამიანური რესურსების განვითარება და უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდერნიზება. მომზადებულია მსოფლიო ბანკის მეორე პროექტი, რომელიც ითვალისწინებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემისა და მისი დაფინანსების მოდელის ჩამოყალიბებას. 1999 წლის ბოლოს მუშაობა დაიწყო მსოფლიო ბანკის სტრუქტურული გარდაქმნების ხელშეწყობის პროექტმა, რომლის ერთ-ერთი კომპონენტი ითვალისწინებს თბილისის საავადმყოფოების კონსოლიდაციას მათში მენეჯმენტის თანამედროვე მეთოდების დანერგვის, კადრების ოპტიმიზაციის, შენობებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის რეაბილიტაციის მიზნით.

1999 წელს დასრულდა ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსის თბილისი-ატლანტა პარტნიორული პროგრამა, რომლის ფარგლებში ჩამოყალიბდა და აქტიურად ფუნქციონირებს ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრი, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სასწავლო ცენტრი და საქართველოს ექთანთა ასოციაცია.

ამავე დროს ფუნქციონირება დაიწყო ხუთმა ახალმა პარტნიორულმა პროგრამამ:

- თბილისი-სკრენტონი (პენსილვანია) პარტნიორული პროგრამის მიზანია ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის უწყვეტი განათლების ცენტრში ჯანდაცვის მენეჯერთა მომზადებისა და გადამზადების პროგრამების შემუშავება და დანერგვა;
- თბილისი-მინეაპოლისი (მინესოტა) პარტნიორული პროგრამის მიზანია დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში საავადმყოფოთა ეპიდემიოლოგების და გამოცდილი მედიკოსების გადამზადების პროგრამების შექმნა საავადმყოფოშიდა ინფექციური კონტროლის გასაუმჯობესებლად;
- თბილისი-სან-ფრანცისკო (კალიფორნია) პარტნიორული პროგრამის მიზანია ისეთი საზოგადოებრივი ორგანიზაციის შექმნა, რომელიც შეძლებს საკუთარი რესურსებით არსებობას და უზრუნველყოფს საქართველოს მოსახლეობას უსაფრთხო სისხლითა და სისხლის კომპონენტებით (სისხლის ბანკი);
- ქუთაისი-ატლანტა (ჯორჯია) პარტნიორული პროგრამის მიზანია იმერეთის რეგიონში ქალთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- მცხეთა-მთიანეთი-მილუოკი (ვისკონსინი) პარტნიორული პროგრამის მიზანია მცხეთა-მთიანეთის რეგიონში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესება.

1996-1999 წლებში ვაქცინებზე საქართველოს მოთხოვნილებას მთლიანად აკმაყოფილებდა გაეროს ბავშვთა ფონდი. დაგეგმილია ამ დახმარების გაგრძელება 2000 წელსაც. მიმდინარეობს თანამშრომლობა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, ახალგაზრდების ჯანმრთელობის, შიდსის და ჯანსაღი კვების პროგრამების ფარგლებში.

საერთაშორისო წითელი ჯვრის კომიტეტთან ერთად მიმდინარეობდა

თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში ტუბსაწინააღმდეგო პროგრამა. ერთობლივად იქნა შემუშავებული გათავისუფლებული პირების შემდგომი მეთვალყურეობის ტაქტიკა, რომელიც ითვალისწინებს ახალი მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის აშენებასა და მის ტექნიკურ აღჭურვას. კომიტეტი დახმარებას უწევდა ორთოპედიულ სახელოსნოს.

წითელი ჯვრის ფედერაციამ დახმარება გაგვიწია ნევროლოგიური და ფსიქიატრიული ავადმყოფების მედიკამენტებით უზრუნველყოფაში.

იაპონიის საერთაშორისო თანამშრომლობის სააგენტოს (JICA) უსასყიდლო დახმარების პროგრამის ფარგლებში განხორციელდა ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოსა და ბავშვთა მრავალპროფილიანი საავადმყოფო „რესპუბლიკას“ ტექნიკური აღჭურვა.

გაერთიანებული სამეფოს საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის „Know-How Fond“ პროექტის ფარგლებში განხორციელდა თბილისის პოლიკლინიკების 48 უბნის ექიმის ოჯახის ექიმებად გადამზადება. მიმდინარე წლიდან მუშაობას იწყებს ახალი სამწლიანი პროექტი პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით.

კანადის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (CIDA) პროექტის ფარგლებში მიმდინარეობდა მუშაობა ტრანსკავკასიური საინფორმაციო ქსელის შექმნაზე.

შვედეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (SIDA) დახმარებით განხორციელდა შვედეთში 30 სპეციალისტის მომზადება საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტში.

გერმანიის ტექნიკური განვითარების სააგენტო (GTZ) მნიშვნელოვან დახმარებას გვიწევდა ტუბერკულოზისა და ონკოლოგიის სახელმწიფო პროგრამების წამლებით უზრუნველყოფაში.

სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაცია (UMCOR, Save the Children, ACTS Georgia, MSF-საფრანგეთი, MSF-ნიდერლანდები, MSF-საბერძნეთი) თანამშრომლობდა პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებასა და მოსახლეობის ჰუმანიტარული მედიკამენტებით უზრუნველყოფაში.

1999 წელს მეორედ მომზადდა „მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“. ამგვარი მოხსენების წარმოდგენის პრაქტიკას დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია სახელმწიფოს პოლიტიკის სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრაში და შედეგების შეჯამებაში. იგი იქცა იმ საწყისად, რომლის საფუძველზეც გადაიდგა შემდგომი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი – საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის დავალებით გასულ წელს შემუშავებულ იქნა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“, რომელიც განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად პრიორიტეტებს, მიზნებს და ამოცანებს.

დოკუმენტის თანახმად, 2010 წლამდე საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად მიჩნეულია:

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება;
- ტრავმატიზმის შემცირება;
- გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება;
- ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემო ფაქტორების ზეგავლენის პრობლემის გადაჭრა.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება და მიღება წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართულ უმნიშვნელოვანეს ქმედებას, მაგრამ მისი მიღება მხოლოდ ერთ-ერთი ეტაპია, რომლის შემდგომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პოლიტიკის განხორციელებას დარგთაშორისი თანამშრომლობის გზით სხვადასხვა დონეზე.

სწორედ ამ მიზნით შეიქმნა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის

განვითარების სტრატეგიული გეგმა“, რომლის მეშვეობითაც მთავრობამ უნდა გაზარდოს თავისი როლი ჯანდაცვის სამსახურების დაგეგმვაში, დაფინანსებასა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში. სტრატეგიულ გეგმაში მოცემულია ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის სპეციფიკური მიზნების განსაზღვრა; განხილულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ჯანდაცვითი ღონისძიებების გავლენისა და ეფექტურობის შეფასების პრობლემები. ეს არის პირველი ყოვლისმომცველი დოკუმენტი, რომელიც საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკას და მისი განხორციელების სტრატეგიას პრაქტიკულ საქმიანობად გადააქცევს.

ექსპერტული გაანგარიშების მიხედვით, სტრატეგიული გეგმის საერთო ღირებულება 10 წლის მანძილზე 2,5 მილიარდ აშშ დოლარს აღემატება. საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროსთან შეთანხმებული გრძელვადიანი პროგნოზის საფუძველზე, ამ პერიოდში სახელმწიფოს მიერ შესაძლებელია მხოლოდ 1,78 მილიარდი აშშ დოლარის მობილიზება. ცხადია, გეგმის სრული განხორციელებისთვის აუცილებელია 763 მილიონი დოლარის დეფიციტის შევსების საშუალების მოძიება.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის ყველა ხარჯების დაფინანსება შესაძლებელი იქნება იმ შემთხვევაში, თუ, ერთი მხრივ, ეკონომიკა განვითარდება წინასწარი პროგნოზის მიხედვით და განხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის სექტორზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრების ზრდა მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში (4% – 2005 წელს და 6% – 2009 წელს) და, მეორე მხრივ, გამოინახება რესურსების ისეთი წყაროები, როგორცაა კრედიტები და გრანტები; გაფართოვდება კერძო სექტორი და დაწესდება გადასახადი მომსახურების ისეთ სახეებზე, რომლებიც არ შედის საბაზისო პაკეტში.

1999 წლის 28 სექტემბერს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ისტორიაში პირველად მოხდა მნიშვნელოვანი მოვლენა – კოპენჰაგენში (დანია) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ბიუროში ჩატარდა დონორთა შეხვედრა, რომელიც ორგანიზებული იყო მხოლოდ ერთი ქვეყნის – საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკისა და მისი განხორციელების სტრატეგიული გეგმის განხილვისთვის. ამ შეხვედრაში მონაწილეობა მიიღეს ევროპის

განვითარებული ქვეყნების და მსოფლიოს წამყვანი დონორი ორგანიზაციების წარმომადგენლებმა.

2000 წლის 22 იანვარს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი დანერგვის სტრატეგიული გეგმა განიხილა და მოიწონა მთავრობის გაფართოებულმა სხდომამ და ისინი ქვეყნის სამოქმედო გეგმად იქცა. ამავე სხდომაზე წარმოდგენილ „საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალურ საფუძვლებზე“ დაყრდნობით შემუშავდა „საქართველოს სოციალური განვითარების საპრეზიდენტო პროგრამა“, რომლის ძირითადი მიმართულებების წარმატებული განხორციელება შესაძლებლობას მოგვცემს უმოკლეს პერიოდში მივაღწიოთ ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთ უპირველეს ამოცანას – სიღარიბის დაძლევას.

შესაბამისად, ჩვენი პოლიტიკური საქმიანობის უმთავრესი მიმართულება უნდა გახდეს სიღარიბესთან ბრძოლა, რომელიც საზოგადოების აქტივობის უმთავრეს მიზნად უნდა იქცეს. სიღარიბესთან ბრძოლის სტრატეგიების განსახორციელებლად აუცილებელია ფართო თანამშრომლობა საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტებთან, დონორ ქვეყნებთან და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რომელთა შორის ერთ-ერთი წამყვანი როლი მსოფლიო ბანკს ეკისრება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში მსოფლიო ბანკთან კონსტრუქციული მუშაობის გამოცდილება და ამჟამად მიმდინარე ნაყოფიერი კონსულტაციები სოციალური რეფორმების განხორციელების ძირითად მიმართულებებზე, საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების მტკიცე მხარდაჭერის და საბოლოო წარმატების დიდ იმედს გვისახავს.

ახალი ქართული სახელმწიფოს მშენებლობის ურთულეს ეტაპზე, დროის უმცირეს პერიოდში ყალიბდება მისი ახალი ფუნქცია და ადგილი ცივილიზებულ მსოფლიოში. ქვეყნის მომავალი წარმოდგენილია ჯანმრთელი და სოციალურად დაცული მოსახლეობის გარეშე. ამიტომ, მიუხედავად პრობლემების წარმოჩენისა, ხელისუფლების და, უპირველესად, საქართველოს პრეზიდენტის დამოკიდებულება ამ პრობლემებისადმი საშუალებას იძლევა იმედიანად შევხედოთ სამომავლო პერსპექტივებს.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის გაფართოებული სხდომა

2000 წლის 25 აპრილი

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროს განვითარების გრძელვადიანი პოლიტიკა

ავთანდილ ჯორბენაძე

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ქალბატონებო და ბატონებო,

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროს განვითარების გრძელვადიანი პოლიტიკა დღეისათვის ჩამოყალიბებულია. იგი სრულად არის ასახული პრეზიდენტის პროგრამაში. ამდენად, თქვენს ყურადღებას არ შევაჩერებ მისი მიზნებისა და ამოცანების დეტალურ აღწერაზე.

მინდა მოგახსენოთ მოსაზრებები იმ საკითხებზე, რომელთა გადაწყვეტაც პრეზიდენტის პროგრამით განსაზღვრული სოციალური პოლიტიკის განხორციელების აუცილებელი პირობაა.

ურთულესი პრობლემების სპექტრიდან ყურადღება მინდა გავამახვილო საპენსიო უზრუნველყოფაში შექმნილ მდგომარეობაზე, რომელიც სრულად ასახავს ქვეყნის ეკონომიკასა და სოციალურ სფეროში არსებულ რეალებს.

2000 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით, ქვეყნის პენსიონერების წინაშე დავალიანებამ (მაღოვანი სტრუქტურების პენსიონერების ჩათვლით) 99,5 მილიონი ლარი შეადგინა, მათ შორის, სოციალური უზრუნველყოფისა და სამედიცინო დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ხაზით 85,5 მილიონი ლარი (ანუ მთლიანი დავალიანების 89%).

საკმაოდ რთული სიტუაციაა მიმდინარე წლის პირველი კვარტალის მდგომარეობით. 43 მილიონ 812 ათასი ლარიდან, რომელიც საჭირო იყო საქართველოს პენსიონერთა უზრუნველსაყოფად, გამოყოფილია მხოლოდ 28 მილიონ 884 ათასი ლარი. მათ შორის, ბიუჯეტიდან მიზნობრივმა ტრანსფერტმა 9 მილიონ 901 ათასი ლარის ნაცვლად, 1 მილიონ 847 ათასი ლარი შეადგინა. ეს იმას ნიშნავს, რომ დაუფინანსებელი დარჩა 15 მილიონ 528

ათასი ლარის პენსია, რომლის 51,8% (8 მილიონ 54 ათასი ლარი) ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერტზე მოდის. საბოლოო ჯამში, პირველ კვარტალში დაუფინანსებელი დარჩა დაახლოებით 1 თვის პენსია. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ, თუ ფონდის საკუთარი შემოსავლებიდან ასაკის გამო პენსიონერთა დაფინანსებამ 78% შეადგინა, სამამულო ომის მონაწილეების, მათთან გათანაბრებული პირების და სხვათა (სოციალური პენსიები) მიმართ სახელმწიფოს მიერ აღებულ სოციალური ვალდებულებების დაფინანსება ცენტრალური ბიუჯეტიდან მხოლოდ 18.6%-ით განხორციელდა.

საპენსიო დავალიანების წარმოქმნაში მნიშვნელოვანი წილი მოდის ადგილობრივი შემოსავლების გეგმის შეუსრულებლობაზე, რომლის მოცულობამ დაგეგმილის 63% შეადგინა (16 მილიონ 767 ათასის ნაცვლად ამოღებულ იქნა 10 მილიონ 472 ათასი ლარი). ეს ფაქტი ნათლად მეტყველებს ადგილობრივი ხელისუფლების დამოკიდებულებაზე ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებაზე გადასახადების ამოღების კუთხით. ადგილობრივი შემოსავლების გეგმა, ქალაქ ფოთის, ბოლნისის, თეთრიწყაროს და ყაზბეგის რაიონების გარდა, ვერ შეასრულა ვერც ერთმა სხვა რაიონმა. განსაკუთრებით დაბალი მაჩვენებლები აქვთ მარტვილის (11%), მესტიის (14%), ტყიბულის (16%), ჩხოროწყუს (17%), ვანის (19%) და ბაღდათის (19%) რაიონებს.

მხარეების მიხედვით სოციალური შენატანების მობილიზების გეგმის შესრულება, აჭარის გარდა ვერ უზრუნველყო ვერც ერთმა მათგანმა (გურია - 29%, იმერეთი - 46%, მცხეთა-მთიანეთი - 49%, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი - 44%, სამეგრელო და ზემო სვანეთი - 64%, სამცხე-ჯავახეთი - 51%, შიდა ქართლი - 64%, კახეთი - 68%, ქვემო ქართლი - 68%). თბილისმა, რომელიც, ტრადიციულად, დონორ ქალაქად ითვლებოდა, ნაცვლად გეგმით გათვალისწინებული 18 მილიონ 182 ათასისა, ამოიღო 15 მილიონ 43 ათასი ლარი, ანუ გეგმის 82,7%.

საპენსიო დავალიანების წარმოქმნის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია იმ საგადასახადო ბაზის შეზღუდულობა, რომლიდანაც ხდება სოციალური შენატანების აკრეფა. ჩვენ მიერ მოპოვებული ინფორმაციით, 2000 წლის პირველი იანვრისთვის 30,243 დამზღვევი იურიდიული პირიდან ანგარიშგება წარადგინა 23,720-მა (78%-მა). იმავდროულად, საპენსიო ფონდში

შენატანების გეგმის შესრულება უნდა უზრუნველყო 742,064 ფიზიკურ პირს. თუ გავითვალისწინებთ, რომ პენსიის მიმღებთა რიცხვი 900 ათასს უტოლდება, თანაფარდობა დასაქმებულებსა და პენსიის მიმღებთა შორის 0,83:1-თან შეადგენს, რაც შეიძლება კატასტროფულ მაჩვენებლად ჩაითვალოს. ნორმალურ სადაზღვევო სისტემაში ეს თანაფარდობა უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 2:1-თან. ამასთან აღსანიშნავია, რომ დაზღვეულ დასაქმებულთა 37,5% (278,962 პირი) საბიუჯეტო სფეროზე მოდის, რისი ერთ-ერთი მიზეზიც არის ის, რომ დღემდე ვერ მოხერხდა თვითდასაქმებულთა, ინდივიდუალურ მეწარმეთა, ფერმერთა, საელჩოებსა და საერთაშორისო ორგანიზაციებში მომუშავე პირთა და სხვა დასაქმებულთა სადაზღვევო სისტემაში მოქცევა.

ამა წლის 1 იანვრისთვის სოციალური უზრუნველყოფის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიმართ იურიდიული და ფიზიკური პირების დავალიანებამ 120 მილიონ 178 ათასი ლარი შეადგინა. მათ შორის, საბიუჯეტო ორგანიზაციებში მომუშავეთა დავალიანებამ 25 მილიონ 726 ათას ლარს (21%) მიაღწია. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ გაუცემელი პენსიების მთავარი მიზეზი გაუცემელი ხელფასებია, ეს ციფრი წარმოადგენას გვაძლევს საბიუჯეტო სფეროში სახელფასო დავალიანების სიდიდეზე, რაც მოსახლეობაში ლეგალური შემოსავლების შემცირების და, შესაბამისად, სიღარიბის გადრმავეების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს.

ცენტრალური ბიუჯეტიდან ტრანსფერების გამოყოფის მიუღებელი დონისა და სოციალური შენატანების მობილიზებაში არსებული პრობლემების გარდა, პენსიონერთა მიმართ საპენსიო დავალიანების წარმოქმნის მნიშვნელოვან მიზეზს პენსიის მიმღებთა აღრიცხვასა და რეგისტრაციაში არსებული მოუწესრიგებლობაც წარმოადგენს.

საინტერესოა, რომ ამ სისტემის სრულყოფის უკვე ჩატარებული სამუშაოების შედეგად, რომელიც გერმანულ სპეციალისტებთან ერთად და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით ხორციელდება (ეს უკანასკნელი ამ მიზნით ექვსი ათასი სპეციალური შემმოწმებლის მუშაობის დაფინანსებას გეგმავს), მოსალოდნელია პენსიის მიმღებთა რიცხვისა და, შესაბამისად, საპენსიო უზრუნველყოფის ხარჯების საგრძნობი შემცირება რამდენიმე მილიონი ლარის ფარგლებში.

ცხადია, ასეთი მდგომარეობის ძირითადი არსი ეკონომიკური ტრანსფორმაციის სიბრტყეშია, მაგრამ, ვფიქრობთ, ასევე თვალში საცემია ის ხარვეზები და დანაკარგები, რომლებიც განპირობებულია გადასახადების მობილიზების სამსახურის ინსტიტუციონალური მოუწესრიგებლობის მიზეზით. არაერთხელ დეკლარირებულის მიუხედავად, დღემდე ვერ გამოიკვეთა, თუ რომელი ვალებია უიმედო და ვისთან შეიძლება მათ დაფარვაზე მუშაობა. როგორც ჩანს, საგადასახადო ინსპექციების მხრიდან შემცირდა გადამხდელებზე ადმინისტრაციული ზეწოლა, რამაც გამოიწვია ამოღების პროცენტის დაწევა, ჯარიმებისა და საურავებიდან შემოსული სახსრების შემცირება და სხვა შედეგები, რომლებიც სოციალური ბიუჯეტის ფისკალურ მდგომარეობასთან არის დაკავშირებული.

ვწუხვართ, რომ ამ საკითხების პრიორიტეტულობა დღემდე არ არის გათავისებულები შესაბამისი სტრუქტურების მიერ და შესაძლოა ამის მიზეზია ბევრი გაუგებრობაც. ჩვენ ვვარაუდობთ, რომ არ არის გამორიცხული ადგილი ჰქონდეს სოციალური გადასახადების საკმაოდ დიდი თანხების გადაქაჩვას ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტების სხვა მუხლებში.

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში სახელმწიფო პროგრამები თითქმის მთლიანად დაცული მუხლების კლასიფიკატორს მიეკუთვნება და ბუნებრივია, საბიუჯეტო ტრანსფერებიც ამ პრინციპით უნდა ნაწილდებოდეს. ასეთ სიტუაციაში სრულიად ალოგიკურად გვეჩვენება, როდესაც პირველ კვარტალში ცენტრალური ბიუჯეტიდან გაცემულ ასიგნებათა ხარჯვის ხვედრითმა წილმა, წლის მთლიან მოცულობაში, 11.9% შეადგინა, ხოლო სოციალური უზრუნველყოფის ერთიან სახელმწიფო ფონდზე და ჯანდაცვით პროგრამებზე ფაქტიურმა ტრანსფერტმა წლიური გეგმის მხოლოდ 4.6%-ს მიაღწია.

მთლიანად, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში არსებული დავალიანებები 2000 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით, 170 მილიონ ლარს აღემატება.

საპენსიო უზრუნველყოფის სფეროში წარმოქმნილი ეს პრობლემები ზედმიწევნით ზუსტად ასახავს ეროვნული მეურნეობის ყველა სექტორში არსებულ მდგომარეობას, რომლის ძირითადი მიზეზები, ეკონომიკაში

არსებული ობიექტური სიმწელებების გარდა, შესაბამისი სტრუქტურების ფუნქციების აღსრულებაში არსებული სერიოზული პრობლემებია:

- ეროვნული მეურნეობის სხვადასხვა სექტორის ასიმეტრიული და არასისტემური განვითარება (განვითარების სხვადასხვა მოდელი და სტადია), რომელიც ბუნებრივ წინააღმდეგობებს წარმოქმნის, ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის მნიშვნელოვან შემაფერხებელ ფაქტორს წარმოადგენს;
- ეკონომიკის პროგნოზირებისა და მართვის მექანიზმების ნაკლოვანებები, რომელიც ორი უმნიშვნელოვანესი სახელმწიფო დოკუმენტის – ინდიკატიური გეგმისა და სახელმწიფო ბიუჯეტის – მნიშვნელოვან შეუსაბამობაში აისახება;
- მთლიანი შიდა პროდუქტის დაბალი მოცულობის ერთ-ერთი მიზეზი არაფორმალური სექტორის საგანგაშო მასშტაბებია, რაც იწვევს კორუფციის უკონტროლო განვითარებას და ქართული სახელმწიფოს არსებობის რეალურ საფრთხეს წარმოადგენს;
- შემფოთებას იწვევს არა მარტო საბიუჯეტო შემოსავლების და, მათ შორის, სოციალური გადასახადებისა და შენატანების მობილიზებაში არსებული მძიმე მდგომარეობა (რაზეც აქ უკვე ბევრი ისაუბრეს), არამედ მობილიზებული შემოსავლების პრიორიტეტების მიხედვით განაწილებაც. წლიდან წლამდე იგნორირებულია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სასიცოცხლოდ აუცილებელი პროგრამები. მაგალითად, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებამ 2000 წლის პირველ კვარტალში წლიური დაფინანსების მხოლოდ 11.4% შეადგინა, რაც ქმნის იმის საშიშროებას, რომ, ასე გაგრძელების შემთხვევაში, წლიური დაფინანსება ბიუჯეტით განსაზღვრული მოცულობის 50%-საც კი ვერ მიაღწევს და, შესაბამისად, ვერ შესრულდება სახელმწიფო ვალდებულებები ამ სფეროში. მით უმეტეს, რომ ეს ვალდებულებები სამედიცინო მომსახურების მიმართ მოსახლეობის რეალური მოთხოვნილების მხოლოდ 15%-ს ფარავს;
- ხელისუფლების სხვადასხვა შტოთა ეფექტიანი თანამშრომლობის არარსებობა, რაც ხშირად იწვევს სხვადასხვა, ურთიერთგამომრიცხავი გადაწყვეტილებების მიღებას საკანონმდებლო და აღმასრულებელი ხელისუფლების მიერ. ამის ერთ-ერთ გამოხატულებად შეიძლება ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ მრავალი მსხვილი გადამხდელი,

შეიძლება ითქვას, დემონსტრაციულად არ იხდის სოციალურ გადასახადებსა და შენატანებს. მარტო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანების დავალიანებები მსხვილ გადამხდელთა მიხედვით 2000 წლის 1 მარტისთვის 3.7 მილიონ ლარს შეადგენს. დავალიანებები გააჩნია ისეთ ორგანიზაციებსაც კი, როგორცაა „AES თელასი“ (164 ათასი ლარი), „ყაზბეგი-კასტელი“ (101 ათასი ლარი), „კოკა-კოლა“ (82 ათასი ლარი) და სხვა.

- მნიშვნელოვან სრულყოფას მოითხოვს ქვეყნის საკანონმდებლო სივრცე. სამწუხაროდ, მიღებული არ არის ან არ მოქმედებს რიგი ძირითადი კანონებისა (მაგალითად, მიღებული არ არის კანონები საპენსიო უზრუნველყოფის, სოციალური დაზღვევის, ადგილობრივი ბიუჯეტის და საკუთრების ფორმების გამიჯვნის შესახებ). ზოგჯერ ადგილი აქვს სხვადასხვა ინტერესით ლობირებული საკანონმდებლო ვალდებულებების აღებას, რომელთაც არა აქვთ რეალური ეკონომიკური საფუძველი და ხშირად ჩიხში აყენებს აღმასრულებელ ხელისუფლებას, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს ამ პოპულისტური კანონების აღსრულებას (ომის ვეტერანთა და მათთან გათანაბრებულ პირთა, რეპრესირებული ოჯახების სოციალური დაცვის შესახებ და სხვა);
- ხშირად პარალიზებულია აღმასრულებელი ხელისუფლების სხვადასხვა სტრუქტურას შორის ინტერსექტორული თანამშრომლობა. სამწუხაროდ, ნაკლებად ეფექტიანია დარგთაშორისი კომისიების მუშაობა, ჩემი და ჩემი კოლეგების ერთობლივი ბრძანებები და სხვა;
- მასობრივ ხასიათს ატარებს ადგილობრივი ხელისუფლების მიერ მოსახლეობის წინაშე აღებული სოციალური ვალდებულებების შეუსრულებლობა. მაგალითად, მიმდინარე წლის პირველი კვარტლის მონაცემებით, ჯანმრთელობის მუნიციპალური პროგრამების დაფინანსება ახალქალაქის, ახმეტის, ლენტეხის, მარნეულის, წალენჯიხის და ხონის რაიონებში ნულის ტოლია, 1%-ზე ნაკლებია ახალციხის, მარნეულს და მარტვილის რაიონებში. მთლიანობაში, საქართველოს ტერიტორიული ერთეულების მიერ პირველი კვარტლის მონაცემებით, ადგილობრივი ბიუჯეტების საერთო ხარჯებში ჯანმრთელობის დაცვის წილმა, კანონით განსაზღვრული არანაკლებ 10%-ის ნაცვლად, მხოლოდ 2,5% შეადგინა;

- ქვეყნის ინსტიტუციური გარდაქმნების არათანმიმდევრულობა შეუღლებულია შესაბამისი საკადრო პოლიტიკის არასრულყოფილებასთან.

ამ მიზეზთა ერთობლიობის ნეგატიური შედეგები ყველა სფეროში აირეკლება. ჯანმრთელობის დაცვაში შექმნილი მდგომარეობა იმის ნათელი მაგალითია, რომ მხოლოდ ერთ დარგში გატარებული სისტემური და თანმიმდევრული რეფორმით პროგრესის მიღწევა პრაქტიკულად შეუძლებელია. დღესდღეობით ვერ მოხერხდა მოსახლეობისთვის ბაზისური სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანმრთელობის დაცვის ქრონიკული დაუფინანსებლობის, სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ სახელმწიფოს მზარდი ვალებისა და მოსახლეობის გადახდისუნარიანობის მკვეთრი შემცირების პირობებში, სამედიცინო მომსახურების საფასური უკიდურესად მძიმე ტვირთად აწევა ოჯახებს, გაკოტრების საფრთხეს უქმნის სამედიცინო დაწესებულებებს, ხოლო სამედიცინო პერსონალისთვის ხშირად ტრადიციული ეთიკური ნორმების დარღვევის მიზეზად იქცევა.

ქვეყნის სოციალური კრიზისიდან გამოყვანის ერთადერთი გზა მიზანმიმართული და ეფექტიანი სოციალური პოლიტიკის განხორციელებაა, რომელიც საჭიროებს ყოვლისმომცველ სისტემურ მიდგომას და შესაბამისი ფინანსურ-ეკონომიკური ბაზისის უზრუნველყოფას.

ამ მიზნის მიღწევის გზაზე განსახორციელებელ გადაუდებელ ამოცანებს მიეკუთვნება:

- საფინანსო-საბიუჯეტო პოლიტიკის დამყარება რეალურ ეკონომიკურ პროგნოზებზე, რომელიც პროგრამული და მიზნობრივ პროგრამული მართვის მეთოდებით იქნება უზრუნველყოფილი;
- საგადასახადო კოდექსის და საგადასახადო პოლიტიკის არსებითი რევიზია შესაბამისი ინსტიტუციური ცვლილებებით;
- სახელმწიფო ვალდებულებების ობიექტურად განსაზღვრა და საბიუჯეტო პრიორიტეტების უცილობელი დაცვის უზრუნველყოფა კანონის მიხედვით (და არა კანონგარეშე „ლიმიტებისა“ და ძალისმიერი ზეწოლის მეთოდებით);

- ყველა დონის ბიუჯეტის კოორდინირების უზრუნველყოფა და ხელისუფლების მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულებაზე პასუხისმგებლობის გაძლიერება;
- საკანონმდებლო გარემოს მოწესრიგება და საკანონმდებლო კოლიზიების აღმოფხვრა;
- სახელმწიფოებრივი მმართველობის სისტემის ძირეული გარდაქმნა ყველა დონეზე, რომელიც მოიცავს საკანონმდებლო და აღმასრულებელ ხელისუფლებას შორის ურთიერთქმედების მექანიზმების გაუმჯობესებას, ხოლო აღმასრულებელი ხელისუფლების შიგნით ეფექტიანი ინტერსექტორული მუშაობის დაწყებას;
- თანამედროვე მოთხოვნების შესატყვისი ინსტიტუციური სისტემების ფორმირება სახელმწიფოებრივი მმართველობის ყველა დონეზე; სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული ჯარბი კადრების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ოპტიმიზაცია მომზადება-გადამზადებისა და შრომის ანაზღაურების ადეკვატური სისტემის ჩამოყალიბების პირობებში.

ჩვენი აზრით, ამ ამოცანების გადაჭრა სავსებით შესაძლებელია და ის თანმიმდევრულ, თანწყობილ და ერთიან მოდელზე დამყარებული სოციალურ-ეკონომიკური რეფორმების დაჩქარების და გაღრმავების რეალური საწინდარი გახდება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

პარლამენტის სხდომა

2000 წლის 6 მაისი

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის დამტკიცება

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

მინისტრობის კანდიდატი

ბატონო თავმჯდომარე,
პატივცემულო დეპუტატებო,

არცთუ ისე დიდი ხნის წინ, კერძოდ კი გასული წლის დეკემბერში, პატივი მქონდა გამოვსულიყავი თქვენ წინაშე, როდესაც საქართველოს პარლამენტი იხილავდა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ახლადშექმნილი სამინისტროს ხელმძღვანელად ჩემი დანიშვნის საკითხს.

იმ სხდომაზე საკმარისად ვრცლად ვისაუბრე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში განხორციელებულ რეფორმაზე და სოციალური სფეროს განვითარების ჩემეულ ხედვაზე, ახალი სამინისტროს ფუნქციებზე და მის წინაშე მდგარ ამოცანებზე. ამიტომ ამჯერად თქვენს ყურადღებას მოკლედ შევაჩერებ განვლილი 5 თვის შედეგებზე და უფრო ვრცლად ვილაპარაკებ მოსახლეობის სოციალური დაცვის სისტემის გაუმჯობესების პერსპექტივებზე.

ახალი სამინისტროს ჩამოყალიბების საკვანძო საკითხს წარმოადგენდა მის წინაშე მდგარი ამოცანებისა და პრიორიტეტების დაზუსტება, რის უზრუნველსაყოფადაც შემუშავდა „საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლები“, რომელიც განიხილა და მოიწონა 2000 წლის 22 იანვარს გამართულმა მთავრობის გაფართოებულმა სხდომამ. მის საფუძველზე მომზადდა „საქართველოს სოციალური განვითარების საპრეზიდენტო პროგრამა“, რომელიც საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის წინასაარჩევნო პროგრამის ნაწილი გახდა. მსოფლიო ბანკთან ერთად დაიწყო მუშაობა სიღარიბის დაძლევის პროგრამაზე.

დარგი გადავიდა პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ მართვაზე, რამაც, უმკაცრესი დეფიციტის პირობებში, უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობის სოციალური პრობლემების ოპტიმალური გადაწყვეტა.

შრომითი ურთიერთობის რეგულირების მიმართულებით უმნიშვნელოვანესი საკითხია საქართველოს შრომის კანონთა კოდექსის ახალი რედაქციის შემუშავება, რომელშიც გათვალისწინებულ იქნება როგორც შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის კონვენციები, ისე ევროპის სოციალური ქარტიით განსაზღვრული შრომითი ურთიერთობის ნორმები.

შრომითი ურთიერთობის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულებაა შრომის ანაზღაურების პრობლემატიკა. ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკურმა გარდაქმნებმა მიგვიყვანა შრომითი ურთიერთობების ლიბერალიზაციამდე. სახელმწიფო დონეზე აღარ ხორციელდება შრომის ანაზღაურების მართვა, ხოლო საბაზრო რეგულატორები ჯერ კიდევ სრულყოფილად ვერ მოქმედებენ. ბოლო პერიოდში, ეკონომიკური ზრდის ტენდენციების ჩამოყალიბების მიუხედავად, ხელფასი კვლავ არასაკმარისად არის დაკავშირებული ეკონომიკურ ინტერესებთან. ამიტომ, მნიშვნელოვან ამოცანად გვესახება შრომის ანაზღაურების სისტემის რეგულირება და, პირველ რიგში, სავალდებულო მინიმალური ხელფასის დონის ამაღლება საარსებო მინიმუმის 80%-მდე, ხუთი წლის განმავლობაში.

დასმული ამოცანის შესასრულებლად საჭიროა:

- საბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების დიფერენცირება და მისი სისტემატური ამაღლება გამოყენებული შრომითი რესურსების მუდმივი ოპტიმიზაციის გზით;
- არასაბიუჯეტო სფეროში შრომის ანაზღაურების ლეგალიზაცია სათანადო შრომითი ხელშეკრულებების დადებისა და „ტრიპარტიზმის“ სისტემით რეგულირების პირობებში;
- შრომის ბაზარზე სავალდებულო მინიმალური დაუბეგრავი ხელფასის შემოღება დასაქმების რეგისტრაციის სისტემის სრულყოფის პირობებში.

საქართველოში განვითარებული ეკონომიკური კრიზისის პირობებში განსაკუთრებული სიმწვავეით გამოიკვეთა დასაქმების პრობლემა. შრომითი

რესურსების, ქვეყნის ერთობლივი პოტენციური სამუშაო ძალის რაოდენობრივი შემცირების მიუხედავად, რომელიც უმთავრესად დემოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორებით, კერძოდ კი მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის რეჟიმის გაუარესებით და ინტენსიური გარე მიგრაციითაა განპირობებული, მნიშვნელოვნად გაღრმავდა სამუშაო ძალის მოთხოვნა-მიწოდების დისპროპორცია.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს შრომითი რესურსების ოპტიმალური დასაქმების მიღწევა და უმუშევრობის მაქსიმალურად შემცირება. ამ ამოცანის გადასაჭრელად საჭიროა სახელმწიფოს მიერ აქტიური დასაქმების პოლიტიკის გატარება, რომელიც, ერთი მხრივ, არ დაუშვებს მასობრივ უმუშევრობას და, მეორე მხრივ, ხელს არ შეუშლის დასაქმების რაციონალიზაციისა და ეკონომიკის სტრუქტურული გარდაქმნის პროცესში მუშაკთა გამოთავისუფლებას.

მომავალი 5-7 წლის განმავლობაში დასაქმების პოლიტიკა მიმართული იქნება დაბალანსებული საინვესტიციო და საგადასახადო პოლიტიკის გატარებაზე, რომელიც მოახდენს ხარჯების შემცირების, არსებული სამუშაო ადგილების მაქსიმალური გამოყენების, მცირე ბიზნესის განვითარების სტიმულირებას და წარმართავს კაპიტალურ დაბანდებებს როგორც ახალ, ისე დასაქმების ტრადიციულ დარგებში.

მეწარმეობის, მცირე და საშუალო ბიზნესის, ინდივიდუალური შრომითი საქმიანობის სტიმულირების სისტემის დანერგვისას, უპირველეს ყოვლისა, გათვალისწინებულ იქნება შრომის ბაზარზე კრიტიკული სიტუაციის მქონე რეგიონები.

აღნიშნული პოლიტიკის განსახორციელებლად გათვალისწინებულია შემდეგი ძირითადი ღონისძიებები:

- შრომის ბაზრის მონიტორინგისა და ანალიზის სისტემის ჩამოყალიბება;
- დასაქმების პრიორიტეტული სფეროების ინდენტიფიცირება და განვითარება;
- კადრების მომზადებისა და გადამზადების მოქნილი სისტემის ჩამოყალიბება;

- უმუშევრებისთვის სამუშაოს ძიებისა და საკონსულტაციო მომსახურების ეფექტიანი სახელმწიფო და კერძო სისტემების შექმნა;
- უმუშევართა სოციალური დაცვის ეფექტიანი მექანიზმების დანერგვა.

განსაკუთრებული ყურადღება მიექცევა ახალგაზრდობის პროფესიული მომზადებისა და დასაქმებისთვის მაქსიმალურად ხელისშემწყობი პირობების შექმნას, რაც უზრუნველყოფს მათ, როგორც ქვეყნის განვითარების პოტენციალის ძირითადი ნაწილის, თვითრეალიზებას.

შრომითი ურთიერთობების მოწესრიგებისა და შრომის ბაზრის რეგულირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა შრომის უსაფრთხოების დაცვის გარანტიების გაზრდა, რითაც 2007 წლისთვის მიღწეულ უნდა იქნეს საწარმოო ტრავმატიზმის შემცირება 30%-ით, ქვეყანაში რეგისტრირებული სამუშაო ადგილების 80%-ის შესატყვისობა მოქმედ შრომის ნორმებთან, ქალთა დასაქმების შემცირება 80%-ით და, მძიმე და მავნე პირობებში, არასრულწლოვანთა დასაქმების სრული ლიკვიდაცია.

შრომისა და დასაქმების მიმართულებით განვლილ ხუთ თვეში შევძელით გარკვეული ნაბიჯების გადადგმა, კერძოდ:

- ფუნქციონირება დაიწყო საქართველოს შრომითი და ეკონომიკური ურთიერთობების მომწესრიგებელმა მუდმივმოქმედმა სამმხრივმა კომისიამ;
- სამინისტროს სტრუქტურაში პირველად შეიქმნა სოციალური პარტნიორობისა და შრომითი დავების მარეგულირებელი სტრუქტურული ერთეულები;
- დაიწყო უმუშევართა და სამუშაოს მაძიებელთა აღრიცხვისა და შემწეობით უზრუნველყოფის ახალი კომპიუტერული პროგრამის დანერგვა;
- მომზადდა დებულების „უმუშევართა აღრიცხვის, შემწეობის დანიშვნისა და გაცემის წესის შესახებ“ პროექტი, რომლის მნიშვნელოვანი სიახლეა უმუშევართა კიდევ ორი კატეგორიის – დევრეტული შვებულებიდან გამოსულებისა და სამხედრო სამსახურიდან დემობილიზებულების – შემწეობით უზრუნველყოფა;
- ექსპერიმენტის სახით, მცხეთაში გაიხსნა ახალი ტიპის დასაქმების ცენტრი საერთაშორისო ექსპერტების რეკომენდაციების

გათვალისწინებით. აღნიშნულ ცენტრში განხორციელდება უმუშევართა მომსახურებისა და მათი დასაქმების ხელშეწყობის სრული სპექტრი;

- დაიწყო უმუშევართა გადამზადების სისტემის რეფორმა, რომელიც სრულად მოექცევა შრომის ბაზრის არსებულ მოთხოვნებში.

ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით გრძელდებოდა დარგის რეორიენტაციით გათვალისწინებული სამუშაოები. საქართველოს პრეზიდენტის 2000 წლის 5 მაისის №179 ბრძანებულებით, „საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლების განხორციელების გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“, დამტკიცდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი განხორციელების სტრატეგიული გეგმა მომავალი 10 წლისათვის. აღნიშნული დოკუმენტები გასულ წელს მოიწონა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ, რომელმაც გამოთქვა მათ რეალიზებაში მნიშვნელოვანი მხარდაჭერის მზადყოფნა.

სოციალური განვითარების პროგრამის თანახმად, სოციალური დაცვის სისტემის ძირეულ რგოლად მიჩნეულია ოჯახი, როგორც ქართული საზოგადოების უნიკალური მატრიცა. მოძრაობა პირადი კეთილდღეობიდან ოჯახური კეთილდღეობისკენ სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის უმთავრესი მიმართულება უნდა გახდეს. სოციალური პოლიტიკა დაიცავს ოჯახის ინტერესებსა და უფლებებს საზოგადოებრივი განვითარების პროცესში და შესაძლებლობას მოგვცემს ზემოქმედება მოვახდინოთ და გადავჭრათ მისი სპეციფიკური პრობლემები, გავაძლიეროთ ოჯახის რეპროდუქციული, ეკონომიკური და აღმზრდელობითი ფუნქციები.

ოჯახის მხარდაჭერის ეფექტიანობის ამაღლებას შეუძლია უზრუნველყოს მისი პრობლემებისადმი კომპლექსური მიდგომა, რათა თავიდან ავიცილოთ არაკეთილდღეობის მიზეზები და არამხოლოდ მათი შედეგები. აუცილებელია დახმარების სახეების სტრუქტურაში აქცენტების გადანაცვლება, პრიორიტეტების მინიჭება მხარდაჭერის ისეთი აქტიური ფორმებისადმი, როგორიცაა: დამატებითი სწავლება, კვალიფიკაციის შეცვლა, შრომითი მოწყობა, თვითდასაქმების დაკრედიტება, უნარშეზღუდულ ოჯახის წევრთა რეაბილიტაცია და სხვა.

ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს სტრატეგიულ ამოცანას წარმოადგენს ქვეყანაში სოციალური რისკების მართვის ეფექტიანი სისტემის ჩამოყალიბება, რომლისთვისაც საჭიროა მოსახლეობის სოციალური დაცვის სისტემის უპირატესად სოციალური დაზღვევის პრინციპებით აგება.

ახალი საპენსიო პოლიტიკის ძირითადი მიზანია მოსახლეობის სიღარიბისგან დაცვა ასაკის, ინვალიდობისა და მარჩენალის დაკარგვის შემთხვევაში. ამ მიზნის მიღწევის ინსტრუმენტად უნდა იქცეს ეკონომიკური, ფისკალურად მდგრადი, საყოველთაო და სავალდებულო სახელმწიფო საპენსიო სისტემის ოპტიმალური შეხამება კერძო საპენსიო სისტემებთან. ამ მიზნის განხორციელება გულისხმობს სამი ამოცანის გადაჭრას, კერძოდ:

1. საპენსიო დავალიანებათა სრულ დაფარვას 2002 წლამდე;
2. სახელმწიფო საპენსიო უზრუნველყოფის დონის შრომითი საქმიანობის შედეგებთან ეტაპობრივ მიახლოებას (2007 წლისთვის მან უნდა მიაღწიოს სავალდებულო მინიმალური ხელფასის ოდენობას);
3. საპენსიო უზრუნველყოფის სისტემის სრულყოფას და სადაზღვევო სისტემის ეტაპობრივ ამოქმედებას (2007 წლისთვის ახალი სისტემით პენსიების მიმღებთა რიცხვი უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 40%-ს).

საინტერესოა, რომ საპენსიო სისტემის სრულყოფის უკვე ჩატარებული სამუშაოების შედეგად, რომელიც აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით გერმანელ სპეციალისტებთან ერთად ხორციელდება, მოსალოდნელია პენსიის მიმღებთა რიცხვისა და, შესაბამისად, საპენსიო უზრუნველყოფის ხარჯების საგრძნობი (რამდენიმე მილიონი ლარის ფარგლებში) შემცირება. აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო ამ მიზნით 6000 სპეციალური შემმოწმებლის მუშაობის დაფინანსებას გეგმავს.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფების სოციალური დახმარების მოქმედი სისტემის სრულყოფაც, რომელიც, დამატებითი პირობების შექმნისა და შემოსავლების გაზრდის გზით, ხელს შეუწყობს განსაზღვრულ სოციალურ ჯგუფებს გამოავლინონ საკუთარი შესაძლებლობები სილატაკისგან თავის დასაღწევად, ხოლო მოსახლეობის იმ ნაწილს, რომელიც ამგვარ შესაძლებლობებს მოკლებულია ობიექტური მიზეზების გამო, გაუწევს მატერიალურ დახმარებას.

ამ მიმართულებით გამოიყოფა ორი ძირითადი ამოცანა. პირველი გულისხმობს ფულადი დახმარების მიმართვას უკიდურეს სიღატაკეში მყოფ ადამიანებზე, რათა მოსახლეობის ამ ნაწილისთვის ფინანსური დახმარებების საშუალებით განხორციელდეს შემოსავლის შევსება საარსებო მინიმუმამდე. ამ ამოცანის შესასრულებლად გასატარებელია შემდეგი ღონისძიებები:

- სოციალური დახმარების შესახებ კანონისა და ქვეკანონური აქტების მიღება, რომლებიც განსაზღვრავენ დახმარების მიმღები სოციალურად ყველზე დაუცველი კონტინგენტის შერჩევის კრიტერიუმებს და დახმარების მიღების ზომებსა და სახეებს;
- სოციალურად დაუცველი კონტინგენტის იდენტიფიცირებისა და აღრიცხვის სისტემის შექმნა;
- ყველა დონის ბიუჯეტში სოციალური დახმარებების დაფინანსებისა და მათი დაცულობის მექანიზმის სრულყოფა.

მეორე მნიშვნელოვანი ამოცანაა მოსახლეობის დაუცველი ფენების (მაწანწალა და მშობლების ზრუნვას მოკლებული ბავშვები, შრომის უნარდაკარგული და უნარდაქვეითებული პირები, მარტოხელა დედები, ქვევითი ხასიათის დარღვევების მქონე ბავშვები, ფუნქციამოშლილი ოჯახები, მოხუცები, რომლებსაც არ შეუძლიათ საკუთარ თავზე ზრუნვა და სხვა) სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება. ის გულისხმობს აღნიშნული კონტინგენტის მაქსიმალურ მოცვას არაფულადი დახმარებისა და შეღავათების, მიზნობრივი დასაქმების, სოციალური რეაბილიტაციის, საზოგადოებაში რეინტეგრირებისა და სხვა სოციალური მომსახურების პროგრამებით. ამ ამოცანის განსახორციელებლად გასატარებელია შემდეგი ღონისძიებები:

- სოციალურად დაუცველი კონტინგენტისთვის მოკლე და გრძელვადიანი მიზნობრივი დასაქმების პროგრამების განხორციელება;
- ინვალიდი ბავშვების აღზრდა სხვა ბავშვებთან ერთად და მათთვის ოჯახური/საზოგადოებრივი სოციალური მომსახურებების უზრუნველყოფა დაფინანსების დეცენტრალიზებულ საწყისებზე, არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და საზოგადოების სხვა ჯგუფების მონაწილეობით;
- ოჯახების ხელშეწყობა, რათა მათ თავად იზრუნონ თავიანთ დაუცველ წევრებზე.

მინდა მოგახსენოთ მოსაზრებები იმ საკითხებზე, რომელთა გადაწყვეტაც პრეზიდენტის პროგრამით განსაზღვრული სოციალური პოლიტიკის განხორციელების აუცილებელი პირობაა. უპირველეს ყოვლისა, ეს შეეხება დაფინანსებას.

ჩვენი მონაცემებით, სოციალური სფეროს სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაში შექმნილი საკმაოდ მძიმე მდგომარეობა სერიოზულ საფრთხეს ქმნის ქვეყნის ხელისუფლების მიერ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის წინაშე აღებული ვალდებულებების შესრულების თვალსაზრისით.

საგანგაშოა არა მარტო დაფინანსების გეგმის პარამეტრების შეუსრულებლობა, არამედ თვით ეკონომიკური ბლოკის სამინისტროების არასწორი მიდგომა სოციალური დანიშნულების პროგრამებზე გასაწევი ხარჯების პრიორიტეტულობის თვალსაზრისით. აღნიშნულს ადასტურებს ის, რომ 1999 წელს ჯანდაცვის სფეროს ხარჯების წილმა ქვეყნის მთლიან შიდა პროდუქტში შეადგინა 0,6% და ეს მაშინ, როცა ეს მაჩვენებელი მსოფლიოს დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში – 1%, საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში – 2,4%, ლათინურ ამერიკასა და კარიბის ზღვის აუზში – 2,6%, ახლო აღმოსავლეთსა და ჩრდილოეთ აფრიკაში – 2,3%, აფრიკის საჰარის ქვემოთ ქვეყნებში – 1,7%-ია. არაფერს ვამბობ მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებზე, სადაც აღნიშნული სიდიდე 6%-ზე მეტია. სწორედ ასეთი მიდგომის ბრალი გახლავთ ისიც, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯვით ნაწილში ჯანმრთელობის დაცვაზე გამოყოფილი სახსრების ხვედრითი წილი შემცირების ტენდენციით ხასიათდება, კერძოდ, 1997 წელს ის 3,5%-ს შეადგენდა, 1998 წელს – 3,4%, ხოლო 1999 წელს – 1,7%, ანუ გასულ წელს ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული ხარჯის ხვედრითი წილი ორჯერ შემცირდა, ხოლო, რაც შეეხება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გაწეული ხარჯების ხვედრით წილს ქვეყნის მთლიან შიდა პროდუქტთან, იგი 0,3%-მდე დაეცა (1997 წელს – 0,6%, 1998 წელს – 0,6%), ანუ თითქმის 3-ჯერ ნაკლებია, ვიდრე სამხრეთ აზიის ქვეყნების შესაბამისი მაჩვენებელი (0,8%).

დავუშვათ, რომ ზემოხსენებული ობიექტური გარემოებებით იყო განპირობებული (თუმცა ამ კონტექსტში არგუმენტების მოძებნა

აუცილებლად გაუჭირდება შესაძლო ოპონენტს), მაგრამ როგორ ავხსნათ ის, რომ განსაზღვრული და დაგეგმილი არ სრულდება?

ავიღოთ ბოლო წლებში ბიუჯეტის შესახებ კანონით განსაზღვრული პარამეტრების შესრულების მდგომარეობა. 1997 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ღონისძიებები დაფინანსებულ იქნა მხოლოდ 56,5%-ით, 1998 წელს – 58%-ით, 1999 წელს – 55,3%-ით. ანუ ბოლო სამი წლის განმავლობაში მხოლოდ ამ დარგში შესრულებული სამედიცინო პროგრამების მიმართ დავალიანება 38,9 მილიონ ლარს აღწევს, რომელიც დღესაც არ არის დაფიქსირებული ქვეყნის შიდა ვალებშიც კი. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ ჩვენთან დამკვიდრდა ნიჰილისტური დამოკიდებულება ბიუჯეტის შესახებ კანონის შესრულების მიმართ.

მოგეხსენებათ, ყველა სახელმწიფო პროგრამა, რომელსაც ახორციელებს ჩვენი სამინისტრო, დაცულ მუხლებს განეკუთვნება. 1999 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონში გათვალისწინებული იყო დაცული მუხლებით ხარჯის გაწევა 704,4 მილიონი ლარის ფარგლებში, რომელსაც დააკლდა 92,2 მილიონი ლარი. და ეს მაშინ, როდესაც სხვა საერთო ხარჯები გაწეულ იქნა 295,6 მილიონი ლარის ფარგლებში. მე მგონი, ქვეყანაში და, მით უმეტეს, ერთ რომელიმე ან რამდენიმე უწყებაში არავის არ ჰქონდა უფლება, „უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში, დონორზე ან სოციალურ-საზოგადოებრივი პროგრამის მიხედვით პენსიონერებზე გასაცემი თანხა დაეხარჯა „დაუცველ“ მუხლებზე. ამით, ფაქტობრივად, საფრთხის წინაშე დააყენეს ადამიანის სიცოცხლე (ვგულისხმობ სამედიცინო დაწესებულებების საოპერაციო და რეანიმაციის განყოფილებებს).

ვფიქრობ, საგანგაშო ისაა, რომ ასეთი დამოკიდებულება სოციალური პროგრამების, მათ შორის, ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსების მიმართ მიმდინარე წელსაც გრძელდება მისი ყველაზე ცუდი მოდელით, რომელიც ქმნის აუტანელ ატმოსფეროს ქვეყნისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი პროგრამების თვალსაზრისით.

აღნიშნულის დასადასტურებლად გაცნობებთ, რომ მიმდინარე წლის ოთხ თვეში საერთოდ არ დაფინანსებულა „უმწიფო ოჯახთა სოციალური შემწეობის პროგრამა“; „მოსახლეობის საპენსიო უზრუნველყოფის პროგრამა“

დაფინანსებულ იქნა 62,9%-ის დონეზე, მათ შორის, საბიუჯეტო ტრანსფერტის ხარჯზე 33,5%-ის ფარგლებში. აღნიშნულ პერიოდში ინვალიდების სახელმწიფო პროგრამა დაფინანსებულ იქნა 1,9 მილიონი ლარის ფარგლებში, რომლის მნიშვნელოვანი ნაწილი, ფინანსთა სამინისტროს მიერ ინვალიდების დეპარტამენტის მეშვეობით, მიმართულ იქნა გასული წლის ვალების დასაფარავად, ხოლო მიმდინარე წელს შესასრულებელი ღონისძიებების დაფინანსების ბედი შესაძლოა გასარკვევიც იყოს.

მიმდინარე წელს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ფაქტობრივად მიღებულმა შემოსავლებმა 53,5 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 19,2%) შეადგინა, მათ შორის, საკუთარი შემოსავლები 46,4 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 26,5%) და საბიუჯეტო ტრანსფერი 7,2 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 6,9%) იყო.

ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებისთვის ფაქტობრივად მიღებულმა შემოსავლებმა 8,78 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 17,8%) შეადგინა, მათ შორის, საკუთარი შემოსავლები 6,1 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 28,7%) და საბიუჯეტო ტრანსფერი 2,7 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 9,6%) იყო.

მოსახლეობის საპენსიო უზრუნველყოფის პროგრამებისთვის ფაქტობრივად მიღებულმა შემოსავლებმა 43,4 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 23,1%) შეადგინა, მათ შორის, საკუთარი შემოსავლები 3,9 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 26,3%) და საბიუჯეტო ტრანსფერი 4,4 მილიონი ლარი (დაგეგმილის 11,2%), იყო.

არსებითი ისაა, რომ, თუ ასეთი ტენდენცია გაგრძელდა, მაშინ წელს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები დაფინანსებულ იქნება მხოლოდ 53%-ის დონეზე, ისიც მნიშვნელოვანწილად სავალდებულო სამედიცინო შესატანის, (3+1)-ის ხარჯზე, ანუ ამ პროგრამებს დააკლდება 23,1 მილიონი ლარი; მათ შორის, სამედიცინო პროფილაქტიკური პროგრამები დაფინანსებულ იქნება ქვეყნის ბიუჯეტით გათვალისწინებული მოცულობის 11%-ის ფარგლებში; სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები მხოლოდ 77%-ის ფარგლებში, მათ შორის, საბიუჯეტო ტრანსფერის ხარჯზე მხოლოდ 59,9%-ის ფარგლებში, ხოლო, რაც შეეხება „უმწეო ოჯახთა სოციალური შემწეობის

პროგრამას“, წლის ბოლომდე მისი დაფინანსების დონე 49%-ზე მეტი არ იქნება. მოსალოდნელია საქართველოს სოციალური უზრუნველყოფის ერთიანმა სახელმწიფო ფონდმა პენსიონერების წინაშე ვალდებულებების შესრულება შეძლოს ბიუჯეტში გათვალისწინებული პარამეტრების მხოლოდ 77,9%-ის ფარგლებში, ანუ წარმოიქმნას 8,8 მილიონი ლარის დეფიციტი (იგულისხმება მხოლოდ ცენტრალური ბიუჯეტიდან მისაღები თანხები, რომელსაც აუცილებლად დაემატება ქვეყნის ტერიტორიული ერთეულების მიერ ადგილობრივი შემოსავლების გეგმის შეუსრულებლობის მიზეზით გამოწვეული დეფიციტი, რაც საბოლოო ჯამში, 17,5 მილიონი ლარის ოდენობას მიაღწევს.

ყოველივე ზემოაღნიშნული მწარე სიმართლე გახლავთ, რის გამოც აუცილებელია შესაბამისი ზომების მიღება, რადგან, ხვალაც ასე გაგრძელების შემთხვევაში, ზეგ უკვე შეიძლება ძალიან გვიან იყოს. ამიტომ, სრული სერიოზულობით მიიღება განვაცხადო, რომ დღის წესრიგში მთელი სიმწვავეთ დგას არა სამინისტროს, არამედ ქვეყნისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი დარგის გადარჩენის, სოციალურად დაუცველი ფენების მიმართ ხელისუფლების მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულების ამოცანა.

ქვეყნის სოციალური კრიზისიდან გამოყვანის ერთადერთი გზა მიზანმიმართული და ეფექტიანი სოციალური პოლიტიკის განხორციელებაა, რაც ყოვლისმომცველ სისტემურ მიდგომას და შესაბამისი ფინანსურ-ეკონომიკური ბაზისის უზრუნველყოფას საჭიროებს. ამ მიზნით განსახორციელებელი გადაუდებელი ამოცანებია:

- საფინანსო-საბიუჯეტო პოლიტიკის რეალურ ეკონომიკურ პროგნოზებზე დაფუძნება, რაც პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამული მართვის მეთოდებით იქნება უზრუნველყოფილი;
- საგადასახადო კოდექსის და საგადასახადო პოლიტიკის არსებითი რევიზია შესაბამისი ინსტიტუციური ცვლილებებით;
- სახელმწიფო ვალდებულებების ობიექტურად განსაზღვრა და საბიუჯეტო პრიორიტეტების უცილობელი დაცვის უზრუნველყოფა კანონის მიხედვით (და არა კანონგარეშე „ლიმიტებისა“ და ძალისმიერი ზეწოლის მეთოდებით);

- ყველა დონის ბიუჯეტის კოორდინირების უზრუნველყოფა და ხელისუფლების მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულებაზე პასუხისმგებლობის გაძლიერება;
- ქვეყნის საკანონმდებლო გარემოს მოწესრიგება და საკანონმდებლო კოლიზიების აღმოფხვრა;
- სახელმწიფოებრივი მმართველობის სისტემის ძირეული გარდაქმნა მმართველობის ყველა დონეზე, რომელიც მოიცავს საკანონმდებლო და აღმასრულებელ ხელისუფლებას შორის ურთიერთქმედების მექანიზმების გაუმჯობესებას, აღმასრულებელი ხელისუფლების შიგნით ეფექტიანი ინტერსექტორული მუშაობის დაწყებას;
- თანამედროვე მოთხოვნების შესატყვისი ინსტიტუციური სისტემების ფორმირება სახელმწიფოებრივი მმართველობის ყველა დონეზე, სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული ჯარბი კადრების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ოპტიმიზაცია, მომზადება-გადამზადების და შრომის ანაზღაურების ადეკვატური სისტემის ჩამოყალიბების პირობებში.

ჩვენი აზრით, ამ ამოცანების გადაჭრა, თანმიმდევრულ, თანწყობილ და ერთიან მოდელზე დამყარებული სოციალურ-ეკონომიკური რეფორმების დაჩქარების და გაღრმავების რეალური საწინდარი გახდება.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მსოფლიო ბანკის საკოორდინაციო ბიუროების კონფერენცია

თბილისი, 2000 წლის 3 ოქტომბერი

**მსოფლიო ბანკი და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის
სისტემა**

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონებო და ქალბატონებო,

ბოლო ათწლეულში მიმდინარე რთული და მრავალმხრივი პოლიტიკური კატაკლიზმები შეეხო მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით ნახევარს და მოიცვა დედამიწის ტერიტორიის თითქმის მესამედი. ამ მასშტაბით შეიცვალა დარგობრივი და დარგთაშორისო სტრუქტურები, დაირღვა ათწლეულობით ჩამოყალიბებული ეკონომიკური ინტეგრაციის საზღვრები. სიტუაცია კიდევ უფრო გამძაფრდა მსოფლიოში მიმდინარე გლობალური ფინანსური კრიზისის, ეკოლოგიური კატასტროფების საფრთხის, დემოგრაფიული და ეთნიკური პრობლემების ფონზე, რომელთა მოსალოდნელი მასშტაბური შედეგები გავლენას ახდენენ არა მარტო განვითარების გარდამავალ ეტაპზე მყოფ სახელმწიფოებზე, არამედ მსოფლიოს ყველა ქვეყანაზე და გვიბიძგებენ ახალი მიდგომების, არაორდინალური გადაწყვეტილებების მიღებისკენ და მდგრადი განვითარების გრძელვადიანი სქემების შემუშავებისკენ.

ისტორიულად ეს პერიოდი დაემთხვა ჩვენს ქვეყანაში სახელმწიფოებრივი დამოუკიდებლობის აღდგენას, რომლის პირველ წლებში, პოლიტიკურ კატაკლიზმებთან ერთად, ადგილი ჰქონდა დირექტიულ-საგეგმო რეჟიმის ნგრევას, ეკონომიკურ კოლაფსს, საფინანსო და ფულად-საკრედიტო სისტემების სრულ მოშლას, ტრადიციული სამეურნეო კავშირების რღვევას, ბაზრების დაკარგვას და წარმოების პარალიზებას. 1994 წელს მთლიანმა შიდა პროდუქტმა 1989 წლის 25% შეადგინა. ეკონომიკური ხასიათის პრობლემებს ამწვავებდა შიდა პოლიტიკური დაპირისპირება, გარედან ინსპირირებული სეპარატისტული მოძრაობები და სამოქალაქო ომი, კრიმინალური ძალების

აღზევება, რაც, ბუნებრივია, უარყოფითად მოქმედებდა მოსახლეობის სოციალური დაცვის ინსტიტუტებზეც.

განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში აღმოჩნდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, რომლისთვისაც გამოყოფილმა სახელმწიფო სახსრების ოდენობამ 1994 წელს ერთ სულ მოსახლეზე დაახლოებით 40 ცენტის ეკვივალენტი შეადგინა. ასეთ პირობებში პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისთვის აუცილებელი მატერიალური და შრომითი რესურსების მინიმალურ დონეზე ფუნქციონირებაც კი. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა „საყოველთაო და უფასო“ სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას.

ამავე პერიოდში მკვეთრად გაუარესდა მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები. 1989 წელთან შედარებით ორჯერ შემცირდა შობადობა, ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა მოიმატა 13%-ით. გაიზარდა დედათა სიკვდილიანობა. გულსისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა გაიზარდა 35%-ით, ხოლო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში სიკვდილიანობამ მოიმატა 18%-ით. შედეგად შემცირდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებელი.

განვითარებული ქვეყნებისათვის დამახასიათებელი ქრონიკული დაავადებების (კარდიოვასკულური პათოლოგიები, ონკოლოგიური დაავადებები) მატებასთან ერთად, გამოიხატა განვითარებადი ქვეყნების დამახასიათებელი ტუბერკულოზის, ჰეპატიტების, შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები და სხვა სოციალურად საშიში დაავადებების ზრდის ტენდენცია. დაირღვა ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციის ვადები, რამაც განაპირობა დიფთერიისა და სხვა საშიშ ინფექციათა აფეთქება; გაზარდა ნაწლავური ინფექციები, ბოტულიზმის, ტიფისა და ტეტანუსის შემთხვევები.

ამგვარი მდგომარეობის შემდგომი გაგრძელება, ერთი მხრივ, მოსახლეობას აბსოლუტურად დაუცველ მდგომარეობაში დატოვებდა ადვილად პროგნოზირებადი სავალალო შედეგებით, ხოლო, მეორე მხრივ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა შეწყვეტდა ფუნქციონირებას.

საქართველოს პრეზიდენტის ანტიკრიზისული პროგრამის „ახალი დემოკრატიული საქართველოსათვის“ ფარგლებში, 1994-1997 წლებში განხორციელებული რადიკალური მაკროეკონომიკური და ფისკალური რეფორმების შედეგად, რომელიც მხარდაჭერილი იყო საერთაშორისო სავალუტო ფონდის, მსოფლიო ბანკის, გაეროს ორგანიზაციებისა და დასავლეთის წამყვანი ქვეყნების მთავრობების მიერ, დასტაბილიზდა ქვეყნის დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ შექმნილი კატასტროფული პოლიტიკური, ეკონომიკური და ფისკალური სიტუაცია, მიღწეულ იქნა მთამბეჭდავი ეკონომიკური ზრდა. ამავე პროგრამის განუყოფელი ნაწილი იყო კატასტროფის პირას მყოფი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რთული, ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი რეორიენტაციის პროცესი. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ სოციალური სფეროს ამ უმნიშვნელოვანესი დარგის ძირეული რეორიენტაცია პრეზიდენტის და პარლამენტის არჩევნებამდე ორიოდე თვით ადრე მეტად გაბედული ნაბიჯი იყო. ხელისუფლებამ გადაწყვიტა ეთქვა თავისი მოსახლეობისთვის, მართალია, მწარე, მაგრამ მაინც სიმართლე, რომ იგი ვერ შეასრულებდა დეკლარირებულ, მაგრამ არარეალურ ვალდებულებებს და საჭირო იყო მისი შესაძლებლობებისა და ვალდებულებების დაბალანსება ქვეყნის ეკონომიკურ შესაძლებლობებთან.

1995 წლის 10 აგვისტოს დაწყებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა მიზნად ისახავდა, ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის პირობებში, ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზებისა და მართვის ისეთი მოდელის მომზადებასა და ამოქმედებას, რომელიც უზრუნველყოფდა ახალი ეკონომიკური ურთიერთობების დამკვიდრებას, ადამიანის უფლებების დაცვისა და სახელმწიფოებრივი მართვისა და რეგულირების ცივილიზებული, დემოკრატიული ბერკეტების გამოყენებას. რეორიენტაციის დაწყებისას საჭირო იყო ისეთი ცვლილებების განხორციელება, რომლებიც განვითარების იმ ეტაპზე ადამიანის ჯანმრთელობის გაუარესებას შეაჩერებდა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია მოიცავდა დარგის განვითარების ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებებს:

- ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
- მართვის დეცენტრალიზაცია;

- ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- პირველადი სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- წამალთპოლიტიკის რეფორმა;
- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირების დანერგვა;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემების შექმნა-განვითარება;
- მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ამ მრავალმხრივ და მრავალეტაპიან პროცესში ჩვენთან აქტიურად თანამშრომლობდნენ განვითარებული ქვეყნები, საერთაშორისო ორგანიზაციები და უცხოელი ექსპერტები, რაც საქართველოში მიმდინარე რეფორმებისადმი მათი დაინტერესების ნათელი გამოხატულება იყო. ცივილიზებულმა სამყარომ ირწმუნა ჩვენს ქვეყანაში მიმდინარე სამოქალაქო საზოგადოების მშენებლობის პროცესის შეუქცევადობა და დახმარების ხელი გამოგვიწოდა ამ ძნელბედობის ჟამს, რისთვისაც კიდევ ერთხელ გამოვხატავთ ჩვენს ღრმა მადლიერებას. მათგან, უთუოდ, განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია მსოფლიო ბანკთან თანამშრომლობა, რომლის პირველი პროექტის ფარგლებში შესაძლებელი გახდა:

- ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდერნიზება;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების სტრუქტურის რეორგანიზაცია, მისი აქცენტირება პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის მართვასა და ანალიზზე, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაზე, ავადობის და სიკვდილობის მაჩვენებლების შემცირებაზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე;
- დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების ოპტიმიზაცია, პერინატალური ცენტრების ჩამოყალიბება, რევერალური სისტემის ამუშავება;

- წამლის ხარისხის კონტროლის სისტემის შექმნა;
- ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის განვითარება;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრის ჩამოყალიბება;
- სამედიცინო საქმიანობის აკრედიტაციის, ლიცენზირებისა და სერტიფიცირების დანერგვა;
- სამედიცინო სოციალური დაზღვევის განვითარება.

პროექტის ჯერ კიდევ მომზადებისა და განხორციელების პროცესში უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა გაწეულ ტექნიკურ დახმარებას. სხვადასხვა სფეროს კონსულტანტები ჩვენთვის ესოდენ აუცილებელ ცოდნასა და გამოცდილებას გვიზიარებდნენ, რომელიც განსაკუთრებით გჭკირებოდა ახალი სისტემის ინსტიტუციური ჩამოყალიბების პროცესში. ამავე დროს ამ თანამშრომლობამ მოამზადა ადგილობრივი კადრები, რომლებსაც უკვე აქვთ შესაბამისი კვალიფიკაცია და საკმარისი გამოცდილება, რათა შეძლონ ძირეული რეფორმებისთვის საჭირო პროექტებისა და პროგრამების მომზადება საერთაშორისო სტანდარტების დონეზე.

ნება მიბოძეთ, დეტალურად არ შევჩერდე ზემოთ ჩამოთვლილი მიმართულებების მიხედვით მიღწეულ შედეგებზე და შეცდომებზე, რაზეც ალბათ ჩემი კოლეგები ისაუბრებენ კონფერენციის განმავლობაში. მხოლოდ დავსძენ, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის განვლილი ხუთი წლის მანძილზე საფუძველი ჩაეყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საინტერესო მოდელს. ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა სახელმწიფოებრივი პატერნალიზმის ყავლაგასული და არაეფექტიანი პრინციპებიდან გადავიდა სახელმწიფოს, დამსაქმებელსა და ინდივიდს შორის ახალი პარტნიორული ურთიერთობების პრინციპებზე, რომლის ძირითადი მახასიათებელია ამ სოციალურ პარტნიორობაში მონაწილე თითოეული მხარის პასუხისმგებლობისა და მოვალეობების მკაფიო გამიჯვნა.

სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანები – ჯანმრთელობის დაცვაში საზოგადოებრივი სიკეთის მახასიათებლების მქონე მომსახურების უზრუნველყოფა – პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და არბიტრის როლის შესრულება ჯანდაცვის ბაზარზე „პატიოსანი თამაშის წესების“ დამკვიდრებაში, რომელიც მომხმარებლის და, განსაკუთრებით კი,

მოსახლეობის დაუცველი ფენების სასიცოცხლო ინტერესებს გაითვალისწინებდა. დამსაქმებელმა კი იტვირთა უდიდესი ამოცანა – სამედიცინო დაზღვევის სოლიდარობის პრინციპზე დამყარებული დაფინანსება.

ამ სისტემამ ახალი მოტივაციები შექმნა თითოეული პიროვნებისთვისაც საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვით და, შესაბამისად, საკუთარ ჯანმრთელობაზე დანახარჯების შემცირებით, რომელიც მის მკურნალობას შეიძლება მოჰყვეს. ამ ახალი ურთიერთობების საფუძვლები უკვე დამკვიდრდა და შეუქცევადი გახდა. მარტო გასულ წელს, მწირი დაფინანსებისა და რთული სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემების პირობებში მოხერხდა 3 მილიონზე მეტი ადამიანისთვის გაგვეწია აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რამაც მნიშვნელოვნად აამაღლა ადამიანისთვის სასიცოცხლოდ აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა. იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენით პრაქტიკულად მართვადი გახდა საშიში ინფექციური დაავადებების გავრცელება, გაცილებით ეფექტიანი გახდა დაავადებებთან ბრძოლის პრევენციული ღონისძიებები, შენელდა და, ბევრ შემთხვევაში, შეჩერდა კიდევ გარდამავალ პერიოდში გამოხატული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების ტენდენციები.

მიღწეულ დადებით შედეგებთან ერთად წარმოჩინდა უკვე არსებული და ახალი პრობლემები. ამათგან გამოვყოფდი რამდენიმეს:

- მაკროეკონომიკური, ფისკალური და ინსტიტუციური რეფორმების არასაკმარისმა ტემპმა და ქვეყნის საბიუჯეტო შემოსავლების მობილიზებაში შექმნილმა სირთულეებმა შეუძლებელი გახადა სახელმწიფო ვალდებულებებისა და შესაძლებლობების დაბალანსება ჯანდაცვის სფეროში. ამის გამოც, ერთ სულ მოსახლეზე 10 აშშ დოლარის გამოყოფაც კი გამწვანებულია და ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ქვეყნის ბიუჯეტის მხოლოდ 10%-ს შედგენს, რითაც ერთ-ერთი ბოლო ადგილი გვიჭირავს მსოფლიოში. შედეგად, სახელმწიფო ვალდებულებების ნაწილი კვლავაც მხოლოდ დეკლარირებულ ხასიათს ატარებს;
- მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და მისი კონტროლის ადეკვატური სისტემის

დანერგვა, რის გამოც გამწვანებულია მოსახლეობის დაცვა ჯანმრთელობისთვის საშიში მომსახურების ფორმებისგან, დაუსაბუთებელი ჩარევებისა და სამედიცინო მომსახურების, მათ შორის, მედიკამენტების არარაციონალური, ჭარბი მოხმარებისგან. ეს კი, საბოლოო ჯამში იწვევს სახსრების არაეფექტიან ხარჯვას, როგორც სახელმწიფოს, ისე მოსახლეობის მხრიდან;

- ჯერ-ჯერობით ვერ მოხერხდა დარგში აკუმულირებული შრომითი და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაცია. ეს არაა მხოლოდ რაოდენობრივი შეკვეცის აუცილებლობა, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, მათი ხარისხობრივი განვითარებაა. ცხადია, რომ საქართველოს მოსახლეობას სჭირდება ბევრად ნაკლები ექიმი, საავადმყოფო, საწოლი, ამბულატორიული დაწესებულება, მაგრამ ისიც უნდა ითქვას, რომ მას სჭირდება ბევრად უკეთესი ექიმიც, საწოლიცა და სამედიცინო დაწესებულებაც;
- ახლებურ გააზრებას საჭიროებს სახელმწიფოსა და ბაზრის როლი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი დღევანდელი რეალიების გათვალისწინებით. რეფორმის საწყის ეტაპზე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ჩამოყალიბებულმა ლიბერალურმა, თითქმის არარეგულირებულმა, ბაზარმა თავისი დადებითი ეფექტი გამოიღო მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისადმი, მათ შორის, მაღალი ტექნოლოგიებისა და მსოფლიო ბაზარზე არსებული ყველა სახის მედიკამენტებისადმი ფიზიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაში. მაგრამ დღეს, როდესაც წინა პლანზე გამოდის ამავე სიკეთის მიმართ მოსახლეობის დიდი ნაწილის ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა, სახელმწიფოს როლი ალბათ უნდა შეიცვალოს მისი მარეგულირებელი ფუნქციის მკვეთრი გაძლიერების მიმართულებით. გადასაწყვეტია სახელმწიფოს მიერ არა მარტო ბაზარზე თამაშის წესების დაცვის, არამედ მისი ამ თამაშში აქტიური მონაწილეობის საკითხიც, სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების რეგულირების ეფექტიანი პოლიტიკის უზრუნველსაყოფად.

ზემოთ აღნიშნული პრობლემების გადაჭრა და მოსახლეობისთვის ბაზისურ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა რეფორმის შემდგომი ეტაპის უმნიშვნელოვანეს ამოცანად იქცევა.

ამ მიმართულებით აღსანიშნავია წელს დაწყებული მსოფლიო ბანკის სტრუქტურული გარდაქმნების ხელშეწყობის პროექტი, რომლის ერთ-ერთი კომპონენტი ითვალისწინებს თბილისის საავადმყოფოთა კონსოლიდაციას, მათში მენეჯმენტის თანამედროვე მეთოდების დანერგვის, კადრების ოპტიმიზაციის, შენობებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის განახლების მიზნით. სწორედ ამ საავადმყოფოებში განხორციელდება მოსახლეობის ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების რეალიზება.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის მეორე პროექტი, რომელიც მიმართული იქნება პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოწესრიგებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების რეფორმის მხარდაჭერისკენ, რაც ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურებისადმი მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების აუცილებელი წინაპირობაა. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და მისი განხორციელების სტრატეგიული გეგმა პირველად ჯანდაცვას პრიორიტეტულ მიმართულებად განიხილავს, ქვეყანაში შექმნილი ეკონომიკური მდგომარეობა არ იძლევა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ამ უმნიშვნელოვანესი რგოლის ამორტივებული მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლების საშუალებას.

ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის შემდგომი ეტაპის მიზანმიმართული გატარებისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობით შემუშავებულმა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულმა პოლიტიკამ და მისი განხორციელების ათწლიანმა სტრატეგიულმა გეგმამ. ამ დოკუმენტებში განსაზღვრულია ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის ძირითადი მიზნები, ამოცანები, პრიორიტეტული მიმართულებები და განსახორციელებელი ღონისძიებები, პასუხისმგებელი შემსრულებლების, დროის პერიოდის, მონიტორინგის მექანიზმებისა და ამ ღონისძიებების გატარებისთვის აუცილებელი ფინანსური რესურსების დეტალური აღწერით.

ამდენად, გარკვეულ წარმატებებს მივაღწიეთ, მაგრამ ბოლო ორი წლის განმავლობაში ქვეყანაში განვითარებულმა მოვლენებმა კიდევ ერთხელ ნათლად დაგვანახა, რომ ავტონომიურად ერთ დარგში პროგრესი

მიუღწევადია, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ტარდება თანმიმდევრული და მიზანმიმართული რეფორმა.

1997-1998 წლების მსოფლიო საფინანსო კრიზისმა და არახელსაყრელმა ბუნებრივმა პირობებმა (1997 წლის და წლევეანდელმა უპრეცედენტო გვალვებმა საქართველოში) მკვეთრად უარყოფითად იმოქმედა ქვეყნის ჯერ კიდევ მყიფე ეკონომიკაზე და ნათლად წარმოაჩინა მანამდე შეფარული სისტემური პრობლემები. ეკონომიკის ზრდის ტემპის დაცემის პირობებში 1998 წლიდან, 1995-1997 წლებთან შედარებით, საბიუჯეტო სახსრების მობილიზების მაჩვენებლები მკვეთრად შემცირდა, რაც უმეტესწილად შესაბამისი სტრუქტურების ინსტიტუციური სისუსტით, ჩრდილოვანი ეკონომიკის უზარმაზარი მასშტაბებით და ფართოდ გავრცელებული კორუფციით არის განპირობებული. გარდამავალი პერიოდის ეკონომიკის პირობებში წარმოიშვა ფართო მასშტაბების სტრუქტურული და ფარული უმუშევრობა, რომლის მკვეთრმა მატებამ ხელი შეუწყო პროფესიული და უმაღლესი განათლების თანამედროვე მოთხოვნებთან შეუსაბამო სისტემამ, რომელიც, დაწყებითი და საშუალო განათლებით მოსახლეობის თითქმის უნივერსალური მოცვის მიუხედავად, დღემდე ხელს უწყობს არაკონკურენტუნარიანი კადრებით უმუშევართა არმიის ყოველწლიურ ზრდას.

ყოველივე ამის შედეგად, საქართველოს მოსახლეობის წილმა, რომლის მოხმარების მოცულობა სიღარიბის ზღვარზე ნაკლებია, ბოლო წლებში 50%-ს გადააჭარბა, ანუ ორ მილიონზე მეტი ქვეყნის მოქალაქე დღეში 1,5 აშშ დოლარზე ნაკლებს მოიხმარს. ამათგან დაახლოებით ნახევარი კი უკიდურეს სიღატაკეში ცხოვრობს. გადიდა სიღარიბის სიღრმის მაჩვენებელიც. მნიშვნელოვანია სიღარიბის დონის რეგიონული და სეზონური განსხვავებები. ტრანზიტორული შოკის შედეგად მკვეთრად შესუსტდა ტრადიციული (მრავალთაობიანი) ოჯახების რაოდენობა და ახლობლებ-ნათესავებისადმი დახმარების არაოფიციალური საშუალებების გამოყენების პოტენციალი. მკვეთრად იმატა მოსახლეობაში სოციალურ-ეკონომიკურმა უთანასწორობამ. მოხმარების მიხედვით უთანასწორობის მაჩვენებელი, ჯინის კოეფიციენტი, საქართველოში 0.4-ს აღწევს, რაც მხოლოდ ოდნავ ნაკლებია სოციალური უთანასწორობით ცნობილ ლათინური ამერიკის ქვეყნების მაჩვენებლებზე და აღწევს, ეგრეთ წოდებული, დესტრუქციული

უთანასწორობის დონეს, რასაც შეუძლია მკვეთრად შეაფერხოს ქვეყნის ეკონომიკის შემდგომი ზრდა და ეფექტიანობა.

ამ პრობლემების გადაჭრელობა გამოიწვევს სიღარიბის დონის შემდგომ ზრდას, დესტრუქციული სოციალურ-ეკონომიკური უთანასწორობის გაღრმავებას, ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის მკვეთრ შეფერხებას და შედეგად – მოსახლეობის ჯანმრთელობის მკვეთრ გაუარესებას.

ქვეყნის განვითარების მიმართ საერთაშორისო ორგანიზაციების მხრიდან ყოვლისმომცველი და სისტემური მიდგომის არარსებობის გამო მაკროეკონომიკური და ინსტიტუციური განვითარების ზემოთაღწერილმა პრობლემებმა განაპირობა ის, რომ ვერ მოხერხდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში თეორიულად დასაბუთებული და კარგად გააზრებული რეფორმებისგან სასურველი პრაქტიკული შედეგების მიღება, რომლებიც რეალურად აისახებოდა მოსახლეობის ფართო მასების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. ვერ მოხერხდა ბაზისური სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ქრონიკული დაუფინანსებლობის და სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ სახელმწიფოს მზარდი ვალების, მოსახლეობის გადახდისუნარიანობის მკვეთრი და პროგრესირებადი შემცირების პირობებში, სამედიცინო მომსახურების საფასური უკიდურესად მძიმე ტვირთად აწევბა ოჯახებს, რაც მათი გარდამავალ ან მუდმივ სიღარიბეში გადასვლის ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორად გვევლინება. თავის მხრივ, შექმნილი სიტუაცია გაკოტრების საფრთხეს უქმნის სამედიცინო დაწესებულებებს, ხოლო სამედიცინო პერსონალისთვის ხშირად ტრადიციული ეთიკური ნორმების დარღვევის მიზეზად იქცევა.

ანალოგიურ შედეგებს შეიძლება ველოდეთ ნებისმიერი იმ პროექტისგან, რომელიც, ქვეყნის განვითარების საერთო მაკროეკონომიკურ და სოციალურ ჩარჩოსთან სინქრონიზაციის გარეშე, მხოლოდ ერთ, ცალკე აღებულ დარგში ცდილობს პრობლემების გადაჭრას. მეტიც, ასეთმა არასისტემურმა, ფრაგმენტულმა მიდგომამ, რაც უახლოეს წარსულში ხშირად გამოიყენებოდა საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების მიერ, საბოლოო ჯამში, ჩვენს მდგომარეობაში მყოფი გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, ვალების დაგროვებისა და მოსახლეობის ფართო ფენებში დემოკრატიული

გარდაქმნების მიმართ, საყოველთაო იმედაცრუების გამოწვევის მიზეზი გახდა.

ამიტომაც არაა გასაკვირი, რომ ეკონომიკურმა სიძნელებმა, ძირეულმა სოციალურმა ძვრებმა, რის შედეგადაც მოხდა მოსახლეობის დიდი ნაწილის გაღარიბება და სოციალური უთანასწორობის გაღრმავება, საზოგადოების გარკვეულ ნაწილში გამოიწვია „კარგი“ დროების მიმართ ნოსტალგია და სურვილი, რომ დაუბრუნდეს ტოტალიტარულ წარსულს. ანალოგიური ტენდენციები იკვეთება ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების დიდ ნაწილშიც, რაც უაღრესად სახიფათო სიტუაციას შექმნის. გლობალიზაციის პირობებში, როდესაც დრო და სივრცე შეიკუმშა და ქვეყნებს შორის საზღვრები სიმბოლური ხდება, ადამიანები ერთმანეთთან უფრო ღრმა, ინტენსიურ და უშუალო კავშირში არიან, ვიდრე ოდესმე, რის შედეგადაც ადამიანური ფაქტორის გაუთვალისწინებლობამ შეიძლება გამოიწვიოს სიმდიდრისა და ხელისუფლების კონცენტრაცია ცალკეული პიროვნების, კორპორაციისა თუ ორგანიზაციის ხელში, მაშინ, როდესაც ადამიანთა დიდი ჯგუფი აღმოჩნდება ცხოვრების განაპირას, ქრონიკული სიღარიბის მანკიერ წრეში. ამასთან, მსოფლიოს გარკვეულ ნაწილში განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემები, სიღარიბე, სოციალური უთანასწორობა, ავადმყოფობა და გარემოს დაბინძურება, რეალურად, მსოფლიოს დანარჩენი ნაწილის პრობლემაც ხდება, რამეთუ დაავადება და გარემოს დაბინძურება არ ცნობს საზღვრებს და ქონებრივ ცენზს, ხოლო უკიდურესი სიღარიბით გატანჯული ადამიანების სახეები და ხმები გლობალური საინფორმაციო ქსელის მეშვეობით მსოფლიოს ნებისმიერი წერტილიდან წვდება ცხოვრების მაღალი დონით „განებივრებული“ ქვეყნების მოსახლეობას და ზნეობრივ კომფორტს ურღვევს მათ.

ამავე დროს, გლობალიზაციის პირობებში თანამშრომლობას მრავალი სიკეთე მოაქვს. გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნები ერთიან მსოფლიო სამეურნეო სივრცეში ერთვებიან. ამ ქვეყანაში განხორციელებული ნებისმიერი სამეურნეო ძალისხმევა დაკავშირებულია მსოფლიო საერთაშორისო საფინანსო ცენტრებთან, ტრანსნაციონალურ კორპორაციებთან. ასეთ პირობებში, განვითარების საკუთარი პოტენციალის გამოვლენა და მისი ყოველმხრივი ხელშეწყობა ეროვნული სახელმწიფოს ვალდებულებაა. მხოლოდ ამ შემთხვევაში იქნება შესაძლებელი მეოცე საუკუნის ბოლო

წლებში მიღწეული ჭეშმარიტების რეალური განხორციელება, რომ ქვეყნის ნამდვილი სიმდიდრე ადამიანია, განვითარების მიზანს კი მისთვის ისეთი პირობების შექმნა წარმოადგენს, როდესაც ადამიანის სიცოცხლე იქნება ჯანმრთელი, ხანგრძლივი და შემოქმედებით აღსავსე.

ამიტომ, საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემის რეფორმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა უზრუნველყოს საერთაშორისო ინტეგრაციის პროცესში წარმოქმნილი პრობლემების იმგვარი რეგულირება, რომ მან მაქსიმალურად შეზღუდოს საქართველოსა და მისი საზოგადოებისთვის მიუღებელი ცალკეული მოვლენების არასასურველი განვითარება და, ამასთანავე, ხელი შეუწყოს ადამიანთა ურთიერთობის ახალი ერის დაწყებას.

ამ თვალსაზრისით უაღრესად მნიშვნელოვანია საქართველოს პრეზიდენტის, ბატონ ედუარდ შევარდნაძის საარჩევნო პროგრამა „აღმშენებლობა და განვითარება – საქართველოს გზა კეთილდღეობისკენ“, რომლის მიზანია საფუძველი ჩაუყაროს საზოგადოებრივი განვითარების და მოსახლეობის თანაცხოვრების ისეთ ცივილიზებულ მოდელს, რომელიც უზრუნველყოფს ქვეყნის ეკონომიკის ზრდას გლობალურ გარემოში და შექმნის ადამიანის განვითარების თანამედროვეობასთან ადაპტირებულ პირობებს. ამ თვალსაზრისით, უაღრესად მნიშვნელოვანი ხდება მიმდინარე და გრძელვადიანი სახელმწიფო პოლიტიკის სტრატეგიების ჩამოყალიბება, რომელიც განაპირობებს მოსახლეობის არა მარტო მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, სოციალური განვითარებისთვის თანასწორი პირობების უზრუნველყოფას.

ამიტომ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში უმთავრესი მიმართულება საქართველოში, ისევე, როგორც ჩვენი რეგიონის სხვა ქვეყნებში, უნდა გახდეს სიღარიბესთან ბრძოლა, რომელიც საზოგადოების აქტივობის უმთავრეს დანიშნულებად უნდა იქცეს. საქართველოს მთავრობა ფართო საზოგადოების მონაწილეობით ამზადებს ქვეყანაში სიღარიბის დაძლევისა და ეკონომიკური ზრდის სტრატეგიულ დოკუმენტს, რომლის ძირითადი მიზანია ქვეყანაში სიღარიბის დაძლევა, ეკონომიკური ზრდის ტემპის დაჩქარება, ინსტიტუციური რეფორმებისა და განვითარების პროცესში მოსახლეობის ღარიბი ფენების გაფართოებული მონაწილეობის უზრუნველყოფა.

ამ დოკუმენტის შექმნა საერთაშორისო სავალუტო ფონდისა და მსოფლიო ბანკის დახმარების მიღების წინაპირობაა. სიღარიბის დაძლევის სტრატეგიის დოკუმენტმა უნდა განსაზღვროს ქვეყნის განვითარების ძირითადი ამოცანები და მიმართულებები 5-7-წლიან პერსპექტივაში. ის უნდა იქცეს ამ ამოცანების შესასრულებლად ქვეყნის შიდა რესურსებისა და საერთაშორისო ტექნიკური და ჰუმანიტარული დახმარების მაქსიმალური ეფექტით გამოყენების ჩარჩო გარანტად.

საქართველოში სიღარიბის დაძლევის სტრატეგიის საბოლოო დოკუმენტი დეტალურად განსაზღვრავს იმ ამოცანებს და ღონისძიებებს, რომლითაც უნდა უზრუნველყონ დასახული მიზნის მიღწევა. ქვეყანაში სიღარიბის დაძლევისა და უკიდურესი სიღატაკის აღმოფხვრისთვის საჭიროა:

1. სიღარიბის რისკის აღბათობის შემცირება (პრევენცია) – მიიღწევა დასაქმების ეფექტიანი პოლიტიკით, კონკურენტუნარიანი კადრების მომზადების სისტემის შექმნით (პროფესიული და უმაღლესი განათლების სისტემის რეფორმა, მომზადება-გადამზადებისა და უწყვეტი განათლების სისტემის ჩამოყალიბებით), ბავშვებზე უნივერსალური ოჯახური შემწეობების გაცემით, რომელიც ამ ოჯახებს ქრონიკული სიღარიბის მანკიერი წრიდან გამოიყვანს და სხვა;
2. უკვე არსებული სიღარიბის შედეგების შემსუბუქება – მიიღწევა ღარიბი ოჯახებისთვის ფულადი და არაფულადი შემწეობების მისამართული სისტემის გამოყენებით, ღარიბებისთვის ერთჯერადი დახმარებებით, დროებითი დასაქმების პროგრამებით და სხვა;
3. მოსალოდნელი სიღარიბის რისკის ზემოქმედების შერბილება – მიიღწევა საპენსიო, ჯანმრთელობის, უმუშევრობის, დროებითი და მუდმივი შორმისუუნარობისა და სოციალური დაზღვევის სხვა სახეების ქმედითუნარიანი და ფინანსურად მდგრადი სისტემების ჩამოყალიბება-განვითარებით, რომლებიც შეარბილებენ კატასტროფული გარემოებების ზემოქმედებას ცალკეულ მოქალაქეებსა და მათ ოჯახებზე.

ქვეყანაში სიღარიბის შემცირების და უკიდურესი სიღატაკის აღმოფხვრის ამოცანების განხორციელებისათვის საჭიროა ღონისძიებები:

- დასაქმების ხელშეწყობის ეფექტიანი სისტემის ჩამოყალიბება;
- განათლების სისტემის რეფორმა;

- სოციალური დაზღვევის (საპენსიო, უმუშევრობის, ინვალიდობისა და ჯანმრთელობის დაზღვევა) რეფორმა;
- სოციალური დახმარების სისტემის სრულყოფა;
- შრომითი ურთიერთობების სისტემის გარდაქმნა;
- ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელება;
- ოჯახის, როგორც საზოგადოების ძირითად მატრიცის გამყარებაზე მიმართული სოციალური პოლიტიკის წარმოება;
- მმართველობის სისტემის გაუმჯობესება.

სიღარიბის წინააღმდეგ ბრძოლის სტრატეგიების განსახორციელებლად აუცილებელია ფართო თანამშრომლობა საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტებთან და განვითარებულ ქვეყნებთან. სწორედ მათ კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული ამ სტრატეგიის წარმატებული დანერგვა გრძელვადიან პერსპექტივაში და ისეთი სასიცოცხლოდ აუცილებელი და რადიკალური ნაბიჯის გადადგმა, როგორსაც ქვეყნის საგარეო ვალის უმძიმესი ტვირთისგან განთავისუფლება წარმოადგენს. რომელ სოციალურ დაცვაზე და სიღარიბის შემცირებაზე შეიძლება დღეს საუბარი, როდესაც საქართველოს მწირი ბიუჯეტის 40% საგარეო ვალების გადახდაზე იხარჯება, მაშინ, როდესაც ჯანმრთელობის დაცვაზე ბიუჯეტის 7%-ზე ნაკლებია გამოყოფილი. საგარეო ვალების ჩამოწერის შემთხვევაში შესაძლებელი გახდება გამოთავისუფლებული სახსრების საქართველოს სატრანზიტო ფუნქციის რეალიზებაზე, მცირე და საშუალო ბიზნესის განვითარებაზე, სამუშაო ადგილების შექმნაზე, ჯანმრთელობის დაცვაზე, მოსახლეობის ყველაზე დაუცველი ფენების მიზანმიმართულ დახმარებაზე და სიღარიბის სტრატეგიით გათვალისწინებულ სხვა ღონისძიებებზე მიმართვა, რაც ჩვენს ქვეყანას რეალური განვითარების პერსპექტივას მისცემდა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში მსოფლიო ბანკთან მუშაობის გამოცდილება და ამჟამად მიმდინარე, ჩვენი აზრით, ნაყოფიერი კონსულტაციები სოციალური რეფორმების განხორციელების ძირითად მიმართულებებზე, საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების მტკიცე მხარდაჭერის და საბოლოო წარმატების დიდ იმედს გვისახავს.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის სხდომა

2000 წლის 12 ოქტომბერი

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის საშუალოვადიანი სახელმწიფო პროგრამა

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

საკითხი, რომლის შესახებაც უნდა ვისაუბრო, განსაკუთრებით აქტუალური გახდა დღევანდელ საქართველოში.

კორუფცია სახელმწიფო მნიშვნელობის პრობლემად იქცა, რომელიც საფრთხეს უქმნის ქვეყნის განვითარების არსებულ კურსს, ვინაიდან აფერხებს როგორც ეკონომიკურ ზრდას, ისე მოსახლეობის თანაცხოვრების საზოგადოებრივ ნორმებსა და ინსტიტუციურ მოწყობას. გარდა ამისა, კორუფცია ხელს უშლის საქართველოს ჩართვას მსოფლიოს გლობალურ გარემოში, რაც მარგინალიზაციის საშიშროებას უქმნის ჩვენს ეროვნულ თვითმყოფადობას. კორუფცია გადაიქცა ქვეყნის სუვერენული განვითარების უმთავრეს ხელისშემშლელ ფაქტორად და მასთან ბრძოლა საქართველოს პრეზიდენტმა, ბატონმა ედუარდ შევარდნაძემ სახელმწიფოსა და საზოგადოების უპირველეს ამოცანად დასახა.

კორუფციამ „შეაღწია“ საზოგადოების ყველა სფეროში, მათ შორის, ისეთ სათუთ დარგში, როგორცაა მოსახლეობის სოციალური დაცვის სისტემა, სადაც იგი ქმნის არა მარტო არსებული სისტემის დეფორმირების საფრთხეს, არამედ არსებითად ამუხრუჭებს ამ სფეროში მიმდინარე რეფორმებს და, რაც მთავარია, ხელყოფს საზოგადოებრივი მორალის სფეროს. ვფიქრობთ, რომ ამ მნიშვნელოვან საქმეს სისტემური მიდგომა ესაჭიროება, ვინაიდან პრობლემა სახელმწიფოებრივია და მისი გადაწყვეტა რომელიმე დარგში ავტონომიურად შეუძლებელია. ამიტომაც საჭიროა

ძირითადად გავერკვეთ განსახილველ საკითხთა გნოსეოლოგიურ ფესვებში ქვეყნის მასშტაბით.

ჩრდილოვანი ეკონომიკა არის ეკონომიკურ ურთიერთობათა ისეთი ერთობლიობა, რომელიც მოიცავს მეურნეობაში კანონით განუსაზღვრელ ან კანონსაწინააღმდეგო აქტივობებს პროდუქციის და მომსახურების წარმოება-რეალიზების პროცესში. ჩრდილოვანი ეკონომიკის ფარგლებში ეკონომიკური ურთიერთობები არ რეგულირდება საზოგადოების მიერ შემუშავებული საკანონმდებლო ნორმებით.

კორუფცია არის ეკონომიკურ აგენტთა, მათ შორის, სახელმწიფო ჩინოვნიკთა კანონსაწინააღმდეგო საქმიანობა ან ასეთი საქმიანობის ხელშეწყობა საკუთარი შემოსავლების მიღების მიზნით. კორუფცია არის პიროვნების ან პიროვნებათა ჯგუფის მახასიათებელი და იგი წარმოგვიდგება, როგორც გარკვეული კანონსაწინააღმდეგო ძალისხმევა.

კორუფციასა და ჩრდილოვან ეკონომიკას შორის დამოკიდებულება შეიძლება ჩამოვყალიბოთ შემდეგნაირად – ჩრდილოვანი ეკონომიკა არის ეკონომიკის ფარგლებში არსებული ურთიერთობების სისტემა, რომელიც რეგულირდება არსებული სამართლებრივი და საზოგადოებრივი ნორმების გარეშე, ხოლო კორუფცია არის ამ სფეროში მოქმედ აგენტთა ძალისხმევა საკუთარი ინტერესების დაკმაყოფილების მიზნით.

ადმინისტრაციული ძალა უნდა დაუპირისპირდეს ეკონომიკური აგენტების კრიმინალურ ძალას, ხოლო სახელმწიფო, როგორც ქვეყნის მაკროეკონომიკური პროცესების შემოქმედი და წარმმართველი, უნდა ქმნიდეს ისეთ სამეურნეო გარემოს, რომელშიც ჩრდილოვანი ეკონომიკის ადგილი და როლი პრინციპულად იქნება შეზღუდული. ამგვარად, საზოგადოებამ უნდა გააცნობიეროს, რომ ჩრდილოვანი ეკონომიკა და კორუფცია, როგორც პროგრესის შემაფერხებელი მიზეზი, ჩნდება და იქცევა დამანგრეველ მოვლენად მაშინ, როდესაც ამის შესაძლებლობას იძლევა ქვეყნის განვითარების საზოგადოებრივი სტრუქტურა და მისი მართვის ინსტიტუციური სისტემა.

დღევანდელ მსოფლიოში კორუფციისა და ჩრდილოვანი ეკონომიკის ყველაზე აქტიურ სივრცედ განვითარებად ქვეყნებს ასახელებენ. მათ შორის

განსაკუთრებულად იხილავენ პოსტსოციალისტურ ქვეყნებს. ამის მიზეზი ის მენტალობაა, რომელიც ამ ქვეყნების მოსახლეობას წინა პერიოდიდან გადმოჰყვა. ჩვენ ვერ დავეთანხმებით მათ, ვინც მიიჩნევს, რომ პოსტსოციალისტურ ქვეყნებში კორუფცია და ჩრდილოვანი ეკონომიკა პროგრესული მოვლენა იყო და ამის დასტურად ჩინეთის მაგალითი მოჰყავთ. ჩვენი გამოცდილებით ვრწმუნდებით, რომ „ვაშინგტონის კონსენსუსის“ სამი უმთავრესი ელემენტი – ეკონომიკის ლიბერალიზაცია, მონეტარული (მაკროეკონომიკური) სტაბილიზაცია და პრივატიზაცია არაა საკმარისი ეკონომიკური სისტემის განვითარებისთვის. აღნიშნული პროცესების განხორციელებას, როგორც წესი, მოჰყვა ეკონომიკის სტაგნაცია და ხშირად მკვეთრი დაცემა. ასეთ სიტუაციაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ხდება საბაზრო ინსტიტუტების სისუსტე და ძველი, არაეფექტური ინსტიტუტების მდგრადობა, რაც, თავის მხრივ, ახანგრძლივებს ეკონომიკის გარდამავალ ეტაპს, ქმნის მახინჯი ეკონომიკური ფორმების წარმოქმნის პირობებს. ამ უკანასკნელის ეკონომიკური ფორმაა კორუფცია და ჩრდილოვანი ეკონომიკა, რომელიც სუსტი საბაზრო ინსტიტუტებისა და არაეფექტური ტოტალიტარული სტრუქტურების თანამშრომლობის სიმბიოზს წარმოადგენს.

ამ პროცესების შედეგად ჩამოყალიბებულ რესურსების მიმთვისებელ ეკონომიკაში შეინიშნება წინააღმდეგობა მაკროეკონომიკურ მიზნებსა და მაკროეკონომიკურ სტრატეგიებს შორის სახალხო მეურნეობის თითქმის ყველა სფეროში. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ასეთი წინააღმდეგობრივი დამოკიდებულება დამახასიათებელია საგარეო ეკონომიკური კავშირებისთვისაც. უპირატესად ამას იწვევს გლობალიზაციის დღევანდელი ტენდენციები, მაგრამ პოსტკომუნისტურ სივრცეში ამ წინააღმდეგობის შინაგან ანტაგონიზმს ბადებს ქვეყნის შიგნით მატერიალური დოვლათისადმი არსებული გადანაწილებითი დამოკიდებულება. ეროვნული კაპიტალის სუბიექტები საერთო სარგებლობის დოვლათის მითვისებისას იყენებენ ქვეყნის არასრულყოფილ კანონმდებლობასა და საკუთრებით ურთიერთობათა მოწესრიგებაში არსებულ ხარვეზებს. საგარეო ურთიერთობებში ასეთი რამ შესაძლებელი ხდება ორმხრივ ხელშეკრულებებში დაშვებული უზუსტობების მეშვეობით. ამიტომ, გასაკვირი არ უნდა იყოს, რომ, აგერ

უკვე შვიდი წელია, უპასუხოდ რჩება გამუდმებით დასმული კითხვები – „სად მიდის ჰუმანიტარული დახმარება?“, „სად წავიდა უცხოური კრედიტები?“.

ქვეყანაში საკუთრებითი ურთიერთობების მოუწესრიგებლობა ხდება იმის სრული გარანტი, რომ კრედიტებიც და დონორთა დახმარებებიც ემატება გადასანაწილებელ რესურსებს. გამოდის, რომ საერთაშორისო ორგანიზაციები და დონორი ქვეყნები პოსტკომუნისტურ ქვეყნებს საბაზრო ეკონომიკის შექმნაში ეხმარებიან ისეთი არაკონკურენტული მეთოდითა და ფორმებით, რომელიც მათ საშუალებას აძლევს თავად გახდნენ ამ დოვლათის მიმთვისებლები და, ამასთან, არავის წინაშე არავითარ პასუხისმგებლობას არ გრძნობენ.

აღნიშნული საკითხი არ უკავშირდება მხოლოდ პოსტკომუნისტური ქვეყნების საბაზრო დემოკრატიზმის განვითარებას. დღეისათვის სიმდიდრის გადანაწილების პრობლემა გლობალურ ხასიათს იძენს. აღნიშნულმა ნოტამ რამდენიმე დღით ადრე გაიჟღერა თბილისის ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტში საქართველოს პრეზიდენტის გამოსვლაში. მსოფლიოში შექმნილი და დაგროვილი სიმდიდრის გადანაწილება ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრობლემა გახდა ხალხთა მშვიდობიანი თანაცხოვრების თვალსაზრისით. ამ პრობლემას ართულებს ისიც, რომ სიმდიდრის გადანაწილება თავისუფალი კონკურენციის გზით შეუძლებელია, რადგან თავს იჩენს ეკონომიკის საბაზრო ინტეგრირების ნაკლოვანებები. ბაზარი შეზღუდულია საკუთარი შესაძლებლობების ფარგლებში და სიმდიდრის გადანაწილება უნდა განხორციელდეს არასაბაზრო მეთოდებით, რაც შინაგანად გულისხმობს ბიუროკრატიული აპარატის ნეგატიურ გავლენას. ამიტომ, ადმინისტრაციული მეთოდები, რომლებიც საბაზრო მეთოდების ადგილს იკავებს ეკონომიკაში, ქმნის არსებულ სიმდიდრეთა მსოფლიო მასშტაბით გადანაწილების რაციონალური პრინციპების შემუშავებისა და მისი ბიუროკრატიული ფორმებისგან გათავისუფლების პრობლემას.

ეკონომიკურ ურთიერთობათა განვითარების პროცესი არის ამ ურთიერთობათა და მისი ადეკვატური იურიდიული და საზოგადოებრივი ნორმების სრულყოფის პროცესი. შესაბამისად, ყოველთვის იარსებებს

ჩრდილოვანი ეკონომიკა, როგორც საზოგადოებრივი ეკონომიკის ნაწილი და, შეიძლება ითქვას, მეორე მხარე. ამიტომ, ძალზე მნიშვნელოვანია, რომ ამ პროცესმა ვერ შეძლოს ახალი საზოგადოებრივი ძალის – კორუფციის წარმოქმნა და განვითარება. ჩრდილოვანი ეკონომიკა არ უნდა იქცეს იმ აუცილებლობად, რომელიც საფრთხეს უქმნის ეკონომიკურ ურთიერთობათა სისტემის განვითარებას. საზოგადოების ძალისხმევის უპირველეს ობიექტად უნდა იქცეს კორუფციისა და მისი გამართლების რაიმე მცდელობის დაუშვებლობა. კორუფციას უნდა დაუპირისპირდეს პოლიტიკური ძალა, რაც მისი აღმოფხვრის შესაძლებლობას მოგვცემს. რაც შეეხება ჩრდილოვანი ეკონომიკის შემცირებას, ის თანდათანობით უნდა განხორციელდეს იმ თანმიმდევრობით და ეფექტურობით, რომ მან არ გამოიწვიოს ეკონომიკურ ურთიერთობათა ისეთი დეფორმაცია, რომლის დროსაც შეუძლებელი იქნება ანტიკორუფციული ღონისძიებების გატარება.

საყოველთაოდ მიღებულია კორუფციასთან ბრძოლის ექვსი ძირითადი მიმართულება:

1. საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფა;
2. ინსტიტუციური რეფორმა;
3. სახელმწიფოს როლის შემცირება ეკონომიკური პროცესების უშუალო წარმართვაში და მარეგულირებელი ფუნქციის გაძლიერება;
4. საკადრო რეფორმა;
5. შრომის ანაზღაურების სისტემის მოწესრიგება;
6. გადაწყვეტილებების მიღების და სხვა პოლიტიკურ პროცესებში საზოგადოების ფართო მონაწილეობა.

სწორედ ამ ექვსი მიმართულების პრაქტიკული განხორციელების კუთხით არის საინტერესო საქართველოს პრეზიდენტის ანტიკრიზისული პროგრამის ფარგლებში დაწყებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმები, რომლის მიმდინარეობის შესახებ ამ დარბაზში ხშირად გვქონია საუბარი. ამ რეფორმების ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი – ქვეყანაში ცივილიზებული ეკონომიკური ურთიერთობების დამკვიდრება – კორუფციასთან ბრძოლისა და ჩრდილოვანი ეკონომიკის მინიმინიზაციის საუკეთესო საშუალებაა, რაც ნათლად ჩანს ამ მიზნის მისაღწევად განხორციელებული ღონისძიებების ჩამონათვალში:

1) *საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფა* – რეფორმის ეგიდით მოწესრიგდა საკანონმდებლო ბაზა. დარგის სამართლებრივი უზრუნველყოფის ერთიანი კონცეფციის ფარგლებში შემუშავდა საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები, რომელთა ძირითადი შემადგენელია კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. ის მოიცავს იმ პრინციპებსა და დებულებებს, რაც აუცილებელია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისთვის, ხელისუფლებასა და იურიდიულ და ფიზიკურ პირებს შორის ურთიერთობების მოწესრიგებისთვის, მათი უფლებების, მოვალეობებისა და პასუხისმგებლობის განსაზღვრისთვის. კანონში ასახული დებულებები სრულად შეესაბამება საქართველოს კონსტიტუციას, საერთაშორისო სამართლის საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და ნორმებს, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს.

გარდა კანონისა „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, ამ პერიოდში საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა 11 კანონი, განხილვის სტადიაზეა კიდევ ოთხი კანონპროექტი. საქართველოს პრეზიდენტის მიერ ხელმოწერილია ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებისადმი მიძღვნილი 55 ბრძანებულება და განკარგულება. ახალი სამართლებრივი და ეკონომიკური ურთიერთობების დამკვიდრებამ შესაძლებელი გახადა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეგულირების ცივილიზებული მექანიზმების დანერგვა და ამოქმედება.

2) *ინსტიტუციური რეფორმა* – შეიქმნა დარგის მმართველობის ახალი ინსტიტუციური სტრუქტურა, რომელიც ითვალისწინებს სახელმწიფო მმართველობითი ფუნქციების დელეგირებას. სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემის რეორგანიზაციის შედეგად მოხდა სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და გადანაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ხელისუფლებასა და ადგილობრივი მართვის ორგანოებს შორის. შეიქმნა ახალი ინსტიტუციური ერთეულები სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურების სახით. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება და უზრუნველყოფა სახელმწიფოებრივი პატერნალიზმის ყავლაგასული და არაეფექტიანი პრინციპებიდან გადავიდა სახელმწიფოს, დამსაქმებელსა და ინდივიდს შორის ახალი პარტნიორული ურთიერთობების პრინციპებზე, რომლის

ძირითადი მახასიათებელია ამ პარტნიორობაში მონაწილე თითოეული მხარის პასუხისმგებლობებისა და მოვალეობების მკაფიო გამიჯვნა. კერძოდ:

- სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანები, ეგრეთ წოდებული საზოგადოებრივი სიკეთის მახასიათებლების მქონე მომსახურების – პრევენციისა და უსაფრთხო გარემოს შექმნის – უზრუნველყოფა;
- დამსაქმებელმა იტვირთა უდიდესი ამოცანა – სოლიდარობის პრინციპზე დამყარებული სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსება;
- თითოეულ პიროვნებას გაუჩნდა საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნების მოტივაცია ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვის გზით, რაც ამცირებს იმ დანახარჯებს, რომელიც ავადმყოფობის შემთხვევაში მის მკურნალობას შეიძლება მოჰყვეს.

3) სახელმწიფოს როლის შემცირება ეკონომიკური პროცესების უშუალო წარმართვაში და მისი მარეგულირებელი ფუნქციის გაძლიერება – მკაფიოდ გაიმიჯნა სახელმწიფოსა და ბაზრის როლი, რის შედეგადაც ჩამოყალიბდა რეგულირებადი სამედიცინო ბაზრის საფუძვლები. კერძოდ:

- სამედიცინო დაწესებულებები გადავიდნენ სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობების პრინციპებზე;
- დაიწყო დარგში აკუმულირებული ჭარბი მატერიალური რესურსების პრივატიზაცია;
- შეიქმნა კონკურენტუნარიანი ფარმაცევტული ბაზარი, რომელმაც უზრუნველყო მსოფლიოში არსებული თითქმის ყველა მედიკამენტის ფიზიკური ხელმისაწვდომობა და ამ მედიკამენტებზე ერთ-ერთი ყველაზე უფრო დაბალი ფასები მთელ პოსტსოციალისტურ სივრცეში;
- ჯანმრთელობის დაცვის ახალ სისტემაში სახელმწიფო მხოლოდ ბაზარზე პატიოსანი თამაშის წესების შექმნასა და ზედამხედველობას ახორციელებს აკრედიტაციის, ლიცენზირებისა და სამედიცინო ხარისხის კონტროლის ეფექტიანი სისტემის ამოქმედების გზით.

4) საკადრო რეფორმა – დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში კადრების ხარისხობრივი და რაოდენობრივი ოპტიმიზაციის პროცესი სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირების გზით.

5) შრომის ანაზღაურების სისტემის მოწესრიგება – სახელმწიფო სახსრების ეფექტიანი, მიზანმიმართული და მისამართული გამოყენების ხელშესაწყობად შემოღებულ იქნა პროგრამული დაფინანსების პრინციპები, რამაც შესაძლებელი გახადა ბიუჯეტურ ანაზღაურებაზე მყოფი 100 ათასამდე მუშაკი გადასულიყო კონტრაქტული სისტემით შრომის ანაზღაურებაზე, შესრულებული სამუშაოს მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის ადეკვატურად.

6) გადაწყვეტილებების მიღების და სხვა პოლიტიკურ პროცესებში საზოგადოების ფართო მონაწილეობა – ყალიბდება პროფესიული ასოციაციები, პაციენტთა უფლებების დაცვის ორგანიზაციები და სხვა საზოგადოებრივი კავშირები, რომელთა შესაძლებლობების გაფართოება და როლის ამაღლება უახლოეს მომავალში უზრუნველყოფს ფართო საზოგადოების მზარდ მონაწილეობას მმართველობითი გადაწყვეტილებების მომზადებასა და მიღებაში.

მიუხედავად იმისა, რომ ეს ღონისძიებები უშუალო გავლენას ახდენდა კორუფციის შესაძლებლობების შეზღუდვაზე, ვერ მოხერხდა კორუფციის სრული აღმოფხვრა და ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების შემცირება. ამის ძირითადი მიზეზია, ერთი მხრივ, ქვეყნის სხვადასხვა სექტორში განხორციელებული საკანონმდებლო და ინსტიტუციური რეფორმების არასისტემურობა და უთანაბრობა და, მეორე მხრივ, სახელმწიფო დაფინანსების სიმცირე, რაც განპირობებული იყო რიგი ობიექტური და სუბიექტური მიზეზებით.

1997-1998 წლების მსოფლიო საფინანსო კრიზისმა და არახელსაყრელმა ბუნებრივმა პირობებმა (1997 წლის და წლევიანდელმა უპრეცედენტო გვალვებმა საქართველოში) მკვეთრად უარყოფითად იმოქმედა ქვეყნის ჯერ კიდევ მყიფე ეკონომიკაზე და ნათლად წარმოაჩინა მანამდე შეფარული სისტემური პრობლემები.

1998 წლიდან, ეკონომიკის ზრდის ტემპის დაცემის პირობებში, მკვეთრად შემცირდა საბიუჯეტო სახსრების მობილიზების მაჩვენებლები, რაც უმეტესწილად შესაბამისი სტრუქტურების ინსტიტუციური სისუსტით არის განპირობებული. ყოველივე ამის შედეგად, საქართველოს მოსახლეობის

წილმა, რომლის მოხმარების მოცულობა სიღარიბის ზღვარზე ნაკლებია, 50%-ს გადააჭარბა, ანუ 2,5 მილიონზე მეტი ქვეყნის მოქალაქე დღეში 1.5 აშშ დოლარზე ნაკლებს მოიხმარს. ამათგან დაახლოებით ნახევარი კი უკიდურეს სიღატაკეში ცხოვრობს. გადიდდა სიღარიბის სიღრმის მაჩვენებელიც. მნიშვნელოვანია სიღარიბის დონის რეგიონული და სეზონური განსხვავებები. ეგრეთ წოდებული ტრანზიტორული (გარდამავალი) შოკის შედეგად მკვეთრად შესუსტდა ტრადიციული, მრავალთაობიანი ოჯახებისა და ახლობლებ-ნათესავებისადმი დახმარების არაოფიციალური საშუალებების გამოყენების პოტენციალი. მკვეთრად იმატა მოსახლეობაში სოციალურ-ეკონომიკურმა უთანასწორობამ. მოხმარების მიხედვით უთანასწორობის მაჩვენებელი – ჯინის კოეფიციენტი – საქართველოში 0.4-ს, ანუ, ეგრეთ წოდებული, დესტრუქციული უთანასწორობის დონეს აღწევს, რაც ხელს უწყობს კორუფციის დონის ზრდას და მკვეთრად აფერხებს ქვეყნის ეკონომიკის შემდგომ განვითარებას.

მძიმე მდგომარეობაა შექმნილი შრომითი ურთიერთობების რეგულირების, დასაქმების პოლიტიკისა და სოციალური უზრუნველყოფის სფეროში, სადაც აშკარად დაგვიანდა რეფორმების დაწყება, მაშინ, როდესაც გარდამავალი პერიოდის ეკონომიკის პირობებში წარმოიშვა ფართო მასშტაბების სტრუქტურული და ფარული უმუშევრობა. უმუშევრობის დონის მკვეთრმა მატებამ ხელი შეუწყო პროფესიული და უმაღლესი განათლების თანამედროვე მოთხოვნებთან შეუსაბამო სისტემამ, რომელიც, დაწყებითი და საშუალო განათლებით მოსახლეობის თითქმის უნივერსალური მოცვის მიუხედავად, დღემდე ხელს უწყობს არაკონკურენტუნარიანი კვალიფიკაციის მქონე კადრებით უმუშევართა არმიის ყოველწლიურ ზრდას.

მნიშვნელოვანი ხარვეზები იყო პენსიებისა და სოციალური დახმარებების დანიშვნისა და გაცემის საქმეში, რამაც კორუფციის ფართოდ გავრცელების ნოყიერი ნიადაგი შექმნა.

სწორედ ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის დროს გამოყენებული მიდგომებისა და შეცდომების შედეგად მიღებული გაკვეთილების საფუძველზე შევუდექით მთლიანად სოციალური სფეროს მოწესრიგებას. ამ სფეროში კორუფციასთან ბრძოლა შევეცადეთ დაგვეწყო სისტემური რეფორმების გატარებით, რის უზრუნველსაყოფადაც, სოციალური

განვითარების საპრეზიდენტო პროგრამის ფარგლებში, მომზადდა „საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლები“, რომლის პირველი ეტაპის რეალიზებასაც მიმდინარე წელს შევუდექით.

მომზადდა სოციალური დაცვის კანონპროექტთა პაკეტი: „სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის შესახებ“, „სახელმწიფო პენსიების შესახებ“, „დასაქმების სახელმწიფო რეგულირების შესახებ“, „უმუშევრობის დაზღვევის შესახებ“, „სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“, ცვლილებები და დამატებები „არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევისა და უზრუნველყოფის შესახებ“ კანონში და, ამ კანონიდან გამომდინარე, „ცვლილებები და დამატებები საგადასახადო კოდექსში“, რომლებიც ამჟამად ფართო საზოგადოებრივი განხილვის საგანია და უახლოეს მომავალში წარედგინება მთავრობას.

გატარებული ქმედითი ღონისძიებების შედეგად დაიწყო პენსიის მიმღებთა სიების იდენტიფიცირება საერთაშორისო და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების დახმარებით. შესაბამის ორგანოებთან ერთად ხორციელდება სათანადო ღონისძიებები საქართველოს მთელ რიგ რეგიონებში პენსიებისა და უმწეოთა ოჯახური დახმარებების შეუფერხებელი გაცემის, ადმინისტრაციული დისციპლინისა და წესრიგის დამყარებისთვის მთლიანად საპენსიო სისტემაში. შემუშავდა დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის ახალი პრინციპები და შესაბამისი სამოქმედო პროგრამა. მაგრამ ყოველივე ეს მხოლოდ მომავლის საიმედო საფუძველია, რომლის შედეგები პერსპექტივაში გამოჩნდება.

დღეს კი უნდა აღინიშნოს, რომ ქვეყანაში შექმნილი მძიმე კორუფციული გარემოდან გამომდინარე, სისტემური და თანმიმდევრული მიდგომა ერთ, თუნდაც, ისეთ დიდ და მნიშვნელოვან სფეროში, როგორც სოციალური დაცვა, სასურველ შედეგს ვერ მოიტანს, თუ არ იქნა შემუშავებული ერთიან პრინციპებზე დაფუძნებული ეფექტიან ღონისძიებათა სისტემა ქვეყნის მმართველობისა და საზოგადოებრივი ურთიერთობების ყველა მიმართულებით, რომლის საკვანძო მომენტი იქნება ადამიანზე და მის ძირეულ უფლებების დაცვაზე ორიენტირებული პოლიტიკა.

ზემოთ ჩამოყალიბებული კონცეპტუალური პოზიციებიდან გამომდინარე და სამინისტროს სისტემაში შემავალი სტრუქტურებისთვის დამახასიათებელი ჩრდილოვანი ეკონომიკისა და კორუფციის შესაძლებლობების ანალიზის საფუძველზე, შევიმუშავეთ დარგში არსებული ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის საშუალოვადიანი მიზნობრივი პროგრამა.

პროგრამა მოიცავს შესავალსა და სამ ნაწილს. მასში თავიდან მოცემულია ჩრდილოვანი ეკონომიკისა და კორუფციის წარმოქმნისა და განვითარების ზოგადი მიზეზები და გაანალიზებულია დარგში ჩრდილოვანი ეკონომიკის სპეციფიკური მასშტაბები და მიმართულებანი.

ნიშანდობლივია, რომ ეს უკანასკნელი განხილულია მოსახლეობის სიღარიბის გაღრმავების ძირითად მიზეზთა ასპექტებიდან და გაკეთებულია დასკვნა, რომ ჩრდილოვანი ეკონომიკის მნიშვნელოვანი ნაწილის ლეგალიზება და კორუფციის აღმოფხვრა მოსახლეობის სულ უფრო მზარდი გადატაკების პროცესის არა მარტო შენელების, არამედ ამ მდგომარეობიდან თავის დაღწევის ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია.

აღნიშნულია, რომ თავად სიღარიბესთან ბრძოლის პირველი ეტაპის ამოცანაა გადაწყვედეს დასაქმებული მოსახლეობის გამოყვანა სიღარიბის ზღვარიდან, რაც მოითხოვს ქვეყანაში არსებული შრომითი ურთიერთობების და, პირველ რიგში, შრომის ანაზღაურების მოწესრიგებას. ამისთვის აუცილებელია, რომ მინიმალური ხელფასი ასცდეს საარსებო მინიმუმის ნიშნულს და ქვეყანაში შეიქმნას ამგვარი ხელფასის აუცილებლად მიღების სამართლებრივი საფუძვლები და შრომის ანაზღაურების ლეგალიზების პროცესის მასტიმულირებელი ეკონომიკური მექანიზმები.

აუცილებლადაა მიჩნეული, რომ ხელფასის ოდენობამ ქვეყანაში შეადგინოს მთლიანი შიდა პროდუქტის არანაკლებ 35-40% და მოხერხდეს მისი სრული ლეგალიზება. ამისათვის საჭიროა, სამართლებრივი ბაზის სრულყოფასა და სახელმწიფოებრივი მმართველობის ადმინისტრაციული მეთოდების გაძლიერებასთან ერთად, შემოღებულ იქნეს დემოკრატიული სამოქალაქო საზოგადოებისთვის დამახასიათებელი შრომითი კონტრაქტების სისტემა, რომელსაც ხელისუფლებასთან ერთად გააკონტროლებენ ისეთი სოციალური

პარტნიორებიც, როგორცაა პროფკავშირები და შესაბამისი არასამთავრობო ორგანიზაციები.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დასაქმების აქტიური პოლიტიკის გატარებას, რაც მოგვცემს სიღარიბესთან ბრძოლაში ინდივიდის შესაძლებლობების მაქსიმალურად გამოყენების საშუალებას და უზრუნველყოფს პრობლემის გადაწყვეტას საზოგადოებრივი სოლიდარობის ისეთი პროგრესული ფორმით, როგორცაა სოციალური დაზღვევა. სწორედ ეს ფორმა უნდა გახდეს უნარშეზღუდული მოსახლეობის (მოხუცები, ინვალიდები) სოციალური უზრუნველყოფის უმთავრესი ბერკეტი, რათა მოხერხდეს ისტორიულად მცირე პერიოდში (5 წელი) მინიმალური პენსიის ოდენობის გაზრდა საარსებო მინიმუმის 70%-მდე.

ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების შემცირებას მისი დიდი ნაწილის ლეგალიზაციის გზით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში. როგორც მთელმა რიგმა გამოკვლევებმა დაადასტურა, საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ოდენობამ 400 მილიონი ლარი შეადგინა, ანუ ესაა ის მოთხოვნა, რომელზეც უარის თქმა ჩვენმა მოსახლეობამ უკიდურესი მატერიალური შეჭირვების დროსაც ვერ მოახერხა. აქედან, არალეგალური სამედიცინო მომსახურების წილად მოდის 86%, ხოლო სახელმწიფო ახერხებს მხოლოდ 11.4%-ის დაფინანსებას.

მთავრობის სხდომებზე არაერთგზის მიგვითითებია, რომ ამგვარი მდგომარეობიდან გამოსავალი სახელმწიფო დაფინანსების გაზრდასა და მოწესრიგებაშია. დღესაც ამ აზრზე ვდგავართ. შევნიშნავთ იმასაც, რომ ამ მხრივ დიდი შესაძლებლობებია დარგში აკუმულირებული მატერიალური და შრომითი რესურსების გაბედულ და მასშტაბურ ოპტიმიზაციაში და მოქმედი ეკონომიკური მექანიზმებისა და მეთოდების დახვეწაში. სახელმწიფოს მხრიდან ჯანმრთელობის დაცვის ფორმალური სექტორის 70-80%-ის დაფინანსების უზრუნველყოფის შემთხვევაში, შესაძლებლად მიგვაჩნია სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების 50%-ით (150 მილიონი ლარით) შემცირება მისი ლეგალიზების პირობებში.

წარმოდგენილი პროგრამის ბოლოს დართულია არსებითი მნიშვნელობის 104 კონკრეტული ღონისძიება შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

- სამართლებრივი ბაზის სრულყოფა;
- სამართლებრივი ბაზის სრული ამოქმედება და მის დაცვაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის გაძლიერება;
- ლეგალიზების ეკონომიკური მოტივაციის გაძლიერება;
- დარგში აღრიცხვა-ანგარიშგების სისტემის სრულყოფა და მისი აღსრულების ადმინისტრირების გაძლიერება;
- კორუფციის შესაძლებლობების მინიმიზაცია საკვანძო საკითხებზე გადაწყვეტილების მომზადებისა და მიღების პროცესის გამჭვირვალობის გაზრდის გზით;
- დარგის დაფინანსების მექანიზმებისა და მოდელების არსებითი გადასინჯვა;
- დარგში აკუმულირებული მატერიალური და შრომითი რესურსების ოპტიმიზაცია, გამოთავისუფლებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენებისა და კომპენსირების ოპტიმალური სისტემების ამოქმედების პირობებში;
- სადაზღვევო პრინციპების ეფექტიანი ამოქმედება და ნებაყოფლობითი (კერძო) დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობა;
- საზოგადოებრივი აზრის ფორმირება ფარული ეკონომიკური ურთიერთობებისადმი, როგორც ნაკლებად სანდო და არაგარანტირებულისადმი შეურიგებლობის მიმართულებით;
- მიმდინარე ეკონომიკური ურთიერთობების მონიტორინგის უწყვეტი სისტემის ჩამოყალიბება, რომელშიც საზოგადოებრივ კონტროლს მესამე სექტორის მეშვეობით გადამწყვეტი როლი მიენიჭება.

ვფიქრობთ, აღნიშნული ღონისძიებების თანმიმდევრული და მიზანმიმართული გატარებით შესაძლებელია ქმედითი შედეგების მიღწევა დროის მცირე მონაკვეთში.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის სხდომა

2000 წლის 14 დეკემბერი

**განმარტებები 2001 წლის სახელმწიფო სოციალური ბიუჯეტის
შესახებ**

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

მომავალი 2001 წელი ახალი საუკუნის პირველი კალენდარული წელია, რომლის დროსაც პრაქტიკულად უნდა გამოიკვეთოს საქართველოს ახალი სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებანი, რომელშიც განსაკუთრებით მკაფიოდ აისახება მისი სოციალური ორიენტირებულობა.

ქვეყნის მოსახლეობის მძიმე სოციალური მდგომარეობა და რთული ფინანსური სიტუაცია მნიშვნელოვნად ართულებს რეალური საპროგრამო პრიორიტეტების განხორციელებას. ამის გამო, 2001 წელს ამ სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებების ზრდა, გარდა კანონით განსაზღვრული მინიმალურად აუცილებელი ღონისძიებებისა, არაა გათვალისწინებული. ამასთან, აქცენტი გაკეთებულია უკვე აღებული სახელმწიფო ვალდებულებების რეალურად შესრულებისთვის საჭირო დაფინანსების დონეზე.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამები შემუშავებულია შემდეგი სტრუქტურით:

1. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, რომელიც მოიცავს სამ მიმართულებას:
 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები;
 - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები;
 - სხვა ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამები.
2. სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამები;

3. ინვალიდთა დახმარების სახელმწიფო პროგრამები;
4. უმუშევართა სოციალური დაცვისა და დასაქმების სახელმწიფო პროგრამები.

ნება მიბოძეთ მოკლედ შევეხო ამ პროგრამების მნიშვნელობას ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვასა და სოციალურ უზრუნველყოფაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებას უდიდესი როლი ეკისრება საქართველოს მოსახლეობის მთელი რიგი დაავადებების თავიდან აცილების, სამედიცინო-პროფილაქტიკური განათლების დონის ამაღლებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების თვალსაზრისით.

2001 წელს დაგეგმილია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის 15 პროგრამის განხორციელება, რომლის საპროექტო ღირებულება 12.770 ათასი ლარია.

- *ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამის* ძირითად მიზანს წარმოადგენს ქვეყნის მოსახლეობის, განსაკუთრებით მოზარდების სამედიცინო პროფილაქტიკური განათლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხებზე და ინფორმაციული უზრუნველყოფა.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 260 ათასი ლარია.

- *ეპიდზედამხედველობის, საკარანტინო, განსაკუთრებით საშიში და მასთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლისა და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის, მართვის და კოორდინაციის პროგრამის* მიზანს წარმოადგენს ინფექციურ დაავადებათა ეტაპობრივი შემცირება და მართვა, საქართველოში პოლიომიელიტის, დიფთერიის, ახალშობილთა ტეტანუსის ადგილობრივი შემთხვევების აღმოფხვრა და პროგრამით განსაზღვრული გადამდები დაავადებების ნეგატიური შედეგების შემცირება. იგი ითვალისწინებს ეპიდზედამხედველობის სისტემის სრულყოფას, ეპიდაფეთქებების

დროულ ლოკალიზებასა და ლიკვიდაციისთვის პრეპარატების, რეაქტივების, სადეზინფექციო საშუალებებისა და სხვათა მინიმალური მარაგის შექმნას, აგრეთვე დიფთერიის, მენინგოკოკური ინფექციებისა და სხვა ინფექციურ დაავადებათა კერებში გასატარებელი ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების სტანდარტიზებას, გამომწვევთა გამოყოფას და იდენტიფიცირებას, ცენტრალურ დონეზე ლაბორატორიული ბაზის გამართული მუშაობის უზრუნველყოფას, სამხარეო და ადგილობრივი სამსახურების საქმიანობის ხელშეწყობას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 430 ათასი ლარია.

- **გეგმიური იმუნიზაციის, ეპიდჩვენებით პროფესიული აცრების პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის მართვადი ინფექციებით ავადობის მინიმუმამდე დაყვანა, ბავშვთა კონტინგენტის გეგმიური აცრებით მაქსიმალური მოცვა, მასობრივი აცრების კამპანიების ჩატარება დაავადებათა მიმართ დამცველობითი იმუნური ფენის შექმნისა და შენარჩუნებისათვის.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 1.750 ათასი ლარია.

- **ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა პროგრამა** ითვალისწინებს ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობითი ფაქტების დადგენას, სასამართლო ნარკოლოგიურ ექსპერტიზას, ნარკოტიკულ ნივთიერებათა მომხმარებელთა ერთწლიან პრევენციულ მეთვალყურეობას, ფსიქიკური აშლილობების მწვავე აბსტინენციური მდგომარეობის კუპირებას (მეორადი პრევენცია), სოციალურ და სამედიცინო რეაბილიტაციას, ქალთა და მოზარდთა მკურნალობასა და რეაბილიტაციას, ნარკოლოგიური ქსელის ფორმირებას, სპეციალისტთა მომზადებას, ერთიანი საინფორმაციო ბანკის განვითარებას, ქვეყანაში ნარკომანიის გავრცელების მდგომარეობის შესწავლას, ეპიდსიტუაციის შემსწავლელი ჯგუფის ჩამოყალიბებას, ეპიდზედამხედველობითი სამუშაოების ჩატარებას ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში და სხვა ღონისძიებებს.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 500 ათასი ლარია.

- **იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს, რადიოეკოლოგიური სიტუაციის შესწავლის ფონზე, იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა შემცირება-მართვა და რკინის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პრევენცია. პროგრამა მოიცავს ეპიდემიოლოგიურ კვლევებსა და შესაბამის პრევენციულ და სამკურნალო ღონისძიებებს მიზნობრივ ჯგუფებში. იგი ითვალისწინებს იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა მონიტორინგის სისტემის სრულყოფას, ჯგუფური პრევენციის გატარებას, სამართლებრივი ბაზის საფუძვლების შექმნას, გარემოში (ნიადაგში, წყალში და სხვა) იოდის შემცველობის მონიტორინგს.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 620 ათასი ლარია.

- **ავადობის აქტიური გამოვლინებისა და მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა-შეფასება მოსახლეობის გარკვეულ ფენებსა და სოციალურ ჯგუფებზე ორიენტაციით (ლტოლვილები, ინვალიდები, უმწეოები, პენსიონერები, მრავალშვილიანი დედები და სხვა), მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვებისა და ანკეტური გამოკითხვის გზით, მოსახლეობის ავადობისა და მისი სტრუქტურის დადგენის, გამოვლენილ დაავადებებზე მეთვალყურეობის, მათზე კონტროლისა და პროფილაქტიკის რეკომენდაციების შემუშავებისთვის. პროგრამა ასევე ითვალისწინებს მიზნობრივი ქვეპროგრამების სიტუაციურ-ოპერატიულ ღონისძიებათა დაგეგმვა-განხორციელებას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 400 ათასი ლარია.

- **უსაფრთხო სისხლის, შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს გადასასხმელი სისხლისა და სისხლის პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, შიდსის გადაცემის ძირითადი გზების ბლოკირება და აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა თავიდან აცილება, სქესობრივი

გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების შეჩერება. პროგრამა ითვალისწინებს დონორთა სისხლის სავალდებულო და უფასო გამოკვლევას აივ ინფექცია/შიდსზე, B და C ჰეპატიტებზე და სიფილისზე, მაღალი რისკ-ჯგუფების გამოკვლევას აივ ინფექციაზე, მათ კლინიკურ და სატელეფონო კონსულტირებას. პროგრამაში არის სიახლე, კერძოდ, დაგეგმილია მეძავეთა, ჰომოსექსუალისტთა და ოც წლამდე ასაკის პირთა ანონიმური კვლევა და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა დადგენის შემთხვევაში მათი მკურნალობა.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 1.600 ათასი ლარია.

- **ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი გამოვლენის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობაში კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული ფორმების გამოვლენა პირველი დონის ონკოლოგიურ ქსელში. პროგრამა ითვალისწინებს ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში, ონკოდისპანსერებსა და კაბინეტებში პაციენტთა გასინჯვას კიბოსწინა დაავადებების და კიბოს კურაბელური ფორმების გამოვლენისა და მათი ოპტიმალურ სამკურნალო ტაქტიკაზე ორიენტირების მიზნით, მობილური სადიაგნოსტიკო ჯგუფების ფორმირებასა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარებას იმ რეგიონებში, სადაც არ არის სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა; ქვეყანაში ონკოდაავადებების აღრიცხვიანობის მოწესრიგებას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 340 ათასი ლარია.

- **სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებაზე მიმართული პრევენციული ღონისძიებების შემუშავება და დანერგვა, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებზე ეპიდზედამხედველობის, დაავადებათა სარეგისტრაციო სისტემის ფორმირება და ამუშავება, რისთვისაც საჭიროა ქვეყნის მასშტაბით ამ დაავადებათა სიხშირისა და მათი გამომწვევი რისკ-ფაქტორების შესახებ სარწმუნო ინფორმაციის მოპოვება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 260 ათასი ლარია.

- **ტრავმატიზმის პრევენციის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს საგზაო, საყოფაცხოვრებო, საწარმოო და სხვა სახის ტრავმების პრევენცია, ტრავმის შედეგების სიმძიმისა და სიკვდილიანობის შემცირების ხელშეწყობა. პროგრამა ითვალისწინებს დაინტერესებულ უწყებებთან ერთად ტრავმატიზმის ძირითადი პრობლემების იდენტიფიცირებას, საინფორმაციო მონაცემების საფუძველზე ზოგადი სტატისტიკისა და იურიდიული კატალოგების ფორმირებას, ტრავმატიზმის მონიტორინგულ-ეპიდემიოლოგიური სისტემის ამუშავებას, კომპლექსური რეკომენდაციების პაკეტის მომზადებას სამედიცინო სამსახურების, ავტოსაგზაო პოლიციის მუშაკებისა და მძღოლების ინფორმირებას ტრავმატიზმის სამართლებლივი ასპექტების შესახებ.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 85 ათასი ლარია.

- **მალარიის პროფილაქტიკის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს ბოლო დროს აღმოჩენილი მალარიის ადგილობრივი კერების ელიმინაცია და საქართველოს ტერიტორიაზე მალარიის აფეთქების თავიდან აცილება პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერების გზით. პროგრამა ითვალისწინებს მალარიის შემთხვევების დროულ ამოცნობას, ადგილობრივი მალარიის ყველაზე ინტენსიურ კერებში მცხოვრები მოსახლეობის მედიკამენტოზურ მკურნალობას დაავადების ტრანსმისიის სეზონამდე, ხოლო ახალ კერებში დაავადების შემთხვევების დროულ გამოვლენას; მალარიის კონტროლის საქმეში მმართველობის ადგილობრივი ორგანოებისა და საზოგადოების მონაწილეობის გააქტიურებას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 400 ათასი ლარია.

- **საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს სამხედრო ძალების ჯანმრთელი კონტინგენტით შევსების უზრუნველყოფა. პროგრამა ითვალისწინებს წვევამდელთა სამხედრო სამსახურისთვის

ვარგისიანობის განსაზღვრას, რომელიც გულისხმობს გაწვევის პერიოდში წვევამდელთა კომისიური წესით შემოწმებას და, არასაკმარისი დოკუმენტაციის ან საეჭვო მდგომარეობების შემთხვევაში, მათთვის დამატებითი გამოკვლევების წარმოებას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 230 ათასი ლარია.

- **სოფლად მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომი ამბულატორიული დახმარების გაწევა პირველად დონეზე, გარდა ქალაქებისა: თბილისი, ბათუმი, რუსთავი, ფოთი და ქუთაისი და მაღალმთიანი რეგიონებისა.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 4.250 ათასი ლარია.

- **მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს რთულ რელიეფურ, სოციალურ-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ პირობებში მცხოვრები მაღალი მთის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა ამბულატორიულ და სტაციონარულ დონეზე.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 1.500 ათასი ლარია.

- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების მომსახურების ხარჯები** ითვალისწინებს სამხარეო, რაიონულ და ადგილობრივ დონეზე მონიტორინგულ-ანალიტიკური სამუშაოების წარმოებას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სრულყოფაზე მიმართული წინადადებების შემუშავებას და ცვლილებების განხორციელებას მართვის ავტომატიზებული სისტემების გამოყენებით.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 145 ათასი ლარია.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები

მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომ პირობებში უზრუნველყოფა მხოლოდ და მხოლოდ ერთიანი სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემის პირობებშია შესაძლებელი.

დღეისათვის, როდესაც დარგის რეორიენტაციის შედეგად დასრულდა სისტემის ინსტიტუციური მოწყობა, სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილი გადავიდა სადაზღვევო პრინციპებზე.

პრიორიტეტულობიდან გამომდინარე, 2001 წელს დაგეგმილია 14 სადაზღვევო პროგრამის განხორციელება, რომლის საპროექტო ღირებულება 41.100 ათასი ლარია.

• **ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურის ოპტიმალური, საერთაშორისო სტანდარტებთან დაახლოებული, დონის შექმნა. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში: იძულებით მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა მკურნალობას; სოციალურად საშიშ ავადმყოფთა მკურნალობას; ქრონიკულ სულით ავადმყოფთა მკურნალობას გამწვავების პერიოდში; ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობათა მკურნალობას; პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა მკურნალობას; ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას;
- ამბულატორიულ დაწესებულებებში: გაძლიერებული სოციალური საშიშროების მქონე სულით ავადმყოფთა მკურნალობას და დინამიკურ მეთვალყურეობას; სულით ავადმყოფთა ფსიქოზურ აშლილობათა კუპირებას ამბულატორიულ დონეზე; ამბულატორიული დახმარების დიფერენცირებულ და ეტაპობრივ უზრუნველყოფას;
- ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ბაზაზე ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციური ცენტრის ფუნქციონირების დაწყებას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 3.000 ათასი ლარია.

• **ფთიზიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის ფარგლებში საერთაშორისო სტანდარტების ადეკვატური სადიაგნოზო, სამკურნალო და პრევენციულ ღონისძიებათა ერთიანი სისტემის

შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს ქვეყანაში ტუბერკულოზით ავადობის, სიკვდილობის, საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელებისა და ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული შემთხვევების შემცირებას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- ექვმიტანილთა და რისკ-ჯგუფთა სკრინინგის ეფექტური სისტემის დანერგვა;
- სამკურნალო ღონისძიებათა უწყვეტობის, ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის უზრუნველყოფა;
- ტუბერკულოზით დაავადებულთა კონტროლირებადი ქიმიოთერაპიით უზრუნველყოფა ამბულატორიულ პირობებში;
- ტუბერკულოზით დაავადებულთა სტაციონარულ მკურნალობა;
- მონიტორინგისა და ტრიაჟის სისტემის სრულყოფა;
- პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების მუშაობაზე გეგმიური კონტროლის დაწესება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 3.040 ათასი ლარია.

• **მეანობის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს ორსულობის მიმდინარეობაზე ხარისხიანი მეთვალყურეობა, ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებების თავიდან აცილება, უსაფრთხო მშობიარობის უზრუნველყოფა, გართულებული მშობიარობის შემთხვევაში ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების მიწოდება. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- უსაფრთხო მშობიარობის უზრუნველყოფა;
- პრე- და პერინატალური მეთვალყურეობის ადეკვატური სისტემის ჩამოყალიბება;
- პრე- და პერინატალური სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- ქალთა პროფილაქტიკური განათლების დონის ამაღლება;
- სპეციფიკურ დაწესებულებათა ოპტიმიზაცია;
- მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და ახალშობილთა რეფერალური პროგრამის განხორციელებით კეთილსაიმედო გადასვლის მიღწევა;

- მოსახლეობის ინფორმირება პროგრამით გათვალისწინებულ ღონისძიებათა შესახებ.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 6.200 ათასი ლარია.

• **ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა**, თავის მხრივ მოიცავს ოთხ ქვეპროგრამას:

- 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა (მ.შ. ქ.თბილისში 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადმყოფობის მწვავე შემთხვევების მართვის სახელმწიფო პროგრამა);
- ბავშვთა კარდიოქირურგიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია გულის თანდაყოლილი მანკების ადრეული დიაგნოსტიკისა და ქირურგიული მკურნალობის გზით ახალშობილთა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება;
- მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ადრეული ასაკის ბავშვების სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა;
- მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვების და იმ ბავშვების სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ, ჩანაცვლებით მკურნალობას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 9.800 ათასი ლარია.

• **უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა** მიზნად ისახავს მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი დაზღვეული ნაწილის ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას, ასევე უმწეოთა პოლისის არმქონე, უკიდურესად ხელმოკლე ფენისთვის სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებას ინდივიდუალური მიმართვის შემთხვევაში. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- უმწეოთა პოლისის მფლობელი დაზღვეული მოსახლეობისთვის ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურება ბაზისური პაკეტის სრული მოცულობით (მაღალტექნოლოგიური სტაციონარული მკურნალობის გარდა);

- სხვა სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების თანაგადახდის ანაზღაურება;
- საზოგადოების მოწყვლადი ნაწილის სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება ინდივიდუალური მომართვიანობის შემთხვევაში.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 7.750 ათასი ლარია.

• **ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს ქვეყანაში ინფექციური დაავადებების მკურნალობა საერთაშორისო სტანდარტების დონეზე და ამ დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის, ავადობისა და დასნებოვნების რისკის შემცირება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სრულ უსაფრთხოებამდე. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- ინფექციური დაავადებების მქონე ავადმყოფების უზრუნველყოფა დროული და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურებით;
- სამკურნალო ღონისძიებების ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის მაქსიმალური უზრუნველყოფა;
- გადამდები ინფექციური დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფთა ადრეული გამოვლენა და პრევენციული ჰოსპიტალიზაცია;
- ეპიდაფეთქებების ლიკვიდირება მაქსიმალურად მოკლე დროში;
- ქრონიკულ გადამდებ შემთხვევათა დროული გამოვლენა და სათანადო სამკურნალო და სანიტარული ღონისძიებების გატარება;
- დაავადების და შემთხვევის აღრიცხვის, მონიტორინგის, მართვისა და ტრიაჟის სისტემის სრულყოფა;
- სტანდარტიზებულ სამედიცინო ღონისძიებათა შესრულებასა და ხარისხზე კონტროლის გაძლიერება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 1.600 ათასი ლარია.

• **ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს ონკოლოგიურ დაავადებათა შორეული შედეგების გაუმჯობესება დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის გზით. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- მაღალი რისკის პოპულაციის ღრმა სამედიცინო გამოკვლევა, კიბოსწინარე და სიმსივნურ დაავადებათა დროული გამოვლენის მიზნით;
- ავადმყოფთა მკურნალობა კომბინირებული და კომპლექსური თანამედროვე სამედიცინო მეთოდების გამოყენებით;
- ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციის შეგროვება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 2.600 ათასი ლარია.

• **დიალიზის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს თირკმლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებული პაციენტების მკურნალობა. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალური სტადიით დაავადებულთა სრულფასოვანი ჰემო- და პერიტონიალური დიალიზით უზრუნველყოფა;
- დიალიზის სრული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- თითოეული შემთხვევის ფინანსური უზრუნველყოფა;
- მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაფართოება და გაუმჯობესება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 2.500 ათასი ლარია.

• **გულის იშემიურ დაავადებათა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა** მიზნად ისახავს გულის იშემიური დაავადებებით გამოწვეული ლეტალობისა და ინვალიდობის შემცირებას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- გულის იშემიური დაავადებების ქირურგიული და ინტერვენციული მეთოდებით მკურნალობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
- გულის იშემიური დაავადებებით გამოწვეული ლეტალობისა და ინვალიდობის კოეფიციენტის შემცირება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 300 ათასი ლარია.

• **ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალური სტადიის მქონე ავადმყოფთა პრობლემის მედიცინის თანამედროვე დონეზე გადაწყვეტას – მაღალტექნოლოგიური მეთოდებით მკურნალობას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- პრედიალიზზე, დიალიზზე მყოფი და თირკმლის გადანერგვის საჭიროების მქონე პაციენტთა საინფორმაციო ბანკის მართვა;
- აღნიშნული კონტინგენტის სელექცია და მონიტორინგი;
- დონორ-რეციპიენტთა სრულყოფილი სელექცია;
- იმუნოსუპრესული მკურნალობის სქემის ოპტიმიზაცია;
- იმუნოლოგიური კვლევის მეთოდების სრულყოფა;
- პოსტოპერაციული მეთვალყურეობის სამსახურის გაუმჯობესება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 150 ათასი ლარია.

• **სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა** მიზნად ისახავს შაქრიანი დიაბეტით, უშაქრო დიაბეტით, ჰემოფილიით დაავადებულ და თირკმელგადანერგილ პაციენტთა სასიცოცხლო მნიშვნელობის სპეციფიკური მედიკამენტებით დროულ და უწყვეტ უზრუნველყოფას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 2.500 ათასი ლარია.

• **ცხინვალის რეგიონის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების** პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მხარის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის პრინციპების შესაბამისად. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- მოსახლეობის სტაციონარული მომსახურების უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობის ამბულატორიული მომსახურების უზრუნველყოფა;

- მოსახლეობის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობის სტაციონარული მომსახურების მოცულობის გაფართოება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 200 ათასი ლარია.

• **სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში განსახლებული დევნილი მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს მხარეში განსახლებული დევნილი მოსახლეობის უზრუნველყოფა სავალდებულო მუნიციპალური მინიმუმით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურებით. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- რეგიონში მცხოვრებ იძულებით გადაადგილებულ პირთა უზრუნველყოფა გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურებით;
- იძულებით გადაადგილებულ პირთა უზრუნველყოფა სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით;
- იძულებით გადაადგილებულ ონკონკურაბელურ პაციენტთა უზრუნველყოფა ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით;
- ანტირაბიული დახმარება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 260 ათასი ლარია.

• **სადაზღვევო საქმიანობის ორგანიზაციის ხარჯები** ითვალისწინებს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ცენტრალური ოფისისა და რეგიონული ფილიალების მეშვეობით საორგანიზაციო ღონისძიებების გატარებას, რაც გულისხმობს: ტენდერების ჩატარებას, ხელშეკრულებების გაფორმებას, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფინანსურ უზრუნველყოფას, შესრულებული სამუშაოს აღრიცხვასა და კონტროლს, პროგრამების მონიტორინგს და დაზღვევით მოცული კონტინგენტის რეგისტრაციას.

ამ ხარჯებისთვის დაგეგმილია 1.200 ათასი ლარის გამოყოფა.

სხვა ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამები

2001 წელს უშუალოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დაგეგმილია 8 სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება, რომლის საპროექტო ღირებულება 4.385 ათასი ლარია.

• *კატასტროფის შედეგების ლიკვიდაციისა და სამედიცინო რეზერვების შევსება-განახლების სახელმწიფო პროგრამის* მიზანს წარმოადგენს სახელმწიფოს ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფუნქციის – კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციების დროს დაზარალებული მოქალაქეების უმოკლეს ვადებში ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციების დროს დაზარალებულთათვის დროული სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა შემთხვევის ადგილზე და შემდგომი ევაკუაცია;
- განსაკუთრებით მნიშვნელოვან შემთხვევებში, ექსტრემალურ კლიმატურ პირობებში და ძნელად მისადგომ გეოგრაფიულ რეგიონებში გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
- სწრაფი რეაგირების სამედიცინო მობილური სისტემის ინსტიტუციური შენახვის ხარჯები;
- მედიკამენტების, სისხლის შემცვლელებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების მარაგის შექმნის, განახლებისა და შევსების უზრუნველყოფა;
- ხელისუფლების უმაღლეს თანამდებობის პირთა, აგრეთვე კრწანისის სამთავრობო რეზიდენციაში დასაცავ პირთა და ქ.თბილისის აეროპორტში განსაკუთრებული კატეგორიის მგზავრთათვის გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
- კოდორის ხეობის სოფელ აჟარის მოსახლეობისთვის დამატებითი სპეციალიზებული მომსახურების უზრუნველყოფა;
- წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტსა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს შორის, 1994 წლის 18 ნოემბრის

შეთანხმების საფუძველზე, ქართული მხარის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების უზრუნველყოფა;

- სპეციალურად აღჭურვილ ნაგებობებში საგანგებო სიტუაციისთვის საჭირო აღჭურვილობის დაცვის ხარჯები.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 575 ათასი ლარია.

• **სისტემის დაწესებულებათა რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებებში მიმდინარე და კაპიტალური შეკეთების სამუშაოების ჩატარება და მათი თანამედროვე სამედიცინო ტექნიკით აღჭურვა.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 1.323 ათასი ლარია.

• **ნორმირებისა და სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს საერთაშორისო სტანდარტების, მოთხოვნებისა და სამოქმედო პრინციპებთან შესაბამისობაში მოყვანილი სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავება და დანერგვა; სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის სისტემის სრულყოფა, საერთაშორისო ორგანიზაციების მოთხოვნების დანერგვა სანიტარიული ზედამხედველობისა და კონტროლის განხორციელების მიზნით. პროგრამის ფარგლებში განხორციელდება შემდეგი ღონისძიებები:

- ნორმატიული დოკუმენტების პროექტების მომზადება მეცნიერებისა და პრაქტიკის თანამედროვე მიღწევების, საერთაშორისო სტანდარტებისა და საქართველოს პირობების გათვალისწინებით;
- WHO, Codex Alimentarius, EEC, FDA მასალების მოპოვება და გაანალიზება: შემუშავებული დოკუმენტების გასაცნობად ლექცია-სემინარებისა და კონფერენციების მოწყობა სანიტარიული ზედამხედველობის განმახორციელებელი სტრუქტურების მუშაკთათვის და ექიმ-ლაბორანტებისთვის;

- ტელერადიომაუწყებლობითა და პრესით ინფორმაციის გავრცელება შემუშავებული სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდსაწინააღმდეგო ნორმატიული აქტების გაცნობის მიზნით;
- კვლევის თანამედროვე ლაბორატორიული მეთოდების აპრობირება და დანერგვა სანიტარიული ზედამხედველობის ცენტრალურ ლაბორატორიაში და, არჩევითად, ქვეყნის ერთ-ერთ ლაბორატორიაში.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 128 ათასი ლარია.

• **სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების განვითარების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა** ითვალისწინებს, მოსახლეობის სოციალური დაცვის ხარისხის მაღალი მაჩვენებლების უზრუნველყოფისა და სოციალური დაცვის ინსტიტუტის ეფექტური ფუნქციონირების მიზნით, ეროვნული მეცნიერების პოტენციალის განვითარებასა და პრაქტიკასთან მჭიდრო ინტეგრირებას, განათლების სისტემის ეფექტიანობის გაზრდას და მიზანდასახული საკადრო პოლიტიკის გატარებას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგი ღონისძიებების განხორციელებას:

- სოციალური სფეროს სამეცნიერო კვლევათა ორგანიზებისა და შედეგების ინტეგრირების სამუშაოების შესრულება;
- სოციალური სფეროს განათლების მეცნიერული და მეთოდური უზრუნველყოფა;
- სოციალურ სფეროში რეალური სამეცნიერო პოტენციალისა და მისი საერთაშორისო ინტეგრირების გზების მოძიება;
- სოციალურ სფეროში განათლებისა და მეცნიერების თანამედროვე მსოფლიო გამოცდილების საუკეთესო მიღწევების შერჩევა და უახლესი ტექნოლოგიური მეთოდების დანერგვა;
- რეზიდენტების მომზადება შესაბამისი ლიცენზიის მქონე სამეცნიერო და სასწავლო დაწესებულებებში;
- გრანტული პრინციპით შერჩეული სამეცნიერო თემების დაფინანსება;
- დეფიციტურ სპეციალობებში სოციალური სფეროს პერსონალის გადამზადების ციკლების ორგანიზება;

- საერთაშორისო კონფერენციებსა თუ კონგრესებზე და მოკლევადიანი სამეცნიერო სტაჟირებისთვის საზღვარგარეთის ქვეყნების წამყვან სამეცნიერო დაწესებულებებში პერსპექტიული მეცნიერ-მკვლევარების მივლინება;
- უცხოეთის სასწავლო-სამეცნიერო დაწესებულებებთან პარტნიორული ურთიერთობის ხელშეწყობა.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 1.167 ათასი ლარია.

• **სამედიცინო დაწესებულებათა მართვის უზრუნველყოფისა და რეფორმების განვითარების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს სოციალურ სფეროში მიმდინარე რეორიენტაციის პროცესების ეფექტურობის გაზრდის ხელშეწყობა და დარგის ფუნქციონირებისთვის აუცილებელი ღონისძიებების, სამეურნეო და საინფორმაციო-ანალიტიკური საქმიანობის უზრუნველყოფა. პროგრამის ფარგლებში განხორციელდება:

- სამინისტროს ცენტრალური აპარატისა და მისი საქვეუწყებო სტრუქტურების ნორმალური ფუნქციონირებისთვის სათანადო პირობების უზრუნველყოფა;
- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში მოქმედი კანონქვემდებარე აქტების ინვენტარიზაცია, დამუშავება და ანალიზი;
- ცენტრალიზებულ და ჰუმანიტარულ ტვირთებთან დაკავშირებული საბაჟო, სატრანსპორტო და შენახვის პროცედურების ანალიზი;
- მასმედიის მაქსიმალური ჩართვა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში მიმდინარე რეორგანიზაციის პროცესში.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 325 ათასი ლარია.

• **სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგის პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს ისეთი ინსტრუმენტის ჩამოყალიბება და გამართული ფუნქციონირება, რომელიც საშუალებას მოგვცემს ავტომატურ რეჟიმში გამოავლინოს სახელმწიფო პროგრამების დაგეგმვისა და

განხორციელების პროცესში დაზიანებული უბნები. სახელმწიფო პროგრამების მართვის იერარქიაში მონიტორინგის პროგრამა წარმოადგენს ათვლის წერტილს, რომლის საფუძველზეც, ერთი მხრივ, უნდა განხორციელდეს მიზანმიმართული სახელმწიფო კონტროლი და დოკუმენტური რევიზია, ხოლო, მეორე მხრივ, პროგრამების დაგეგმვის პროცესში გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ექსპერტული დასკვნები. აღნიშნული ხელს შეუწყობს რესურსების ოპტიმალურ, მიზანმიმართულ გამოყენებას. პროგრამა ითვალისწინებს:

- სახელმწიფო პროგრამების მიმდინარე მონიტორინგს;
- მართვის სამოდელო სისტემების გამოცდას;
- პროგრამების გაწერის, მართვისა და მონიტორინგისთვის აუცილებელი გარემოს შექმნას.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 150 ათასი ლარია.

• **სტატისტიკისა და ინფორმაციული სისტემების უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ერთიანი ინფორმაციული სისტემის შექმნა სწორი სტრატეგიის, ტაქტიკისა და ოპერატიული გადაწყვეტილებების უზრუნველსაყოფად.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 310 ათასი ლარია.

• **სხვა, წინასწარ გაუთვალისწინებელი ხარჯებისთვის** დაგეგმილია 4070 ათასი ლარის გამოყოფა.

სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამები

სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში გათვალისწინებულია პენსიონერთა პენსიები, დახმარებები დროებით შრომისუუნარობასთან დაკავშირებით, უმწეოთა სოციალური (ოჯახური) დახმარება, 9 აპრილს დაღუპულ პირთა ოჯახების, საერთაშორისო პროგრამებში თანამონაწილეობის, საორგანიზაციო და ადმინისტრაციული, პენსიებისა და დახმარებების გაცემის მომსახურების ხარჯები.

აღნიშნული პროგრამები გაერთიანებულია სოციალური უზრუნველყოფის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ბიუჯეტში და მისი მოცულობა 2001 წლისთვის უნდა განისაზღვროს 223,36 მილიონი ლარის ოდენობით, მათ შორის:

- პენსიონერთა პენსიები, სულ – 197.831 ათასი ლარი;
- დახმარებები დროებით შრომისუუნარობასთან დაკავშირებით – 1000 ათასი ლარი;
- უმწეოთა სოციალური (ოჯახური) დახმარება – 15.646 ათასი ლარი;
- 9 აპრილს დაღუპულ პირთა ოჯახების ხარჯები – 22 ათასი ლარი;
- საერთაშორისო პროგრამებში თანამონაწილეობის ხარჯები – 300 ათასი ლარი;
- საორგანიზაციო და ადმინისტრაციული ხარჯები – 4.845 ათასი ლარი;
- პენსიებისა და დახმარებების გაცემის მომსახურების ხარჯები – 3.717 ათასი ლარი.

ინვალიდთა დახმარების სახელმწიფო პროგრამები

საქართველოს სახელმწიფო სოციალური პოლიტიკის უმთავრესი მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის ცხოვრების დონის სტაბილიზაცია და მისი ამაღლება. ინვალიდთა მიმართ სახელმწიფო პოლიტიკა მიზნად ისახავს მოქმედი კანონმდებლობით გათვალისწინებული ღონისძიებების განხორციელებას – სოციალურ დაცვას და სამედიცინო რეაბილიტაციის უზრუნველყოფას, რითაც უნდა შეიქმნას მათთვის სრულფასოვანი არსებობისა და საზოგადოების ეკონომიკურ-პოლიტიკურ ცხოვრებაში მონაწილეობის ხელსაყრელი პირობები.

2001 წელს დაგეგმილია ინვალიდთა დახმარების 7 სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება, რომლის საპროექტო ღირებულება 3.220 ათასი ლარია.

- *ინვალიდთა სერტიფიცირება-რეგისტრაციის სისტემის ფუნქციონირებისა და სრულყოფის სახელმწიფო პროგრამის* მიზანს

წარმოადგენს არსებული კანონმდებლობით ინვალიდობის განსაზღვრის ორგანიზება, ინვალიდთა დიფერენცირება შრომის უნარის დაკარგვის ხარისხის, მოცულობისა და ვადის მიხედვით, შესაბამისი კრიტერიუმებისა და წესების დაცვით მათი რეგისტრაციის დინამიკური სისტემისა და საინფორმაციო ბანკის ორგანიზება. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- არსებული კანონმდებლობით ინვალიდობის სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შემდგომი სრულყოფა;
- ინვალიდთა სერტიფიცირების ახალი სამართლებრივი ბაზის მომზადება;
- ინვალიდთა სერტიფიცირების ორგანიზაციული სისტემის ჩამოყალიბება;
- ინვალიდთა საინფორმაციო ბანკის ფუნქციონირება და სრულყოფა.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 218 ათასი ლარია.

• **ინვალიდთა სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს ინვალიდთა ამბულატორიული და კვალიფიციური ფსიქოლოგიური მომსახურება, სამედიცინო სარეაბილიტაციო ღონისძიებების შემუშავება, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაზიანებით დაინვალიდებულთა საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმით უზრუნველყოფა, ინვალიდთა სწავლება და პროფესიულ-შემოქმედებითი ორიენტაცია, მათი სოციალურ-ყოფითი ადაპტაცია და ონკოჰემატოლოგიური დაავადებებით დაავადებულ ბავშვთა მკურნალობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. პროგრამა შედგებოდა 9 კომპონენტისაგან:

- ინვალიდთა სამედიცინო ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია;
- ინვალიდთა სტომატოლოგიური მომსახურება;
- უნარშეზღუდულ ბავშვთა მედიკო-სოციალური რეაბილიტაცია;
- ჰიდროცეფალიის დეკომპენსირებული ფორმით (ოკლუზიური ჰიდროცეფალიით) დაავადებულ ბავშვთა შუნტირება;
- ბავშვთა ონკოჰემატოლოგიის დამატებითი სამედიცინო დახმარება;

- ას წელს მიღწეულ მოქალაქეთა სოციალური ადაპტაცია და ჯანმრთელობის დაცვა;
- ინსტიტუციურ დაწესებულებებში მყოფ ინვალიდ ბავშვთა დეინსტიტუციონალიზაცია;
- ინვალიდთა სოციალური იდენტიფიცირება;
- უნარშეზღუდულ ბავშვთა სოციალური ინტეგრაცია.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 1.354 ათასი ლარია.

• **უმწეო მდგომარეობაში მყოფ ინვალიდთა სოციალური უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წამროადგენს ინსტიტუციურ დაწესებულებებში სრულ სახელმწიფო კმაყოფაზე მყოფ ინვალიდ ბავშვთა, ინვალიდთა და ხანდაზმულთა ცხოვრების ოპტიმალური პირობების შექმნა, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებათა უზრუნველყოფა. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- ინსტიტუციურ დაწესებულებებში სრულ სახელმწიფო კმაყოფაზე მყოფ ინვალიდთა და ხანდაზმულთა ცხოვრების ოპტიმალური პირობების შექმნა, ხარისხიანი მოვლა-პატრონობით, მკურნალობით და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებით უზრუნველყოფა;
- ინსტიტუციურ დაწესებულებებში ინვალიდ ბავშვთა ცხოვრების, სწავლის, განვითარებისა და მკურნალობისათვის ოპტიმალური პირობების შექმნა, საყოფაცხოვრებო და შრომითი ჩვევების გამომუშავება;
- ინვალიდთა და ხანდაზმულთა რაციონალური და დიეტური კვების ორგანიზება ასაკისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაბამისად.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 943 ათასი ლარია.

• **უსინათლოთა და მხედველობადაქვეითებულთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა** მიზნად ისახავს უსინათლო ინვალიდთა დამატებით სამედიცინო და სოციალურ რეაბილიტაციას, მათ მონიტორინგს, ოფთალმოლოგიურ გამოკვლევას

და შესაბამისი სამედიცინო ღონისძიებების განხორციელებას დარჩენილი მხედველობის შენარჩუნების მიზნით, დამხმარე საშუალებების (სათვალეების, ლინზების, ხელჯოხების და სხვა) შექმნასა და განაწილებას, კულტურულ-საგანმანათლებლო და დასაქმების პროგრამების განხორციელებას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- უსინათლო ინვალიდთა სოციალური დახმარების მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება;
- უსინათლო ინვალიდთა მიმართ მოქმედი კანონმდებლობით გათვალისწინებული შეღავათების გავრცელების ორგანიზება;
- უსინათლო ინვალიდთა უზრუნველყოფა დამხმარე საყოფაცხოვრებო ტექნიკური და გადაადგილების საშუალებით;
- უსინათლო ინვალიდთა დახმარება მათი დასვენების უზრუნველსაყოფად;
- უსინათლო ინვალიდთა ყოფა-ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება, უმწეო მდგომარეობაში მყოფი უსინათლო ინვალიდთა ოჯახების სოციალური დახმარების ორგანიზება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 103 ათასი ლარია.

• **დევენილ ინვალიდთა სოციალური რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამის** მიზანს წარმოადგენს დევენილი ინვალიდებისთვის სამედიცინო-სოციალური დახმარების უზრუნველყოფა, მაღალი რისკის კონტინგენტის განსაზღვრა, პრევენციულ-აღდგენითი ღონისძიებებისა და ფსიქო-სომატური რეაბილიტაციის ჩატარება და სხვა. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- თითოეულ ინვალიდზე რეაბილიტაციის ინდივიდუალური პროგრამის შემუშავება;
- ინვალიდთა კონტინგენტის მომარაგება ჰიგიენური საგნებით, საწვავ-სათბობით, მცირე საოჯახო ინვენტარით, საკვები პროდუქტებითა და აუცილებელი მედიკამენტებით;
- ინვალიდებთან იურისტისა და ფსიქოლოგის პირადი კონტაქტებისა და სატელეფონო პროფესიული კონსულტაციების ორგანიზება.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 128,5 ათასი ლარია.

- **განსაკუთრებით მძიმე პირობებში მყოფი მოქალაქეების საკურორტო რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამით** განსაზღვრულია აფხაზეთიდან და სამაჩაბლოდან დევნილი ობოლი, საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობისთვის დაღუპულ მებრძოლთა შვილების, უსინათლო, სმენადაქვეითებული და დედამამით ობოლი და განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ინვალიდი ბავშვების სამედიცინო-საკურორტო რეაბილიტაცია.

პროგრამის საპროექტო ღირებულება 342 ათასი ლარია.

- **წინა პერიოდის დავალიანების დაფარვის ხარჯებისთვის** დაგეგმილია 132 ათასი ლარის გამოყოფა.

უმუშევართა სოციალური დაცვისა და დასაქმების სახელმწიფო პროგრამები

უმუშევართა სოციალური დაცვისა და დასაქმების სახელმწიფო პროგრამები ითვალისწინებს, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, უმუშევრებისთვის კუთვნილი შემწეობების დროულ გაცემას; უმუშევართა იმ კატეგორიის მატერიალურ და სოციალურ მხარდაჭერას, რომლებიც საჭიროებენ პროტექციონისტულ სოციალურ დაცვას, საზღვრისპირა, მაღალმთიან და რთული დემოგრაფიული სიტუაციის მქონე რეგიონებში დამატებითი სამუშაო ადგილების შექმნის ხელშეწყობას; საქართველოს ეკონომიკის განვითარების ინდიკატური გეგმის, პერსპექტიული მიმართულებებისა და შრომის ბაზრის რეგიონულ და დარგობრივ ჭრილში შესწავლის საფუძველზე, შრომითი რესურსების მაქსიმალური დასაქმების ხელშეწყობის ეფექტიანი სისტემის ამოქმედებას.

2001 წელს დაგეგმილია უმუშევართა სოციალური დაცვისა და დასაქმების ხუთი სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება, რომლის საპროექტო ღირებულება 6.100 ათასი ლარია. მათ შორის:

- უმუშევართა შემწეობის პროგრამა – 1.250 ათასი ლარი;

- უმუშევართა დროებითი დასაქმების პროგრამა – 1.550 ათასი ლარი;
- უმუშევართა დასაქმების ხელშეწყობის პროგრამა – 1.950 ათასი ლარი;
- სამხედრო სამსახურიდან თადარიგში დასათხოვ და დათხოვნილ მოსამსახურეთა და სამხედრო ძალების ვეტერანთა დასაქმების ხელშეწყობის პროგრამა – 1000 ათასი ლარი;
- საორგანიზაციო ადმინისტრაციული ხარჯები – 350 ათასი ლარი.

იმედს გამოვთქვამ, რომ მხარს დაუჭერთ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წარმოდგენილ პროექტს.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

2001 წლის 17 იანვარი

დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკა

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

უკანასკნელ პერიოდში დასაქმების საკითხი ერთ-ერთ უმწვავეს პრობლემად ჩამოყალიბდა. 1998 წელს დაწყებულმა საფინანსო და საბიუჯეტო კრიზისმა უმუშევრობის პრობლემა კიდევ უფრო აქტუალური გახადა. დღეისათვის უცნობია უმუშევართა ზუსტი რაოდენობა. სხვადასხვა ექსპერტული გათვლებით, იგი 300 ათასიდან 500 ათასამდე მერყეობს. ამავე დროს საქართველოდან სამუშაოს საძიებლად გასულია ასეულ ათასობით ადამიანი, რომელთა ზუსტი რიცხვი ასევე უცნობია. ხანგრძლივი უმუშევრობა, რომელიც უმუშევართა კვალიფიკაციის დაკარგვას იწვევს, ასევე ემიგრანტთა ასი ათასობით არმია მნიშვნელოვნად ასუსტებს ქვეყნის ეკონომიკური აღორძინების შესაძლებლობებს. დასაქმების სფეროში დღემდე უპირატესად უსისტემო პოლიტიკა ტარდებოდა, რომელიც არაორგანიზებულ ხასიათს ატარებდა. დასაქმების სახელმწიფო სამსახურების საქმიანობის ძირითადი მიმართულება უმუშევართა შემწეობების გაცემა იყო. სამუშაო ადგილების შექმნის მიზნით დაფინანსებული პროექტები არ ეფუძნებოდა მკვეთრად განსაზღვრულ პრინციპებსა და ლოგიკას. ანალოგიური ითქმის საზოგადოებრივი სამუშაოების ორგანიზებაზეც.

განვითარების თანამედროვე ეტაპზე, დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის ამოსავალ წერტილს უნდა წარმოადგენდეს ისეთი მექანიზმების შექმნა, რომელიც რეალურად შეუწყობს ხელს მოსახლეობის დასაქმებას. ამასთან, ეს პროცესი უნდა იყოს მზარდი და დინამიკური. რეორგანიზებული დასაქმების სამსახურების საქმიანობაში უნდა მოხდეს მკვეთრი აქცენტირება დასაქმების აქტიურ

პოლიტიკაზე, თუმცა დასაქმების აქტიური პოლიტიკის პრიორიტეტულობა არ შეიძლება ნიშნავდეს უმუშევართა სოციალურ დაცვასა და დასაქმების პასიური პოლიტიკის ღონისძიებებზე საერთოდ უარის თქმას. პირიქით, ამ ეტაპზე სახელმწიფო პოლიტიკის მიზანი უნდა გახდეს სიღარიბესთან ბრძოლა, შემოსავლების გათანაბრება და სოციალური დაზღვევა. სწორედ აქ დგება საკითხი, თუ როგორ უნდა ჩაერთოს სახელმწიფო ამ პროცესში, რადგან სახელმწიფოსა და ბაზრის გავლენის სფეროების გამიჯვნა წარმოადგენს ეკონომიკური რეფორმის ერთ-ერთ ცენტრალურ მომენტს.

აზრი იმის შესახებ, რომ საბაზრო ეკონომიკა გამორიცხავს სახელმწიფოს ჩარევას, აბსოლუტურად მცდარია. კამათი შეიძლება გამოიწვიოს მხოლოდ იმ საკითხის გარკვევამ, თუ სად გადის ზღვარი სახელმწიფოსა და ბაზრის გავლენის სფეროებს შორის და როგორი ფორმით უნდა მოხდეს სახელმწიფოს ჩარევა ეკონომიკაში. დასაქმების როგორც პასიური, ისე აქტიური პოლიტიკა ამ ეტაპზე ძირითადად ორიენტირებული უნდა იყოს მოსახლეობის უღარიბეს ფენებზე, დაბალკონკურენტუნარიან პირებზე და ამ პოლიტიკის ძირითადი მიზანი მათი სოციალური დაცვა, უმუშევრობის პრევენცია და დასაქმება უნდა გახდეს. ასეთ მიდგომას მნიშვნელოვანწილად განაპირობებს ქვეყნის შეზღუდული ფინანსური რესურსები, ამიტომ განსაკუთრებულ დატვირთვას იძენს თითოეული თეთრის ეფექტურად გამოყენება.

მოკლე და საშუალოვადიან პერიოდში სახელმწიფო პოლიტიკა დასაქმების სფეროში უნდა მოიცავდეს შემდეგ სამ ძირითად მიმართულებას:

1. უმუშევართა სოციალური დაცვა:
 - ა) უმუშევართა აღრიცხვა და მონიტორინგი;
 - ბ) უმუშევრობისაგან დაზღვევა.
2. დასაქმების პასიური პოლიტიკა:
 - ა) პროფესიული ორიენტაცია;
 - ბ) არსებული სამუშაო ვაკანსიების აღრიცხვა და საშუამავლო საკმეიანობა შრომითი მოწყობის მიზნით.

3. დასაქმების აქტიური პოლიტიკა:

- ა) კადრების მომზადება-გადამზადება, პროფესიული განათლების ხელშეწყობა;
- ბ) არსებული სამუშაო ადგილების შენარჩუნება;
- გ) დასაქმების მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება და რეალიზება.

ამ პოლიტიკის განხორციელებას ქმედითი და ეფექტური სახელმწიფო სტრუქტურების ჩამოყალიბება უზრუნველყოფს. დღემდე სერიოზული და სავსებით სამართლიანი კრიტიკა ისმოდა დასაქმების ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიმართ, რადგან, ფაქტობრივად ის აყალიბებდა დასაქმების პოლიტიკას, თვითონვე ახორციელებდა ამ პოლიტიკას, თვითონვე აფინანსებდა მის რეალიზებას და საკუთარი თავის მაკონტროლებელიც თვითონვე იყო. ჩვენი თვალსაზრისით, მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო უნდა იყოს დასაქმების პოლიტიკის შემმუშავებელი, ხოლო მისი გატარება თავის თავზე დასაქმების სახელმწიფო სამსახურმა უნდა აიღოს. დასაქმების ერთიანი სახელმწიფო ფონდი იქნება ის ფინანსური ინსტრუმენტი, რომელიც უმუშევრობის პრევენციული ღონისძიებებისა და დასაქმების აქტიური პოლიტიკის გატარებას შეუწყობს ხელს.

რაც შეეხება უმუშევრობის პრევენციასა და დასაქმების აქტიური პოლიტიკის გატარებას, აქ ჩამოყალიბდება მკაფიო პოზიცია, თუ ვის შეეხება, სად გატარდება და როგორ გატარდება ეს ღონისძიებები. ჩვენი აზრით, დასაქმების პოლიტიკა ამ ეტაპზე ორიენტირებული უნდა იყოს მოსახლეობის ყველაზე უღარიბეს ფენაზე, ძირითადად, დაბალკონკურენტუნარიან შრომით რესურსებზე. კერძოდ: თორმეტ თვეზე მეტი ვადით უმუშევრებზე, მარტოხელა დედებზე, ნაწილობრივ შრომისუნარდაკარგულ პირებზე, საქართველოს შეიარაღებული ძალებიდან დემობილიზებულ ახალგაზრდებზე და სასჯელადსრულების დაწესებულებებიდან გათავისუფლებულ პირებზე. განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდება ახალგაზრდა ოჯახებზე და 25 წლამდე ასაკის იმ პირებზე, რომლებიც პირველად გამოდიან შრომის ბაზარზე და არა აქვთ პროფესია.

მნიშვნელოვანია, თუ სად გატარდება დასაქმების აქტიური პოლიტიკა. იგი ამორჩევითად უნდა შეეხოს იმ ტერიტორიულ ერთეულებს, სადაც უმუშევრობის დონე საშუალო სახელმწიფოებრივზე მაღალია. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მაღალმთიან საზღვრისპირა რეგიონებს. რაც შეეხება ინსტრუმენტარიუმს, რომლის საშუალებითაც უნდა განხორციელდეს დასაქმების პოლიტიკა, იგი მრავალფეროვანი იქნება. ამ შემთხვევაში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს საჯაროობის უზრუნველყოფა და გამჭვირვალობა. ყველა პროგრამისა და პროექტის შესახებ საზოგადოება მაქსიმალურად უნდა იქნეს ინფორმირებული. წარსულს უნდა ჩაბარდეს ის დრო, როდესაც პარლამენტის სხდომაზე ეგრეთ წოდებული „შრომის დაცვის პროგრამები“ რეალური გაწერის გარეშე განიხილებოდა და შემდგომ არავინ იცოდა, თუ რა მიმართულებითა და როგორ იხარჯებოდა სახელმწიფო სახსრები.

უკვე მიმდინარე წელს „სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“ კანონპროექტის განხილვის დროს დეტალურად უნდა გაიწეროს არა მარტო დასაქმების ეროვნული, რეგიონული და დარგობრივი პროგრამები, არამედ ის მექანიზმებიც, რომლებიც ხელს შეუწყობს მიზნობრივი პროგრამების შესრულებას. ამისთვის საჭიროა კონკრეტულად მიეთითოს, თუ რა თანხა დაიხარჯება სუბსიდირებაზე (მათ შორის, იქნება სრული და ნაწილობრივი სუბსიდირება), რამდენი იქნება საგარანტიო თანხის ზღვრული მოცულობა და რამდენი – უმუშევართა დაკრედიტებისთვის განკუთვნილი სახსრები.

ამ ღონისძიებებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება როგორც, ზოგადად უმუშევრობის, ისე ხანგრძლივი უმუშევრობის შემცირების თვალსაზრისით. ახალი სამუშაო ადგილების შექმნის მიზნით გასატარებელ ღონისძიებებს შეიძლება ჰქონდეს ორი მიმართულება:

- დროებითი სამუშაო ადგილების შექმნა საზოგადოებრივი სამუშაოების ორგანიზების გზით;
- მუდმივი სამუშაო ადგილების შექმნა მცირე, საშუალო და საოჯახო ბიზნესის განვითარების მხარდაჭერის გზით.

მცირე, საშუალო და საოჯახო ბიზნესის განვითარების მხარდაჭერა

ემყარება საგარანტიო მომსახურებისა და თანადაფინანსების პრინციპებს, კერძოდ:

- ხელშეწყობის ღონისძიებები უპირატესად განხორციელდება იმ ეკონომიკურ ზონებში, სადაც უმუშევრობის დონე საშუალო სახელმწიფოებრივზე მაღალია;
- განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიენიჭება ბიზნესის იმ სახეობების განვითარებას, სადაც ხდება დაბალკონკურენტუნარიანი შრომითი რესურსების დასაქმება;
- საზოგადოებრივი სამუშაოების ორგანიზების დროს გათვალისწინებული იქნება პროფესიებზე მოთხოვნა, სოციალური პრობლემატიკა და ინფრასტრუქტურული საჭიროებები.

პროფესიებზე მოთხოვნის გათვალისწინება ნიშნავს ისეთი სახის საზოგადოებრივი სამუშაოების ორგანიზებას, სადაც დასაქმდება პერსპექტიული პროფესიების მქონე ხანგრძლივად უმუშევარი კონტინგენტი.

სოციალური პრობლემატიკის გათვალისწინება ნიშნავს დროებითი საზოგადოებრივი სამუშაოების ორგანიზებას იმ ტერიტორიულ ზონებში, სადაც სოციალური ვითარება სერიოზულადაა დამაბული.

ინფრასტრუქტურული მოთხოვნების გათვალისწინება ნიშნავს ისეთი საზოგადოებრივი სამუშაოების ორგანიზებას, რომლის მეშვეობითაც მოგვარდება დარგის ან რეგიონის ინფრასტრუქტურული მოთხოვნები.

დროებითი საზოგადოებრივი სამუშაოების ორგანიზება დაეყრდნობა თანადაფინანსების პრინციპს, გამონაკლის შემთხვევაში დასაშვებია იქნება მათი სრული დაფინანსებაც. გამონაკლის შემთხვევად ჩაითვლება ისეთი მდგომარეობა, როდესაც სოციალური დამაბულობის განმუხტვის მიზნით, აუცილებელი ხდება გადაუდებელი ჩარევა.

დასაქმების სამსახურებმა უნდა შექმნან სტიმულირების ისეთი სისტემა, რომელიც უმუშევრობის შემცირებისა და მცირე ბიზნესის განვითარებისკენ მიმართული ღონისძიებების კოორდინირების საშუალებას მოგვცემს.

ამჟამად საქართველოში მრავალი კომერციული ბანკი და საერთაშორისო ორგანიზაცია ახორციელებს მცირე ბიზნესის განვითარების ხელშეწყობის ღონისძიებებს. მეწარმეთა მხრიდან ლიკვიდური გარანტიების არარსებობის გამო, მათ სერიოზული პრობლემები ექმნებათ საკრედიტო რესურსების ათვისების პროცესში. მიმდინარე ეტაპზე, ახალი სამუშაო ადგილების შექმნის მიზნით გასატარებელი კონკრეტული პროგრამების ფარგლებში, მცირე მეწარმეთა დაფინანსების პროცესში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება საგარანტიო მომსახურების სისტემის ჩამოყალიბებას. ამ თვალსაზრისით, საკმაოდ მდიდარი გამოცდილება აქვთ არა მარტო განვითარებულ, არამედ განვითარებად ქვეყნებსაც. ლიკვიდური გარანტიების არარსებობის გამო, პრობლემები ექმნებათ როგორც მეწარმეებს, ისე საკრედიტო დაწესებულებებს.

ამდენად, აღნიშნული მომსახურების ქმედითი მექანიზმის შექმნით დაინტერესებულია პრაქტიკულად ყველა მხარე – სახელმწიფო, მეწარმეები, დაქირავებულთა გაერთიანებები და საკრედიტო ინსტიტუტები. ამ პროცესში მთავარია გამჭვირვალე და ქმედითი მექანიზმის ფორმირება, რომელიც წარმატებული იქნება როგორც ეფექტიანობის, ისე კორუფციის შესაძლო ელემენტების გამორიცხვის თვალსაზრისით. მიგვაჩნია, რომ ასეთი მექანიზმი შეიძლება იყოს არასახელმწიფო საგარანტიო ფონდის ფორმირება, რომლის დაფუძნებაში ყველა დაინტერესებული მხარე მიიღებს მონაწილეობას. უკვე ჩატარებულია აქტიური კონსულტაციები რიგ ქართულ საკრედიტო დაწესებულებებთან, მეწარმეებთან და მათ კავშირებთან, საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან. იდეამ აბსოლუტური მხარდაჭერა დაიმსახურა და ამჟამად მიმდინარეობს მუშაობა „ფონდის“ ფორმირებისა და საქმიანობის კონკრეტულ მექანიზმზე. ამ გზით შესაძლებელია გარანტიებისთვის გამოყოფილ ფინანსურ რესურსებზე მინიმუმ ორჯერ მეტი საინვესტიციო რესურსების მიმართვა ახალი სამუშაო ადგილების შესაქმნელად. პარალელურად, მცირე, საშუალო და საოჯახო ბიზნესის განვითარების მიზნით, შესაძლებელია საკრედიტო მომსახურებასთან დაკავშირებული ხარჯების სუბსიდირება, ხოლო სესხების გაცემა მოხდება კომერციული ბანკებისა და სხვა საფინანსო ორგანიზაციების

რესურსებიდან.

მცირე მეწარმეობის განვითარების ერთ-ერთი ყველაზე პრობლემური მხარე საფინანსო ბაზარზე დაშვების პრობლემებია. რაც შეეხება საკუთრივ საკრედიტო ხაზებს, ამ მიმართულებით უკვე რამდენიმე ბანკი მუშაობს, რომელთაც, თავის მხრივ, გამოყოფილი თანხების ათვისების პრობლემა შეექმნათ. საკრედიტო რესურსების მოძიების დროს მეწარმეთა მთავარი პრობლემა მყარი და ლიკვიდური გარანტიების წარდგენაა. სწორედ ეს არის ის მიმართულება, რომლის ამოქმედების შემთხვევაში ფულის რეალურად ხარჯვის გარეშე შესაძლებელი მცირე ბიზნესის განვითარების მხარდაჭერა.

ამ მიმართულებით დაგეგმილია:

- მცირე მეწარმეთა ბიზნეს გეგმების ექსპერტთა ჯგუფის შექმნა;
- საგარანტიო რესურსების მოცულობის განსაზღვრა როგორც მთლიანად, ისე თითოეულ პრიორიტეტულ რეგიონზე;
- გასაცემი გარანტიების ზღვრული ოდენობებისა და გარანტიის მიღების პირობების განსაზღვრა;
- საგარანტიო რესურსების მიმართვა რეგიონებში მცირე ბიზნესის განვითარებაზე, რათა მოხდეს სამუშაო ძალის ადგილზე დასაქმება;
- ექსპერტთა ჯგუფის მიერ კონკრეტული ბიზნეს-გეგმის განხილვის შემდეგ გარანტიის გაცემის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება.

ამ ღონისძიებების გატარების შედეგად შესაძლებელი გახდება გარკვეული ფიქსირებული, გაუცემელი თანხით გაცილებით მეტი საკრედიტო რესურსების მიმართვა მცირე ბიზნესში ბანკების მეშვეობით. საგარანტიო რესურსების სწორად ათვისების შემთხვევაში, მცირე მეწარმეების და, შესაბამისად, უმუშევრების ხელშეწყობა განხორციელდება პრაქტიკულად სახელმწიფო სახსრების დახარჯვის გარეშე.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

2001 წლის 28 თებერვალი

**2000 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების
შესრულების ანგარიში**

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

მე-20 საუკუნის უკანასკნელი წელიწადი დაიწყო ქვეყნის სოციალურ სფეროში არსებული პრობლემების მოგვარების რთულ გზაზე გადადგმული პირველი ნაბიჯით, რომელიც გამოიხატა ყოფილი ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის, შრომისა და დასაქმების სამინისტროების სტრუქტურულ რეორგანიზაციაში და მათ საფუძველზე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შექმნაში.

ამგვარმა რეორგანიზაციამ მრავალი სიკეთე უნდა მოიტანოს, ვინაიდან ქვეყანაში სახელმწიფოსა და ინდივიდის ურთიერთობები როგორც სამართლებრივი, ისე ეკონომიკური ასპექტებით უფრო ოპტიმალურად დარეგულირდება, ვინაიდან ერთიანი სოციალური პოლიტიკის შემუშავება და გატარების ორგანიზება, ფაქტობრივად, ერთი უწყების ხელში გადავიდა, რაც გამორიცხავს დუბლირებებს და პარალელიზმს მუშაობაში. სახელმწიფო პოლიტიკა სოციალურ სფეროში ერთიანი მიდგომითა და პრინციპებით აიგება, რაც მისი ეფექტიანობის ამაღლების საფუძველი იქნება და განაპირობებს დროის უმოკლეს ვადაში ქვეყანაში შექმნილი ურთულესი სოციალური მდგომარეობის ძირეულ გაუმჯობესებას.

დღეს თქვენს ყურადღებას შევაჩერებ მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესრულებაზე, რომელიც გამომდინარეობს საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის N723 ბრძანებულებით „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის სრულყოფის შესახებ“ გათვალისწინებული დავალებიდან. რაც შეეხება შრომისა და სოციალური სფეროს დანარჩენ მიმართულებებს, 2000 წელს ამ სფეროში

დაიწყო მეტად მნიშვნელოვანი გარდაქმნები, რომელთა პირველი წლის შედეგები, ჩვენი აზრით, ცალკე მსჯელობის საგანი უნდა გახდეს.

ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით 2000 წელს გრძელდებოდა დარგის რეორიენტაციით გათვალისწინებული სამუშაოები. საანგარიშო პერიოდში პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა კანონი „პაციენტთა უფლებების შესახებ“; შესაბამისი ცვლილებები და დამატებები შევიდა კანონებში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის – შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ“. მომზადდა ცვლილებები და დამატებები კანონებში „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“, „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“; კანონპროექტები „აბორტის შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის 6 ბრძანებულება და 1 განკარგულება.

რაც შეეხება დაფინანსებას, უნდა აღინიშნოს, რომ 2000 წლის მეორე ნახევარში მკვეთრად გაუმჯობესდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსება, რომელმაც გეგმიურის 91%-ს მიაღწია. თუმცა, წლის პირველ ნახევარში არსებული ჩამორჩენის გამო, საერთო წლიურმა დაფინანსებამ მხოლოდ 80% შეადგინა (აბსოლუტური დეფიციტი 9,6 მილიონი ლარი). მათ შორის, სამკურნალო-პროფილაქტიკური პროგრამები წლის მეორე ნახევარში დაფინანსდა 82%-ით (წლიური დაფინანსება გეგმის 53,3%, აბსოლუტური დეფიციტი 2,6 მილიონი ლარი), სადაზღვევო პროგრამები – 93%-ით (წლიური დაფინანსება გეგმის 83,7%, აბსოლუტური დეფიციტი 6,4 მილიონი ლარი) და სხვა ჯანდაცვითი პროგრამები – 100%-ით (წლიური დაფინანსება გეგმის 80,6%, აბსოლუტური დეფიციტი 0,6 მილიონი ლარი).

სამედიცინო პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებას უდიდესი როლი ეკისრება საქართველოს მოსახლეობის მთელი რიგი დაავადებების თავიდან აცილების, სამედიცინო-პროფილაქტიკური განათლების დონის ამაღლებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების თვალსაზრისით. 2000 წლის ბოლო 7 თვის განმავლობაში დაფინანსების ოდენობის მიახლოებამ შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან განაპირობა თვით შესრულებული სამუშაოს მოცულობის ზრდა და მისი მიახლოება გეგმით გათვალისწინებულთან.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამის ფარგლებში, მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების მეშვეობით განხორციელდა სასწავლო-საინფორმაციო მასალების ფართო მასებისათვის მიწოდება აქტუალური თემატიკის მიხედვით. გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება „საქართველოში თამბაქოს კონტროლისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებათა შესახებ“, შემუშავებულ იქნა „ჯანსაღი ქალაქის კონცეფცია“.

გეგმიური პროფილაქტიკური იმუნიზაციის, მასობრივი და პროფესიული აცრების კამპანიების პროგრამის ფარგლებში ჩატარებულ იქნა 358,3 ათასი აცრა-ვიზიტი; მომზადდა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაში გაიგზავნა „პოლიომიელიტისაგან თავისუფალი“ ქვეყნის სერტიფიცირების დოკუმენტები.

ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა პროგრამის ფარგლებში ჩატარდა 16,5 ათასი სტანდარტული გამოკვლევა, მათ შორის, 8210 ალკოჰოლური თრობის ერთჯერადი ექსპერტიზა, 6238 ნარკოტიკული თრობის ერთჯერადი ექსპერტიზა, 79 ფსიქიკურ აშლილობათა გართულებული მწვავე აბსტინენციური მდგომარეობის კუპირება და 1071 სასამართლო-სამედიცინო ნარკოლოგიური ექსპერტიზა.

იოდის და მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკისა და რადიაციული ფონის შესწავლის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სათანადო მომსახურება გაეწია 75 ათასამდე პირს. გასინჯული კონტინგენტიდან 38,4%-ს გამოუვლინდა ჩიყვის სხვადასხვა ფორმა. როგორც ვხედავთ, მდგომარეობა ძალიან სერიოზულია, თუმცა, 1996 წელთან შედარებით, როცა ენდემური ჩიყვი აღენიშნებოდა მოსახლეობის 51%-ს, შეიმჩნევა კლების დინამიკა.

ავადობის აქტიური გამოვლინებისა და მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების სახელმწიფო პროგრამა მოქმედებდა საქართველოს ყველა რეგიონში. სამედიცინო მომსახურება გაეწია 14 ათასამდე პირს. ჩატარებულია 35 ათასამდე სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ-კონსულტაციური სამედიცინო ქმედება, აქედან, 7 ათასამდე ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა.

შიდსის, უსაფრთხო სისხლისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკისა და ნაწილობრივი მკურნალობის პროგრამის სტანდარტული დიაგნოსტიკის ფარგლებში შესრულებულია 21110 გამოკვლევა. მათ შორის, შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლის კომპონენტის ფარგლებში, გამოკვლეულ იქნა რისკის ჯგუფის 14739 პირი, ხოლო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის კომპონენტის ფარგლებში – 25 ათასზე მეტი პირი. 2000 წელს აქტიურად გამოვლინდა აივ-ინფექცია და შიდსის 79, სიფილისის – 724 და გონორეის – 146 შემთხვევა.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი გამოვლინების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გაისინჯა 55 ათასამდე მოქალაქე. დამატებითი ანკეტური წესით შესწავლილია 5 ათასი პირი. კიბოსწინარე ან კიბოზე საექვო მდგომარეობა დაუდგინდა 935 პაციენტს, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნე ადრეულ სტადიაში – 350-მდე პაციენტს.

მეანობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მიერ 2000 წელს დაზღვეულ იქნა 42 318 ორსული, იმშობიარა პოლისით დაცულმა 34 820 (1999 წელს – 30 740) ქალმა.

ბავშვთა სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსდა 3,1 მილიონზე მეტი ამბულატორიული დახმარების შემთხვევა (1999 წელს – 1,2 მილიონი). მათ შორის, 82,3 ათასი ამბულატორიული მკურნალობა და 3 მილიონზე მეტი ამბულატორიული მეთვალყურეობა. ამავე პერიოდში დაფინანსდა 27 ათასამდე სტაციონარული შემთხვევა. 124 ბავშვს ჩაუტარდა კარდიოქირურგიული ოპერაცია (1999 წელს – 119 ოპერაცია), რომელთა შორის 76 (61,3%) ჩატარდა სისხლის ხელოვნური მიმოქცევით.

ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამით გატარებულია 357 335 საწოლდღე, მათ შორის, დღის სტაციონარში – 13 062 საწოლდღე. ამბულატორიული მომსახურება ჩაუტარდა – 28 202, ხოლო სტაციონარული – 2 480 პაციენტს.

ფთიზიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამით დაფიქსირებულია 159 171 სადაზღვევო შემთხვევა, მომსახურება ჩაუტარდა 10 379 ავადმყოფს. საყურადღებო ფაქტია, რომ 2000 წელს, წინა წელთან შედარებით,

რეგისტრირებულ შემთხვევათა მაჩვენებელი შემცირებულია 9,6%-ით, ხოლო ახალ შემთხვევათა მაჩვენებელი – 5,5%-ით.

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამის ფარგლებში მომსახურება გაეწია 29 850 პაციენტს, მათ შორის, ამბულატორიული დიაგნოსტიკა ჩაუტარდა 20 800-ს, ხოლო მკურნალობის კურსი გაიარა 9 050 ავადმყოფმა. პროგრამის ფარგლებში ჩატარებულია 2 720 ქირურგიული ოპერაცია, სხივური თერაპიის 1129 კურსი და ქიმიოთერაპიის 4 741 კურსი (ონკოჰემატოლოგიასთან ერთად).

უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამით დაფიქსირდა 59 620 სადაზღვევო შემთხვევა. მათ შორის, 45 121 ამბულატორიული და 14 499 სტაციონარული მომსახურება, გადაუდებელი სასწრაფო დახმარება გაეწია 3 617 პაციენტს.

სამეგრელო-ზემო სვანეთში განსახლებული დევნილი მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამით მომსახურება ჩაუტარდა 4 007 პაციენტს.

დიალიზის განვითარების სახელმწიფო პროგრამა უზრუნველყოფდა თირკმლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებული 154 პაციენტის მკურნალობას.

ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამით დაფიქსირებულია 7 891 შემთხვევა (1999 წელს – 6 200). ინფექციური დაავადებების ასეთი მატება განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს და მოითხოვს შესაბამისი პროფილაქტიკური ღონისძიებების ინტენსიურ ჩატარებას.

გულის იშემიური დაავადებების მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ჩატარებულია კორონარული არტერიების 50 ბალონური ანგიოპლასტიკა და აორტო-კორონარული შუნტირების 10 ოპერაცია.

ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განხორციელდა თირკმლის გადანერგვის 2 ოპერაცია.

დღეისათვის ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციაში აღრიცხვაზე იმყოფება თირკმელგადანერგილი 34 პაციენტი.

სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირდა 628 566 სადაზღვევო შემთხვევა. მათ შორის, 3 წლამდე – 143 051, 3-14 წლამდე – 151 147 და 14 წელზე მეტი ასაკის – 334 368 შემთხვევა.

სახელმწიფოს ვალდებულება მოსახლეობის წინაშე განისაზღვრება როგორც სახელმწიფო „ცენტრალური“ პროგრამებით, ისე ადგილობრივი, მუნიციპალური ორგანოების ზრუნვით მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. აღნიშნული ღონისძიების ფინანსური უზრუნველყოფა ხორციელდება ავტონომიური რესპუბლიკების, ქალაქებისა და რაიონების ბიუჯეტებიდან, სოციალური სფეროსათვის გამოყოფილი ასიგნებების ხარჯზე.

2000 წლის ბიუჯეტის კანონით, სავალდებულო მუნიციპალური მინიმუმით განსაზღვრული ღონისძიებების დაფინანსებისთვის ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი უნდა ყოფილიყო არანაკლებ 2,5 ლარისა ან შესაბამისი ბიუჯეტით დამტკიცებული ხარჯების საერთო მოცულობის არანაკლებ 10%-სა.

ტრადიციულად, ერთ სულ მოსახლეზე დანახარჯები აჭარაში, ქ.ფოთსა და ქ.თბილისში, სხვა რეგიონებთან შედარებით მნიშვნელოვნად მაღალია. ვანის, ახალქალაქის, საჩხერის, ხარაგაულის, აბაშის, მარტვილის, მარნეულის, ახმეტის, ჩხოროწყუს, სიღნაღის რაიონებში წლის განმავლობაში მუნიციპალური პროგრამების დასაფინანსებლად ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილ იქნა 0,3-დან 0,6 ლარამდე.

რეგიონების მიხედვით მუნიციპალური პროგრამების 2000 წლის დაფინანსების მაჩვენებლები განსხვავებულია ფინანსთა სამინისტროსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს რეგიონული სამსახურების მონაცემების მიხედვით, რაც უმთავრესად განპირობებულია ცალკეული რაიონების ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან თანხების, ჯანდაცვის

რეგიონული ფონდების გვერდის ავლით, უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულებებისთვის გადარიცხვით.

განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ის ფაქტი, რომ საქართველოს პრეზიდენტის 2000 წლის 7 მაისის N179 ბრძანებულებით, „საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლების განხორციელების გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“ დამტკიცდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი განხორციელების სტრატეგიული გეგმა მომავალი 10 წლისთვის. აღნიშნული დოკუმენტები გასულ წელს მოიწონა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ, რომელმაც გამოთქვა მათ რეალიზებაში მნიშვნელოვანი მხარდაჭერის გაწევის მზადყოფნა.

ამავე ბრძანებულების თანახმად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაევალა ყოველწლიურად „საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენების“ მომზადება და გამოცემა. სამინისტროს უკვე ჰქონდა მსგავსი დოკუმენტის მომზადების ორი წლის გამოცდილება. 1999 წლის მოხსენებაში გათვალისწინებულია წინა წლების გამოცემებზე მიღებული შენიშვნები და წინადადებები. საგრძნობლად გაფართოვდა ის თავი, რომელშიც აღწერილია ცხოვრების პირობების ზემოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე; დაემატა ახალი თავები, კერძოდ, გარემოს ზეგავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და წამალთმომარაგება.

სტატისტიკური მონაცემების ანალიზმა დამაჯერებლად დაადასტურა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკით განსაზღვრული სტრატეგიული მიმართულებების აქტუალობა და პრიორიტეტულობა. მიუხედავად გარკვეული დადებითი ტენდენციებისა, კვლავ მნიშვნელოვან ყურადღებას მოითხოვს: დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებების სიხშირე და მათგან გამოწვეული სიკვდილიანობა, ტრავმატიზმი, გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებები, მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობა. აღნიშნული პრობლემების გადაწყვეტაში აუცილებელია ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისთვის აუცილებელი ღონისძიებების დაფინანსების

გაუმჯობესება და ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემების გადაჭრაზე მიმართული საქმიანობის გააქტიურება.

საქართველოს პრეზიდენტის 2000 წლის 29 ივნისის N278 ბრძანებულების „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შემდგომი სრულყოფის შესახებ“ საფუძველზე განხორციელდა სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის კომისიების რესტრუქტურისაგია. ადრე საქართველოს სოციალური უზრუნველყოფის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის დაქვემდებარებაში არსებული სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის კომისიების ნაცვლად შეიქმნა სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის ბიუროები. სარაიონოთაშორისო ბიუროების შექმნის ხარჯზე შემცირდა მათი რიცხვი 80-დან 49-მდე. წლიური დაფინანსების ხარჯები შემცირდა 342 ათასიდან 160 ათას ლარამდე. მიმდინარეობდა მუშაობა სამედიცინო და სოციალური ექსპერტიზის საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფისათვის. მომზადდა კანონპროექტი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“, ინსტრუქციები „სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის წარმოების შესახებ“, „ნარკოლოგიური და ალკოჰოლური თრობის შესახებ“, „პათანატომიური ექსპერტიზის შესახებ“ და „ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მდგომარეობის ფაქტის დადგენის შესახებ“.

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის სრულყოფისა და ნორმატიული აქტების მომზადების მიზნით, მინისტრის ბრძანებით შექმნილია სამუშაო ჯგუფი. თავდაცვის სამინისტროსთან ერთად მიმდინარეობს მუშაობა წვევამდელთა სამხედრო-სამედიცინო ექსპერტიზის საკითხების მოსაწესრიგებლად. გამოცემულ იქნა მინისტრის ბრძანება „ცალკეულ პროფესიათა საქმიანობის უფლების ან ნებართვის მისაღებად მოქალაქეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების შესახებ“.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო თავის მუშაობაში მნიშვნელოვან ადგილს უთმობს საერთაშორისო ურთიერთობების გაღრმავებას განვითარებული ქვეყნების (აშშ, გერმანია, იაპონია, ჰოლანდია, დიდი ბრიტანეთი და სხვა) მთავრობებთან და საერთაშორისო საფინანსო ორგანიზაციებთან, ქვეყნის წინაშე მდგარი სოციალური პროგრამების მოგვარების ოპტიმალური გზების ძიებაში.

მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით ამჟამად განხორციელებული ჯანმრთელობის დაცვის I პროექტი და საავადმყოფოების რესტრუქტურირების ხელშეწყობი კრედიტი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირების რთული პროცესის განხორციელებაში.

მსოფლიო ბანკის ჯანმრთელობის დაცვის I პროექტის ფარგლებში მიმდინარეობდა მოსამზადებელი სამუშაოები ლუდუშაურის სახელობის მრავალპროფილიანი ნაციონალური ჰოსპიტალის რეაბილიტაციისა და თანამედროვე სამედიცინო ტექნიკითა და მოწყობილობებით აღსაჭურველად. ამ მიზნით გამოყოფილია 10 მილიონამდე აშშ დოლარი.

მსოფლიო ბანკის სტრუქტურული გარდაქმნების მესამე კრედიტის ფარგლებში, საავადმყოფო სექტორის რესტრუქტურირების პროგრამაზე გამოყოფილია 9,6 მილიონი აშშ დოლარი. ამ პროგრამით გათვალისწინებულია რიგი საავადმყოფოების კონსოლიდაცია და რეაბილიტაცია (ტუბერკულოზის, ინფექციური და ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოები), რისთვისაც საწყის ეტაპზე, მსოფლიო ბანკის კრედიტის ფარგლებში, 4 მილიონ აშშ დოლარამდეა გათვალისწინებული. ამის გარდა პროგრამაში გათვალისწინებულია კონსოლიდაციის შედეგად გამოთავისუფლებული შენობების პრივატიზება და შემოსული თანხების აკუმულირება საავადმყოფოების რესტრუქტურირების ფონდში, საიდანაც მოხდება კონსოლიდაციის შედეგად გამოთავისუფლებული პერსონალის მომზადება-გადამზადებისა და საკომპენსაციო უზრუნველყოფის ხარჯების დაფარვა, სახელმწიფო მფლობელობაში დარჩენილი სხვა ძირითადი სამედიცინო დაწესებულებების რეაბილიტაციისა და აღჭურვის, მათი მმართველობითი სტრუქტურის გაუმჯობესების ხარჯების ანაზღაურება.

2000 წელს იაპონიის მთავრობის გრანტის მეშვეობით თანამედროვე სამედიცინო აპარატურით აღიჭურვა ცენტრალური კლინიკური და ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოები, რომლის ღირებულებამ 7 მილიონი აშშ დოლარი შეადგინა.

დღეს, როდესაც საქართველოში მიღწეულ იქნა ეროვნული კონსენსუსი და გრძელვადიანი პოლიტიკურ-ეკონომიკური სტაბილურობა გახდა

კრიზისიდან გამოსვლის უმთავრესი ორიენტირი, ხოლო სახელმწიფო პრიორიტეტად აღიარებულ იქნა პოლიტიკის ზნეობრიობა და ყოველივე ახლის შენებაში სოციალური ორიენტაცია, აუცილებელი ხდება მკაფიოდ გამოიხატოს სოციალური სფეროს უმნიშვნელოვანესი როლი ქვეყნის ინსტიტუციურ მოწყობაში.

თანასწორუფლებიანი, ჰუმანური საზოგადოების მშენებლობის საქმეში კრიტიკულ მნიშვნელობას იძენს მწყობრი სოციალური პოლიტიკა, რომელიც ყოველ მოქალაქეს შეუქმნის სოციალური დაცულობის მყარ გარანტიებს, შეძლებს სუსტების დაცვას, ძლიერების მართვას და, ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდასთან ერთად, დოვლათის სამართლიან გადანაწილებას.

ამასთანავე, რომ არ მოხდეს ხელისუფლების სოციალურ-ეკონომიკური სფეროს ძირეული ინსტიტუციური ცვლილებებისაკენ მიმართულ რეფორმათა დისკრედიტაცია, აუცილებელია მოიმუშაოს სოციალური დაცვის ოპტიმალური მოდელი, რომელიც გამორიცხავს დისბალანსს სოციალური დაცვის მორალურ ვალდებულებებსა და დანახარჯთა შემცირების აუცილებლობის ფინანსურ ვალდებულებებს შორის. სახელმწიფომ, ერთი მხრივ, უნდა უზრუნველყოს ისეთი სამართლებრივი ატმოსფერო, რომელიც არ დაუშვებს ადამიანის კონსტიტუციური უფლებებისა და თავისუფლებების შეზღუდვას და, მეორე მხრივ, მაქსიმალურად შეუწყოს ხელი მოსახლეობის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების, ღირსეული ხანდაზმული ცხოვრების და მომავალი თაობის განვითარების სოციალური უფლებების დაცვას. ამისათვის კი აუცილებელია უნივერსალური და მართვადი სოციალური ინსტიტუტების დამკვიდრება, რომელიც დინამიკურად განვითარდება ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდასთან ერთად და, ეფექტური მართვის პირობებში, სარგებლობას მოუტანს საზოგადოების ყველა ფენას.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

უშიშროების საბჭოს სხდომა

2001 წლის 23 მარტი

**ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის
ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, 1999 წელი**

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

პატივცემულო უშიშროების საბჭოს წევრებო,

საქართველოს პრეზიდენტის 2000 წლის 5 მაისის N179 ბრძანებულების „საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლების განხორციელების გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“ თანახმად, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაევალია ყოველწლიურად „საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენების“ მომზადება და გამოცემა.

სამინისტროს უკვე ჰქონდა მსგავსი დოკუმენტის მომზადების ორი წლის გამოცდილება. 1999 წლის მოხსენებაში შევეცადეთ გაგვეთვალისწინებინა წინა წლების გამოცემებზე მიღებული შენიშვნები და წინადადებები. საგრძნობლად გაფართოვდა ის თავი, რომელშიც აღწერილია ცხოვრების პირობების ზემოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე; დაემატა ახალი თავები, კერძოდ, გარემოს ზეგავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და წამალთმომარაგება.

არსებული მდგომარეობის ანალიზის საფუძველზე შევეცადეთ რეალურად შეგვეფასებინა საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, წარმოგვეჩინა ის ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაზე და გამოგვეყო სამომავლო პრიორიტეტები.

1. ცხოვრების პირობების ზემოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე

მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება შრომისა და დასვენების ნორმალური პირობების შექმნას, უსაფრთხო კვების პროდუქტებითა და სასმელი წყლით უზრუნველყოფას, გააზრებული

დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, მოსახლეობის აღზრდას და წვრთნას პირველადი სამედიცინო ცოდნის და ჩვევების მისაღებად.

1998 წლიდან ქვეყნის ეკონომიკაში განვითარებულმა კრიზისულმა მოვლენებმა მნიშვნელოვნად შეაფერხა ეკონომიკური ზრდა, რის გამოც მომდევნო წლებში შესამჩნევი გახდა სიღარიბის გაღრმავება მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

საქართველოს მოსახლეობის წილმა, რომლის მოხმარების მოცულობა საარსებო მინიმუმზე ნაკლებია, 1999 წელს 60%-ს მიაღწია (1997 წლის 44,4%-თან შედარებით), რაც იმას ნიშნავს, რომ ქვეყნის 2,5 მილიონზე მეტი მოქალაქე დღეში 2 აშშ დოლარზე ნაკლებს მოიხმარს. მათგან დაახლოებით ნახევარი უკიდურეს სიღატაკეში ცხოვრობს, ხოლო დაახლოებით 20% ქრონიკული ღარიბია.

გაიზარდა სიღარიბის სიღრმის მაჩვენებელიც, რომელმაც 1999 წლისთვის 20,3%-ს მიაღწია (1997 წელს – 15,9%). მკვეთრად იმატა მოსახლეობაში სოციალურ-ეკონომიკურმა უთანასწორობამ. შემოსავლების განაწილების მიხედვით უთანასწორობის მაჩვენებელი („ჯინის“ ინდექსი) საქართველოში 0,53-ს აღწევს.

სიღარიბის დონეს კიდევ უფრო ამძიმებს უმუშევრობა. სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მონაცემებით, უმუშევრობის დონემ 1999 წელს შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის კრიტერიუმით 12,7%-ს (შერბილებული კრიტერიუმით 16,8%-ს) მიაღწია. დასაქმების სამსახურებში რეგისტრირებულ სამუშაოს მაძიებელთა რაოდენობამ 116 302 პირი შეადგინა და წინა წელთან შედარებით, 4,3%-ით გაიზარდა.

1999 წელს საქართველოს ერთი შინამეურნეობის საშუალოთვიურ სამომხმარებლო ხარჯებში სურსათზე მოდიოდა 40,9%, საოჯახო მოხმარების საქონელზე – 8,9%, სათბობსა და ელექტროენერგიაზე – 5,2%, ტანსაცმელსა და ფეხსაცმელზე – 4,9%, ტრანსპორტზე – 4,7%, თამბაქოს ნაწარმსა და სპირტიან სასმელებზე – 2,2%. მკვეთრად იკლო ხარჯებმა განათლებაზე, კულტურასა და დასვენებაზე, რაც, თავის მხრივ, უარყოფითად მოქმედებს მოსახლეობის

ჯანმრთელობაზე. მით უმეტეს, რომ მოსახლეობის მიერ დახარჯული თანხების მხოლოდ 2,7% ხმარდებოდა ჯანმრთელობას.

საყურადღებოა, რომ ჯანმრთელობაზე დახარჯული სახსრები თითქმის უტოლდება თამბაქოს ნაწარმისა და სპირტიანი სასმელების შექმნაზე გაღებული თანხების ოდენობას, რაც მიუთითებს მოსახლეობის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიმართ ყურადღების მოდუნებაზე.

უკანასკნელ წლებში მკვეთრად შეიცვალა მოხმარებული კვების პროდუქტების სტრუქტურა. არსებული მონაცემებით, მოსახლეობის უმეტესი ნაწილის ყოველდღიურ რაციონში ძირითადად შედის პური და პურპროდუქტები (სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებისთვის 65-დან 85%-მდე), ბოსტნეული (მათ შორის, კარტოფილი) – 8-14%, ხილი სეზონის მიხედვით – 2-12%. მკვეთრად იკლო რძისა და რძის პროდუქტების (2-8%), ხორცისა და ხორცის პროდუქტების (5-12%), შაქრისა და საკონდიტრო ნაწარმის (2-6%) მოხმარებამ.

სიღარიბის განსაკუთრებული რისკის მატარებელ ფენას წარმოადგენს შრომისუნარმოკლებული მოსახლეობა (პენსიონერები, ბავშვები, უნარშეზღუდული პირები), რომელთა წილი ქვეყნის მოსახლეობის 40%-ს აღემატება.

არსებული პენსიით ყოველდღიურად შესაძლებელია 350 გ პურის (24,2 თეთრი), 30 გ მარგარინის (7,4 თეთრი), 25 გ ლობიოს (4,0 თეთრი), 100 გ კარტოფილის (4,0 თეთრი), 100 გ ბოსტნეულის (5,0 თეთრი), 30 გ შაქრის (5,0 თეთრი) შექმნა, რაზედაც შესაძლებელია ყოველდღიურად დაიხარჯოს 48 თეთრი. ამ პროდუქტების ჩამონათვალი თავისი ენერგეტიკული ღირებულებით (1300-1350 კკალ) ვერ აკმაყოფილებს ადამიანის ძირითად, ანუ არარეგულირებად ცვლაზე დახარჯულ ენერგიასაც კი (1400-1600 კკალ), რომ არაფერი ითქვას საყოფაცხოვრებო პირობებში დატვირთვაზე და დამატებით, ანუ რეგულირებად ცვლაზე, რომელიც მხოლოდ პენსიონერებისთვისაც კი დღეში არანაკლებ 500-800 კკალ-ისა უნდა იყოს.

თუ გათვალისწინებული იქნება ის ფაქტი, რომ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ადამიანის ორგანიზმის ნორმალური ფუნქციონირებისთვის საშუალო-საღვედამისო ენერგეტიკული

მოთხოვნილება 2300-3050 კვალ-ას შეადგენს, მაშინ ცხადი ხდება, რომ მოსახლეობის კვებაში გამოხატულია დისბალანსი და ენერგეტიკული უზრუნველყოფის მნიშვნელოვანი დეფიციტი, რაც განაპირობებს ორგანიზმის შიმშილს და, შესაბამისად, საშიშროებას უქმნის სიცოცხლეს.

1998-1999 წლებში მრეწველობისა და სოფლის მეურნეობის ცალკეული დარგების გაჩერებული ობიექტების ხვედრითი წილის ზრდის ფონზე, ფუნქციონირებად საწარმოებში დასაქმებული მოსახლეობის შრომის პირობების თანამედროვე მოთხოვნებთან შეუსაბამობის გამო მათში დასაქმებულთა გარკვეული ნაწილი სისტემატურად განიცდიდა ჯანმრთელობისთვის არაკეთილსაიმედო საწარმოო-პროფესიული ფაქტორების ზემოქმედებას.

მოსახლეობის ცხოვრების პირობებზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებების შესრულების დონეც. 1999 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტით დამტკიცებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების საგეგმო დავალება მხოლოდ 55,3%-ით შესრულდა. მათ შორის, „პროფილაქტიკური“ პროგრამები – 24,4%-ით, „სადაზღვევო“ პროგრამები – 64%-ით, „სხვა“ ჯანდაცვითი პროგრამები – 41%-ით. აბსოლუტურმა დეფიციტმა ყველა პროგრამის მიხედვით 23,6 მილიონი ლარი შეადგინა. მათ შორის, ვერ იქნა ანაზღაურებული 17,3 მილიონი ლარის შესრულებული სამუშაო, რაც 1998 წლის შესაბამის მაჩვენებელს 2,3 მილიონი ლარით აღემატება. სულ 1998-99 წლებში ქვეყნის სამედიცინო დაწესებულებებმა ვერ მიიღეს 32,3 მილიონი ლარის შესრულებული სამუშაოს საზღაური.

2. გარემოს გავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე

უკანასკნელ ათწლეულში საქართველოს ატმოსფერულ ჰაერში მავნე ნივთიერებების გაფრქვევის მაჩვენებლების ცვლილებები ხასიათდებოდა შემცირების ტენდენციებით, რაც გამოწვეული იყო, არა ატმოსფერული ჰაერის ხარისხობრივი მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის ჩატარებული ღონისძიებებით, არამედ ეკონომიკური კრიზისის გამო მრეწველობის სექტორის ხვედრითი წილის შემცირებით. ამავე დროს, ბოლო სამი წლის განმავლობაში გამოიკვეთა ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების

მნიშვნელოვანი მატება, რომელშიც 96,9% ავტოტრანსპორტის გამონაბოლქვზე მოდის.

1999 წელს, ისევე როგორც წინა წლებში, აღინიშნებოდა მოსახლეობის კეთილსაიმედო და ხარისხიანი სასმელი წყლით უზრუნველყოფის არადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა. სამეურნეო-სასმელი წყალმომარაგების ჰიგიენის სფეროში ძირითადი პრობლემები დაკავშირებული იყო ანთროპოგენურ დაბინძურებასთან, სასმელი წყლის დეფიციტთან, წყალმომარაგების დაბალ სანიტარიულ საიმედოობასთან.

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნის მოსახლეობის 70%-ს სასმელი წყალი მიეწოდება ცენტრალიზებულად, მათ შორის ქალაქის მოსახლეობის 95%-ს, სოფლის მოსახლეობის 35%-ს, ხოლო ქვეყანაში ერთ სულ მოსახლეზე წყლის კომპლექსური ხარჯი ნორმაზე 120 ლ-ით მეტი იყო და საშუალოდ შეადგენდა 530 ლიტრს დღე-ღამეში, ქვეყნის მოსახლეობის დიდი ნაწილი ვერ ღებულობდა მოქმედი სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმებით გათვალისწინებული სასმელი წყლის რაოდენობას. სასმელი წყლის ხარისხის კონტროლის მიზნით ჩატარებული სინჯებიდან 4,5% არ აკმაყოფილებდა ჰიგიენურ ნორმებს, ხოლო 13,6% – სანიტარიულ-ბაქტერიოლოგიურს.

სავალალო მდგომარეობაში იმყოფება ქვეყნის 45 ქალაქში არსებული ცენტრალიზებული საკანალიზაციო სისტემები, რომლის ამორტიზებული და არადამაკმაყოფილებელი სანიტარიულ-ტექნიკური მდგომარეობის გამო, საერთო 4100 კმ-ის სიგრძის ქსელიდან, 1800 კმ საჭიროებდა კაპიტალურ რემონტს. შეკეთებასა და განახლებას მოითხოვდა საკანალიზაციო და ჩამდინარე წყლების გამწმენდი ნაგებობებიც. ისინი ვერ უზრუნველყოფდნენ ჩამდინარე წყლების სრული მოცულობით გაწმენდას, რის გამოც საკმაოდ მცირე იყო ზედაპირული წყლების ობიექტებში სუფთა ჩამდინარე წყლების ჩაშვების რაოდენობრივი მაჩვენებლები.

ნიადაგი, როგორც დასახლებული ადგილების ტექნოგენური ბუნების ქიმიური ნივთიერებებით დაბინძურების ძირითადი დეპო, წარმოადგენს მოსახლეობის ცხოვრების პირობებზე და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე არაკეთილსასურველი გავლენის ერთ-ერთ ფაქტორს. არსებული მონაცემების მიხედვით, ქარხნების, დაწესებულებების, ქალაქებისა და სხვა დასახლებული

ადგილების ტერიტორიებზე ყველა სახის ნარჩენების საერთო რაოდენობა 64,5 მილიონ ტონას შეადგენს, რომლის 70% (45,2 მილიონი ტონა) წიაღისეული რესურსების გადამუშავების ნარჩენებია, ხოლო 30% მეტალურგიული, სამთო, საშენ მასალათა, ქიმიური, მანქანათმშენებლობისა და მრეწველობის სხვა დარგების ნარჩენებია.

მნიშვნელოვან პრობლემად იქცა საყოფაცხოვრებო ნარჩენების ნაგავსაყრელები, რომელთა უმეტესობა სტიქიური და უკანონო იყო და არც ერთი მათგანი არ აკმაყოფილებდა მოქმედ სანიტარიულ-ჰიგიენურ ნორმებსა და წესებს. ქვეყნის მასშტაბით მყარი საყოფაცხოვრებო ნარჩენების ყოველწლიური მოცულობა შეადგენდა დაახლოებით 5,5 მილიონ კუბურ მეტრს.

3. დემოგრაფიული განვითარების ძირითადი ტენდენციები

მნიშვნელოვანმა სოციალურ-ეკონომიკურმა კრიზისმა, სამოქალაქო ომმა, ლტოლვილთა ნაკადმა, გაზრდილმა უმუშევრობამ, მოსახლეობის დიდი ნაწილის ცხოვრების პირობების გაუარესებამ და, შედეგად, როგორც შიდა, ისე გარე მიგრაციამ, უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე უარყოფითი გავლენა მოახდინა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ზემოაღნიშნულმა მრავალფაქტორულმა ზეწოლამ განაპირობა ახალი დემოგრაფიული სიტუაციის წარმოქმნა – დეპოპულაციის პროცესის დაწყება.

საქართველოს მოსახლეობის საერთო რიცხვის გამოხატული კლება განპირობებულია მრავალი მიზეზით, რომელთა შორის ყველაზე შემაშფოთებელია შობადობის უკიდურესი შემცირება. ამ უკანასკნელის მაჩვენებელი ბოლო 10 წლის განმავლობაში თითქმის 2-ჯერ შემცირდა. შობადობის განუხრელმა კლებამ ხელი შეუწყო მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაში დემოგრაფიული დაბერების პროცესის დაჩქარებას. უკანასკნელ ხუთ წელიწადში, ბავშვთა ასაკის მოსახლეობის (0-14 წლები) ხვედრითი წილის 2,8%-ით კლების პარალელურად, 2,6%-ით გაიზარდა 60 წელს გადაცილებულთა რაოდენობა. ამავე პერიოდში თითქმის სამჯერ შემცირდა ქორწინების მაჩვენებელი.

1999 წელს ჩატარდა ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, რომლითაც დადგინდა, რომ რეგისტრირებულ ან არარეგისტრირებულ ქორწინებაში მყოფი რეპროდუქციული ასაკის ქალების საერთო რაოდენობის 52,3%-ს აღარ უნდა მეტი შვილის ყოლა, 17,4%-ს არ შეუძლია, 7,2%-ს ჯერ არ გადაუწყვეტია და მხოლოდ 23,1%-ს აქვს ბავშვის ყოლის სურვილი. ამჟამად გათხოვილი ან სქესობრივ კავშირში მყოფი ქალების მხოლოდ 20,7%-ს, რომელთაც ჰყავთ მხოლოდ ერთი ბავშვი, სურს მეორე შვილის გაჩენა.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებისთვის გატარებული ღონისძიებების შედეგად, რაც გამოიხატა ქვეყანაში ორსულთა, მშობიარეთა, მელოგინეთა და ახალშობილთა რეფერალური სისტემის ამოქმედებაში და გარდაცვალების ყოველი შემთხვევის საექსპერტო შესწავლაში, შედარებით გაუმჯობესდა ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების მდგომარეობა, მოწესრიგდა მძიმე ახალშობილთა ჰოსპიტალიზაციის საკითხი და გარდაცვალების შემთხვევათა რეგისტრაცია, რამაც გარკვეულწილად განაპირობა ის გარემოება, რომ ბავშვთა სიკვდილიანობის სტრუქტურაში პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი მდგომარეობების სიხშირის ყოველწლიური ზრდის შემდგომ პირველად დაფიქსირდა მისი კლება.

განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია, რომ ვერ მოხერხდა ქვეყნის მოსახლეობის აღწარმოების რეგისტრირების გაუმჯობესება. კვლავ დიდია შეუსაბამობა სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტისა და სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის მიერ აღრიცხულ მონაცემებს შორის. ასე, მაგალითად, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტს დაფიქსირებული აქვს 6049 ახალშობილით ნაკლები, ვიდრე სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრს, რაც ახალშობილთა საერთო რიცხვის 12,9%-ია. კიდევ უფრო დიდი განსხვავებაა ერთ წლამდე ასაკში სიკვდილიანობის მაჩვენებელში – სტატისტიკის დეპარტამენტს 25,2%-ით ნაკლები აქვს დაფიქსირებული. აღნიშნული მნიშვნელოვნად ამწელებს სიტუაციურ ანალიზს და არსებული მწირი რესურსების ოპტიმალურად გამოყენებას.

4. ავადობის, სიკვდილიანობისა და დაინვალიდების თავისებურებები

1999 წელს წინა წლებთან შედარებით, მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურაში აღინიშნებოდა გარკვეული ცვლილებები. კერძოდ, იკლო სისხლის და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებებით, სუნთქვის ორგანოთა დაავადებებით, ორსულობისა და მშობიარობის გართულებებით, ძვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელ ქსოვილთა დაავადებებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა მნიშვნელობამ. ამავე დროს, გაიზარდა ინფექციური და პარაზიტული დაავადებებით, სიმსივნეებით, ენდოკრინული სისტემის, სისხლის მიმოქცევის, საჭმლის მომნელებელი, შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებებით და პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი მდგომარეობებით განპირობებული სიკვდილიანობა.

1999 წლის ავადობის მაჩვენებლების შედარება წინა წლის მონაცემებთან გვიჩვენებს, რომ იგი მომატებული იყო დაავადებათა ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით, გარდა ინფექციური და პარაზიტული, ენდოკრინული დაავადებებისა და თანდაყოლილი ანომალიებისა.

აღნიშნული მაჩვენებლების ზრდა უნდა მიუთითებდეს, ერთი მხრივ, რეგისტრაციის სისტემის გაუმჯობესებაზე და, მეორე მხრივ, მოსახლეობის ავადობის აქტიური გამოვლენის სახელმწიფო პროგრამით გატარებული ღონისძიებების ეფექტურობაზე, რომლის ფარგლებში 1999 წელს საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში გაისინჯა 35 ათასზე მეტი ადამიანი, როგორც ადგილობრივი, ისე აფხაზეთიდან და სამაჩაბლოდან დევნილი მოსახლეობა. მიღებული შედეგების ანალიზი ნათლად გვიჩვენებს, რომ საქართველოს მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უკავია: სისხლის მიმოქცევის (გულის უკმარისობა, გულის იშემიური დაავადება და არტერიული ჰიპერტენზია), სასუნთქი (ქრონიკული ბრონქიტი) და ენდოკრინული (ენდემიური ჩიყვი) სისტემების დაავადებებს.

ნოზოლოგიური ჯგუფების მიხედვით დაინვალიდების მიზეზებში წამყვანი ადგილი ეჭირა: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს, ნერვული სისტემის დაავადებებს, სიმსივნეებს, ფსიქიკურ და ქცევით დაავადებებს. უკანასკნელ წლებში დინამიკურად მცირდება როგორც პირველადი დაინვალიდება, ისე ინვალიდობით პენსიონერთა საერთო რიცხვი. ჯანმრთელობის მსოფლიო

ორგანიზაციის მონაცემებით ინვალიდთა რაოდენობა მსოფლიოს მოსახლეობის 10%-ს შეადგენს, საქართველოში კი ის 5%-ის ტოლია. უნდა ვივარაუდოთ, რომ ინვალიდობის ესოდენ დაბალი დონე განპირობებულია იმ გარემოებითაც, რომ ავადმყოფთა გარკვეული ნაწილი, მატერიალური მდგომარეობის გამო, ექსპერტიზაზე გაგზავნამდე ვერ იტარებს სამედიცინო გამოკვლევებს, მცირეა პენსიის ოდენობაც.

5. სოციალურად მნიშვნელოვანი ასაკობრივ-სქესობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის თავისებურებები

5.1. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა

1999 წელს საქართველოში იმშობიარა 47 669 ქალმა, მათგან 45 801-მა სამშობიარო სახლებში და 1 868-მა ბინაზე, რომელთაგან 130 გადაყვანილ იქნა სამშობიარო სახლში.

ორსულობის, მშობიარობის და აბორტის გართულებებთან დაკავშირებული ქალთა სიკვდილიანობა წარმოადგენს თავისებურ ინდიკატორს, რომელიც ასახავს არა მარტო ორსულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას, არამედ ქალთა მოსახლეობის დასნებოვნებას, ორსულთა მეთვალყურეობისა და, ზოგადად, სამედიცინო საქმის დონეს, ექიმთა კვალიფიკაციას. უკანასკნელ წლებში ამ მაჩვენებლის საკმარისად სწრაფი ზრდის ფონზე, 1999 წელს გაგრძელდა წინა წელს დაწყებული კლების ტენდენცია. კერძოდ, 1999 წელს გარდაიცვალა 24 დედა, ანუ 51,3 ყოველ ასი ათას ცოცხალშობილზე.

სტაციონარში დაბადებული 45 408 ცოცხალშობილიდან დროული ნაყოფი იყო 42 384, დღენაკლული – 3 024. ავადმყოფი დაიბადა ან პირველ ექვს დღეში ავად გახდა 5 298 ბავშვი, მაჩვენებელი 116,7 ათას ცოცხალშობილზე (1998 წელს – 113,2).

სერიოზული პრობლემები წამოიჭრა იმასთან დაკავშირებით, რომ არსებულ სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში ოჯახი ხშირად სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს ბავშვის გამოზრდას და როგორც შედეგი – პროგრესულად მატულობს ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობის შემთხვევები. მხოლოდ 1999 წელს სამედიცინო დაწესებულებებში რეგისტრირებულია ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობის 81 131 შემთხვევა.

ამ მიმართებაში არ შეიძლება მკვეთრად არ გამოიყოს ის ნაწილი, რომელიც ეხება ბავშვთა ყველა ასაკობრივ ჯგუფზე ჯანმრთელობისთვის მავნე ფაქტორების ზემოქმედების შემცირებას, ბავშვთა და მოზარდთა ნორმალური სწავლის, აღზრდისა და დასვენების, კვების, ფიზიკური და ფსიქოემოციური სტატუსის გაუმჯობესების საკითხებს.

არსებული ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებიდან ტიპურ შენობებში განთავსებული იყო დაწესებულებათა მხოლოდ 44,5%, კაპიტალურ შეკეთებასა და რეკონსტრუქციას მოითხოვდა – 84%, ცენტრალიზებული წყალმომარაგების სისტემები არ გააჩნდა – 55%-ს, კანალიზაცია არ ჰქონდა – 71,9%-ს, კეთილმოწყობილი ეზო ან მიწის ნაკვეთი არ გააჩნდა – 32,2%-ს. 3 154 ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებიდან 59,2%-ს არ გააჩნდა სასპორტო დარბაზი, მათ შორის, დაწყებითი სკოლების 97,1%-ს, საბაზო სკოლების 68,4%-ს და საშუალო სკოლების 36,7%-ს.

1999 წელს 1196 ბავშვთა სკოლამდელ დაწესებულებაში იყო 72 148 აღსაზრდელი. ამ დაწესებულებების 29% განთავსებული იყო არატიპურ შენობებში, ქალაქად – 17%, ხოლო სოფლად – 43%. მათი 14% ავარიულ მდგომარეობაში იყო, ხოლო 74% საჭიროებდა კაპიტალურ შეკეთებას. ცენტრალური წყალმომარაგებით არ იყო უზრუნველყოფილი 60,8%, ხოლო კანალიზაციით – 61,1%. ერთ აღსაზრდელზე საშუალო ფართი შეადგენდა მხოლოდ 7,7 კვადრატულ მეტრს.

განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობა აღინიშნებოდა ბავშვთა კვების სფეროში. ორგანიზებულ კოლექტივებში ბავშვთა კვების არსებული მდგომარეობა ვერ უზრუნველყოფდა ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებს.

1999 წლის განმავლობაში ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების მიერ ჩატარებულმა ბავშვთა და მოზარდთა პროფილაქტიკურმა გასინჯვებმა ცხადყო, რომ 1,95%-ს აღმოაჩნდა მნიშვნელოვანი დარღვევები. კერძოდ, სმენისა და მხედველობის დაქვეითება, მეტყველების დეფექტები, სქოლიოზი და სხვა.

5.2. ხანდაზმული მოსახლეობის ჯანმრთელობის თავისებურებები

60 წელს გადაცილებული მოსახლეობის რაოდენობა და ჯანმრთელობის მდგომარეობა წარმოადგენს ერთგვარ ინდიკატორს, რომელიც იძლევა სარწმუნო მასალას სახელმწიფოს მიერ გატარებული სოციალური პოლიტიკის შესაფასებლად.

ასაკის მატებასთან ერთად, პროგრესულად იზრდება ქრონიკულ დაავადებათა გამოვლენის სიხშირე და პათოლოგიური მდგომარეობების სირთულე. ამასთან, დაავადებათა შედარებით იოლად მიმდინარე ფორმების ხვედრითი წილი საგრძნობლად მცირდება სუბკომპენსირებული და დეკომპენსირებული ქრონიკული დაავადებების მატების ხარჯზე. ბოლო წლებში უფროსი ასაკის მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურაში მკვეთრად მატულობს სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების ხვედრითი წილი, ამასთან, შემცირებულია სხვა მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილიანობა.

დემოგრაფიული დაბერების ფონზე, საქართველოში გაიზარდა მარტოხელა მოხუცების რიცხვი. 60 და მეტი წლის ასაკის მოსახლეობაში ის 13,6%-ს შეადგენს, ქალაქში – 12,2%-ს, ხოლო სოფლის მოსახლეობაში – 14,2%-ს. უფროსი ასაკის მარტოხელა პირები დაავადებათა მაღალი რისკის მქონე მოსახლეობას მიეკუთვნებიან, რომელიც საჭიროებს სამედიცინო-სოციალურ დახმარებას. უახლოეს ათწლეულში საქართველოს მოსახლეობის საერთო რიცხვში ხანდაზმულთა და მოხუცებულთა ხვედრითი წილი კიდევ უფრო მოიმატებს, რაც უთუოდ გამოიწვევს მათ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ხარჯების ზრდასაც.

6. ზოგიერთი სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების გავრცელების თავისებურებები

6.1. ინფექციური დაავადებები

ინფექციურ დაავადებებს, შეუძლიათ რა დროის მცირე მონაკვეთში გავრცელდნენ და მოიცვან მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი, უდიდესი ნეგატიური შედეგები მოაქვთ არა მარტო ადამიანების ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის, არამედ ქვეყნის ეკონომიკასაც მძიმე ტვირთად აწვევიან.

საქართველოში არსებული საკმაოდ დამაბული სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია, განპირობებული დასახლებული პუნქტების სანიტარიული კეთილდღეობის გაუარესებით, ხარისხიანი სასმელი წყლით მომარაგებაში შექმნილი პრობლემებით, სიღარიბესთან დაკავშირებული სოციალური დაავადებების გახშირება და პროფილაქტიკური პროგრამების დაფინანსების უაღრესად დაბალი დონე მნიშვნელოვან სირთულეებს უქმნის ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკას.

მიუხედავად ამისა, 1999 წელს იკლო ინფექციურ დაავადებათა საერთო რიცხვმა. წინა წელთან შედარებით, მოიმატა მუცლის ტიფის, ბაქტერიული დიზენტერიის, კვებითი ტოქსიკო-ინფექციების, მათ შორის, ბოტულიზმის, ჯილეხის, ვირუსული ჰეპატიტების, ცოფის, მალარიის, მწვავე რესპირატორული ინფექციებისა და გრიპის შემთხვევებმა. ამავე პერიოდში დაფიქსირდა სალმონელოზის, ეშერიხიოზის, ამებიაზის, დიფთერიის, მენინგოკოკური ინფექციებისა და ტეტანუსის კლების დინამიკა. 1999 წელს როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში არ დაფიქსირებულა ტულარემიის და ჰემორაგიული ცხელების, ხოლო ბავშვებში – ტეტანუსისა და ჯილეხის შემთხვევები.

90-იანი წლების დასაწყისში ქვეყანაში მოიშალა გეგმიური იმუნიზაციის პროცესი, რომელსაც წინ უსწრებდა 80-იან წლებში პრესაში გაჩაღებული აცრების საწინააღმდეგო არაკომპეტენტური პროპაგანდა, რამაც განაპირობა მთელი რიგი ინფექციური დაავადებების ხელახალი აღმოცენება და გავრცელება. შექმნილი რთული მდგომარეობის ნაწილობრივი გამოსწორება მხოლოდ იმუნიზაციის მასობრივი კამპანიებისა და ეპიდზედამხედველობის სახელმწიფო პროგრამის ამუშავებით გახდა შესაძლებელი.

მიუხედავად სერიოზული სიძნელეებისა, ქვეყანაში წარმატებით მოქმედებს „იმუნიზაციის“ სახელმწიფო პროგრამა, რომლის განხორციელების საქმეში უკანასკნელ წლებში მიღწეულია შესამჩნევი პროგრესი. მნიშვნელოვნად შემცირდა წითელასა და ყივანახველას შემთხვევები. ამავე დროს, ზოგიერთი ვაქცინების შესაძენად ჩატარებული ტენდერის დაფინანსების პრობლემების გამო, 1999 წელს არ დაწყებულა B ჰეპატიტის და ყბაყურას გეგმიური ვაქცინაცია, ნაწილობრივ შეჩერდა BCG რევაქცინაცია 5 წლის ასაკში

(ახალშობილთა ვაქცინაცია ტარდებოდა), რის გამოც 1999 წელს დაფიქსირდა ყბაყურითა და B ჰეპატიტით ავადობის ზრდა.

ქვეყანაში 1992 წლიდან არ რეგისტრირდება პოლიომიელიტი. მწვავე დუნე დამბლების მიზანმიმართულმა ეპიდზედამხედველობამ (პოლიომიელიტის შესაძლო შემთხვევების გამოვლენის ინდიკატორი) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტს მიაღწია და მაჩვენებელი 1-ზე მეტი გახდა, რომელთაგან არცერთი არ იყო „ველური“ ტიპის პოლიოვირუსით გამოწვეული.

უკანასკნელ წლებში კვლავ გამოჩნდა მალარიის შემთხვევები, რომლით ავადობა საქართველოში ლიკვიდირებული იყო, თუმცა არსებობდა შემოტანის შემთხვევაში მისი გავრცელებისა და ხელახლა ჩანერგვის ყველა პირობა. საქართველოში მალარიის პირველი შემთხვევები 1996 წელს გამოჩნდა (4 შემთხვევა), 1998 წელს დაფიქსირდა 16 შემთხვევა (14 ადგილობრივი და 2 შემოტანილი), ხოლო 1999 წელს მათმა რიცხვმა 51-ს მიაღწია, მათ შორის, 16 იყო შემოტანილი და 35 ადგილობრივი.

კვლავ არაკეთილსაიმედო სიტუაცია იყო ცოფის საწინააღმდეგო კომპლექსურ ღონისძიებათა გატარების თვალსაზრისით. ამ უმძიმეს ინფექციას 1996 წელს 21 ადამიანის სიცოცხლე შეეწირა, 1997 წელს – 12-ის, 1998 წელს – 4-ის, ხოლო 1999 წელს – 13-ის. რაც შეეხება დაკბენილთა რაოდენობას (1999 წელს – 10 582 შემთხვევა, რომელთაგან 62%-ს დასჭირდა ვაქცინაცია), ის მიგვანიშნებს, რომ სასწრაფოდაა მისაღები გადამჭრელი ზომები მოხეტიალე ცხოველების რაოდენობის რეგულირებისა და პატრონიანი ცხოველების მასიურად ასაცრელად. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ადამიანის ანტირაბიული ვაქცინის ვერანაირი რაოდენობა ვერ დააკმაყოფილებს მოთხოვნილებას.

6.2. ფილტვის და ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი

1999 წელს ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების რიცხვმა (4515 შემთხვევა) გასულ წელთან შედარებით (4 470 შემთხვევა) ოდნავ მოიმატა, რაც განპირობებული იყო იმ გარემოებით, რომ 1999 წლის სტატისტიკურ მონაცემებში პირველად შევიდა წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში და სხვა უწყებებში რეგისტრირებული ტუბერკულოზის შემთხვევები (219 შემთხვევა). აქედან

გამომდინარე, 1999 წელს ფაქტობრივად გაგრძელდა წინა წელს დაწყებული ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების კლების ტენდენცია, რაც ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამის პირდაპირ შედეგად უნდა მივიჩნიოთ. თუმცა, ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების კლების ფონზე, პრაქტიკულად უცვლელი დარჩა ფილტვგარეშე ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებელი.

6.3. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები

1999 წელს, წინა წლებთან შედარებით ქვეყანაში აღრიცხულმა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რაოდენობამ თითქმის ორჯერ დაიკლო. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს, რომ 1999 წელს საქართველოში სიფილისით და გონოკოკური ინფექციით ავადობის შეფარდება (1:0,7) მკვეთრად განსხვავდება საერთაშორისო მონაცემებისაგან (1:2,5), რაც იმაზე მიუთითებს, რომ გონოკოკური ინფექციის გამოვლინება უმეტეს შემთხვევებში არ ხორციელდება. შესაბამისად, ვერ ტარდება სათანადო ეპიდემიოლოგიური კვლევა, დაავადებულის კონტაქტების გამოვლინება და მისი მკურნალობის ეფექტურობის კონტროლი.

6.4. შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (შიდსი)

1999 წელს გაგრძელდა აივ-ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა რაოდენობის ზრდა. წლის ბოლოს რეგისტრირებული იყო შიდსის და აივ-ინფიცირების 84 შემთხვევა (მათ შორის აივ-ით ინფიცირების 73 და შიდსის 11 შემთხვევა). ახალგამოვლენილი იყო შიდსის 4 და აივ-ით ინფიცირების 30 შემთხვევა. გარდაიცვალა 10 ავადმყოფი. სულ საქართველოში რეგისტრირებულია 186 შემთხვევა, რომელთაგან 28 გარდაიცვალა.

შიდსით დაავადებულთა ძირითად კონტინგენტს შეადგენდნენ ნარკომანები (73%) და შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის მქონე პირები (24%). დადებით ტენდენციად შეიძლება შეფასდეს ის გარემოება, რომ საქართველოში ჯერჯერობით არ ყოფილა აღრიცხული დედიდან შვილზე აივ-ის ან შიდსის გადაცემის არც ერთი შემთხვევა.

6.5. წამალთადამოკიდებულება

მოსახლეობის დიდი ნაწილის მძიმე საყოფაცხოვრებო პირობები ხელს უწყობს ჯანმრთელობისთვის ისეთი მავნე ჩვევების ხვედრითი წილის ზრდას, როგორცაა თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლიზმი და ნარკომანია.

1990-1999 წლებში თამბაქოს ნაწარმი საცალო ვაჭრობის სასაქონლო სტრუქტურაში 1,9%-დან 7,3%-მდე გაიზარდა, რამაც აბსოლუტურ მაჩვენებლებში 1999 წელს 84,3 მილიონ ლარს მიაღწია. შედარებისთვის, ამავე პერიოდში, ალკოჰოლის ნაწარმი საცალო ვაჭრობაში 4,8%-დან მხოლოდ 4,9%-მდე გაიზარდა და 1999 წელს 56,6 მილიონი ლარი შეადგინა. თუმცა უნდა აღინიშნოს მაგარი სპირტიანი სასმელების მოხმარების ზრდა, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, მათ შორის, ქალებშიც.

ამავე პერიოდში აღინიშნა ნარკოსიტუაციის გაუარესება. ეს განპირობებული იყო რიგი გარემოებებით, რომელთაგან ' გარდა საერთო მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, გადამწყვეტი მნიშვნელობა იქონია ორმა ფაქტორმა. კერძოდ, საქართველოს აზია-ევროპის სატრანზიტო ქვეყნად გადაქცევამ და, ამდენად, მისმა მოხვედრამ ნარკომაფიის ინტერესების სფეროში და ქვეყანაში დიდი რაოდენობით ჰეროინის შემოდღევამ, რასაც, ფაქტობრივად ადგილი არ ჰქონია 1998 წლამდე.

ახლად აღრიცხულ ნარკომანთა და ნარკოტიკების მომხმარებელთა მნიშვნელოვანი ზრდა დაიწყო 1998 წლიდან, როდესაც ნარკოლოგიურ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე აყვანილ იქნა 340 ნარკომანი და 674 მომხმარებელი, ხოლო 1999 წელს – 433 ნარკომანი და 770 მომხმარებელი, რაც თავისთავად საგანგაშოა, მაგრამ ეს ციფრები, სამწუხაროდ, არ ასახავენ სინამდვილეს. ამის დასადასტურებლად ისიც საკმარისია, რომ ზოგიერთ რაიონში აღრიცხულ ნარკომანთა და მომხმარებელთა რიცხვი, მათ შორის, სასაზღვრო რეგიონებში, რამდენიმე ათეული პირით შემოიფარგლებოდა.

ნარკომანიის პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამისთვის გამოყოფილი სახსრების სიმცირემ (1999 წელს პროგრამის დაფინანსებამ გეგმიურის მხოლოდ 26% შეადგინა) გამოიწვია ნარკოლოგიური ქსელის მოშლა, რის გამოც რაიონებში მინიმუმამდე დავიდა ნარკომანების აღრიცხვა-გამოვლენა და, აქედან გამომდინარე, ამ მოვლენასთან ბრძოლა.

7. დაავადებათა ძირითადი კლასები

7.1. ონკოლოგიური დაავადებები

1999 წელს საქართველოში ახალწარმონაქმენების დიაგნოზით რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რიცხვმა მოიმატა და შეადგინა 29 746 პირი (1998 წელს - 24 896). მათ შორის, 55,4% აღრიცხვაზე იმყოფებოდა დიაგნოზის დადგენიდან ხუთი და მეტი წლის განმავლობაში, რაც ონკოლოგიური სამსახურის ეფექტიანობის ზრდაზე უნდა მიუთითებდეს.

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ აღრიცხულ გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობიდან (3 885) 22,6% იყო საჭმლის მომნელებელი სისტემის, 15,4% – სასუნთქ ორგანოთა, 16,3% – სარძევე ჯირკვლის, 12,5% – ქალის სასქესო ორგანოთა და 5,0% – ლიმფური და სისხლმზადი ქსოვილების ავთვისებიანი სიმსივნის.

სხვადასხვა მიზეზის გამო ავთვისებიანი სიმსივნის დროული გამოვლენა 1999 წელს საკმარისად დაბალი იყო. კერძოდ, ონკოლოგიური ავადმყოფების მხოლოდ 32%-ს დაუდგინდა დაავადების I და II სტადია, როდესაც მკურნალობის ეფექტურობა დაავადების ლოკალიზაციის მიხედვით 50%-დან 98%-ს შეადგენს. ამასთან ერთად, III სტადიის მქონე პაციენტთა ხვედრითმა წილმა 28% შეადგინა, პაციენტთა 40%-ს კი დაუდგინდა დაავადების მიმდინარეობის IV სტადია.

7.2. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები

სისხლის მიმოქცევის დაავადებების გავრცელების დინამიკის ანალიზი ცხადყოფს, რომ, თუ 1991-1996 წლებში აღინიშნებოდა ავადმყოფთა რაოდენობის შემცირების ტენდენცია, 1997 წლიდან ის შეიცვალა დაავადებულთა რაოდენობის მატებით, რაც დაკავშირებული უნდა იყოს რეგისტრაციის გაუმჯობესებასა და შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების ამოქმედებასთან.

უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებით საგანგაშო გახდა არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელება, რომლის მაჩვენებელი გამუდმებით მატულობს, რაც ქვეყნის მოსახლეობისთვის შედარებით ახალი რისკ-ფაქტორების

(სიღარიბე, კვებითი რეჟიმის დარღვევები, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების ზრდა, სტრესული მდგომარეობების მომრავლება და სხვა) წინა პლანზე წამოწევით უნდა იყოს განპირობებული.

7.3. სასუნთქ ორგანოთა დაავადებები

1999 წელს 31 ათასით გაიზარდა სასუნთქ ორგანოთა დაავადებების დიაგნოზით რეგისტრირებულ პირთა რიცხვი. წინა წელთან შედარებით, პნევმონიით დაავადებიათ 37,5%-ით, ხოლო ავადობამ 44,9%-ით მოიმატა. ასევე მომატებულია ქრონიკული და დაუზუსტებელი ბრონქიტებით, ემფიზემით და ბრონქული ასთმით დაავადებულ ავადმყოფთა რიცხვი.

მიუხედავად ბრონქული ასთმის ოფიციალურად რეგისტრირებულ შემთხვევების ყოველწლიური მატებისა, მისი მაჩვენებელი არ ასახავს ქვეყანაში შექმნილ რეალურ მდგომარეობას. ამას მოწმობს ბავშვთა შორის ასთმისა და ალერგიის გავრცელების შესწავლის საერთაშორისო პროგრამის ფარგლებში ჩატარებული კვლევის შედეგები, რომლის თანახმადაც, თბილისსა და ქუთაისში ასთმური ხიხინის გავრცელების სიხშირე სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით გამოკვლეულ ბავშვთა შორის დაახლოებით 10-ჯერ აღემატება ოფიციალურად რეგისტრირებულ მონაცემებს.

7.4. ენდოკრინული დაავადებები

1999 წელს ენდოკრინული სისტემის დაავადებების სტრუქტურაში განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობდა შაქრიანი დიაბეტი, რომლით რეგისტრირებულ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობიდან 32,8% ინსულინის მომხმარებელი იყო. ამასთან ერთად, ბავშვებში, სადაც დაავადება განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს, აღირიცხა 80,8% ინსულინ-დამოკიდებული პაციენტი.

უკანასკნელ წლებში არანაკლებ სერიოზული პრობლემები წარმოჩნდა მოსახლეობაში ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის ფართო გავრცელებასთან დაკავშირებით, რომელიც გასცდა ტრადიციულად არსებულ ობდებიტის რეგიონებს. 1999 წელს ჩიყვით და ჩიყვის გარეშე თირეოტოქსიკოზის დიაგნოზით რეგისტრირებულია 71 002 ავადმყოფი

(დაავადებიანობა 1542,2), აქედან, სიცოცხლეში პირველად დიაგნოზი დაუდგინდა 23953 ადამიანს (ავადობა – 520,2).

რეგიონების მიხედვით, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების სიხშირე განსაკუთრებით მაღალი იყო ზემო სვანეთში, რაჭა-ლეჩხუმში, კახეთსა და გურიაში. რაც შეეხება ბავშვთა კონტინენტს, განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობა შეიქმნა რაჭა-ლეჩხუმსა და ზემო სვანეთში, სადაც ყოველ მე-5-6 ბავშვს გააჩნდა ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია, რაც გადაუდებელი ღონისძიებების გატარებას მოითხოვს.

7.5. შარდსასქესო სისტემის დაავადებები

უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში შარდსასქესო სისტემის დაავადებების რეგისტრირებული შემთხვევების რიცხვმა 2-ჯერ იკლო, რაც აღრიცხვიანობის სისტემის მოშლასთან უნდა ყოფილიყო დაკავშირებული. 1999 წელს, წინა წელთან შედარებით, დაფიქსირდა ავადმყოფთა რიცხვის 29,2%-იანი მატება.

1999 წელს შარდსასქესო სისტემის დაავადებებიდან, სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით, 2-ჯერ მოიმატა წინამდებარე ჯირკვლის დაავადებებმა, 1,5-ჯერ – ქალთა და მამაკაცთა უნაყოფობის, ნეფრიტის, ნეფროზული სინდრომის და ნეფროზის შემთხვევებმა.

7.6. ფსიქიკური დაავადებები

1999 წელს საქართველოში ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზით რეგისტრირებულია 100 ათასზე მეტი ავადმყოფი, მათ შორის 4 304 ბავშვი.

უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში ფსიქიკური აშლილობების ახლად რეგისტრირებული შემთხვევების დინამიკაში მნიშვნელოვანი ძვრები მოხდა. კერძოდ, ოთხმოცდაათიანი წლების დასაწყისში მნიშვნელოვნად შემცირდა ავადობის მაჩვენებელი, რაც განპირობებული იყო არა მარტო აღრიცხვიანობის სისტემის მოშლით, არამედ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსებაში შექმნილი უმძიმესი მდგომარეობითაც, რის შედეგადაც საზოგადოების ეს ყველაზე დაუცველი ფენა პრაქტიკულად სამედიცინო დახმარების გარეშე დარჩა. 1995 წლიდან სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო ფსიქიკურ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურება, რის

შემდგომაც ავადობის მაჩვენებელმა დაიწყო ზრდა და 1998-99 წლებში ოთხმოციან წლებში არსებულ დონესაც კი გადააჭარბა.

ქვეყანაში მკვეთრად მატულობდა ფსიქოგენური, ეგრეთ წოდებული, რეაქტიული აშლილობები, ფსიქოსომატური დარღვევები და დეპრესიები. ნაწილობრივ ეს განაპირობებდა იმ ფაქტსაც, რომ საქართველოში უკანასკნელ ათწლეულში გაიზარდა თვითმკვლელობათა რიცხვი. 1999 წელს საქართველოში თავი მოიკლა 189 ადამიანი, მათ შორის, 147 მამაკაცი და 42 ქალმა.

7.7. ტრავმატიზმის გავრცელება

1999 წელს საქართველოში რეგისტრირებული ტრავმების, დამწვრობის და მოწამვლების რაოდენობამ 19 144 შემთხვევა შეადგინა. წინა წლებთან შედარებით, შემთხვევების საერთო რაოდენობის განუხრელი კლება, პირველ რიგში, განპირობებული იყო საწარმოო და სამხედრო ტრავმატიზმის მნიშვნელოვანი შემცირებით. აღნიშნულის ფონზე წინ წამოიწია საყოფაცხოვრებო ტრავმატიზმის პრობლემამ, რომელიც ხასიათდება არანაკლებ საზიანო შედეგებით და ამიტომ საზოგადოების სერიოზულ ყურადღებას მოითხოვს.

მიუხედავად იმისა, რომ ტრავმების, დამწვრობისა და მოწამვლების მაჩვენებლები კლებულობს, მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურაში დაავადებათა ამ კლასს კვლავინდებურად მესამე ადგილი უჭირავს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებისა და სიმსივნეების შემდეგ.

8. სამედიცინო კადრები და დაწესებულებათა ქსელი

1999 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 21 520 ექიმი და 28 638 საშუალო სამედიცინო პერსონალი. ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 287 სტაციონარი 23 296 საწოლით. დაბალი იყო საწოლების დატვირთვის, დაყოვნებისა და ბრუნვის მაჩვენებლები. სამედიცინო პერსონალისა და დაწესებულებების რაოდენობა კვლავ მნიშვნელოვნად სჭარბობდა ქვეყნის ობიექტურ მოთხოვნილებებს, რის გამოც უაღრესად აქტუალური რჩება მათი ოპტიმიზაციის აუცილებლობა.

9. წამალთომომარაგება

1999 წლის განმავლობაში ქვეყანაში წარმოებული მედიკამენტების ღირებულებამ 1,084 მილიონი აშშ დოლარი შეადგინა, ხოლო იმპორტირებულმა – 27,411 მილიონი აშშ დოლარი. ამავე პერიოდში საქართველომ ჰუმანიტარული დახმარების სახით მიიღო 12,684 მილიონი აშშ დოლარის ღირებულების მედიკამენტები, რომლებიც ძირითადად წარმოდგენილი იყო ვაქცინებით, ანტიტუბერკულოზური და ფსიქოტროპული საშუალებებით. თუ ზემოაღნიშნულს დავამატებთ ფარმაცევტული კონტრაბანდის მოცულობას, რომელიც, სხვადასხვა ექსპერტული გათვლების მონაცემებით, ჩვენთან ფარმაცევტული ბაზრის 30%-ის ტოლია, ირკვევა, რომ ადგილობრივი წარმოება აკმაყოფილებს მედიკამენტებზე ქვეყნის მოთხოვნილების მხოლოდ 1,8%-ს, ოფიციალური იმპორტი – 46,6%-ს, ხოლო ჰუმანიტარული დახმარება – 21,7%-ს.

დასკვნა

1999 წლის სტატისტიკური მონაცემების ანალიზმა დამაჯერებლად დაადასტურა, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკისა და მისი განვითარების სტრატეგიული გეგმის შემუშავებისას სწორად იქნა არჩეული პრიორიტეტული მიმართულებები.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება – საქართველოში არსებულმა უმწვავესმა დემოგრაფიულმა მდგომარეობამ, რომელიც გამოიხატა შეკვეცილ კლავწარმოებაში (დაბალი შობადობა, დედათა და 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა მაღალი სიკვდილობა, დემოგრაფიული დაბერების პროცესის დაჩქარება და სხვა), განაპირობა ქვეყანაში დეპოპულაციის პროცესის დაწყება. ამ პირობებში განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას. გარდა ამისა, მოსახლეობის საერთო გაჯანსაღების თვალსაზრისით, ძალზედ მნიშვნელოვანია „კეთილსაიმედო სტარტი“, ანუ განსაკუთრებული ზრუნვა და კონტროლი სიცოცხლის პრე- და პოსტნატალურ პერიოდებში, როდესაც მრავალი დაავადების საფუძველი ყალიბდება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება – ისევე, როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში

(განსაკუთრებით განვითარებულ ქვეყნებში), საქართველოშიც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს პირველი ადგილი უჭირავს სიკვდილობის სტრუქტურაში. 1999 წელს ამ მიზეზით გარდაცვლილ პაციენტთა 52%-ზე მეტი შრომისუნარიან ასაკში იყო. სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით აღრიცხულ ავადმყოფთა რაოდენობამ მთლიანად რეგისტრირებულ ავადმყოფთა თითქმის 23% შეადგინა. ამიტომ ამ დაავადებათა პრევენციასა და ავადმყოფთა მოვლას ძალზედ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილობის შემცირებასა და საერთო გაჯანსაღებაში.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება – ონკოლოგიური დაავადებები გამოსავლის მიხედვით მძიმე პათოლოგიათა რიცხვს მიეკუთვნება და 1999 წელს სიკვდილობის სტრუქტურაში მეორე ადგილი ეჭირა. ამ დაავადებებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა დამოკიდებულია სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალებების ხელმისაწვდომობაზე. ბოლო წლებში ქვეყნის საერთო ეკონომიკური დონის დაქვეითებამ და მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ ფინანსური ბარიერი შეუქმნა ავადმყოფებს დიაგნოსტიკურ-სამკურნალო დახმარების მიღებისას, რაც შესაძლოა გახდა იმის მიზეზი, რომ ავთვისებიან სიმსივნეთა პირველად დადგენილი დიაგნოზების უმეტესი ნაწილი (45,4%) მეოთხე სტადიაზე მოდიოდა. სწორედ ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციას, ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას.

ტრავმატიზმის შემცირება – მიუხედავად იმისა, რომ წარმოების დიდი ნაწილი გაჩერებულია და, შესაბამისად, საწარმოო ტრავმების რაოდენობა მნიშვნელოვნადაა შემცირებული, საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურაში ტრავმატიზმს 1999 წელს მაინც მესამე ადგილი ეკავა. სატრანსპორტო საშუალებათა რაოდენობისა და ქვეყნის სატრანზიტო როლის მნიშვნელოვან ზრდას თან სდევს ტრავმების მატება. ამავე დროს, ეკონომიკურ განვითარებასთან ერთად წარმოჩნდება საწარმოო ტრავმატიზმის პრობლემაც. ტრავმატიზმით გამოწვეული ინვალიდობა და შრომისუნარობა საკმაოდ მძიმე ტვირთად აწევა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროებს, რის გამოც მის შემცირებას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ეკონომიკური თვალსაზრისითაც.

გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება – ბოლო წლების მანძილზე მკვეთრად გაიზარდა ინფექციური და, მათ შორის, სოციალურად საშიში დაავადების, კერძოდ, ტუბერკულოზის სიხშირე. 1999 წელს ამ მიმართულებით გარკვეული დადებითი ძვრები შეინიშნებოდა, მაგრამ ინფექციური და პარაზიტული დაავადებებით აღრიცხულ და ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფთა მაჩვენებლები მაინც მაღალი იყო. ამიტომ ძალზე დიდ მნიშვნელობას იძენს ინფექციურ სნეულებათა გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლა, პრევენცია, დროული დიაგნოსტიკა და ავადმყოფების კვალიფიციური მომსახურება, ვინაიდან სწორედ ინფექციური სნეულებებით ავადობის მაჩვენებელი ასახავს ქვეყნის განვითარებისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის რეალურ დონეს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა – როგორც მთლიანად ქვეყანაში, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მძიმე მატერიალური მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმწვავეით აისახა ისეთ სპეციფიკურ დარგზე, როგორც არის ფსიქიატრია. დაავადებათა ქრონიკულმა ბუნებამ, მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის საჭიროებამ, ავადმყოფთა სოციალურად საშიშმა ქმედებებმა და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში შექმნილმა კრიტიკულმა სიტუაციამ განაპირობა ამ დარგის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსების აუცილებლობა. 1999 წელს, წინა წელთან შედარებით, დაავადებიათობის მაჩვენებელი გაიზარდა 18,5%-ით. სწორედ ამის გამო ფსიქიატრიული დახმარება კვლავ რჩება ჯანმრთელობის დაცვის ერთ-ერთ პრიორიტეტად.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება – მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი როლი ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებს ენიჭება, რაც გულისხმობს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას და ჯანმრთელობისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოსთვის, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაფინანსება დეფიციტური და არასტაბილურია. მრავალი მწვავე თუ ქრონიკული დაავადების პრევენცია შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და მოსახლეობაში ფართოდ დანერგვის გზით, რაც, მთლიანობაში, მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს ზემოაღნიშნული სტრატეგიული მიმართულებებით განხორციელებული ძალისხმევების

შედეგებს და შეამცირებს „ავადობის ტვირთს“. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია საზოგადოების სხვადასხვა ფენის ფართო ძალისხმევა, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის ხელშემწყობ ღონისძიებებში მრავალი უწყების აქტიურ მონაწილეობას.

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემის გადაჭრა – გარემოს დაბინძურების თავიდან აცილება და მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების პირობებზე მისი უარყოფითი ზეგავლენის შემცირების პრობლემა დღეს განსაკუთრებით მწვავედ დგას საქართველოში. ეკონომიკური კრიზისის პირობებში უკანა პლანზე მოექცა და მოიშალა სანიტარიულ-ჰიგიენური და გარემოს დაცვით ღონისძიებათა სისტემა, რის გამოც წინ წამოიწია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის პრობლემამ, პირველ რიგში უსაფრთხო სასმელი წყლითა და კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფამ. ამასთან მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ განაპირობა შიმშილიც, დაბალკალორიული კვების, საკვების სხვადასხვა კომპონენტის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემები. დღის წესრიგშია ბუნებრივი, ტექნოგენური (ქიმიური და რადიაციული) და სხვა კატასტროფების, აგრეთვე საომარი კონფლიქტების შედეგების ლიკვიდაცია. საქართველოს მიერ საერთაშორისო სატრანზიტო ფუნქციის შექმნა გამორჩეულ მნიშვნელობას ანიჭებს უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფაზე მიმართულ ძალისხმევას, განსაკუთრებით კი ატმოსფერული ჰაერის, ნიადაგის, მდინარეებისა და წყალსატევების დაბინძურებისგან დაცვას.

1999 წლის მონაცემები, რომლებიც ასახავენ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ცხადყოფენ, რომ, გარკვეული დადებითი ძვრების მიუხედავად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ჯერ კიდევ ბევრი პრობლემაა გადაუჭრელი, კერძოდ:

- ეკონომიკური ზრდის უზრუნველყოფა;
- სიღარიბის დამლევა;
- ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;
- დემოგრაფიული პროცესების სამედიცინო ასპექტების სახელმწიფოებრივი მართვის უზრუნველყოფა;
- ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა;
- პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტული განვითარება;

- სამკურნალწამლო საშუალებებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- სამამულო ფარმაცევტული და სამედიცინო ინდუსტრიის განვითარების ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენებისა და, უპირატესად, დევნილთა სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტული უზრუნველყოფა სახელმწიფო ხარჯზე;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და მედიკოსთა რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია სერტიფიცირება-ლიცენზირებითა და ფართომასშტაბიანი პრივატიზაციით;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება შეფასების ერთიანი კრიტერიუმების შემოღებისა და კონტროლის მექანიზმების ამოქმედებით;
- ინტერსექტორული და ტერიტორიული მართვისა და კოორდინირების დონის ამაღლება.

გმადლობთ ყურადღებისათვის.

მთავრობის სსდომა

2001 წლის 4 აპრილი

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების
შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის საშუალოვადიანი
სახელმწიფო პროგრამა**

*ავთანდილ ჯორბენაძე
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი*

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

საკითხი, რომლის შესახებაც უნდა ვისაუბროთ, განსაკუთრებით აქტუალური გახდა დღევანდელ საქართველოში და ეს მოულოდნელი არ შეიძლება ყოფილიყო.

საქართველოში კორუფცია იქცა სახელმწიფო მნიშვნელობის პრობლემად, რომელიც საფრთხეს უქმნის ქვეყნის განვითარების არსებულ კურსს. კერძოდ, აფერხებს ქვეყნის განვითარებას როგორც ეკონომიკური ზრდის თვალსაზრისით, ისე მოსახლეობის თანაცხოვრების საზოგადოებრივი ნორმებისა და ინსტიტუტების აღმშენებლობის თვალსაზრისითაც. გარდა ამისა, ამუხრუჭებს საქართველოს ჩართვას მსოფლიო გლობალურ გარემოში, რაც მარგინალიზაციის საშიშროებას უქმნის ჩვენს ეროვნულ თვითმყოფადობას.

1995 წლიდან, ჯერ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს, ხოლო შემდეგ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით მრავალი ღონისძიება იქნა გატარებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ჩამოყალიბებული ურთიერთობების ძირეული გარდაქმნისთვის, რამაც, ხშირ შემთხვევაში, დადებითი შედეგები გამოიღო. მიუხედავად ამისა, ქვეყანაში შექმნილი მძიმე კორუფციული გარემოდან გამომდინარე, რიგი ღონისძიებები ვერ აღწევდნენ სასურველ შედეგებს. დღეისათვის,

როდესაც მთელ ქვეყანაში მიმდინარეობს საქმიანობა ანტიკორუფციულ ღონისძიებათა ჩამოყალიბება-განხორციელების მიმართულებით, დგება დრო შემუშავდეს ეფექტურ ღონისძიებათა სისტემა ყველა სფეროში.

მიგვაჩნია, რომ ამ მნიშვნელოვან საქმეს ერთიანად და სისტემური პოზიციებიდან უნდა მივუდგეთ, ვინაიდან პრობლემა სახელმწიფოებრივია და მისი გადაწყვეტა რომელიმე დარგში ავტონომიურად შეუძლებელია.

ჩრდილოვანი ეკონომიკა არის ეკონომიკურ ურთიერთობათა ისეთი ერთობლიობა, რომელიც მოიცავს მეურნეობაში კანონით განუსაზღვრელ ან კანონსაწინააღმდეგო აქტივობებს პროდუქციის ან მომსახურების წარმოება-რეალიზების პროცესში. ჩრდილოვანი ეკონომიკა არის გარკვეული ეკონომიკური აქტივობის ამსახველი მოვლენა. მისი დიაპაზონი ფართოა და ის მოიცავს, კაცობრიობის წინაშე დანაშაულებრივი საქმიანობიდან დაწყებული, ცალკეული ინდივიდის გასამრჯელოს მიღების მიზნით შრომით აქტიობამდე ურთიერთობების მთელ მრავალგვარობას. მათი გამაერთიანებელი (მაინტეგრირებელი) მომენტი არის ის, რომ ეს ურთიერთობები არ რეგულირდება საზოგადოების მიერ შემუშავებული საკანონმდებლო ნორმებით.

კორუფცია არის ეკონომიკურ აგენტთა, მათ შორის, სახელმწიფო ჩინოვნიკთა კანონსაწინააღმდეგო საქმიანობა ან ასეთი საქმიანობის ხელშეწყობა საკუთარი შემოსავლების მიღების მიზნით. კორუფცია არის პიროვნების ან პიროვნებათა ჯგუფის მახასიათებელი. ის წარმოგვიდგება, როგორც გარკვეული კანონსაწინააღმდეგო ძალისხმევა.

კორუფციისა და ჩრდილოვანი ეკონომიკას შორის დამოკიდებულება შეიძლება ჩამოვყალიბოთ შემდეგნაირად - ჩრდილოვანი ეკონომიკა არის ეკონომიკის ფარგლებში არსებულ ურთიერთობათა სისტემა, რომელიც რეგულირდება არსებული სამართლებრივი და საზოგადოებრივი ნორმების გარეშე, ხოლო კორუფცია არის ამ სფეროში

მოქმედ აგენტთა ძალისხმევა საკუთარი ინტერესების დაკმაყოფილების მიზნით. ჩრდილოვანი ეკონომიკა არის გარკვეული აუცილებლობა, რომელიც წარმოიქმნება საზოგადოებრივ ურთიერთობათა განვითარების ლეგალურ სისტემაში.

სახელმწიფოს ადმინისტრაციული ძალა უნდა დაუპირისპირდეს ეკონომიკური აგენტების კრიმინალურ ძალას, ხოლო სახელმწიფო, როგორც ქვეყნის მაკროეკონომიკური პროცესების შემოქმედი და წარმმართველი, უნდა ქმნიდეს ისეთ სამეურნეო გარემოს, რომელშიც ჩრდილოვანი ეკონომიკის ადგილი და როლი პრინციპულად იქნება შეზღუდული. ამგვარად, საზოგადოებამ უნდა გააცნობიეროს, რომ ჩრდილოვანი ეკონომიკა და კორუფცია, როგორც პროგრესის შემაფერხებელი მიზეზი, ჩნდება და იქცევა დამანგრეველ მოვლენად მაშინ, როდესაც ამის შესაძლებლობას იძლევა ქვეყნის განვითარების საზოგადოებრივი სტრუქტურა და მისი მართვის ინსტიტუციური სისტემა.

ხშირად ერთმანეთისგან ასხვავებენ ობიექტურ და სუბიექტურ მიზეზებს, ეს საკითხი იმიტომაც მნიშვნელოვანი, რომ ის ჩვენს სახელმწიფო დოკუმენტებშიც პოულობს ხოლმე ასახვას. ამ საკითხის გარკვევა მნიშვნელოვანია პრაქტიკული ღონისძიებების შემუშავების თვალსაზრისითაც. კერძოდ, საშუალებას გვაძლევს გავარკვიოთ ცალკეული სამართალდარღვევების არა მარტო წარმოქმნის მექანიზმებში, არამედ მათი ინიციატორებიც.

დღევანდელ მსოფლიოში კორუფციისა და ჩრდილოვანი ეკონომიკის ყველაზე აქტიურ სივრცედ განვითარებად ქვეყნებს ასახელებენ. მათ შორის, განსაკუთრებულად იხილავენ პოსტსოციალურ ქვეყნებს. ამის მიზეზი ის მენტალობაა, რომელიც ამ ქვეყნების მოსახლეობას ისტორიულად გადმოყვა წინა პერიოდიდან. გამოკვლევებით დადგენილია, რომ ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბები განვითარებულ ქვეყნებში შედარებით დაბალია და ის მერყეობს მთლიანი შიდა პროდუქტის 5-10%-ის ფარგლებში, მაშინ, როდესაც განვითარებად სამყაროში ეს პარამეტრი 25-40%-ის ჩარჩოშია მოქცეული და ზოგან უფრო მაღალიცაა. ამიტომ, ამგვარ მოვლენებთან

ბრძოლის საუკეთესო კომპლექსური საშუალებაა სიღარიბესთან ბრძოლა, რაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საქმიანობის უმთავრესი მიმართულებაა.

საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 23 თებერვლის N69 ბრძანებულებით დამტკიცდა „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის 2001-2003 წლების საშუალოვადიანი სახელმწიფო პროგრამა“ და შეიქმნა პროგრამის მართვისა და კოორდინირების უზრუნველყოფის საუწყებათაშორისო კომისია, ხოლო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 19 მარტის N122/ო ბრძანებით დამტკიცდა პროგრამის პირველი ეტაპის ღონისძიებების კალენდარული გეგმა-გრაფიკი 2001-2005 წლებისთვის.

პროგრამა მიზნად ისახავს ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების ზრდისა და კორუფციის მომძლავრების ტენდენციების შეჩერებას და მდგომარეობის სტაბილიზაციას, რაც უნდა განხორციელდეს შედარებით მოკლე (3-5 წელი) დროის პერიოდში. ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანი გარღვევის განხორციელებას მთელი საზოგადოების ერთიანი ძალისხმევა სჭირდება, რის გამოც პროგრამის სახელწოდებას დაემატა „სახელმწიფო“, რამეთუ ის ეხება სწორედ უმნიშვნელოვანესი ფასეულობების – საზოგადოებრივი მორალისა და ზნეობის აღდგენას, რომლის შემდგომი განვითარება ხანგრძლივი და თანმიმდევრული ევოლუციური პროცესი იქნება.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში კორუფციის გამოვლენის ობიექტური და სუბიექტური მიზეზების ჩამოყალიბება რთულდება მისი მრავალგვარობის გამო, ამიტომაც, პროგრამაში მისი მასშტაბები და ძირითადი მიზეზები ცალ-ცალკეა განხილული ძირითადი ქვედარგების მიხედვით, მაგრამ ერთი საერთო ნიშნის გამოკვეთა ამთავითვეა შესაძლებელი. ესაა ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების ზრდა, რაც ძირითადად განპირობებულია ქვეყანაში არსებული მოთხოვნა-მიწოდების არეალის მხოლოდ მცირე ნაწილის გადაფარვით ფორმალური სექტორის მიერ. ეკონომიკური

კანონზომიერებიდან გამომდინარე, თავისუფალი არეალი, როგორც წესი, იფარება არაფორმალური სექტორით, რაც ქმნის რეალურად ჩრდილოვანი, არალეგალური ეკონომიკური ურთიერთობების წარმოქმნა-განვითარების საფუძველს.

ქვეყანაში შრომითი ურთიერთობების რეგულირების მნიშვნელოვანი პარამეტრია მთლიან შიდა პროდუქტში ხელფასის წილი. პოსტკომუნისტური ქვეყნების (ხორვატია, უკრაინა, მოლდოვა) მაჩვენებლების მიხედვით, ხელფასის ხვედრითი წილი მთლიანი შიდა პროდუქტში 35-40%-ია, რის საფუძველზეც შეიძლება გაკეთდეს დასკვნა, რომ საქართველოში წლიური ხელფასის ფონდი 846 მილიონ ლარს უნდა შეადგენდეს, ანუ ოფიციალურად აღნიშნულზე შვიდჯერ მეტი. ამდენად, ამ სფეროში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბები 86%-ს უნდა შეადგენდეს. ესაა შრომითი საქმიანობის შედეგად მიღებული გასამრჯელოს ის ნაწილი, რომელიც ლეგალიზებული არ არის.

შექმნილი მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით, აუცილებელია დასაქმების სფეროში მომუშავე სტრუქტურების მკაცრი და ობიექტური ლიცენზირება და არალიცენზირებული საქმიანობის აღმოფხვრა. მოსაწესრიგებელია უმუშევრობის აღრიცხვა და პერსონიფიცირება. 1999 წელს აღრიცხულ სამუშაოს მაძიებელთა რიცხვმა 25,8%-ით მოიმატა და მიაღწია 323,8 ათასს, ანუ ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის 15,7%-ს. მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია, მაგრამ, რეალური აღრიცხვის პირობებში, ეს რიცხვი შეიძლება გაორმაგდეს კიდევ.

პრობლემის რეალური მოგვარება მხოლოდ უმუშევრობის დაზღვევის შემოღებით არის შესაძლებელი. ამ მიმართულებით სამუშაოები დაწყებულია და მათი რეალიზებისთვის გარკვეული დროა საჭირო.

ჩვენი აზრით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო უნდა იყოს დასაქმების პოლიტიკის შემმუშავებელი, ხოლო მისი გატარება დასაქმების სახელმწიფო სამსახურმა უნდა აიღოს თავის თავზე. დასაქმების ერთიანი სახელმწიფო ფონდი იქნება ის

ფინანსური ინსტიტუტი, რომელიც ხელს შეუწყობს უმუშევრობის პრევენციული ღონისძიებებისა და დასაქმების აქტიური პოლიტიკის გატარებას.

ცალკე აღნიშვნის ღირსია დასაქმების კერძო სააგენტოების საქმიანობის საკანონმდებლო რეგულირების საკითხი. დღეს ეს სფერო პრაქტიკულად არ ექვემდებარება სახელმწიფო კონტროლს. სწორედ ამის გამო, ჩვენი მოქალაქეების შრომის უნარი ჩვეულებრივი ყიდვა-გაყიდვის საგანი გახდა და იგი განიხილება როგორც რიგითი საქონელი. ადამიანის შრომის უნართან ასეთი მიდგომა მარქსისა და მისი მიმდევრების გარდა არცერთ ეკონომიკურ თეორიას არ ახასიათებს. უფრო მეტიც, შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის კონვენციები კატეგორიულად არ ეთანხმება სამუშაო ძალის განხილვას რიგითი საქონლის როლში. ამიტომ, ემიგრაციის ისეთ კლასიკურ ქვეყანაში, როგორც საქართველოა, დასაქმების კერძო სააგენტოების საქმიანობის გააზრებულ რეგულირებას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება.

დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზების პროცესში საზოგადოების ფართო ფენების ჩართვისა და გამჭვირვალობის უზრუნველსაყოფად მიზანშეწონილად მიგვაჩნია დასაქმების ეროვნული საბჭოს შექმნა. საბჭოს უხელმძღვანელებს საქართველოს პრეზიდენტი და მასში შევლენ მეწარმეთა წარმომადგენლობითი გაერთიანებები, პროფკავშირები და არასამთავრობო ორგანიზაციები. საბჭოს ეყოლება ადგილობრივი ფილიალები და მის კომპეტენციაში შევა შემდეგი საკითხები:

- დასაქმების ეროვნული, რეგიონული, დარგობრივი, სპეციალური და ადგილობრივი პროგრამების ექსპერტიზა;
- ნორმატიული ბაზის ექსპერტიზა და დასკვნების მომზადება;
- სამუშაო ძალის იმპორტის დროს დასკვნების მომზადება;
- საკუთარი პროგრამების შემუშავება და ინიცირება;
- სამმხრივი გენერალური და დარგობრივი ხელშეკრულებების შემუშავებაში მონაწილეობა, მათი ექსპერტიზა და შესრულების კონტროლი;

- დასაქმების სახელმწიფო ფონდის საქმიანობის ანალიზი და რეკომენდაციების შემუშავება.

ასეთი სტრუქტურები საკმაოდ ეფექტურად ფუნქციონირებენ მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში.

მიმდინარე ეტაპის უპირველეს ამოცანას წარმოადგენს ქმედითუნარიანი დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის ფორმირება. ასეთი სამსახურის არსებობას ითვალისწინებს როგორც მოქმედი კანონმდებლობა, ისე შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის 88-ე კონვენცია. პრობლემა ამ სფეროში კვალიფიციური სპეციალისტების, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზისა და ფინანსური რესურსების პრაქტიკულად არარსებობაშია.

მოსახლეობის დასაქმება შედეგიანად მხოლოდ დასაქმებულის მატერიალური უზრუნველყოფის შემთხვევაში შეიძლება ჩაითვალოს. ამ თვალსაზრისით, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ხელფასების რეგულირებას.

უკანასკნელ პერიოდში შრომის ანაზღაურების სფეროში მიმდინარე პროცესებმა სტიქიური და უსისტემო ხასიათი მიიღო. შეიძლება ითქვას, რომ შრომის ანაზღაურებამ დაკარგა კვლავწარმოების, სტიმულირებისა და სოციალური უზრუნველყოფის ფუნქცია. იგი თანდათან სცილდება შრომითი ურთიერთობის სფეროს. შედეგად, შრომის მინიმალური ანაზღაურება აღარ წარმოადგენს ადეკვატურ სოციალურ გარანტს, მან თანდათან ტექნიკური ნორმატივის ფორმა მიიღო.

2000 წლის მეორე კვარტლის მონაცემებით, საშუალო ხელფასმა ქვეყანაში 80,9 ლარი შეადგინა და, გასული წლის შესაბამის პერიოდთან შედარებით, 37,8%-ით გაიზარდა. მათ შორის, სახელმწიფო სექტორში მან 73,2 ლარი (გაიზარდა 14,8%-ით), ხოლო კერძო სექტორში – 98,3 ლარი (გაიზარდა 18,2%-ით) შეადგინა. საშუალო ხელფასის დონემ შრომისუნარიანი მამაკაცისთვის საარსებო მინიმუმის 71,5% შეადგინა, ხოლო მინიმალური ხელფასი საშუალო ხელფასის მხოლოდ 24,7%-ია.

განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაა საბიუჯეტო სფეროში მომუშავეთა შრომის ანაზღაურებაში. მისი დონე მინიმალურადაც ვერ აკმაყოფილებს დასაქმებულთა მოთხოვნებს. 1999 წლის მონაცემებით, საბიუჯეტო სფეროში ნომინალური საშუალო ხელფასი 57,6 ლარს შეადგენდა, ხოლო რეალური – 50,5 ლარს. წინა წელთან შედარებით, ნომინალური ხელფასი გაიზარდა 29%-ით, ხოლო რეალური – 2,4%-ით. საბიუჯეტო სფეროში საშუალო ხელფასი საარსებო მინიმუმის 44,1%-ია, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ შრომის მოტივაციის აღდგენა ძალზე ნელი ტემპით მიმდინარეობს.

2000 წელს საბიუჯეტო სფეროს მუშაკთა შემოსავლები, დახმარებებისა და საპრემიო ფონდის შეჩერების გამო, საშუალოდ 20%-ით, ხოლო აღმასრულებელ ხელისუფლებაში – 33%-ით შემცირდა. შექმნილ მდგომარეობას კიდევ უფრო ამძიმებს ამ საკითხში უწყებრივი მიდგომა, რომელიც არღვევს „თანაბარი შრომისთვის თანაბარი ანაზღაურების“ პრინციპს.

აღნიშნულის მაგალითად შეიძლება მოვიყვანოთ სასამართლოებში დასაქმებულთა შრომის ანაზღაურების მოწესრიგება, რომელიც სავსებით სამართლიანია, მაგრამ მან მნიშვნელოვნად გაზარდა სასამართლოების მომსახურე პერსონალის ხელფასები, რამაც შესამჩნევად გააღრმავა უთანასწორობა სხვადასხვა უწყებაში დასაქმებულ პერსონალთა შრომის ანაზღაურებებს შორის.

დღეს წამყვანი სპეციალისტის თანამდებობრივი სარგო იუსტიციის საბჭოში 284 ლარს შეადგენს, უზენაეს სასამართლოში – 200 ლარს, პარლამენტის აპარატში – 110-120 ლარს, ხოლო სხვა სამინისტროებსა და უწყებებში – 39 ლარს. მოვიყვანო ხელფასების ასიმეტრიის კიდევ ერთ მაგალითს. იუსტიციის საბჭოს მდივნის თანამდებობრივი სარგო 635 ლარია, უზენაესი სასამართლოს კანცელარიის გამგის – 400 ლარი, მაშინ, როდესაც სახელმწიფო მინისტრის ხელფასი 170 ლარია, ხოლო დარგობრივი მინისტრის – 165 ლარი, სასამართლოში დამლაგებლის თანამდებობრივი სარგო 70 ლარია, მაშინ, როდესაც სამინისტროს სამმართველოს უფროსი 90 ლარს იღებს. ვგონებ, კომენტარი ზედმეტია.

სახელმწიფო მოსამსახურეთა შრომის ანაზღაურების მოწესრიგებისა და აღნიშნული უთანასწორობის აღმოფხვრის გარეშე ძნელია არა მარტო კორუფციასთან ეფექტური ბრძოლა, არამედ აღამსრულებელ ხელისუფლებაში კვალიფიციური კადრების მოზიდვა, შრომისა და სამემსრულებლო დისციპლინის ამაღლება და შესრულებული სამუშაოს ხარისხის გაუმჯობესება.

სიღარიბის განსაკუთრებული რისკის მატარებელია შრომას უნარმოკლებული მოსახლეობა (ინვალიდები, პენსიონერები, ბავშვები), რომელთა რიცხვიც ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის 40%-ს აღემატება. დღეისათვის მოსახლეობის ამ ფენის სოციალური უზრუნველყოფა ხორციელდება ძველი საბჭოური პრინციპით, რომელიც გულისხმობს, გარკვეული საბუთების საფუძველზე, მათ ჯგუფებად დაყოფას და, შესაბამისად, საერთო შეღავათების მიკუთვნებას. ვფიქრობთ, ამ სფეროში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პენსიებისა და სოციალური დახმარებების დანიშვნაში სახელმწიფო მოხელეთა პასუხისმგებლობის დაკონკრეტება. კანონმდებლობით მკაცრად უნდა განსაზღვროს პენსიებისა და სოციალური დახმარებების მიღების პირობები და წესები, რათა ნებისმიერი დონის სახელმწიფო მოხელეს ნაკლები შესაძლებლობა დარჩეს, ქვეკანონური აქტებისა თუ პირადი შეხედულებებიდან გამომდინარე, სუბიექტურად გადაწყვიტოს აღნიშნული საკითხი ცალკეულ ინდივიდთა მიმართებით.

ანალოგიური მდგომარეობაა ინვალიდობის დადგენის სფეროშიც. ამ მიმართულებითაც კანონმა ამომწურავად უნდა განსაზღვროს ყველა შესაძლო შემთხვევა, რის საფუძველზეც ჩამოიწერება შესაბამისი სამედიცინო დიაგნოზები.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მასშტაბები საკმაოდ დიდია და ის მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ სისტემაში. ამჟამად მოქმედ 2026 სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულია 127 400 ადამიანი, რაც ფორმალურ სექტორში დასაქმებული მოსახლეობის 17%-ს შეადგენს. აღნიშნული დაწესებულებების ძირითადი ფონდების საშუალო წლიური

ღირებულება დაახლოებით 261 მილიონ ლარს შეადგენს, რაც საქართველოში აღრიცხული ძირითადი ფონდების ღირებულების 2,8%-ია. სამედიცინო მომსახურების საორიენტაციო წლიური მოცულობა 400 მილიონ ლარს შეადგენს, რაც ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტის დაახლოებით 5,3%-ია.

სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი და ლეგალიზებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობა არ აღემატება 50 მილიონ ლარს, აქედან 40 მილიონი ლარი წარმოადგენს უშუალოდ სახელმწიფო ბიუჯეტისა და სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების ხარჯებს, ხოლო 10 მილიონ ლარამდე, ეგრეთ წოდებული, „შიდა სტანდარტებით“ შესრულებული სამუშაოების რეალიზაციიდან აღრიცხულ შემოსავლებს. გამოდის, რომ სამედიცინო მომსახურების მთლიან წლიურ მოცულობაში (400 მილიონი ლარი) სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი წილი მხოლოდ 10%-ია, 2,5% მოდის პაციენტთა მიერ ჯიბიდან ლეგალურად გადახდილ თანხაზე, ხოლო 87,5% წარმოადგენს არალეგალური „ჩრდილოვანი“ ეკონომიკური ურთიერთობების წილს.

1990-1995 წლებში განვითარებულმა პოლიტიკურ-ეკონომიკურმა ფაქტორებმა მნიშვნელოვნად გავლენა მოახდინა საქართველოს მაკროეკონომიკაზე და ქვეყანაში 1994 წელს მთლიანმა შიდა პროდუქტმა ერთ სულ მოსახლეზე 230 აშშ დოლარი შეადგინა, რაც 1990 წლის ამავე მაჩვენებლის მხოლოდ 6,5% იყო. ამგვარი ძირეული ძვრების გამო, 1994 წელს ჯანმრთელობის დაცვაზე საქართველოს ბიუჯეტი მხოლოდ 0.8 აშშ დოლარს ხარჯავდა ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, რაც არნახულად დაბალი მაჩვენებელია. შესადარებლად – 1989-90 წლებში ჯანმრთელობის დაცვაზე საქართველოში წელიწადში იხარჯებოდა დაახლოებით 450 მილიონი მანეთი.

ეს მოვლენები განვითარდა იმის ფონზე, რომ ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მომსახურებაზე მოთხოვნილება არ შეცვლილა და, პირიქით, შეიძლება ითქვას, რომ ის გაიზარდა კიდევ, რადგან სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესებამ უარყოფითად

იმოქმედა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ამას ცხადყოფს 1997 და 2000 წლებში ჩატარებული ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევა, რომელმაც გვიჩვენა, რომ, მთლიანი შიდა პროდუქტის კლების მიუხედავად, ამ წლებში ჯანდაცვის დანახარჯების აბსოლუტური მნიშვნელობა თითქმის არ შეცვლილა, მაგრამ მისი წილი მთლიან შიდა პროდუქტში 5%-დან 10%-მდე გაიზარდა.

შექმნილი მდგომარეობიდან გამომდინარე, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო იძულებული გახდა 1995 წლის აგვისტოდან დაეწყო დარგის ძირეული რეფორმა, რომელმაც განსაზღვრა სახელმწიფო დაფინანსების ახალი წყაროები, ფორმები და მიმართულებები. კერძოდ, შემოღებულ იქნა სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო გადასახადი (3+1%), ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერტები და ადგილობრივი ბიუჯეტის გადასახდელი მინიმუმი 2.5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე. ამ რეფორმის ფონზე 1999 წლისთვის მივიღეთ საგრძნობი შედეგები – ცენტრალური ბიუჯეტის მიერ რეალურად გამოყოფილმა თანხამ ერთ სულ მოსახლეზე 3.35 აშშ დოლარი, ხოლო მუნიციპალურმა დაფინანსებამ 0.87 აშშ დოლარი შეადგინა. რეფორმის დაწყებიდან განვლილი 4 წლის მანძილზე სახელმწიფო წყაროებიდან მობილიზებული რეალური ფინანსური სახსრები დაახლოებით შვიდჯერ გაიზარდა, თუმცა, მოსახლეობის საჭიროებასთან შედარებით ეს, მაინც მიზეზური თანხა აღმოჩნდა.

როგორც ვხედავთ, სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრების ზრდის მიუხედავად, მისი წილი ჯანდაცვის დაფინანსებაში ჯერ კიდევ მწირია, რასაც ობიექტური მიზეზები გააჩნია. ეს მიზეზები უფრო მეტად მაკროეკონომიკური მდგომარეობითაა განპირობებული ვიდრე, დარგის ფუნქციონირებით. კერძოდ, შრომისუნარიანი მოსახლეობის მხოლოდ 18,4% არის დასაქმებული ფორმალურ სექტორში და, შესაბამისად, სავალდებულო გადასახადები მხოლოდ მათ წილად მოდის. ეს საგრძნობლად ამცირებს სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების აბსოლუტურ მოცულობას. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ლეგალურ სექტორში მომუშავეთა უმეტესი ნაწილი სახელმწიფო სექტორშია დასაქმებული, სადაც ხელფასების დადგენილ ვადებში

გაცემის საკითხი მეტად ცუდად დაყენებული და ამის გამო ვერ ხერხდება სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების დროული და სრული მოცულობით მობილიზება. 1999 წლის მონაცემებით, საბიუჯეტო ორგანიზაციებმა სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების მხოლოდ 38% გადაიხადეს, მაშინ, როდესაც არაბიუჯეტურმა ორგანიზაციებმა 108%-ით შეასრულეს ვალდებულება. ამავე დროს, 989 ათასი ადამიანი, რომელიც არაფორმალურ სექტორშია დასაქმებული, საერთოდ არ მონაწილეობს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სქემაში, მაგრამ რეალურად იღებს სახელმწიფოს ხარჯზე დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურებას.

სიტუაციას ართულებს ისიც, რომ ცენტრალური ბიუჯეტის პასუხისმგებლობა ტრანსფერტებზე წლიდან წლამდე არ სრულდება. 1994 წელს ცენტრალური ბიუჯეტის დაფინანსების მაჩვენებელი 60,3% იყო, 1995 წელს – 57,5%, 1996 წელს – 91,2%, 1997 წელს – 56,4%, 1998 წელს – 58%, 1999 წელს – 53,3%, ხოლო 2000 წელს – 80,9%. ამგვარი დაფინანსების დონით ძალზე ძნელია მოსახლეობის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება უფასო (და/ან სუბსიდირებული) სამედიცინო მომსახურებით. ყოველივე ამას ემატება ისიც, რომ, ზოგიერთი გამონაკლისის გარდა, მუნიციპალური ბიუჯეტების უმრავლესობა არ გამოყოფს კანონით დადგენილ მინიმალურ თანხას 2,5 ლარის ოდენობით ერთ სულ მოსახლეზე.

სახელმწიფო დაფინანსების ამგვარი დაბალი დონის პირობებში სახელმწიფო კარგავს ბაზრის რეგულირების ეკონომიკურ ბერკეტებს და მისი მცდელობები დაარეგულიროს საბაზრო ურთიერთობები, არაეფექტური ხდება. ცნობისთვის, ევროპული ქვეყნების უმრავლესობაში სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსებაში 60%-დან 80%-ის ფარგლებში მერყეობს. საგადასახადო, საბაჟო, პროკურატურის და სხვა სამსახურების არაეფექტური მუშაობის გამო, ვერ ხერხდება სამედიცინო და ფარმაცევტულ ბაზარზე არალეგალური ბრუნვის დარეგულირება.

დარგში მიმდინარე რეფორმებმა გზა გაუხსნეს კერძო სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობას ჯანდაცვის დაფინანსებაში. კერძოდ,

სადაზღვევო კომპანიებში ნებაყოფლობითი სადაზღვევო პრემიუმების მობილიზაცია წინ გადადგმული ნაბიჯია სამედიცინო დანახარჯების ფორმალიზაციისკენ. მაგრამ, მათი ხვედრითი წილი ჯერ კიდევ უმნიშვნელოა, თუმცა კი – პროგრესულად მზარდი. 1998-1999 წლებში კერძო სადაზღვევო კომპანიების წილი ჯანდაცვის დაფინანსებაში 5% დან 7,9%-მდე გაიზარდა, მაგრამ რეალურად ამან მხოლოდ 0,045 აშშ დოლარი შეადგინა ერთ სულ მოსახლეზე. ამგვარი ზრდა მოსახლეობის შეძლებული ფენის ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის სეგმენტში გადასვლის შედეგია. ამგვარი ზრდა მუდმივად ვერ გაგრძელდება, რადგან არ არსებობს მისი განვითარების ეკონომიკური ხელშეწყობის პირობები.

ყოველივე ამას ემატება საბჭოთა კავშირის მიერ დატოვებული მემკვიდრეობა. მიუხედავად იმისა, რომ რეფორმების დაწყების შემდეგ საქართველოში პრაქტიკოსი ექიმების რაოდენობა 20%-ით, ექთნების 50%-ით და საავადმყოფოების რაოდენობა 32%-ით შემცირდა, 1998 წლის მაჩვენებლებით საქართველოში მაინც უფრო მეტი ექიმი და საავადმყოფოა ვიდრე აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში. დასაქმებულ ექიმთა და საავადმყოფო საწოლების დღევანდელი დონე გაცილებით აღემატება ქვეყნის რეალურ საჭიროებას. მაგალითად, 1999 წელს თბილისში 11,7 ათასი საავადმყოფო საწოლი იყო, მაშინ, როდესაც, რეალური მოთხოვნა მხოლოდ 3,2 ათას საწოლზეა. ერთ ჰოსპიტალურ პაციენტზე მოდიოდა სამი ექიმი, მაშინ, როდესაც, გასაშუალოებული მაჩვენებლის მიხედვით ერთი ექიმი 8-10 პაციენტზე უნდა მოდიოდეს. სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელთა სიჭარბე არის არაფორმალური ხარჯის მაღალი დონისა ერთ-ერთი განმაპირობებელი ფაქტორი, რადგან ჭარბი სამედიცინო კადრისა და რესურსის შენახვა ხდება პაციენტთა ხარჯზე.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, პროგრამის პირველი ეტაპის მიზანი შეიძლება შემდეგნაირად იყოს ფორმულირებული – სამედიცინო მომსახურების ფაქტობრივ მოცულობაში არალეგალური (ჩრდილოვანი) ეკონომიკური ურთიერთობების მინიმუმამდე დაყვანა, ლეგალიზებული ეკონომიკური ურთიერთობების საერთო მოცულობაში სახელმწიფოს წილის არსებული დონის შენარჩუნების

პირობებში.

დასახული მიზნის მიღწევის უმთავრესი ობიექტური წინაღობა მდგომარეობს იმაში, რომ დღეს არსებული მოცულობის სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას, ლეგალიზების პირობებში ობიექტურად დასჭირდება ორი, არცთუ ისე „პოპულარული“ გადაწყვეტილების მიღება. კერძოდ:

1. დარგში არსებული შრომითი და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაცია;
2. დამატებითი საფინანსო რესურსების მოძიება და ჩართვა როგორც სახელმწიფო, ისე არასახელმწიფო სექტორში.

პროგრამა ემყარება შემდეგ ძირითად პრინციპებს:

1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სპეციფიკიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაცევტული უზრუნველყოფის ფორმალიზაციამ არ უნდა გამოიწვიოს მოსახლეობისთვის მიწოდებული მომსახურების გაძვირება და არ უნდა შეუქმნას ხალხს დამატებითი ფინანსური ბარიერები. პირიქით, ანტიკორუფციული პროგრამის განხორციელებამ ფინანსურად უფრო მეტად ხელმისაწვდომი უნდა გახადოს ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურება მოსახლეობის ყველა ფენისათვის;
2. პროგრამამ არ უნდა დაარღვიოს ჯანმრთელობის დაცვის ბაზარზე ჩამოყალიბებული საბაზრო ურთიერთობები. მან უნდა გაზარდოს სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი და მაკონტროლებელი ფუნქცია, რათა დაცულ იქნეს როგორც ყველა მოქალაქის კონსტიტუციური უფლება, ისე საბაზრო ეკონომიკის განვითარების არჩეული მიმართულება;
3. უნდა გაიზარდოს სახელმწიფოს, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ერთ-ერთი დამფინანსებლის, წილობრივი მონაწილეობა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებაში, რათა შესაძლებელი იყოს ქვეყნის ყველაზე ღარიბი და დაუცველი ფენისთვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება და კონსტიტუციური გარანტიების შესრულება;

4. ხელი უნდა შეეწყოს სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის თანაარსებობას თანაბარ იურიდიულ და მარეგულირებელ გარემოში, რომლის ძირითადი ამოცანა მოსახლეობის ყველა ფენისთვის ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება იქნება.

პირველ ეტაპზე, რომელიც შეიძლება განხორციელდეს ხუთი წლის განმავლობაში, შუალედური მიზანი შეიძლება დაკონკრეტდეს შემდეგნაირად – სამედიცინო მომსახურების საშუალო წლიური მასშტაბების შენარჩუნების პირობებში ჩრდილოვანი (არაფორმალური) ეკონომიკური ურთიერთობების მასშტაბების 50%-ის ლეგალიზება და ფორმალურ სექტორში სახელმწიფო უზრუნველყოფის წილის 75-80%-ის შენარჩუნება.

ჯანმრთელობის დაცვაში დღესდღეობით არსებული ჩრდილოვანი ეკონომიკის მოცულობის საგრძნობი შემცირება შესაძლებელი იქნება იმ შემთხვევაში, თუ მიიღწევა შემდეგი მიზნები:

1. გაიზრდება სახელმწიფო წყაროებიდან გამოყოფილი ფინანსური რესურსების მოცულობა სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად. დასახული მიზანი მიღწეულად ჩაითვლება, თუ სახელმწიფო დაფინანსების ხვედრითი წილი მიაღწევს ან გადააჭარბებს 50%-ს, ნაცვლად დღევანდელი 13%-ისა;
2. დაბალანსდება სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელთა (საავადმყოფოები, ექიმები, ექთნები, აფთიაქები და სხვა) და მოსახლეობას შორის არსებული თანაფარდობა, ანუ სამედიცინო მომსახურების წარმოების არსებული რესურსები შესაბამისობაში მოვა მოსახლეობის რეალურ მოთხოვნებთან;
3. განხორციელდება სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ფასის კონტროლი, რათა დაშვებულ იქნეს ზღვრული მოგების რეალიზება, რომელსაც სახელმწიფო საკანონმდებლო დონეზე განსაზღვრავს;
4. მოსახლეობის მიერ სამედიცინო ბაზარზე გაწეული ხარჯების აკუმულირება სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებში, რაც ხელს შეუწყობს ნორმალური საბაზრო/საკონტრაქტო ურთიერთობების ჩამოყალიბებას დამფინანსებლებსა და მომსახურების

მწარმოებელთა შორის. ამ ურთიერთობაში სახელმწიფო შეინარჩუნებს მარეგულირებელ და მაკონტროლებელ ფუნქციას, რომელიც ნაკარნახევი იქნება საქართველოს მოსახლეობის ინტერესებით და მიმართული იქნება მათ დასაცავად. ეს მიზანი ჩაითვლება მიღწეულად, თუ ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის ხვედრითი წილი ჯანდაცვის საერთო დაფინანსებაში 35-40%-ს მიაღწევს.

დასახული მიზნების მისაღწევად აუცილებელია კონკრეტული ღონისძიებების გატარება:

1. სახელმწიფო წყაროებიდან გამოყოფილი ფინანსური რესურსების მოცულობის გაზრდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებაში.

ეს ღონისძიება ითვალისწინებს, ერთი მხრივ, სახელმწიფოს ხელთ დღეს არსებული მწირი ფინანსური რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას და, მეორე მხრივ, დამატებითი ფინანსური რეზერვების იდენტიფიცირებას.

არსებული რესურსების ოპტიმიზაციის მიზნით, აუცილებელია შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

- ჯანდაცვის დაფინანსების ხუთწლიანი ისტორია ცხადყოფს ცენტრალურ ბიუჯეტში მის დაბალ პრიორიტეტულობას. ამიტომ აუცილებელია ბიუჯეტში გაწერილი ვალდებულებების აღსრულება, რაც დაახლოებით გააორმაგებს ჯანდაცვის დაფინანსებაზე სახელმწიფოს მიერ გაღებული სახსრების რეალურ ოდენობას. ჯანდაცვის პროგრამების სრული მოცულობით დაფინანსება უნდა გახდეს არა მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, არამედ ზოგადსახელმწიფოებრივი პრიორიტეტი;
- ადგილობრივ საკრებულოებთან და პრეზიდენტის რწმუნებულებთან მუშაობით უნდა გაიზარდოს ადგილობრივი ბიუჯეტების პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, რათა მიღწეულ იქნეს მათ მიერ გამოყოფილი სახსრების

მოცულობა კანონით დადგენილ მინიმალურ ოდენობამდე – 2.5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე;

- ცენტრალურ ბიუჯეტში დაქსაქსული ჯანდაცვის ხარჯები, რომელიც რვა სახელმწიფო უწყებასა და სამინისტროს შორის არის განაწილებული, უნდა გაერთიანდეს ერთ ბიუჯეტში, რომელზედაც პასუხისმგებლობას აიღებს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია და დააფინანსებს სამედიცინო მომსახურებას სადაზღვევო პრინციპით;
- დამატებითი ფინანსური რესურსების მობილიზების მიზნით, აუცილებელია საკანონმდებლო დონეზე დაწესდეს არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა ჯანდაცვის სავალდებულო სადაზღვევო გადასახადის მოცულობა და მისი გადახდის წესი;
- ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციაზე (საწვავი, სიგარეტი, ალკოჰოლური სასმელები და სხვა) დაწესებული აქციზის ნაწილი აკუმულირდეს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ანგარიშზე.

2. სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელთა (საავადმყოფოები, ექიმები, ექთნები) და მოსახლეობას შორის არსებული თანაფარდობის დაბალანსება.

გარდა იმისა, რომ ქვეყანაში აღინიშნება სამედიცინო პერსონალისა და საწოლთა ფონდის სიუხვე, ამავე დროს ადგილი აქვს მათ არათანაბარ გადანაწილებას. რესურსი ძირითადად თავმოყრილია თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში. ქვეყანაში არის რეგიონები და რაიონები, სადაც სახეზეა ამგვარი რესურსის სიმწირე, რაც მოსახლეობას უქმნის სამედიცინო მომსახურებისადმი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემებს. ერთი მხრივ, ჭარბი რესურსი და, მეორე მხრივ, მისი არათანაბარი გადანაწილება ქმნის გარკვეულ უთანასწორობას ქვეყნის მოსახლეობას შორის.

პრობლემა კიდევ უფრო ამძაფრებს ძირითადი სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელთა აკუმულირებას საავადმყოფოებში,

მაშინ, როდესაც პირველადი ჯანდაცვის ქსელი განიცდის ადამიანური რესურსებისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის ნაკლებობას.

ამდენად, მნიშვნელოვანი ხდება შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

- საწოლთა ფონდის შემცირება საავადმყოფოთა ქსელის ოპტიმიზაციის გზით. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უცხოელი ექსპერტების დახმარებით შეიმუშავა ქვეყნის საავადმყოფოთა ქსელის ოპტიმიზაციის გეგმა, რომლის განხორციელებისთვის საჭიროა ადგილობრივი და ცენტრალური სამთავრობო სტრუქტურების თანამშრომლობა;
- დასაქმებული ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის შემცირება საპენსიო ასაკს მიღწეულ და არაკვალიფიციურ მოსამსახურეთა ხარჯზე. ამ ღონისძიების გატარებისას აუცილებელია განთავისუფლებულ მოსამსახურეთა სოციალური დაცვის მექანიზმის შექმნა;
- სახელმწიფოს მიერ პრიორიტეტული დაფინანსების მექანიზმით მომსახურების მწარმოებელი რესურსის ქვეყანაში თანაბარი გადანაწილების მოტივაცია, რათა აღმოიფხვრას დღევანდელ დღეს დეფიციტურ რაიონებსა და რეგიონებში (მთიანი რეგიონები) შექმნილი უთანასწორობა და კადრების შემცირების პროცესი ნაკლებად მტკივნეული გახდეს;
- პირველადი ჯანდაცვის რგოლის აღიარება ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრიორიტეტად და სახელმწიფო რესურსების ჰოსპიტალური ქსელიდან პირველადი ჯანდაცვის სასარგებლოდ გადანაწილება;
- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და განათლების სამინისტროს ერთობლივი თანამშრომლობით სამედიცინო კადრის (ექიმები, ექთნები და დამხმარე პერსონალი) მომზადების წლიური მოცულობის დადგენა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული განათლების სისტემიდან სამედიცინო ბაზარზე ჭარბი რესურსის შემოდინება.

ამ ღონისძიებების გატარება შესაძლებელი იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ჯანდაცვის დაფინანსებაში სახელმწიფო წილი გახდება მნიშვნელოვანი და საკმარისი.

3. სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაცოლოგიური პრეპარატების ფასებზე კონტროლის განხორციელება.

დღევანდელ სამედიცინო ბაზარზე ფასწარმოქმნის პროცესი ორგვარია. ერთი მხრივ, სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ჩამოყალიბებული ფასების სისტემა, რომელიც, სახელმწიფო რესურსების სიმწირის გამო, თვითღირებულებაზე გაცილებით დაბალია და, მეორე მხრივ, შიდა სტანდარტებით ფორმირებული ფასი, რომელიც საბაზრო ფასად შეიძლება ჩაითვალოს. ფასების კონტროლი სამედიცინო მომსახურებაზე ითვალისწინებს სახელმწიფო პროგრამების ფასის და საბაზრო ფასის დაახლოებას.

ამავე დროს, მსოფლიო გამოცდილებიდან გამომდინარე, მაღალი ტექნოლოგიების დანერგვის კვალობაზე მოსალოდნელია სამედიცინო მომსახურების ფასის ზრდა. ამიტომ, აუცილებელია სახელმწიფოს მკაცრი მარეგულირებელი როლის დაკანონება, რათა მოხერხდეს მომსახურების ფასის ინფლაციისა და ქვეყნის ეკონომიკის ზრდის დაბალანსება.

ფარმაცევტულ ბაზარზე კი ფასის კონტროლი გულისხმობს ზღვრული მოცუბის ღონის დადგენას და არაესენციურ პრეპარატებზე შედარებით მაღალი საგადასახადო ტარიფების დაწესებას. ამ მიდგომით შესაძლებელი გახდება ესენციურ წამლებზე შედარებით დაბალი ფასების დაწესება და მათზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ძვირად ღირებული პრეპარატებისთვის კი ბაზარზე შეიქმნება პენეტრაციის ბარიერი, რომელიც დაარეგულირებს წამლის ფასების ინფლაციის პროცესს. ამ ღონისძიებების გარდაუვალი წინაპირობაა სახელმწიფოს მიერ ესენციური წამლების ნუსხის რეგულარული გადასინჯვა და მასში სათანადო ცვლილებების შეტანა მეცნიერულ-ტექნოლოგიური პროგრესის გათვალისწინებით.

ამავე დროს, ხელსაყრელი პირობები უნდა შეექმნას ადგილობრივი ფარმაცოლოგიური მრეწველობის განვითარებას, რომელიც უფრო ნაკლებ ფასში მოამარაგებს საქართველოს ბაზარს საჭირო მედიკამენტებით.

ამ ღონისძიებების გატარების ეფექტურობა დამოკიდებულია სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტის, საგადასახადო სამსახურის, საბაჟოსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროების თანამშრომლობაზე. კერძოდ, მინიმუმამდე უნდა იქნეს დაყვანილი მედიკამენტების კონტრაბანდული იმპორტი, სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტმა კონტროლზე უნდა აიყვანოს საცალო და საბითუმო ვაჭრობის ობიექტების მიერ რეალიზებიდან მიღებული მოგების მოცულობა და რეგულარულად მიაწოდოს ინფორმაცია საგადასახადო და ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებს.

4. ნებაყოფლობითი სამედიცინო სადაზღვევო საქმიანობის განვითარება.

უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა კანონმდებლობით გამოიყოს სამედიცინო მომსახურების სამართალსუბიექტის ცნება, რომელიც უნდა ჩამოყალიბდეს, როგორც სპეციფიკური საქმიანობის იურიდიული პირი. ამის საფუძველს იძლევა საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მეექვსე თავი, რომელიც არსებითი გადამუშავების შემდეგ შეიძლება დაედოს საფუძვლად „სამედიცინო დაწესებულებების“ არამომგებიანი საქმიანობის სამართალსუბიექტად ჩამოყალიბებას, რისთვისაც შესაბამისი ცვლილებები უნდა შევიდეს „სამოქალაქო კოდექსში“.

წარმოდგენილი პროგრამის ბოლოს დართულია არსებითი მნიშვნელობის 104 კონკრეტული ღონისძიება შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

- სამართლებრივი ბაზის სრულყოფა და მის დაცვაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის გაძლიერება;
- ლეგალიზების ეკონომიკური მოტივაციის გაძლიერება;
- დარგში აღრიცხვა-ანგარიშგების სისტემის სრულყოფა და მისი აღსრულების ადმინისტრირების გაძლიერება;
- კორუფციის შესაძლებლობების მინიმიზაცია გადაწყვეტილების მომზადებისა და მიღების პროცესის გამჭვირვალობის გაზრდის გზით;
- დაფინანსების მექანიზმებისა და მოდელების არსებითი გადასინჯვა;

- დარგში აკუმულირებული მატერიალური და შრომითი რესურსების ოპტიმიზაცია, გამოთავისუფლებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენებისა და კომპენსირების სისტემების ამოქმედების პირობებში;
- სადაზღვევო პრინციპების ეფექტიანი ამოქმედება და ნებაყოფლობითი (კერძო) დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობა;
- მიმდინარე ეკონომიკური ურთიერთობების მონიტორინგის უწყვეტი სისტემის ჩამოყალიბება, რომელშიც საზოგადოებრივ კონტროლს მესამე სექტორის მეშვეობით გადამწყვეტი როლი მიენიჭება.

აღნიშნული ღონისძიებების თანმიმდევრული და მიზანმიმართული გატარებით შესაძლებელია ქმედითი შედეგების მიღწევა დროის მცირე მონაკვეთში, მაგრამ ამისათვის აუცილებელია ორი პირობის შესრულება:

1. ჩრდილოვან ეკონომიკასთან და კორუფციასთან ბრძოლა უნდა გახდეს სახელმწიფოს აქტიური პოლიტიკის რეალური გამოხატულება ყველა დარგში და ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე, რადგან ავტონომიურად, ერთ დარგში ან ცალკეულ ტერიტორიაზე ამგვარ ქმედებას შედეგი არ ექნება;
2. კორუფციასთან ბრძოლა და მისი აღმოფხვრა აუცილებელია, მაგრამ ჩრდილოვანი ეკონომიკის მოსპობა არ შეიძლება. საჭიროა მისი ლეგალიზება, რაც მხოლოდ მაშინ გახდება შესაძლებელი, თუ მისი ფუნქციონირებისთვის აუცილებელი რესურსები რეალურად იარსებებს.

ვფიქრობთ, თუ ეს მნიშვნელოვანი პროცესი აქტიურად გაგრძელდება, მაშინ ჩვენი დარგი ამ მიმართულებით მუშაობისა და თანამშრომლობისთვის მზადაა. მიგვაჩნია, რომ სხვა გზა და სხვა ხსნა ქვეყანას არც გააჩნია და ამ რთული და მრავალწახნაგოვანი ბრძოლის გავლით მისი აღდგენილი სახელმწიფოებრიობა დაადასტურებს თავის სიმწიფეს და პერსპექტიულობას. ამით საქართველო ღირსეულ ადგილს დაიკავებს მსოფლიოს თანამეგობრობაში.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

2001 წლის 8 აგვისტო

**მინიმალური ხელფასისა და საბიუჯეტო სფეროში შრომის
ანაზღაურების მდგომარეობისა და მათი მოწესრიგების
წინადადებების შესახებ**

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

ცალკე აღებულ სოციალურ პოლიტიკაზე საუბრისას მხედველობიდან არ უნდა გამოგვრჩეს მისი უკუგავლენის ეფექტი. საქმე ისაა, რომ სწორად გააზრებული სოციალური ხასიათის ღონისძიებებს, რომლებიც, თავის მხრივ, დამოკიდებულია ეკონომიკური განვითარების მიღწეულ დონეზე, აქვს პირდაპირი გავლენა თვით ეკონომიკურ პროგრესზე. ხშირად სოციალური პრობლემები დაკავშირებულია არა ახლადშექმნილი ღირებულებების არასაკმარის დონესთან, არამედ, მეტწილად, ამ ღირებულებების არასამართლიან გადანაწილებასთან. სოციალური პოლიტიკა სწორედ ის ბერკეტია, რომელსაც შეუძლია ხელი შეუშალოს ერთეულთა ხელში სიმდიდრის ჭარბ კონცენტრირებას. სიმდიდრის გადანაწილება, რომელიც სახელმწიფო ბიუჯეტის მეშვეობით სოციალური პოლიტიკის შესაბამისად წარმოებს, არის ეკონომიკის ირიბი ინვესტირების ფორმა და, შესაბამისად, ეკონომიკური აქტივობის მძლავრ სტიმულატორს წარმოადგენს.

უნდა აღინიშნოს, რომ 2000 წლის განმავლობაში, საბიუჯეტო სტაბილიზაციის და საოციალური პროგრამების პრიორიტეტული დაფინანსების პირობებში, გარკვეულწილად მოხერხდა მოსახლეობის ცხოვრების დონის გაუარესების ტენდენციის შეჩერება, რაზეც მეტყველებს სიღარიბის კვლევის შედეგები, რომელთა მიხედვით 2000 წელს სიღარიბის დონის ზრდის შეჩერება მოხდა.

სოციალურ პროგრამებთან ერთად, ეფექტიანი სოციალური პოლიტიკის გატარების კიდევ ერთ მთავარ ბერკეტს შრომის ანაზღაურების სახელმწიფო რეგულირება და მინიმალური ხელფასის ნორმატივი წარმოადგენს.

ბოლო პერიოდში, პოზიტიური ძვრების და ეკონომიკური ზრდის ტენდენციების ჩამოყალიბების მიუხედავად, ხელფასი კვლავ არასაკმარისად არის დაკავშირებული ეკონომიკურ ინტერესებთან. ხელფასი, როგორც სამუშაო ძალის ღირებულება, დღეს ნაკლებად უკავშირდება საარსებო საშუალებების ღირებულებას და ვერ უზრუნველყოფს სამუშაო ძალის არა თუ გაფართოებულ, არამედ მარტივ კვლავწარმოებასაც კი. საკმარისია აღინიშნოს, რომ 2000 წლის დეკემბრის მდგომარეობით საშუალო ხელფასი საარსებო მინიმუმის 61,8%-ს, ხოლო შრომის მინიმალური ანაზღაურება ამ მაჩვენებლის მხოლოდ 20%-ს შეადგენს.

ხელფასების დაბალი დონითაა განპირობებული ის, რომ შემოსავლების საერთო სტრუქტურაში ხელფასის წილი 34,5%-ს არ აღემატება და მნიშვნელოვნად ჩამორჩება კრიტიკულ დონეს – 60%-ს. ეს კი იმის მაჩვენებელია, რომ საქართველოში შრომის მოტივაციის აღდგენა ძალზე ნელი ტემპით მიმდინარეობს.

თანამედროვე პირობებში ხელფასს დაკარგული აქვს მასტიმულირებელი ფუნქცია და იგი გადაიქცა ერთგვარ სოციალურ გასაცემლად, რომელიც არაა დაკავშირებული შრომის რაოდენობასა და ხარისხთან. დღეისათვის შრომის ანაზღაურების მინიმალური დონე საშუალო ანაზღაურების 24,7%-ია, მაშინ, როდესაც სოციალური ორიენტაციის საბაზრო ეკონომიკის ქვეყნებში აღნიშნული თანაფარდობა არანაკლებ 40%-ს შეადგენს.

ძირითად სამუშაო ადგილებზე დაბალი ანაზღაურება და მისი გაცემის ქრონიკული შეფერხებები უარყოფითად მოქმედებს დაქირავებულის დამოკიდებულებაზე თავისი ფუნქციებისა და მოვალეობების მიმართ. ხშირ შემთხვევაში ის მუშაკის მეორეული დასაქმების ძირითად მოტივს წარმოადგენს.

აღნიშნული მდგომარეობა გარკვეულწილად ხელს უწყობს სახელმწიფო დაწესებულებებიდან კვალიფიციური კადრების დენადობას კერძო სექტორებში და საზღვარგარეთ. სახელმწიფო სექტორში შრომის

ანაზღაურების დაბალი დონე განაპირობებს შრომის ეფექტურობის დაცემას და დისციპლინის გაუარესებას, რაც, თავის მხრივ, უარყოფითად მოქმედებს შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე და კორუფციის ერთ-ერთ უმთავრეს მიზეზსაც წარმოადგენს.

აღმასრულებელ ხელისუფლებაში არსებული დაბალი თანამდებობრივი სარგოების გამო, ხდება მათი მექანიკური ზრდა, რაც ხელმძღვანელი მოსამსახურეების რიცხოვნობის ზრდაში გამოიხატება. მთელ რიგ სამინისტროებში სხვადასხვა სტრუქტურული ერთეულის და ქვედანაყოფის უფროსების და მათი მოადგილეების რაოდენობა 50%-ზე მეტია. დიდია საბიუჯეტო სფეროში დასაქმებულთა რიცხვი, რომელთა წილმა დაქირავებულთა მთლიან რაოდენობაში 42% შეადგინა. სულ ცენტრალური ბიუჯეტი აფინანსებს დაქირავებულთა 19%-ს.

შრომის ანაზღაურებაში შექმნილ მდგომარეობას კიდევ უფრო ამძიმებს ამ საკითხისადმი უწყებრივი მიდგომა, რომელიც არღვევს პრინციპს „თანაბარი შრომისთვის თანაბარი ანაზღაურება“. ასე მაგალითად, წამყვანი სპეციალისტის თანამდებობრივი სარგო უზენაესი სასამართლოს აპარატში 200 ლარია, იუსტიციის საბჭოში – 284 ლარი, პარლამენტის აპარატში – 110-120 ლარი, ხოლო სამინისტროში – 39 ლარი. ანალოგიური მდგომარეობაა კონტროლის პალატაში, თანამდებობის პირთა ქონებრივი და საფინანსო მდგომარეობის ბიუროში და სხვა.

საბაზრო ეკონომიკის პირობებში სახელმწიფოს ერთ-ერთი მთავარი ფუნქციაა მინიმალური სოციალური გარანტიების დადგენა. ერთ-ერთ ასეთ გარანტიას მინიმალური ხელფასი წარმოადგენს, რომელსაც საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ორი ძირითადი დატვირთვა გააჩნია:

1. მინიმალური ხელფასის ნორმატივი წარმოადგენს დაქირავებულთა სოციალური დაცვის საშუალებას;
2. ხელს უწყობს რა შემოსავლების გადანაწილებას, ზრდის მოსახლეობის გადახდისუნარიან მოთხოვნილებას და ამით სტიმულირებას უწევს ეკონომიკურ აქტივობას.

სავალდებულო მინიმალური ხელფასის ნორმატივი სახელმწიფოს ხელში წარმოადგენს იმ მნიშვნელოვან ბერკეტს, რომლის სწორად გამოყენებით შესაძლებელია როგორც დასაქმებული მოსახლეობის სოციალური დაცვის

გარანტიების შექმნა, ისე ეკონომიკური აქტივობის სტიმულირება. ამასთან, დასაქმებულების რიცხოვრივი შემცირების პარალელურად მიმართავენ სამუშაო დროის გახანგრძლივებას, შვებულებისა და დასვენების დროის შემცირებას და სხვა. ეს ფაქტორი აუცილებლად გასათვალისწინებელია უმუშევრობის მაღალი დონის პირობებში, როდესაც დასაქმების სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის მიზანი სამუშაო ადგილების შენარჩუნება და ზრდაა.

ამასთან, შეუძლებელია უსასრულოდ გრძელდებოდეს ისეთი მდგომარეობა, როდესაც ხელფასი არ წარმოადგენს შრომის მოტივაციის, ხოლო მინიმალური ხელფასის ნორმატივი – შემოსავლების გადანაწილების საფუძველს. აღნიშნული მდგომარეობა არის ქვეყანაში არსებული ეკონომიკური აქტივობის და კორუფციის მაღალი დონის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზი.

არსებობს მოსაზრება იმის თაობაზე, რომ მინიმალური ხელფასის დონის საკანონმდებლო ზრდით გამოწვეული დამატებითი ხარჯების კომპენსირების მიზნით, დამსაქმებლები მიმართავენ წარმოებულ პროდუქციაზე ფასების ზრდის მეთოდს. შედეგად, მინიმალური ხელფასი გაიზრდება მხოლოდ ნომინალურად და, ფასების ზრდის ფონზე, გაიზრდება საარსებო მინიმუმის მაჩვენებელიც. თანაფარდობა საარსებო მინიმუმსა და მინიმალურ ხელფასს შორის დარჩება უცვლელი და, შესაბამისად, მინიმალური ხელფასი კვლავ ვერ შეასრულებს ვერც შემოსავლების გადანაწილების და ვერც შრომის მოტივაციის ფუნქციას.

ამ მოსაზრების საფუძველს ისიც იძლევა, რომ განვითარებული ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში მოქმედი ტოლ კაპიტალზე ტოლი მოგების პრინციპი დღეისათვის საქართველოს რეალობაში ჯერ არ დამკვიდრებულა. შესაბამისად, ეკონომიკის სხვადასხვა დარგის მიხედვით, სახეზეა მნიშვნელოვნად განსხვავებული რენტაბელობის დონეები. კაპიტალის გადადინებასა და წონასწორობის დამყარებას კი უამრავი არაეკონომიკური ფაქტორი უშლის ხელს. ამდენად, არსებობს დარგების მიხედვით რენტაბელობის დონის შემცირების ხარჯზე დანახარჯების ზრდის განსხვავებული შესაძლებლობები. ამიტომ, დასაშვებია, რომ მინიმალური ხელფასის ნორმატივი, ამ შესაძლებლობების გათვალისწინებით,

დიფერენცირებულ იქნეს დარგების მიხედვით. ასეთი მიდგომით მაღალრენტაბელურ დარგებში, მინიმალური ხელფასის ნორმატივის ზრდიდან გამომდინარე, შეიძლება გამოვრიცხოთ ფასების ზრდის აუცილებლობაც და შესაძლებლობაც.

მიუხედავად იმისა, რომ 1995-2000 წლებში მინიმალური ხელფასი 4,7-ჯერ გაიზარდა, დღეისათვის ის არ წარმოადგენს ადეკვატურ სოციალურ გარანტს და მან თანდათან ტექნიკური ნორმატივის ფორმა მიიღო.

საქართველოს პრეზიდენტის 1999 წლის 4 ივნისის N351 ბრძანებულებით, მინიმალური ხელფასი განისაზღვრა თვეში 20 ლარის ოდენობით, რაც საარსებო მინიმუმის 17,5%-ს, ხოლო საშუალო ხელფასის 24,7%-ს შეადგენს და, ამის გამო, ვერ აკმაყოფილებს სოციალური ნორმატივის მოთხოვნებს.

საქართველოს კანონის „საარსებო მინიმუმის გაანგარიშების წესის შესახებ“ მე-3 მუხლის მე-3 პუნქტის თანახმად, სამომხმარებლო ფასების ზრდის შემთხვევაში, საარსებო მინიმუმსა და მინიმალურ შემოსავალს შორის თანაფარდობის გაუარესებისას უნდა მოხდეს მინიმალური ხელფასის ოდენობის პერიოდული გადასინჯვა.

მინიმალური ხელფასის სიდიდის განსაზღვრა და მისი კორექტირება პირდაპირ კავშირშია ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასთან. დღევანდელ პირობებში მინიმალური ხელფასი ვერ იქნება საარსებო მინიმუმის შესაბამისი, მაგრამ უნდა მოხდეს მათი ეტაპობრივი დაახლოება.

შესაძლებელია მისი სიდიდე საარსებო მინიმუმთან მიმართებაში უფრო მაღალ დონეზეც განისაზღვროს. ამ შემთხვევაში მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის ურთიერთდამოკიდებულება, რომელიც არსებობს შრომის ანაზღაურებისა და დასაქმების დონებს შორის. თუ მინიმალური ხელფასი განისაზღვრება საარსებო მინიმუმის დონეზე, ადგილი ექნება უმუშევრობის საკმაოდ მნიშვნელოვან ზრდას. აქედან გამომდინარე, ღონისძიებები გარკვეული სიფრთხილით უნდა გატარდეს, ვინაიდან ეკონომიკური სარგებლიანობა ყოველთვის არ შეესაბამება ქვეყნის პოლიტიკური სტაბილურობის ინტერესებს.

ამდენად, მინიმალური ხელფასის დაწესებას არა მარტო სოციალურ-ეკონომიკური დატვირთვა, არამედ პოლიტიკური მნიშვნელობაც გააჩნია.

მიუხედავად ქვეყანაში შექმნილი მძიმე ეკონომიკური და ფინანსური მდგომარეობისა, მიგვაჩნია, რომ მინიმალური ხელფასის გარკვეულ დონემდე გაზრდა მაინც აუცილებელია. თანამედროვე პირობებში იგი შეამცირებს აღურიცხავი შემოსავლების ოდენობას, შესაბამისად, გაიზრდება სოციალური დანიშნულების ფონდებისა და სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლები. ამავე დროს, შეიქმნება შრომის ანაზღაურებაში დიფერენცირების გაზრდისა და შრომის სტიმულირების პირობები: მოხდება დასაქმებულთა რიცხვის რაციონალიზაცია, ანუ დასაქმების სტრუქტურა შესაბამისობაში მოვა ეკონომიკის რეალურ მოთხოვნებთან.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ისეთი საკითხები, როგორცაა მინიმალური ხელფასის ზრდასთან დაკავშირებული სოციალური გადასახადების ზრდა. ხაზი მინდა გავუსვა იმ გარემოებას, რომ ასეთი ზრდა პირდაპირ კავშირშია დასაქმებულთა და დამსაქმებელს შორის ჯანსაღი ინტერესების კონფლიქტის არსებობასთან. საქმე იმაში მდგომარეობს, რომ აუცილებელია შევქმნათ სისტემა, რომელშიც დასაქმებული თვითონ იქნება დაინტერესებული სოციალური გადასახადების გადახდაში და რეალური ხელფასის დაფიქსირებაში. დღეს ასეთი მოტივაცია დასაქმებულებს არ გააჩნიათ. ამიტომ ადგილი აქვს საპენსიო ფონდში გადასახადის გადამხდელთა და პენსიის მიმღებთა რიცხვის თითქმის ერთსა და იმავე დონეზე (დაახლოებით 900 ათასი პირი) მერყეობას, მაშინ, როდესაც ექსპერტული გათვლებით დასაქმებულთა რაოდენობა ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის 85%-ს უნდა შეადგენდეს და მისი აბსოლუტური რაოდენობა 2 მილიონამდეა.

სოციალური გადასახადის მინიმალური ზღვრის დაფიქსირებამ გამოიწვია მთელ რიგ დაწესებულებებში დასაქმებულთა რიცხვის ფიქტიური შემცირება (როდესაც დასაქმებულები იღებენ არარეგისტრირებულ ხელფასს), რაც დასაქმებულთა მხრიდან ინტერესის არარსებობის შედეგაცაა. მინიმალური ხელფასის შესაბამის დონემდე გაზრდის შემთხვევაში, ვფიქრობთ, ანალოგიურ პროცესებს ექნება ადგილი. ამდენად, სრული ეკონომიკური და

სოციალური ეფექტის მისაღწევად აუცილებელია დასაქმებულთა ხელფასის ლეგალიზებისა და სოციალური გადასახადის გადახდით დაინტერესება.

ასეთი მოტივაციის შექმნა გახდება ჩრდილოვანი სექტორის ლეგალიზების მძლავრი წინაპირობა. აღნიშნული ინტერესის გაჩენის ერთადერთ საფუძველს კი სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოტანა წარმოადგენს. სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვის აუცილებლობა, ასევე განპირობებულია ქვეყნის დემოგრაფიული მდგომარეობით. საქმე იმაშია, რომ, სამწუხაროდ, დღეს საქართველო სწრაფად დაბერებად ქვეყანათა რიცხვს მიეკუთვნება. 1997 წლის მონაცემებით, ქვეყნის ყოველი მეექვსე მოქალაქე 60 წელს იყო გადაცილებული. საქართველოში ყოველწლიურად იზრდება ხანშიშესულთა რიცხვი, სამუშაო ასაკში შემავალთა რიცხვთან შედარებით. მართალია აღნიშნული ტენდენცია გლობალური პრობლემაა, მაგრამ მისი შედეგები, საქართველოს ეკონომიკური განვითარების ფონზე, განსაკუთრებულად მტკივნეულია.

ქვეყანაში მოქმედი სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის პრინციპები ძირითადად საბჭოთა კავშირის დროინდელია და ის მიმდინარე შემოსავლებიდან მიმდინარე გადასახადების დაფარვას ითვალისწინებს. მოსახლეობის დაბერების ფონზე, ამ სისტემის შედეგები ყოველწლიურად სულ უფრო მეტ პრობლემებს შექმნის, ვინაიდან, როგორც აღინიშნა, გადამხდელთა რიცხვი ბუნებრივად იკლებს პენსიებისა და სოციალური დახმარებების მიმღებთა რიცხვთან მიმართებაში.

შექმნილი მდგომარეობიდან გამოსავალი მხოლოდ სოციალური დაზღვევის პრინციპების რაც შეიძლება სწრაფად დანერგვაში მდგომარეობს, რისთვისაც აუცილებელია:

1. რეალური ხელფასების ლეგალიზება და სოციალური გადასახადების გადახდაში დასაქმებულთა პირადი ინტერესის გაჩენა, რაც საბიუჯეტო შემოსავლების ზრდისა და ჩრდილოვანი ეკონომიკის ლეგალიზების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს;
2. მოქმედი სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის ეფექტიანობის სწრაფად შემცირება ობიექტური, ბუნებრივი პირობებიდან გამომდინარე.

ამასთან ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ სოციალური დაზღვევის პრინციპების დანერგვისთვის აუცილებელია მთელი რიგი წინაპირობების შესრულება. კერძოდ:

- დაგროვებად სისტემაზე გადასვლა გულისხმობს აკუმულირებული სახსრების დაბალი რისკით განთავსების შესაძლებლობას, ამიტომ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან წინაპირობას წარმოადგენს მეტ-ნაკლებად განვითარებული ფასიანი ქაღალდების ბაზრის არსებობა;
- პერსონიფიცირებული აღრიცხვის კომპიუტერული სისტემის არსებობა;
- სავალდებულო შენატანების სიდიდისა და გასაცემლების ურთიერთდამოკიდებულებასთან დაკავშირებული გათვლების არსებობა ქვეყნის დემოგრაფიული პერსპექტივის გათვალისწინებით.

აღბათ, საკამათო არ უნდა იყოს ის დებულება, რომ საქართველო აღნიშნული განვითარების პერსპექტივას ვერ ასცდება, ხოლო რაც უფრო გვიან დავიწყებთ წინაპირობების მომზადებას, მით მეტი მიმდინარე პრობლემები გვექნება.

ვითვალისწინებთ რა, ქვეყანაში შექმნილ ფინანსურ მდგომარეობას და იმ გარემოებასაც, რომ სოციალური ანარიცხები ერთ დასაქმებულზე არ უნდა იყოს 16 ლარზე ნაკლები, რაც არაოფიციალურად ნიშნავს, რომ მინიმალური ხელფასი არ უნდა იყოს 60 ლარზე ნაკლები. მომზადდა მინიმალური ხელფასის გაზრდის ორი შესაძლო ვარიანტი. პირველ შემთხვევაში მინიმალური ხელფასი შეადგენს 35 ლარს, ანუ არსებული მინიმალური ხელფასი (20 ლარი) იზრდება 75%-ით. მეორე შემთხვევაში, მინიმალური ხელფასი შეადგენს 60 ლარს, ანუ არსებულზე სამჯერ მეტს.

35 ლარის პირობებში საბიუჯეტო სფეროში ხელფასების მინიმალური დიფერენცირების შემთხვევაში (როცა თანრიგებს შორის ხვაობა მხოლოდ 2-3 ლარს შეადგენს), მე-17 თანრიგის ჩათვლით, ხელფასების გასაცემად დამატებით საჭირო იქნება თვეში ოთხი მილიონი ლარი, რაც წელიწადზე გადაანგარიშებით 45,9 მილიონი ლარი იქნება. სოციალური ანარიცხების 31%-ის გათვალისწინებით კი წელიწადში საჭიროა 60,1 მილიონი ლარი.

მეორე შემთხვევაში, თუ მინიმალური ხელფასი 60 ლარი იქნა, იმავე დიფერენცირების პირობებში დამატებით საჭირო იქნება თვეში 6,7 მილიონი ლარი, ხოლო სოციალურ ანარიცხებთან ერთად წელიწადში – 106,1 მილიონი ლარი. მინიმალური ხელფასის გაზრდის პარალელურად უნდა გადაისინჯოს

ხელფასის დაუბეგრავი მინიმუმი და შესაბამისი ცვლილება შევიდეს საგადასახადო კოდექსში. 1996 წლიდან დაუბეგრავი მინიმუმი 9 ლარს შეადგენს. მინიმალურ ხელფასად 20 ლარის დადგენისას არ მომხდარა მისი გაზრდა მინიმალურ ხელფასამდე. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ 20 ლარიდან 11 ლარი იბეგრება და საყოველთაოდ მიღებული პრინციპი, რომ დაქირავებულმა არ უნდა მიიღოს მინიმალურ ხელფასზე ნაკლები, დარღვეულია.

აღმასრულებელ ხელისუფლებაში 1998 წლის 1 სექტემბრის შემდეგ არ მომხდარა ხელფასების გადასინჯვა გაზრდის მიმართულებით, პირიქით, 2000 და 2001 წლების სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონით ამ სექტორის მოსამსახურეებს ხელფასი საშუალოდ 22,1%-ით შეუმცირდათ, შრომის ანაზღაურების ფონდიდან პრემიისა და დახმარების თანხების ამოღების გამო. ამავე პერიოდში სამომხმარებლო ფასები საშუალოდ 14%-ით გაიზარდა, წლიურმა ინფლაციამ კი 10,9% შეადგინა. მარტო ელექტროენერჯის ღირებულება 63%-ით გაიზარდა, რისთვისაც მოსამსახურეებს არავითარი კომპენსაცია არ მიუღიათ.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, მიგვაჩნია, რომ სახელმწიფომ გამონახოს საშუალება საბიუჯეტო სექტორში შრომის ანაზღაურების მოსაწესრიგებლად. პირველ ეტაპზე ის უნდა გაიზარდოს საარსებო მინიმუმამდე, ხოლო შემდგომ უფრო მაღალი დიფერენცირება გასათვალისწინებელი.

ჩვენმა სამინისტრომ დაიანგარიშა შრომის ანაზღაურების მოწესრიგებისთვის საჭირო სახსრები საბიუჯეტო სფეროს იმ მოსამსახურეებისთვის, რომლებზეც ვრცელდება საქართველოს კანონი „საჯარო სამსახურის შესახებ“. ამ მოსამსახურეთა (საჯარო მოხელეთა) რაოდენობა 9 324-ის ტოლია.

განგარიშებას საფუძვლად დაედო საარსებო მინიმუმი, ხოლო სპეციალისტის თანამდებობრივი სარგო განისაზღვრა 100 ლარით. მაგალითისთვის მოვიყვანე მინისტრის პირველი მოადგილისა და სპეციალისტის ხელფასის საშუალო შეფარდებას, რომელმაც ამ სქემის მიხედვით 2,7 შეადგინა. საჯარო მოხელეების თანამდებობრივი სარგოების ამგვარი განგარიშების შემთხვევაში თვეში დამატებით საჭიროა 623 ათასი ლარი, ხოლო წელიწადში 7 მილიონ 477 ათასი ლარი. სოცანარიცხების გათვალისწინებით წელიწადში საჭირო იქნება 9 მილიონ 795 ათასი ლარი. ძალოვან სტრუქტურებში

ხელფასის მოწესრიგებისთვის წელიწადში 64 მილიონ 341 ათასი ლარი იქნება საჭიროა. გაანგარიშების ამგვარი მეთოდის მიხედვით, საჯარო მოსამსახურეთა საშუალო ხელფასი 57 ლარიდან 130,5 ლარამდე, ანუ 228%-ით გაიზრდება, რაც ქვეყნის მასშტაბით დამატებით 74 მილიონ 135 ათასი ლარის გამოყოფას მოითხოვს.

ვითვალისწინებთ რა ქვეყანაში შექმნილ ფინანსურ მდგომარეობას და იმ გარემოებას, რომ ყველა სტრუქტურაზე ერთდროულად ხელფასების მომატება დიდ თანხებთანაა დაკავშირებული და მისი განხორციელება ამ ეტაპზე ძალზე ძნელია, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ხელფასების მოწესრიგების ეტაპობრივად განხორციელება. პირველ რიგში გაიზარდოს მაღალი რანგის თანამდებობის პირთა ხელფასები, რადგან აღმასრულებელ ხელისუფლებაში შრომის ანაზღაურების მოწესრიგება კორუფციის აღმოფხვრის ერთ-ერთი ძირითადი წინაპირობაა. შემდგომ ეტაპზე უნდა მოხდეს დანარჩენი მოსამსახურეების ხელფასების გაზრდა.

ახალი თანამდებობრივი სარგოების შემოღებასთან ერთად უნდა განხორციელდეს აღმასრულებელი ხელისუფლების სტრუქტურის სრულყოფა, კერძოდ, დადგინდეს სამმართველოებისა და დეპარტამენტების მოსამსახურეთა რიცხოვნობის ნორმატივები და გატარდეს გარკვეული ღონისძიებები გამოთავისუფლებული მუშაკების დასაქმებისთვის.

ჩემი დღევანდელი გამოსვლა მიზნად ისახავდა რეალურად არსებული სიტუაციის ჩვენებას და იმ მოსალოდნელი შედეგების წარმოდგენას, რომელიც შეიძლება მოჰყვეს ამ საკითხისადმი ცალმხრივ, არაკომპლექსურ მიდგომას. გასაგებია, რომ ამ ეტაპზე რაიმე მნიშვნელოვან ცვლილებაზე საუბარი მინიმალური ხელფასის ზრდის მიმართულებით საკმოდ რთულია, მაგრამ ის პრობლემები, რომლებზეც აქ ვსაუბრობდი, გადაჭრას მოითხოვენ.

სასურველი იქნება მომზადდეს დროში გაწერილი პროგრამა, რომელიც გაითვალისწინებს მოკლემ-, საშუალო- და გრძელვადიან ამოცანებს. კერძოდ:

1. სამუშაო ჯგუფის ფორმირება, სათანადო ფინანსური უზრუნველყოფით, რომელშიც შევლენ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ფინანსთა სამინისტროს, ეკონომიკის, მრეწველობისა და ვაჭრობის სამინისტროს, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის

წარმომადგენლები, მოწვეული მეცნიერები და ექსპერტები. სამუშაო ჯგუფმა უნდა დაადგინოს:

- მინიმალური ხელფასის ნორმატივის ზრდის გავლენა დასაქმებულთა რიცხოვნობაზე;
- ფასების დონეებისა და მინიმალური ხელფასის ურთიერთმიმართება;
- მინიმალური ხელფასის დარგების მიხედვით დიფერენცირების შემოღების შემთხვევაში მისი შესაძლო გავლენა ეკონომიკურ აქტივობაზე;
- მინიმალური ხელფასის სიდიდისა და შემოსავლების რეალური გადანაწილების ურთიერთმიმართება;
- დაუბეგრავი მინიმუმის და საბიუჯეტო შემოსავლების ურთიერთმიმართება.

2. შრომის მოტივაციის აღდგენისა და სოციალური გადასახადებიდან შემოსავლების უზრუნველყოფის სპეციალური სამუშაო ჯგუფის შექმნა, რომელშიც შევლენ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ფინანსთა სამინისტროს, ეკონომიკის, მრეწველობისა და ვაჭრობის სამინისტროს, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის წარმომადგენლები, სადაზღვევო კომპანიების საზედამხედველო სამსახურისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები, მოწვეული მეცნიერები და ექსპერტები. ჯგუფის ამოცანები იქნება:

- სოციალური დაზღვევის სქემების შემუშავება;
- პერსონალური აღრიცხვის სისტემის ფორმირებისთვის საჭირო ღონისძიებების შემუშავება;
- ფასიანი ქაღალდების ბაზრის განვითარებისთვის საჭირო ღონისძიებების შემუშავება;
- ქვეყნის დემოგრაფიული სურათის დადგენა;
- სოციალური დაზღვევის სისტემაზე გადასვლის პროგრამის შემუშავება.

შემუშავებული პროგრამა საფუძვლად დაედება საქართველოს პრეზიდენტისა და პარლამენტის გადაწყვეტილებებს შრომის ანაზღაურების მოწესრიგების, მინიმალური ხელფასისა და დაუბეგრავი მინიმუმის განსაზღვრის მიმართულებით.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

კონფერენცია თემაზე „დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის რეფორმა“

თბილისი, 2001 წლის 27 ოქტომბერი

დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის მიმართულებები

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონებო და ქალბატონებო,

არსებული სამუშაო ადგილების შენარჩუნება და ახალი სამუშაო ადგილების შექმნა შეუძლებელია სათანადო ინვესტიციების განხორციელების გარეშე. ამ მიმართულებით სახელმწიფოს ფუნქცია არ შეიძლება შემოიფარგლოს მხოლოდ ინვესტორების წახალისებით. საქმე ისაა, რომ კერძო ინვესტიცია, ჩვეულებრივ, მიმართულია მაქსიმალური მოგების მიღებაზე და ეს ლოგიკურია. აღნიშნული, რა თქმა უნდა, არ ნიშნავს იმას, რომ სახელმწიფომ წამგებიან პროექტებში განახორციელოს ინვესტიციები, მაგრამ სახელმწიფოსთვის მთავარი – რაც შეიძლება მეტი სამუშაო ადგილის შექმნის ხელშეწყობა იქნება, რაც დაბალგანვითარებულ რეგიონებში დაბალკონკურენტუნარიანი შრომითი რესურსების დასაქმებაზე აქცენტის გადატანას გულისხმობს. შესაბამისად, განხორციელდება დაბალრენტაბელური პროექტებიც, ანუ მოხდება იმ სეგმენტის ათვისება, რასაც კერძო ინვესტიციები ყველაზე ბოლოს ითვისებენ ხოლმე. ფაქტობრივად სახელმწიფო ასრულებს რეგულატორის ფუნქციას, და თავიდან იცილებს მოსახლეობის ღარიბ და უმდიდრეს ნაწილს შორის უფსკრულის გაღრმავებას.

სწორედ ამ მიზნით, ბოლო ათწლეულში მრავალი საერთაშორისო ორგანიზაციის (მათ შორის შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის) რეკომენდაციით დასაქმების სფეროში ძირითადი აქცენტი გადატანილ იქნა დასაქმების აქტიურ პოლიტიკაზე, რომელიც არსებული სამუშაო ადგილების შენარჩუნებასა და ახალი სამუშაო ადგილების შექმნას გულისხმობს მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების გზით. ყოფილი სოციალისტური ბანაკის მრავალი ქვეყანა (ბულგარეთი, უნგრეთი, ყაზახეთი, ყირგიზეთი, პოლონეთი, რუსეთი, უკრაინა, ალბანეთი, ბოსნია-ჰერცეგოვინა,

კოსოვო, ხორვატია, ჩეხეთი, ესტონეთი) სწორედ ასეთი პოლიტიკის განხორციელებას შეუდგა და შესაბამისი ეფექტიც მიიღო.

რა თქმა უნდა, დასაქმების აქტიური პოლიტიკის გატარების ეფექტი მით მეტია, რაც უფრო წარმატებულია ეკონომიკა. სწორედ შრომის ბაზრისა და ჩვენი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით ჩამოყალიბდა დასაქმების პოლიტიკის სტრუქტურა, განისაზღვრა მეთოდები ადრესულობის ზრდის მიზნით, გამოიკვეთა სოციალური ჯგუფები და ტერიტორიული ერთეულები, რომლის მიმართაც ასეთი ადრესულობა განხორციელდება. ამჟამად ჩვენი ყურადღება ძირითადად გადატანილია დასაქმების ისეთ მიზნობრივ პროგრამებზე, რომელიც ითვალისწინებს სიღარიბის ყველაზე მაღალი რისკის მქონე სოციალურ ჯგუფებსა და რეგიონებს.

აპრიორი უნდა ითქვას, რომ მხოლოდ ჩვენ ხელთ დღეს არსებული საბიუჯეტო რესურსებით პრობლემის სრულად გადაჭრა შეუძლებელია და ასეთი ილუზიები არც გვაქვს. მაგრამ ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ეს რესურსები საწყის ეტაპზე სრულიად საკმარისია იმისათვის, რომ შეიქმნას მოდელი, სისტემა, რომელშიც ხელისუფლებას მხოლოდ პოლიტიკის განმსაზღვრელი და რეგულატორის ფუნქცია ექნება დაკისრებული და მასში აქტიურ მონაწილეობას მიიღებენ კერძო სტრუქტურები.

დასაქმების აქტიური პოლიტიკის მიზანია ახალი სამუშაო ადგილების შექმნა, არსებულის შენარჩუნება და უმუშევართა დასაქმება. აღნიშნული მიზნის მისაღწევი ამოცანებია:

- უმუშევართა ხელშეწყობა სამეწარმეო საქმიანობის დაწყების მიზნით;
- მცირე და საოჯახო ბიზნესის განვითარების ხელშეწყობა ახალი სამუშაო ადგილების შექმნის მიზნით.

დღეს საქართველოში უფრო მეტად დგას არა საჭირო ფინანსური რესურსების, არამედ მათი გარანტირებული ათვისების პრობლემა. არის საკრედიტო რესურსი, მაგრამ არ არის საკმარისი ლიკვიდური აქტივები, რაც მცირე მეწარმეებს მათი ათვისების საშუალებას მისცემდა. ეს პრობლემა გაცილებით აქტუალურია დამწყები მეწარმეებისთვის. მეორე მხრივ, დაბალი ბრუნვა და შედარებით მაღალი საოპერაციო დანახარჯები არ აძლევს კომერციულ

ბანკებს საპროცენტო განაკვეთის მნიშვნელოვნად შემცირების საშუალებას, რაც დაბალრენტაბელურ პროექტებს, საგარანტიო საშუალებების არსებობის შემთხვევაშიც კი, განხორციელების შანსს უკარგავს. ყოველივეს ემატება მცირე მეწარმეთა დიდი ნაწილის დაბალი პროფესიონალიზმი და ცოდნის დეფიციტი. თითქოს შეიკრა „მანკიერი წრე“, რომლის გაწყვეტაც შეუძლებელია. სწორედ აქ გვესახება სახელმწიფოს შეუცვლელი როლი და მნიშვნელობა. ვფიქრობთ, რომ მხოლოდ სახელმწიფოს გააზრებული ფრთხილი პოლიტიკით იქნება შესაძლებელი აღნიშნული „წრის“ გაწყვეტა და გარდატეხის შეტანა.

აუცილებელია ხაზი გაესვას კიდევ ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას. სამუშაო ადგილების მწვავე დეფიციტმა მხოლოდ მოსახლეობის მასობრივი გაღარბება როდი გამოიწვია, იგი ასევე უშუალოდ უკავშირდება პროცესებს, რომლებიც უხეშად არღვევენ ჩვენი მოქალაქეების შრომით უფლებებს. საუბარია შრომითი მიგრაციის პროცესებზე, რომელმაც არნახულ მასშტაბებს მიაღწია. შრომისუნარიანი, ძირითადად მაღალკვალიფიციური შრომითი რესურსების ქვეყნიდან გადინება, ასევე სერიოზულ პრობლემებს უქმნის ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის შესაძლებლობებს. მეორე მხრივ, გამომდინარე იქიდან, რომ დღეისათვის შრომითი მიგრაციის პროცესების საკანონმდებლო რეგულირება უმნიშვნელოა, ხშირად ზარალდებიან საქართველოს უმუშევარი მოქალაქეები როგორც შრომითი იმიგრანტებისგან, ასე საზღვარგარეთ ყოფნის დროს შრომით ემიგრაციაში. უხეშად ირღვევა მათი სოციალური და შრომითი უფლებები. დამოუკიდებელ ექსპერტთა შეფასებით, ტრეფიკინგი, ანუ სამუშაო ძალით ვაჭრობა, ჩვენი ყოფის დამახასიათებელი მომენტი ხდება.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ძალზედ მნიშვნელოვანია შრომისა და დასაქმების სფეროში სამართლებრივი ბაზის სრულყოფა, რომლის მიმართულებით გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები.

2001 წლის 28 სექტემბერს საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული კანონპროექტი „დასაქმების შესახებ“. ახალმა კანონმა შექმნა საკმარისი იურიდიული ბაზა დასაქმების აქტიური სახელმწიფო პოლიტიკის გასატარებლად. კანონიდან გამომდინარე,

სამინისტროს მიერ შემუშავებული და მიღებულ იქნა შემდეგი ნორმატიული აქტები:

- „უმუშევრობის პრევენციული ღონისძიებების განხორციელების წესი“;
- „უმუშევართა და სამუშაოს მაძიებელთა აღრიცხვისა და რეგისტრაციის წესი“;
- „სტიპენდიისა და უმუშევრის შემწეობის დანიშვნისა და გაცემის წესი“;
- „დასაქმების კერძო სააგენტოს სავალდებულო შეტყობინებისა და ანგარიშგების წესი“;
- „უმუშევრის პროფესიული მომზადებისა და გადამზადების მიზნით სპეციალური სასწავლებლების შესარჩევი კონკურსის წესი“.

გამოცა საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება „საზოგადოებრივი სამუშაოების განხორციელების წესის შესახებ“, რითაც პრაქტიკულად დასრულდა დასაქმების სფეროს სამართლებრივი ბაზის ვაკუუმის შევსება.

სამინისტროს მიერ შემუშავებულია კანონპროექტი „შრომითი მიგრაციის შესახებ“, რომელიც გადაეცა სახელმწიფო კანცელარიას მთავრობის სხდომაზე განსახილველად.

ამჟამად მიმდინარეობს მუშაობა 1973 წელს მიღებულ შრომის კანონთა კოდექსის ახალ ვარიანტზე, რომელზე მუშაობა პრაქტიკულად დასრულებულია და იგი უახლოეს პერიოდში წარედგინება სახელმწიფო კანცელარიას. კოდექსის მომზადება მიმდინარეობდა ევროკავშირის კანონმდებლობასთან ჰარმონიზაციის კომისიის ფარგლებში, სადაც ჩვენს სამინისტროსთან ერთად მონაწილეობას იღებდნენ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის შრომის სამართლის სპეციალისტები და ორგანიზაცია „GEPLAC“-ის წარმომადგენლები. პროექტმა გაიარა შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და GTZ-ის გერმანელი სპეციალისტების ექსპერტიზა.

მიმდინარე წელს:

- მომზადდა და პირველად გაიგზავნა შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციაში ეროვნული მოხსენებები საქართველოს მიერ რატიფიცირებულ 10 საერთაშორისო კონვენციაზე;
- რატიფიცირებულ იქნა შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის 88-ე, 181-ე და 182-ე კონვენციები;

- 2001 წლის სექტემბერში შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციას გაეგზავნა პირველი მოხსენება 182-ე კონვენციაზე – „ბავშვთა შრომის ყველაზე უკიდურესი ფორმების აღმოფხვრის შესახებ“;
- 2000 წლის 2 ოქტომბერს თბილისში ხელი მოეწერა „საქართველოსა და შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციას შორის 2002-2003 წლების ურთიერთთანამშრომლობის პროგრამას“.

2000 წლის მეორე ნახევრიდან საქართველოში მიმდინარეობს დასაქმებისა და შრომითი ურთიერთობების სფეროს რეფორმირება, რომლის საბოლოო ეფექტის უზრუნველსაყოფად მხედველობაშია მისაღები რამდენიმე ურთიერთდაკავშირებული მიმართულება, რომელთა რეალიზებაც კომპლექსურად უნდა განხორციელდეს, კერძოდ:

1. ქმედითი დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის შექმნა;
2. ახალი სამუშაო ადგილების შექმნის სტიმულირების სისტემის ფორმირება;
3. ეფექტიანი პროფესიული მომზადება-გადამზადების სისტემის ფორმირება;
4. უმუშევართა შემწეობისა და სტიპენდიის დანიშვნის დაანგარიშებისა და გაცემის მექანიზმის სრულყოფა;
5. უმუშევართა დროებითი დასაქმების მიზნით, სამუშაოთა ორგანიზების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღების, მისი განხორციელებისა და ანგარიშსწორების მექანიზმის სრულყოფა.

განსაკუთრებული მნიშვნელობის საკითხია პროფესიული სტანდარტების შექმნა. ამ მიმართულებით უკვე ინტენსიურად მიმდინარეობს მოლაპარაკებები ჩვენს პარტნიორებთან როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე ქვეყნის გარეთ. ასეთი სტანდარტების ჩამოყალიბების შემდეგ, განათლების სამინისტროს აქტიური მონაწილეობით შესაძლებელი იქნება მრავალი პრობლემის გადაჭრა შრომით მიგრაციასთან, შრომით მოწყობასა და პროფესიულ სასწავლებლებთან დაკავშირებით.

საკამათო არაა ის ფაქტი, რომ საწარმოო პროცესი წარმოადგენს განივთებული შრომის (ტექნიკა და ტექნოლოგიები) ცოცხალ შრომასთან შეერთებას. საერთაშორისო ბაზარზე კონკურენტული პროდუქციის შექმნისთვის აუცილებელია, როგორც ერთი, ისე მეორე მხარის შესაბამის ხარისხობრივ

დონზე აყვანა. თანამედროვე ტექნიკა და ტექნოლოგიები შესაბამისი კვალიფიციური სამუშაო ძალის გარეშე ბევრს არაფერს ნიშნავს. ამდენად, საექსპორტო პოტენციალისა და, აქედან გამომდინარე, საერთო ეკონომიკური ზრდა დიდწილად და მოკიდებული ქვეყანაში მაღალკვალიფიციური პროფესიონალების არსებობაზე.

აღნიშნული პრობლემა მით უფრო მეტ აქტუალობას იძენს მსოფლიოში მიმდინარე გლობალიზაციის პროცესის ფონზე. აუცილებელია ამ ხალხის პროფესიონალიზმი შესაბამისობაში მოდიოდეს და აღიარებას პოვებდეს საერთაშორისო ასპარეზზე; შესაბამისად აუცილებელია საერთაშორისო დონეზე მიღებული პროფესიული სტანდარტების განსაზღვრა და სამოქმედოდ შემოღება. პარალელურად აუცილებელია პროფესიული მომზადებისა და გადამზადების ისეთი სისტემის ფორმირების ხელშეწყობა, რომელიც შეძლებს მოამზადოს ამ სტანდარტების შესაბამისი პროფესიონალები. აღნიშნული პრობლემის მოგვარება დაკავშირებულია დიდ ფინანსურ დანახარჯებთან და მოითხოვს საკმაოდ დროს.

საქართველოსა და შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის შორის 2002-2003 წლების ურთიერთთანამშრომლობის პროგრამის ჩვენ მიერ მომზადებულ პროექტში პროფესიული სტანდარტებისა და სათანადო პროფესიული მომზადება-გადამზადების სისტემის ფორმირებაში ტექნიკურ დახმარებას სერიოზული ადგილი ეთმობა. იმედი გვაქვს, შრომის საერთაშორისო ორგანიზაცია გაიზიარებს ჩვენს პრობლემებს და ქმედით დახმარებას გაგვიწევს მათ მოგვარებაში. მიუხედავად ამისა, ამ მიმართულებით წელს ჩვენი პროგრამების ფარგლებში მომზადდება 11 პროფესიული სტანდარტი.

საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 22 თებერვლის N63 ბრძანებულებამ „დასაქმების სფეროში რეფორმის განხორციელების შესახებ“ საფუძველი ჩაუყარა დასაქმების ხელშეწყობი ინსტიტუტების ფორმირებას. ბრძანებულებით რეფორმის პირველ ეტაპზე მოხდება დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის ფორმირება, რომლის ძირითად ფუნქციას დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკით განსაზღვრული ღონისძიებების განხორციელება წარმოადგენს. ამ შემთხვევაში ყალიბდება საკმაოდ ეფექტური სისტემა: სამინისტრო – პოლიტიკის შემმუშავებელი და პროგრამების დამფინანსებელი, ხოლო დასაქმების სამსახური – პროგრამების

განმახორციელებელი. სისტემაში გადაწყვეტილების მიღება არ არის მრავალსაფეხუროვანი, ის გამარტივებულია და მინიმუმამდეა დაყვანილი კორუფციის შესაძლებლობები.

დასაქმების აქტიური პოლიტიკის განხორციელებაში განსაკუთრებული ადგილი კერძო ინსტიტუტებს დაეთმობათ. უმუშევართა და მცირე მეწარმეთა ხელშემწყობი კერძო საკონსულტაციო ცენტრები (კონსალტინგ-ცენტრები) განახორციელებენ შემდეგ ფუნქციებს:

- უმუშევართა სამეწარმეო საქმიანობისთვის მომზადება;
- უმუშევართა და მცირე მეწარმეთა საკონსულტაციო მომსახურება;
- უმუშევართა და მცირე მეწარმეთა სამართლებრივი დახმარება;
- უმუშევართა და მცირე მეწარმეთა კონსალტინგური მომსახურება.

დღეისათვის დასრულდა მაღალკვალიფიციურ სპეციალისტთა მომზადების კურსები, რომლებიც რეგიონებში ჩამოყალიბებულ მცირე ბიზნესის ხელშემწყობ ცენტრებში მუშაობენ. ასეთმა ცენტრებმა ფუნქციონირება დაიწყეს ზუგდიდში, სამტრედიამში, ქუთაისში, ზესტაფონში, ჭიათურაში, გორში, თბილისში (2), წნორში, რუსთავში და ახალციხეში.

საქართველოში უკვე დაიწყო დასაქმების საცდელი პროგრამა, რომელიც განსაზღვრულია უმუშევრებსა და მცირე მეწარმეებზე. პროგრამა გულისხმობს შეღავათიანი, უპროცენტო სესხების გაცემას უმუშევრებზე, მათი წინასწარი შერჩევისა და სამეწარმეო საქმიანობაში მომზადების შემდეგ. პროგრამა გასცდება თბილისს და განხორციელდება საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე შემდეგი თანმიმდევრობით:

- რეგისტრირებული უმუშევრები, რომლებმაც გადაწყვიტეს სამეწარმეო საქმიანობის დაწყება, დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის მიერ შერჩევა და გაიგზავნება სპეციალიზებულ კონსალტინგ-ცენტრებში შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ განსაზღვრული კვოტის ფარგლებში;
- მეწარმის უნარ-ჩვევების გამოვლენის მიზნით რეგისტრირებული უმუშევრები, სასწავლო კურსებზე დაშვებამდე, დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის ადგილობრივ განყოფილებებში გაივლიან ტესტირებას პროფდიაგნოსტიკური მეთოდის გამოყენებით, რომელსაც შეიმუშავენს ამ მიმართულებით სპეციალიზებული ორგანიზაცია;

- კონსალტინგ-ცენტრებში ჩატარდება იმ მეწარმეთა კონსულტაციები, რომლებიც ქმნიან ახალ სამუშაო ადგილებს და ამზადებენ ბიზნეს-გეგმებს დასაქმების ხელშეწყობის პროგრამის ფარგლებში სესხის ან გრანტის მისაღებად;
- რეგისტრირებული უმუშევრების ან მოქმედ მეწარმეთა მიერ კონსალტინგ-ცენტრების დახმარებით შემუშავებული ბიზნეს-გეგმები სხვა შესაბამის საბუთებთან ერთად დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის მეშვეობით ან უშუალოდ ინიციატორის მიერ გაიგზავნება პროგრამის მომსახურე ბანკში.

მომავალი 2002 წლის განმავლობაში შეღავათიანი სესხი შეიძლება გაიცეს სამეწარმეო საქმიანობაში მომზადებული 100 რეგისტრირებული უმუშევრის მიერ წარმოდგენილ ბიზნეს-გეგმაზე.

მოქმედ მეწარმეთა და რეგისტრირებულ უმუშევართაგან განაცხადების მიღებას და ექსპერტიზას აწარმოებს ტენდერის გზით შერჩეული კომერციული საბანკო დაწესებულება. წარმოდგენილი პროექტების განხილვისა და მათი დაფინანსების თაობაზე დადებითი გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ, პროექტები შესათანხმებლად გადაიგზავნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში. განაცხადს თან უნდა ახლდეს პროექტის განხორციელების დროს სავალდებულო წესით დასასაქმებელ რეგისტრირებულ უმუშევართა სია.

დასაშვებია რამდენიმე რეგისტრირებული უმუშევრის გაერთიანება და დასაქმების ერთი პროექტის წარდგენა კომერციულ ბანკში, რითაც სესხის თანხა გაიზრდება ინიციატორ უმუშევართა რიცხვის პროპორციულად. იმ შემთხვევაში, თუ სესხზე გადასახდელი პროცენტის ოდენობა აღემატება სესხის თანხაში გრანტის ზღვრულ მოცულობას, მაშინ გრანტის მოცულობა იზრდება გადასახდელი საპროცენტო თანხის ოდენობით.

პროგრამაში გათვალისწინებულია სათავდებო თანხა, რომელიც სავალდებულო წესით გამოიყენება რეგისტრირებულ უმუშევართა დასაქმების პროექტების თავდებობის მიზნით და რომელზეც პროგრამის მომსახურე კომერციული ბანკის მიერ მიღებულია დადებითი გადაწყვეტილება.

სავარაუდოა, რომ ეკონომიკური ზრდა 2002 წლისთვის არ მოგვეცემს სამუშაო ძალაზე მოთხოვნა-მიწოდებას შორის ბალანსის დამყარების საშუალებას. ამდენად, აუცილებელი იქნება ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის მარგინალიზაციის თავიდან აცილებისა და ხანგრძლივი უმუშევრობით გამოწვეული ნეგატიური შედეგების შერბილების მიზნით, დროებითი (საზოგადოებრივი) სამუშაოების ორგანიზება, რომლის მიზნებია:

- დაბალკონკურენტუნარიანი შრომითი რესურსების დროებითი დასაქმება;
- სოციალური ინფრასტრუქტურის ობიექტების განვითარება-რეაბილიტაცია;
- სოციალური დაძაბულობის შერბილება.

სამუშაოების ორგანიზება მოხდება ადგილობრივი მმართველობისა და თვითმმართველობის ორგანოებთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

მომავალ წლებში განსახორციელებელ ღონისძიებებს მიეკუთვნება:

1. არსებული პროგრამების გაფართოება;
2. უმუშევართა სამეწარმეო საქმიანობის ხელშეწყობა მიკროსასესხო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის გზით;
3. კერძო საკონსულტაციო ორგანიზაციების სისტემის განვითარება და ამ ტიპის მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
4. კერძო საგარანტიო ფონდის ფორმირება რეგიონული ფილიალებით და თავდებობის ფუნქციით;
5. ბიზნეს ინკუბატორების განვითარება.

ბიზნეს ინკუბატორების საქმიანობის კონკრეტული მიმართულებები შეიძლება იყოს:

- დაუსაქმებელი მოსახლეობის დახმარება საბაზრო ეკონომიკის საკითხებზე თეორიული და პრაქტიკული ცოდნის შეძენაში;
- დამატებითი სამუშაო ადგილების შექმნა;
- მოსახლეობის საშუალო ფენის, როგორც სახელმწიფოს სამომავლო ძირითადი დასაყრდენის, შექმნისა და გაზრდის ხელშეწყობა;
- ინოვაციური ტექნოლოგიების განვითარების ხელშეწყობა.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

მთავრობის სხდომა

2001 წლის 8 დეკემბერი

შრომისა და დასაქმების სფეროს რეფორმის მიმდინარეობა

ავთანდილ ჯორბენაძე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ბატონო პრეზიდენტო,
ბატონებო და ქალბატონებო,

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2000 წლიდან დაიწყო დასაქმებისა და შრომითი ურთიერთობების სფეროს მასშტაბური რეფორმირება, რომელიც ეფუძნება 2000 წლის შემოდგომაზე მიღებულ დასაქმების სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეპტუალურ მიმართულებებს. 2001 წლის განმავლობაში სამინისტროში შემუშავდა ყველა საკანონმდებლო თუ კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტი, დამყარდა ურთიერთობები საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, რომელიც მიმართულია აღნიშნული პოლიტიკის რეალიზებაზე.

რეფორმა პირობითად სამ ძირითად მიმართულებად შეიძლება დაიყოს:

1. დასაქმების სფეროს რეფორმირება;
2. შრომითი ურთიერთობების სფეროს რეფორმირება;
3. სოციალური პარტნიორობის სფეროს რეფორმირება.

2001 წლის 23 თებერვალს გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N63 „დასაქმების სფეროში რეფორმების განხორციელების შესახებ“, რომლითაც დამტკიცდა დასაქმების სფეროში რეფორმების განხორციელების გეგმა-გრაფიკი, დამტკიცდა დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის დებულება და შეიქმნა „დასაქმების ეროვნული საბჭო“. გასული წლის განმავლობაში სამინისტროს მიერ მომზადდა და 2001 წლის აგვისტოში ხელი მოეწერა გენერალურ შეთანხმებას სოციალურ პარტნიორობის შორის. ასეთი ხასიათის დოკუმენტი პირველია დამოუკიდებელი საქართველოს ისტორიაში და მას ხელს აწერს საქართველოს აღმასრულებელი ხელისუფლება, მეწარმეთა და პროფესიული კავშირების წარმომადგენლები.

უნდა ითქვას, რომ დღეისათვის საქართველოს პრეზიდენტის 63-ე ბრძანებულების თითქმის ყველა პუნქტი პრაქტიკულად შესრულებულია.

2001 წლის 28 სექტემბერს საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მომზადებული კანონი „დასაქმების შესახებ“. კანონმა მიღების პროცესში გაიარა მსოფლიო ბანკის, შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის, საქართველოს სამინისტროებისა და უწყებების ექსპერტიზა, მოეწყო განხილვები საქართველოს პარლამენტის კომიტეტებში; 2000 წლის ბოლოსა და 2001 წლის დასაწყისში საქართველოს რეგიონებში ჩატარდა ფართომასშტაბიანი განხილვები ადგილობრივი ხელისუფლების, საზოგადოების წარმომადგენელთა და არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობით. ახალმა კანონმა შექმნა საკმარისი იურიდიული ბაზა დასაქმების აქტიური სახელმწიფო პოლიტიკის გასატარებლად.

„დასაქმების შესახებ“ კანონიდან გამომდინარე, სამინისტროს მიერ შემუშავებულ და მიღებულ იქნა შემდეგი კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები:

- უმუშევართა და სამუშაოს მაძიებელთა აღრიცხვისა და რეგისტრაციის წესი;
- სტიპენდიისა და უმუშევრის შემწეობის დანიშვნისა და გაცემის წესი;
- დასაქმების კერძო სააგენტოს სავალდებულო შეტყობინებისა და ანგარიშგების წესი;
- საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულების პროექტი „საზოგადოებრივი სამუშაოების განხორციელების წესის შესახებ“, რითაც პრაქტიკულად დასრულდება დასაქმების სფეროს სამართლებრივი ბაზის ვაკუუმის შევსება.

გასულ წელს სამინისტროს მიერ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და უცხო სახელმწიფოთა სხვადასხვა სტრუქტურასთან ურთიერთობისა და კონტაქტების დამყარების თვალსაზრისით:

- მომზადდა და პირველად გაიგზავნა შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციაში ეროვნული მოხსენებები საქართველოს მიერ რატიფიცირებულ 10 საერთაშორისო კონვენციაზე;

- 2001 წლის სექტემბერში შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციას გაეგზავნა პირველი მოხსენება 182-ე კონვენციაზე „ბავშვთა შრომის ყველაზე უკიდურესი ფორმების აღმოფხვრის შესახებ“;
- გასულ წელს მომზადდა და საქართველოს პარლამენტს სარატიფიკაციოდ წარედგინა შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის 88-ე (დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის შესახებ), 181-ე (დასაქმების კერძო სააგენტოების შესახებ) და 182-ე კონვენციები;
- შემუშავდა და მიმდინარე წლის 2 ოქტომბერს თბილისში ხელი მოეწერა „საქართველოსა და შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის შორის 2002-2003 წლების ურთიერთთანამშრომლობის პროგრამას“;
- მიღწეულია პრინციპული შეთანხმება თბილისში შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის სამხრეთკავკასიის წარმომადგენლობის გახსნის თაობაზე;
- შემცირებულ სამხედრო მოსამსახურეთა დასაქმების ხელშეწყობის პროგრამის რეალიზების მიზნით კონტაქტები დამყარდა გაერთიანებული სამეფოს თავდაცვის სამინისტროსთან. მათი წარმომადგენელი თბილისს ეწვია გასული წლის ნოემბრის თვეში და გამოთქვა მხარდაჭერისა და დახმარების მზადყოფნა;
- სამინისტრო აქტიურ მონაწილეობას იღებდა მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ ორგანიზებულ „კლასტერული ჯგუფების“ შეხვედრაში, სადაც შედიოდნენ დასავლეთ ევროპისა და სამხრეთ კავკასიის ქვეყნების წარმომადგენლები. შეხვედრა ეძღვნებოდა ლეგალური მიგრაციისა და შრომითი მიგრანტების დაბრუნებისა და რეინტეგრირების საკითხებს.

სამინისტროს მიერ შემუშავებულია კანონპროექტი „შრომითი მიგრაციის შესახებ“, რომლის განხილვაში მონაწილეობა მიიღეს „მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციამ“, სამინისტროებმა და აღმასრულებელი ხელისუფლების სხვა უწყებებმა, არასამთავრობო ორგანიზაციებმა. განხილვები დასრულებულია. კანონპროექტი გადაეცა სახელმწიფო კანცელარიას მთავრობის სხდომაზე მისი ოფიციალური განხილვის მიზნით.

კიდევ ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხი, რომელიც ეხება შრომითი ურთიერთობების სფეროს. ყველასთვის ცნობილია, რომ დღეს საქართველოში მოქმედებს 1973 წელს მიღებული შრომის კანონთა კოდექსი.

სამინისტროში დაიწყო მუშაობა შრომის ახალი კოდექსის პროექტზე. პროექტის განხილვაში მონაწილეობდა შრომის საერთაშორისო ორგანიზაცია, ევროკავშირის ექსპერტები. კანონპროექტმა გაიარა ექსპერტიზა გერმანიაში, განხილულ იქნა აღმასრულებელი ხელისუფლების სტრუქტურების მიერ. შენიშვნებისა და კომენტარების გათვალისწინებით კანონპროექტი გადის საბოლოო შეჯერებას. მუშაობა პრაქტიკულად დასრულებულია და იგი უახლოეს პერიოდში წარედგინება სახელმწიფო კანცელარიას.

2001 წელს სამინისტრომ დაიწყო და დღესაც გრძელდება მუშაობა შრომის ანაზღაურების სისტემის მოწესრიგებაზე აღმასრულებელ ხელისუფლებაში და საბიუჯეტო დაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში. შესრულებულია საკმაოდ შრომატევადი და მძიმე სამუშაოები: დადგინდა ცალკე აღებული, თითქმის ყველა სტრუქტურის თანამშრომელთა რაოდენობა და თანამდებობრივი სარგოები. აღმოჩნდა, რომ დღეისათვის ერთიანი მიდგომა საბიუჯეტო დაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებს შორის შრომის ანაზღაურების სისტემასთან დაკავშირებულ თითქმის არცერთ საკითხში არ არსებობს. მოხელეთა 3/4-ზე მეტი 20-დან 60 ლარამდე ხელფასს იღებს.

შრომის ანაზღაურების სისტემის მოწესრიგების უმნიშვნელოვანეს შემადგენელ ელემენტს წარმოადგენს მინიმალური ხელფასის სიდიდისა და საშემოსავლო გადასახადით დაბეგვრის საკითხები. მინიმალური ხელფასის სხვადასხვა დონის გაანგარიშება და მასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ ინფორმაცია ჩვენი სამინისტროს მიერ მოხსენებულ იქნა მთავრობის სხდომას ამა წლის აგვისტოში. სახელმწიფო ბიუჯეტის მიღებისთანავე სამინისტროში შეიქმნა უწყებათაშორისი კომისია, რომელშიც აქტიურად იქნებიან ჩართულნი პროფკავშირებისა და მეწარმეთა გაერთიანებების წარმომადგენლები. კომისიის მუშაობის პროცესში ანალიზი გაუკეთდება მინიმალური ხელფასის განსაზღვრის საკითხს და მის თანამდევ პროცესებს (ფარული უმუშევრობის შესაძლო ზრდა, კავშირი საშემოსავლო და სოციალური გადასახადების სიდიდეებთან, დაბეგვრის პრინციპებთან და სხვა). ამ საკითხთან დაკავშირებით სამინისტროს შეჯერებული პოზიცია მოხსენდება საქართველოს მთავრობას და პარლამენტს.

გმადლობთ ყურადღებისთვის.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის შედეგების ანალიზი

1995 წლის 10 აგვისტოს დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ურთულესი პროცესი, რომლის კონცეფცია ეყრდნობოდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ქართული მედიცინის გადარჩენის აუცილებლობას.

ვიდრე დარგის რეორიენტაციის ანალიზს შევუდგებოდე, მიინდა მკითხველს კიდევ ერთხელ შევახსენო, თუ რა პირობებში დავიწყეთ პროცესი.

1991 წლიდან მთლიანი შიდა პროდუქტის მაჩვენებელი საშუალოდ წლიური 28%-ით მცირდებოდა და, მსყიდველობითი უნარის პარიტეტის გათვალისწინებით, ერთ სულ მოსახლეზე 4 433 აშშ დოლარიდან 1 437 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 იქნა შემოღებული. 1993 წლის მეორე ნახევრიდან 1994 წლის ოქტომბრამდე ინფლაციის ტემპი თვეში საშუალოდ 60-70%-ს შეადგენდა და 1994 წელს ჯამურად 7 380%-ს მიაღწია. სამომხმარებლო საქონელზე ფასები და ტარიფები 1992 წელს 25-ჯერ, 1993 წელს 92-ჯერ, ხოლო 1994 წელს 120-ჯერ გაიზარდა. 1994 წელს საშუალო ხელფასი თვეში 1,5 აშშ დოლარი, ხოლო პენსია – 10 ცენტის ეკვივალენტი იყო. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ 1993-1994 წლებში ქვეყანას ბიუჯეტი არ ჰქონდა დამტკიცებული.

ეკონომიკური ხასიათის პრობლემებს ამწვავებდა შიდა პოლიტიკური დაპირისპირება, სამოქალაქო ომი და გარედან ინსპირირებული სეპარატისტული მოძრაობები; 300 ათასი იძულებით ადგილნაცვალი პირი, კრიმინალური ძალების აღზევა, რაც, ბუნებრივია, უარყოფითად მოქმედებდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

საბჭოთა კავშირიდან მემკვიდრეობით მიღებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, ეგრეთ წოდებული, *სემაშკოს მოდელი* 1991-1994 წლებში ფუნქციონირებას ინერციით განაგრძობდა. 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 ისედაც მწირი სახელმწიფო ბიუჯეტის მხოლოდ 1.3%-ს წარმოადგენდა.

შექმნილი მწვავე კრიზისული მდგომარეობიდან გამოსვლისთვის საჭირო გახდა სისტემის საფუძვლიანი რეორგანიზაცია, რადგან მისი მხოლოდ კოსმეტიკური შელამაზება ან შეზღუდული რესურსების რომელიმე ერთი სეგმენტის მუშაობის გაუმჯობესებაზე მიმართვა, რასაც ცდილობდნენ საბჭოთა კავშირის ყოფილი რესპუბლიკებისა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების გარკვეულ ნაწილში, სასურველ შედეგს ვერ გამოიღებდა.

არსებული პრობლემების სისტემური ანალიზის საფუძველზე გადაწყდა ჯანმრთელობის დაცვის პრინციპულად ახალი მოდელის ჩამოყალიბება, 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 მომსახურების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- წამალპოლიტიკის რეფორმა;

- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- მედიცინის მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირება;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა.

ბუნებრივია, ქვეყანაში არსებული ეკონომიკური მდომარეობის ფონზე, ცალკეული მიმართულებით გატარებულ ღონისძიებებს არ შეეძლოთ მყისიერი ეფექტის მოხდენა დარგის ფუნქციონირებაზე. საბჭოთა გეგმიური ეკონომიკიდან საბაზრო პრინციპებზე გადასვლისას და ქვეყანაში ეკონომიკური აქტივობის გამოცოცხლების პირობებში წარმატების მიღწევა მხოლოდ სისტემური და თანმიმდევრული ცვლილებების გატარებით იყო შესაძლებელი.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის შედეგად შესაძლებელი გახდა დარგის რეგულირების ცივილიზებული მექანიზმების დანერგვა და ამოქმედება. ამ სიტუაციაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებოდა სამედიცინო ბაზრის სპეციფიკური თავისებურებების გათვალისწინებას, რადგანაც ის თავისი ბუნებით განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრისგან და აუცილებლად საჭიროებს სახელმწიფო რეგულირების მკაცრ ჩარჩოს.

საბოლოო ჯამში, საქართველოში ჩამოყალიბდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი, რომელიც აგებული იყო სამი მხარის პასუხისმგებლობაზე. ესენია – სახელმწიფო, დამქირავებელი და ადამიანი. სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანების გადაწყვეტა – პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და უმწეო მოსახლეობაზე ზრუნვა; დამქირავებელმა იტვირთა სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსება სოლიდარობის პრინციპით, ხოლო თითოეულმა ადამიანმა დაიწყო ფიქრი თავის ჯანმრთელობაზე და მასზე ზრუნვა, რათა შეემცირებინა ის დანახარჯები, რომლებიც შეიძლება მოჰყოლოდა მის მკურნალობას და, საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, ეკონომიკური აქტივობის აუცილებლობას.

საკამათო არ უნდა იყოს, რომ სწორედ ამ სამი მხარის ერთობლივი ძალისხმევით არის შესაძლებელი პიროვნების პროდუქტიული

ცხოვრებისთვის აუცილებელი ადამიანური კაპიტალის განვითარება, რომელსაც განსაზღვრავს კონკრეტული პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და განათლების დონე.

ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა

რეორიენტაციის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემა იყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამართლებრივი ბაზის ჩამოყალიბება. 1991-1994 წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა რეგულირდებოდა საბჭოთა კავშირის პერიოდში გამოცემული ნორმატიული აქტებით, რომლებიც არ ითვალისწინებდნენ კავშირში შემავალი რესპუბლიკების სოციალურ, ეკონომიკურ, კულტურულ თუ გეოგრაფიულ თავისებურებებს და მორგებული იყვნენ ჯანმრთელობის დაცვის, ეგრეთ წოდებულ, სემაშკოს მოდელებზე.

ბუნებრივია, რომ საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის პირობებში ამ ნორმატიულ ბაზაზე დაყრდნობით ჯანმრთელობის დაცვის ახალი მოდელის ჩამოყალიბება და შემდგომ ფუნქციონირება გამორიცხული იყო. ამიტომ, იმ პერიოდში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს უპირველესი საზრუნავი იყო სრულიად ახალი სამართლებრივი ბაზის შექმნისთვის აუცილებელი ნორმატიული დოკუმენტების პროექტების მომზადება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის სამართლებრივი 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“.

რაც შეეხება პრაქტიკაში დასაწერ ცვლილებებს, მათი 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 სანიტარიულ-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.

1995 წლის 24 აგვისტოს მიღებულ იქნა საქართველოს ახალი კონსტიტუცია, რომლის პირველ რედაქციაში ჯანმრთელობის საკითხები წარმოდგენილი იყო ორ მუხლში. მე-3 მუხლის პუნქტი 1-ის თანახმად, მხოლოდ საქართველოს უმაღლეს სახელმწიფო ორგანოთა განსაკუთრებულ გამგებლობას მიეკუთვნება: ქვეპუნქტი ნ) – კანონმდებლობა ფარმაცევტული პრეპარატების შესახებ, ხოლო 37-ე მუხლი გვამცნობს:

1. ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით.

კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.

2. სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებას და ამ საშუალებებით ვაჭრობას.
3. ყველას აქვს უფლება ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში.

აღნიშნულ ჩანაწერები ისტორიული მნიშვნელობისაა, ვინაიდან კარგად აღწერს, თუ რა ვითარება იყო იმ პერდიოში ქვეყანაში: სამკურნალო საშუალებების სრულიად მოუწესრიგებელი ბრუნვა ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობას საფრთხეს უქმნიდა; მწირი ეკონომიკური რესურსები არ იძლეოდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოსახლეობის საჭიროებების დაკმაყოფილების შესაძლებლობას; არ არსებობდა ჯანმრთელობის დაზღვევა, არც სახელმწიფო პროგრამები. კონსტიტუციის 37-ე მუხლით სახელმწიფომ საკუთარი მოსახლეობის წინაშე იკისრა ლიმიტირებული ვალდებულებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, რითაც დასაბამი მიეცა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფორმირებას საქართველოში. ასევე, გაჩნდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ცნება, რაც მოსახლეობას, სახელმწიფო პროგრამების მიღმა დარჩენილი ჯანდაცვითი სერვისების სამედიცინო დაზღვევის დახმარებით მიღების საშუალებას მისცემდა.

ამ ფუძემდებლური პრინციპებიდან გამომდინარე, შემუშავდა საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები, რომელთა შორის ძირითადია კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. მისი მიზანია:

- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების სამართლებრივი რეგულირება;
- სამედიცინო მომსახურების თანასწორუფლებიანობის უზრუნველყოფა საკუთრების ფორმის მიუხედავად;
- ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სხვადასხვა ფორმის არსებობის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის უზრუნველყოფა;

- ადამიანის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების საკითხებში;
- სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის უზრუნველყოფა სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის ლიცენზირება-სერტიფიცირების პროცესების წარმართვაზე;
- სახელმწიფოს მონაწილეობის უზრუნველყოფა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასა და სიცოცხლისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნაში;
- ადამიანის, როგორც ბიო-სამედიცინო კვლევების სუბიექტის, უფლებების დაცვა.

გარდა კანონისა „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 1995-2003 წლებში საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა კანონები:

- სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ (1995);
- ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ (1995);
- ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ (1995);
- სამედიცინო გადასახადის შესახებ (1995);
- ჯანმრთელობისთვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციის გადასახადის შესახებ(1995);
- წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ (1997);
- სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის შესატანების შესახებ (1997);
- სამედიცინო დაზღვევის შესახებ (1998);
- ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ (1999);
- ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ (2000);
- პაციენტის უფლებების შესახებ (2000);
- საექიმო საქმიანობის შესახებ (2001);
- სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ (2001);
- ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ (2002);
- სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ (2003);
- საქართველოს სანიტარიული კოდექსი (2003).

საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურისა და მინისტრთა კაბინეტის უკვე დასახელებული ბრძანებულებებისა და დადგენილებების გარდა, გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის 49 ბრძანებულება და 12 განკარგულება, რომლებიც ეხებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრაქტიკულად ყველა მიმართულების სამართლებრივ უზრუნველყოფას (საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებებისა და განკარგულებების სრული ჩამონათვალი მოცემულია ამ და წინამორბედი კრებულების შესაბამის თავებში, ხოლო მათი ტექსტი დაცულია საქართველოს ცენტრალურ არქივში).

უნდა აღინიშნოს, რომ ამ დოკუმენტების მომზადებაში ჩართულები იყვნენ არა მარტო სამინისტროს აპარატის თანამშრომლები და ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის კანონშემოქმედებითი ჯგუფის წევრები, არამედ სამედიცინო საზოგადოების თვალსაჩინო წარმომადგენლები და უცხოელი ექსპერტები. კონსენსუსის მიღწევის შემდეგ, ყველა დოკუმენტი გადიოდა ექსპერტიზას შესაბამის საერთაშორისო ორგანიზაციებში.

ამ პერიოდში გამოცემულ ნორმატიულ დოკუმენტებში ასახული დებულებები სრულად შეესაბამებოდა საქართველოს კონსტიტუციას, საერთაშორისო სამართლის საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და ნორმებს, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებსა და შეთანხმებებს. მათში გათვალისწინებული იყო გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეისა და ევროსაბჭოს დეკლარაციებში, პაქტებში, ქარტიებში და კონვენციებში გაცხადებული დებულებები, აგრეთვე ქართული მედიცინის ტრადიციული მენტალური მახასიათებლები.

როგორც უკვე აღინიშნა, დარგის სამართლებრივ რეგულირებაში ძირითადია კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, თუმცა განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია კიდევ სამი კანონი. კერძოდ:

- კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“, რომელიც არეგულირებდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში ჩამოყალიბებულ ახალ სოციალურ ინსტიტუტს – სამედიცინო დაზღვევას. კანონი განსაზღვრავდა სავალდებულო და ნებავყოფლობითი დაზღვევის თანაარსებობის შესაძლებლობას, თითოეული მოქალაქის უფლებას სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში ჩართვისა

და ნებისმიერი სხვა სადაზღვევო კომპანიის ნებაყოფლობითი არჩევის შესახებ;

- კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, რომლის ძირითადი დებულებები ეხება სამედიცინო საქმიანობის სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების შესაბამისი პროფესიული განათლებისა და პრაქტიკული სწავლების უზრუნველყოფას, დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სერტიფიცირებასა და რესერტიფიცირებას, ექიმთა ვალდებულებებსა და სოციალურ უფლებებს;
- კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, რომელიც მიმართულია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვაზე, პაციენტთა სრულ ინფორმირებაზე, პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალობაზე და სხვა.

სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტს შორის ურთიერთობების საკანონმდებლო ნორმებისა და ეთიკური პრინციპების შესაბამისად წარმართვისთვის ძალზე მნიშვნელოვანი იყო „საქართველოს ექიმის ეთიკის კოდექსის“ მიღება და პაციენტის ომბუდსმენის კონცეფციის შემუშავება. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში პაციენტის ომბუდსმენის ინსტიტუტის დაფუძნებას კიდევ უფრო მეტად უნდა გაემყარებინა პაციენტის უფლებების დაცვის გარანტიები საქართველოში და ამით ხორცი შეესხა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მოწოდებისთვის – წვერი ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების ცენტრალურ ფიგურად უნდა იქცეს პაციენტი, რომლის ინფორმირებული თანხმობის გარეშე კლინიკურ პერსონალს არ უნდა ჰქონდეს სამედიცინო ჩარევის განხორციელების უფლება.

1999 წლის დეკემბერში ჯანმრთელობის დაცვისა და შრომისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროების გაერთიანების შედეგად მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა ერთიანი სოციალური პოლიტიკის განუყოფელი ნაწილი გახდა, ხოლო თავად სოციალური პოლიტიკა ახლებურ გააზრებას და, შესაბამისად, საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფას მოითხოვდა.

ამ მიმართულებით 2000-2003 წლებში გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის 29 ბრძანებულება, ხოლო საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა 5 კანონი:

- ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის და სხვა სამხედრო ან ბირთვულ ობიექტებზე ავარიული სიტუაციების და მისი შედეგების ლიკვიდაციის მონაწილეთა და მათი ოჯახის წევრთა სოციალური დაცვის შესახებ (2000);
- დასაქმების შესახებ (2001);
- სავალდებულო სოციალური დაზღვევის სისტემაში ინდივიდუალური (პერსონიფიცირებული) აღრიცხვისა და ინდივიდუალური ანგარიშების შემოღების შესახებ (2003);
- სავალდებულო სოციალური დაზღვევის შესახებ (2003);
- სავალდებულო სადაზღვევო პენსიების შესახებ (2003).

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ბოლო სამი კანონი, რომლითაც საფუძველი უნდა ჩაპყროდა განვითარებულ ქვეყნებში კარგად აპრობირებულ სავალდებულო სოციალური დაზღვევის პრინციპზე დამყარებულ საპენსიო უზრუნველყოფის დანერგვას. კანონები უნდა ამოქმედებულიყო 2004 წლიდან, მაგრამ ახალმა პარლამენტმა ორჯერ გადადო მათი ამოქმედება და საბოლოოდ გააუქმა 2005 წელს მიღებული კანონის „სახელმწიფო პენსიების შესახებ“ ამოქმედებით. ახალი კანონის თანახმად საპენსიო ასაკს მიღწეულ მოქალაქეებს ენიშნებათ სახელმწიფო პენსია, რომელიც არ ითვალისწინებს მათ მიერ აქტიური შრომითი საქმიანობის პერიოდში სახელმწიფო ბიუჯეტში შეტანილი საშემოსავლო გადასახადების ოდენობას. მხოლოდ 13 წლის შემდეგ, 2018 წელს იქნა მიღებული კანონი „დაგროვებითი პენსიის შესახებ“.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საპენსიო სისტემების წინაშე მდგომი გამოწვევები საერთოა ევროპის ყველაზე განვითარებული სახელმწიფოებისთვისაც კი. ბოლო წლების განმავლობაში დიდმა ბრიტანეთმა, შვედეთმა, გერმანიამ და იტალიამ მოახდინეს საკუთარი საპენსიო სისტემების სანახევრო პრივატიზება, ხოლო საფრანგეთმა რიგი ცვლილებები განახორციელა სოლიდარული (სახელმწიფო) პენსიის სექტორში. მიუხედავად ფართომასშტაბიანი შიდა წინააღმდეგობისა საბერძნეთმა, ევროკავშირის დაჟინებული მოთხოვნის საფუძველზე, მნიშვნელოვანწილად შეამცირა სახელმწიფო ვალის აღების პრაქტიკა საპენსიო უზრუნველყოფისთვის. ჰობრიდული სისტემა დანერგილ იქნა უნგრეთისა და პოლონეთის მიერ, რომელიც ითვალისწინებს ტრადიციული საპენსიო სქემის ეტაპობრივ გაუქმებასა და მის ჩანაცვლებას სავალდებულო, დაგროვებითი შენატანებით.

აღნიშნული ცხადყოფს, რომ ახალი ათასწლეულის დასაწყისში საქართველოს საპენსიო სფეროში გადადგმული ნაბიჯები სწორი და პროგრესული იყო. რაც შეეხება სავალდებულო სოციალური დაზღვევის სისტემის ამოქმედების შეჩერებას, ამით მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ დაბადებულ საქართველოს მოქალაქეებს, ფაქტობრივად უარი ეთქვათ ღირსეული სიბერის უზრუნველყოფაზე და ისინი დღეს მხოლოდ სახელმწიფო პენსიას ღებულობენ, რომელიც, სამწუხაროდ, საარსებო მინიმუმზე დაბალია.

2003 წელს, არსებული წესების შესებამისად, შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს პარლამენტში წარდგინა ორი კანონპროექტი: „რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების შესახებ“ და „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის შესახებ“, რომლებიც საერთოდ განხილვის გარეშე დარჩა. ამ კანონების მიღების შემთხვევაში შესაძლებელი იქნებოდა, ერთი მხრივ, სუროგაციის, კვერცხუჯრედის დონაციის და ამ გზით შექმნილი ემბრიონების არამართებულად გამოყენების ფაქტებისა და, მეორე მხრივ, ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის სფეროში არსებული სრულიად მოუწესრიგებელი ვითარების, განსაკუთრებით მედიკამენტურ აბორტებთან დაკავშირებული პრობლემების პრევენცია.

2007 წლის განმავლობაში ქვეყნის პარლამენტმა ძალადაკარგულად გამოაცხადა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გამართული ფუნქციონირებისთვის აუცილებელი ორი კანონი – „საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“ და „საქართველოს სანიტარიული კოდექსი“, რომელთა მნიშვნელობა და მათი გაუქმებით განპირობებული უარყოფითი შედეგები განხილული იქნება რეორიენტაციის შესაბამისი მიმართულებების დახასიათების დროს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია

როგორც უკვე აღინიშნა, 1991-1994 წლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა ფორმალურად სემამკოს მოდელით ხორციელდებოდა, რაც იმას ნიშნავდა, რომ დარგის მთელი ინფრასტრუქტურა სახელმწიფო საკუთრებას წარმოადგენდა, ხოლო მასში

დასაქმებული პერსონალი სახელმწიფოს მიერ იყო დაქირავებული. სახელმწიფო განსაზღვრავდა თითოეული სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრესა და საშტატო განრიგს, უზრუნველყოფდა მას აღჭურვილობით, ფარმაცევტული პრეპარატებითა და სხვა რესურსებით. ბიუჯეტურმა დაფინანსებამ, კერძო სექტორისა და კონკურენციის არარსებობის პირობებში, მოტივაციის გარეშე დატოვა კლინიკური პერსონალი და უარყოფითი გავლენა იქონია სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, ხოლო გასული საუკუნის 80-იანი წლების ბოლოს საბჭოთა კავშირში დაწყებულმა სოციალურ-ეკონომიკურმა კრიზისმა სრულ კრახამდე მიიყვანა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა.

შექმნილი მდგომარეობიდან გამოსავალი ჯანმრთელობის დაცვის სრულიად ახალი მოდელის ჩამოყალიბებაში მდგომარეობდა, რაც მოითხოვდა როგორც სტრუქტურული, ისე ფუნქციური ცვლილებების განხორციელებას.

ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემისთვის აუცილებელი ორგანიზაციული სტრუქტურების ჩამოყალიბება დაიწყო სამინისტროს აპარატის სტრუქტურული რეორგანიზაციით. მინისტრის ერთი მოადგილე ფუნქციურად გამოიყო ეკონომიკისა და რეფორმების დარგში. თვისობრივად შეიცვალა აპარატის დანარჩენი სამსახურების ფუნქციები და ამოცანები.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან შეიქმნა ჩვენს ქვეყანაში მანამდე არარსებული, მაგრამ დამოუკიდებელი სახელმწიფოსთვის აუცილებელი ისეთი ფუნქციების განმახორციელებელი სტრუქტურები, როგორცაა:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი;
- ჯანმრთელობის დაზღვევა;
- სანიტარიული 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.

შემდეგი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იყო მართვის დეცენტრალიზაცია. მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემის რეორგანიზაციის შედეგად მოხდა სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და გადანაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ხელისუფლებასა და ადგილობრივი მართვის ორგანოებს შორის. საქართველოს ბუნებრივ-სამეურნეო მხარეების მიხედვით ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის მართვის 12 რეგიონული დეპარტამენტი შესაბამისი სამსახურებით ქალაქებსა და რაიონებში. ქალაქები – თბილისი და ფოთი გამოიყო, როგორც დამოუკიდებელი პროგრამით მომუშავე რეგიონები. შეიქმნა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის რეგიონული ფილიალები, რომლებიც თვითონ ახდენდნენ ანგარიშსწორებას სამედიცინო დაწესებულებებთან, მუნიციპალური პროგრამების ფარგლებში.

ამით პრაქტიკულად დასრულდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის ინსტიტუციური მოწყობა, რა დროსაც, ყველა იერარქიულ დონეზე, ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის კონსტიტუციური უფლებების უზრუნველყოფის პასუხისმგებლობა ძირითადად შემდეგნაირად ნაწილდებოდა:

- ყველა ადმინისტრაციულ ერთეულში მოსახლეობას გარანტირებული ჰქონდა უსაფრთხო გარემო, მასზე სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობა, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შესწავლა, აუცილებელი პირველი რიგის პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურება, ავადობის კონტროლი და სათანადო რეაგირება, რომლის გარანტიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სანიტარიული ზედამხედველობის რაიონული და საქალაქო სამსახურების მეშვეობით რაიონების გამგებლები და ქალაქების მერები იყვნენ;
- ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზება და გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა ხორციელდებოდა სამხარეო დონეზე;

- ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი სისტემის სახელმწიფოებრივი მართვის სტრუქტურა უზრუნველყოფილი იყო საქართველოს ცენტრალური ხელისუფლების მიერ, რომელიც ახორციელებდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების, აგრეთვე უწყებრივი ჯანდაცვის პროგრამების შემუშავებასა და რეალიზებას ცალკეული სამინისტროების, სამთავრობო კომისიებისა და სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საშუალებით.

ამრიგად, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო „ექიმების“ სამინისტროდან გარდაიქმნა პოლიტიკური დატვირთვის მქონე საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების მთავარ სტრატეგიულ დაწესებულებად, რომელიც კი არ ერეოდა უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების პროცესში, არამედ არეგულირებდა მას სამართლებრივი ბაზის სრულყოფის, აკრედიტაცია-ლიცენზირების, ხარისხის კონტროლისა და სხვა მსგავსი მექანიზმებით. რაც შეეხება ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებს, მათთვის მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვამ პოლიტიკური დატვირთვა შეიძინა, რადგან თვითონ გახდნენ პასუხისმგებელი ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალური პროგრამების სტრუქტურის შექმნასა და დაფინანსებაზე.

როგორც მოვლენების შემდგომმა განვითარებამ დაგვანახა, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია არ ჯდებოდა ერთიანი ნაციონალური მოძრაობის მმართველობის სტილში, რაზეც მიუთითებს 2005 წლიდან ჯანდაცვის მართვის რეგიონული დეპარტამენტების გაუქმება და, მასთან ერთად, ჯანდაცვის მუნიციპალურ პროგრამებზე უარის თქმა. ადგილობრივ დონეზე დარჩა მხოლოდ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული სამსახურები, რომლთა საქმიანობის ტიპური დებულება ან მათი უფლება-მოვალეობების განმსაზღვრელი უნიფიცირებული დოკუმენტი არ შექმნილა. არადა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონულ სამსახურებს უდიდესი როლი ენიჭებოდა დაავადებათა პრევენციასა და ეპიდსიტუაციების მართვაში. ეს განსაკუთრებით კარგად გამოჩნდა კოვიდ-19 პანდემიის პერიოდში შექმნილი კრიტიკული სიტუაციების დროს, რომელთა უარყოფითი შედეგები გაცილებით ნაკლები იქნებოდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი სამსახურების გამართული მუშაობის შემთხვევაში.

მიმაჩნია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაციაზე უარის თქმა პრინციპული შეცდომა იყო, რადგან ამით პრაქტიკულად შეჩერდა ქვეყნის პოლიტიკური დეცენტრალიზაცია, რომელიც გულისხმობს არჩეული ადგილობრივი ორგანოების პასუხისმგებლობასა და თავისუფლებას დამოუკიდებლად გადაწყვიტონ ადგილობრივი მნიშვნელობის პრობლემები, მათ შორის, საკუთარი ამომრჩევლების ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებაზე მიმართული საკითხები.

ღრმად ვარ დარწმუნებული, რომ ქვეყნის მმართველობის დეცენტრალიზაცია და ადგილობრივი თვითმმართველობის გაძლიერება საქართველოს დემოკრატიული განვითარების უცილობელ პირობას წარმოადგენს და როგორი ხელისშემშლელი ფაქტორებიც არ უნდა ახდენდნენ მასზე გავლენას, ეს პროცესი შეუქცევადია.

დარგის რეორიენტაციის ეკონომიკური და ფინანსური ასპექტები, პროგრამული დაფინანსება

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფუნქციონირების განმსაზღვრელს მისი ეკონომიკური სტრუქტურა წარმოადგენს. სისტემის რეორიენტაციის დაწყებამდე, დარგში მოქმედი ეკონომიკური მექანიზმი ბიუჯეტურ-მუხლობრივ დაფინანსებაზე იყო დაფუძნებული, რომელიც გულისხმობდა არა კონკრეტული სამუშაოს ანაზღაურებას, არამედ სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციონირების დაფინანსებას. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, დაფინანსება ხორციელდებოდა არა კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დასაფარად, არამედ ამისათვის შექმნილი სამედიცინო დაწესებულებების ფინანსური უზრუნველყოფისთვის.

ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, ფასების ლიბერალიზაცია, ეროვნული ვალუტის მაღალი და მწიკად პროგნოზირებადი ინფლაციის ტემპები პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდიდა ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების მოძველებული მოდელის შემდგომ

ფუნქციონირებას. მეტი სიცხადისთვის შეიძლება გამოიყოს სამი ძირითადი მიზეზი, რაც განაპირობებდა კარდინალური ცვლილების აუცილებლობას:

1. წარმოიქმნა დისბალანსი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს მიერ ნაკისრ ვალდებულებებსა და მათ რეალურ ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის;
2. სისტემაში არსებული შრომითი და მატერიალური რესურსები რაოდენობრივად გაცილებით ჭარბობდა, ხოლო ხარისხობრივად ვეღარ აკმაყოფილებდა მოსახლეობის რეალურ მოთხოვნილებებს;
3. მოქმედი სისტემა, შესაბამისი ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობის გამო, ვერ უზრუნველყოფდა არსებული რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სრულიად ახალი ორგანიზაციული ფორმა უნდა ყოფილიყო ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისგან თავისუფალი სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფდა:

- სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებას მისი საზოგადოებრივად სასარგებლო ხასიათისა და დანახარჯების შესაბამისად;
- სამკურნალო დაწესებულებისა და ექიმის თავისუფალი არჩევის შესაძლებლობას;
- სამედიცინო მომსახურების სფეროში თავისუფალი კონკურენციის არსებობას.

აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხი სისტემის დაფინანსების მექანიზმებს ეხებოდა.

რეორიენტაციის პროცესი დაიწყო სამედიცინო დაწესებულებების გადასვლით სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე, რა დროსაც შემუშავდა და დაინერგა შემოსავლების მიღებისა და განაწილების ერთიანი წესები, მუშაკთა შრომის ორგანიზებისა და ანაზღაურების ერთიანი პირობები. ჩამოყალიბდა და ამოქმედდა სამედიცინო მომსახურების უნიფიცირებული სისტემა, რისთვისაც დამუშავდა 2000-მდე ნოზოლოგიის სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტი, რაც დღეს საყოველთაოდ აღიარებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების წინამორბედი იყო. გაანგარიშებულ იქნა

სამედიცინო სტანდარტების ერთიანი ტარიფები, რითაც შესაძლებელი გახდა სამედიცინო მომსახურების ღირებულების პარამეტრების დადგენა და სამედიცინო ობიექტების დაფინანსების გადაყვანა მათ მიერ შესრულებული სამუშაოს პრინციპზე.

ახალ პირობებში რადიკალურად შეიცვალა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოქმედი სახელმწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები. ცენტრალური, ბიუჯეტური დაფინანსების ძველი, მუხლობრივი სისტემის ნაცვლად დაინერგა პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსება. შეიქმნა ახალი საფინანსო სამსახური – ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდი, რომელიც წარმოადგენდა დარგისთვის გამიზნული ფულადი სახსრების აკუმულირების ორგანოს და ახორციელებდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებას. ჯანმრთელობის დაცვის ფონდის შემოსავლების ძირითად წყაროს წარმოადგენდა საბიუჯეტო ასიგნებანი და მიზნობრივი სამედიცინო გადასახადები (დამქირავებელი იხდიდა ხელფასის ფონდის 3%-ს, ხოლო დაქირავებული – დარიცხული ხელფასის 1%-ს). 1997 წელს განხორციელდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდის ტრანსფორმირება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად, ჩამოყალიბდა მისი რეგიონული ფილიალები.

ახალი ეკონომიკური მოდელის ყველაზე ეფექტურ მხარედ უნდა ჩაითვალოს პროგრამულ და მიზნობრივ-პროგრამულ მართვაზე გადასვლა. მან შესაძლებელი გახდა პრიორიტეტული პრობლემების გამოყოფა და მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის (ბაზისური პაკეტის) განსაზღვრა, რომელიც თავდაპირველად მოიცავდა ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალურ პროგრამებს, ხოლო 1998 წლიდან მათ ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალური პროგრამები დაემატა.

ქვეყნის მწირი ეკონომიკური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის სასტარტო, 1995 წლის სამედიცინო მომსახურების საბაზისო პაკეტი მხოლოდ ხუთ პროგრამას მოიცავდა, რომელთა შორის ორი იყო პრევენციის (ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკა და პრევენციული მედიცინა) და სამი სამკურნალო პროგრამა (დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარება, სოციალურად საშიშ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლა და გადაუდებელი

დახმარება). ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების პარალელურად იზრდებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების რაოდენობაც და 2002 წელს მათმა რიცხვმა 35-ს მიაღწია, რომელთა შორის:

- *საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი* ახორციელებდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციის და ეპიდკონტროლის 13 პროგრამას:
 - ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამა;
 - ეპიდზედამხედველობის, საკარანტინო, განსაკუთრებით საშიში და მასთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლის და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის, მართვისა და კოორდინაციის პროგრამა;
 - გეგმიური იმუნიზაცია და ეპიდჩვენებით პროფესიული აცრების პროგრამა;
 - ნარკომანიის პროფილაქტიკური ღონისძიებების პროგრამა;
 - იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამა;
 - ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მოსახლეობის სამედიცინო პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამა;
 - უსაფრთხო სისხლის, შიდისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის პროგრამა;
 - ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი გამოვლენის პროგრამა;
 - სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამა;
 - ტრავმატიზმის პრევენციის პროგრამა;
 - მალარიის პროფილაქტიკის პროგრამა;
 - სოფლად მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
 - მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა.
- *შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო* უშუალოდ ახორციელებდა 9 სხვა ჯანდაცვით პროგრამას:
 - კატასტროფის შედეგების ლიკვიდაციისა და სამედიცინო რეზერვების შევსება-განახლების პროგრამა;

- სტრატეგიულად მნიშვნელოვან სამედიცინო დაწესებულებათა რეაბილიტაციის პროგრამა;
- ნორმირებისა და სახელმწიფო ზედამხედველობის პროგრამა;
- სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების განვითარების ხელშეწყობის პროგრამა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა მართვის უზრუნველყოფისა და რეფორმების განვითარების ხელშეწყობის პროგრამა;
- სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგის პროგრამა;
- სტატისტიკისა და ინფორმაციული სისტემების უზრუნველყოფის პროგრამა;
- საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების პროგრამა;
- საკურორტო სამედიცინო რეაბილიტაციის პროგრამა.
- *სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია* ახორციელებდა 13 სადაზღვევო პროგრამას:
 - ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა;
 - მენოზის პროგრამა;
 - ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამა;
 - ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
 - სტაციონარული სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
 - ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა;
 - ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამა;
 - დიალიზის პროგრამა;
 - გულის იშემიურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა;
 - ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის პროგრამა;
 - სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა;
 - ცხინვალის რეგიონის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პროგრამა;
 - გალის რაიონის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პროგრამა;
 - სამეგრელო-ზემო სვანეთში დევნილთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პროგრამა;

- აფხაზეთის მოსახლეობის სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა.

1998-2003 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა ფორმით ყოველწლიურად 3 მილიონზე მეტი ადამიანი სარგებლობდა, რაც იმას ნიშნავდა, რომ პრაქტიკულად ყველა ოჯახს მიეცა საშუალება საკუთარ თავზე გამოეცადა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებების შესრულება. სხვა საკითხია, რომ, ქვეყნის ეკონომიკური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, ეს ვალდებულებები ძალიან მცირე იყო და ჯანმრთელობაზე გაწეული საერთო ხარჯების მხოლოდ 13-14%-ს შეადგენდა.

ცალკე უნდა აღინიშნოს ორი მეტად მნიშვნელოვანი პროგრამის შესახებ: რეფერალური დახმარების სახელმწიფო პროგრამა და ფენილკენტონურიის სკრინინგი. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების, დედათა, ბავშვთა და პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირების ერთ-ერთ სტრატეგიულ მიმართულებად მიჩნეულ იქნა რეფერალური სისტემის ჩამოყალიბება აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოში. მიუხედავად ჯანდაცვის მწირი რესურსებისა, გამოიძენა შესაძლებლობა, რათა ქვეყანა გამკლავებოდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებულ გამოწვევებს. 1999 წელს ამოქმედდა რეფერალური პროგრამა, რომლის პირველი შედეგები ნამდვილად შთაბეჭდილად აღმოჩნდა: დედათა სიკვდილიანობა შემცირდა 10 ერთეულით (1998 – 34 შემთხვევა, მაჩვენებელი – 68,56; 1999წ. – 24 შემთხვევა, მაჩვენებელი – 51,25, 2000წ. – 23 შემთხვევა, მაჩვენებელი 49,2 100.000 ცოცხალშობილზე);

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 შემუშავებასა და დანერგვას.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების ერთობლიობამ ფაქტობრივად შექმნა მოსახლეობის სამედიცინო

მომსახურების ბაზისური პაკეტი, რომელიც ეკონომიკის განვითარებასთან და მოსახლეობის ლეგალური შემოსავლების ზრდასთან ერთად ყოველწლიურად ფართოვდებოდა. ამ მოდელის შენარჩუნების შემთხვევაში, 2009-2010 წლებში მოსახლეობის სამედიცინო სერვისებით მოცვის საკმაოდ დიდი ნიშნულის მიღწევა იქნებოდა შესაძლებელი. ამ ვარაუდის საფუძველს გვაძლევს ჯანმრთელობის დაცვაზე მთლიანი დანახარჯების ზრდის საკმაოდ მაღალი ტემპი, რომელმაც გაუსწრო მშპ-ის ზრდას და თუ 2003 წელს ის მშპ-ის 8.5% იყო, 2009 წელს უკვე 10.1% შეადგინა.

ქვეყნის სათავეში ერთიანი ნაციონალური მოძრაობის მოსვლის შემდეგ დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების მექანიზმის რადიკალური ცვლილება, რამაც უარყოფითი გავლენა იქონია სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე.

2005 წლიდან გაუქმდა მუნიციპალური პროგრამები და მიზნობრივი სამედიცინო გადასახადები, ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები მთლიანად ბიუჯეტურ დაფინანსებაზე გადავიდა.

2007 წლიდან, მოსახლეობის ყველა ფენისთვის გარკვეულ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ნაცვლად, სახელმწიფომ ფინანსური სახსრები მიმართა ყველაზე გაჭირვებული ფენების სამედიცინო მომსახურებით მოცვაზე, რითაც უნივერსალურობის პრინციპი შეცვალა შერჩევითობით. ამავე დროს, სამედიცინო დაწესებულებისთვის მომსახურების ანაზღაურების ნაცვლად, რომელსაც სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი ახორციელებდა, სახელმწიფო გადავიდა კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან სტანდარტული სადაზღვევო პროდუქტის შესყიდვაზე.

2008 წელს საქართველოს მთავრობამ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობაზე გასცა ვაუჩერები, რომლითაც მათ შეეძლოთ დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე ცხრა მზღვეველიდან ნებისმიერის სადაზღვევო კონტრაქტის მიღება. ვაუჩერების თავისუფალ მიმოქცევაში გაშვებით მთავრობა შეეცადა სადაზღვევო ბაზარზე კონკურენციის ხელშეწყობას, თუმცა მომდევნო წლებში მიღებულმა გადაწყვეტილებებმა სრულიად საპირისპირო შედეგი გამოიღო.

2010 წელს შეიცვალა ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობები. ვაუჩერების ნაცვლად სადაზღვევო კომპანიებს გაუნაწილდათ სადაზღვევო კონტინგენტი ქვეყნის 26 რეგიონში, რის შედეგად ბენეფიციარებს შეეზღუდათ მზღვეველის არჩევის თავისუფლება. სანაცვლოდ სადაზღვევო კომპანიებს თავიანთ სადაზღვევო რეგიონებში 2011 წლის ბოლომდე უნდა განეახლებინათ არსებული ან აეშენებინათ ახალი საავადმყოფოები, რაც უმეტესწილად არ განხორციელდა.

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების ზემოაღნიშნული ცვლილებებით ყველაზე მეტად იხიერეს კერძო სადაზღვევო კომპანიებმა. როგორც სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის ანგარიშებიდან ირკვევა, სადაზღვევო კომპანიების მოგების საშუალო მარჟა ამ წლებში დაახლოებით 51% იყო. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებისთვის გამოყოფილი სახსრების ნახევარზე მეტი კერძო სადაზღვევო კომპანიების გამდიდრებას ხმარდებოდა. მხოლოდ 2013 წელს, ხელისუფლებაში ქართული ოცნების მოსვლის შემდეგ, ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის დაფინანსება სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდიდან ხორციელდება, რაც იმის გარანტიას, რომ საბიუჯეტო სახსრები მთლიანად მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების დაფარვაზე მიიმართება.

საქართველოს მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის კიდევ ერთი წარუმატებელი მცდელობა იყო 2009 წელს შემუშავებული ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა, რომელშიც მონაწილეობის მიღება შეეძლოთ საქართველოს 3-65 წლის ასაკის იმ მოქალაქეებს, რომლებიც არ სარგებლობდნენ სხვა სახელმწიფო პროგრამებით. სადაზღვევო პრემია შედგებოდა სახელმწიფოს წილისა (სადაზღვევო ვაუჩერი, რომელიც ფარავდა პოლისის ღირებულების 2/3-ს) და დამზღვევის წილისგან. ბაზისური დაზღვევა ითვალისწინებდა წელიწადში 8 ათასი ლარის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელ სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას. მთავრობის მოლოდინი იყო, რომ ამ პროგრამით ისარგებლებდა 300-500 ათასი პირი, თუმცა სადაზღვევო პროდუქტი მხოლოდ 122 ათასმა პირმა შეიძინა.

საბოლოო ჯამში, 2010 წლის მდგომარეობით, საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით 2/3-ს არ გააჩნდა ჯანმრთელობის დაზღვევა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურება საკუთარი ჯიბიდან უხდებოდა.

ამდენად, ერთიანი ნაციონალური მოძრაობის მთავრობის ვოლუნტარისტულმა გადაწყვეტილებებმა დაამახინჯა ჩვენ მიერ რუდუნებით ნაშენები, ევროპული ტიპის სისტემა, რაც იმ ხელისუფლების ერთ-ერთი ყველაზე დიდი შეცდომა იყო და რამაც პრობლემები შეუქმნა ქვეყანაში ადამიანური კაპიტალის განვითარებას, რომლის ერთ-ერთ მთავარ სემგენტს მოსახლეობის ჯანმრთელობა წარმოადგენს.

პირველადი სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტულობა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების გამოცდილებამ ცხადყო, რომ დაავადებათა უმეტესობა მკურნალობის რთული და ძვირად ღირებული მეთოდების გამოყენებას არ საჭიროებს. პაციენტთა უდიდეს ნაწილს უფრო მეტად ესაჭიროება სათანადო სოციალური, ფსიქოლოგიური და ეკოლოგიური გარემოს შექმნა, სამედიცინო პერსონალთან ისეთი ურთიერთობის დამყარება, რომელიც დაეხმარება მათ დაავადებათა პრევენციასა და მკურნალობაში.

ნებისმიერი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მთავარი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის ისეთი დონის მიღწევა, რომელიც სოციალურად და ეკონომიკურად ნაყოფიერი ცხოვრების საშუალებას იძლევა, ხოლო ამ მიზნის მიღწევის ძირითად საშუალებას პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს.

მიუხედავად იმისა, რომ საბჭოთა კავშირის ცენტრალურად მართული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, რომელიც *სემაშკოს მოდელის* სახელწოდებით არის ცნობილი და რომელიც აღიარებდა პირველადი ჯანდაცვის უდიდეს მნიშვნელობას, ძირითადად მაინც ჰოსპიტალური სექტორის განვითარებაზე ზრუნავდა. ამ მოდელისთვის დამახასიათებელი იყო პირველადი ჯანდაცვის პოლიკლინიკური სისტემა, რომელშიც

სამედიცინო მომსახურების მიწოდება განაწილებული იყო უბნის თერაპევტს, პედიატრსა და გინეკოლოგს შორის. ექიმები სახელმწიფოს მიერ იყვნენ დაქირავებულნი და ემსახურებოდნენ დადგენილი უბნის მოსახლეობას. პაციენტს ექიმის თავისუფალი არჩევანის უფლება არ გააჩნდა და, საჭიროების შემთხვევაში, თავისი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით განსაზღვრული უბნის ექიმისთვის უნდა მიემართა.

სოფლად პაციენტთა სამედიცინო მომსახურება ამბულატორიაში, ხოლო ქალაქად პოლიკლინიკაში ხორციელდებოდა, რომელიც შეიძლება ყოფილიყო მოზრდილთა, ბავშვთა ან შერეული. პოლიკლინიკაში, უბნის თერაპევტებისა და პედიატრების გარდა, სხვადასხვა სპეციალობის ექიმებიც მუშაობდნენ. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულების სპეციფიკურ ტიპს მიეკუთვნებოდა ქალთა კონსულტაცია, რომელშიც არა მარტო ექიმი-გინეკოლოგები, არამედ სხვა სპეციალისტებიც (თერაპევტი, კარდიოლოგი, სტომატოლოგი) მუშაობდნენ. კონსულტაციას გააჩნდა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული დიაგნოსტიკის საშუალებები.

თავისი სიძვირისა და არაფექტურობის გამო, საბჭოთა კავშირის არსებობის ბოლო პერიოდში *სემაშკოს მოდელი* კოლაფსის პირას აღმოჩნდა. ამიტომ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში გადაწყდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემა განვითარებულ ქვეყნებში კარგად აპრობირებულ საოჯახო მედიცინის პრინციპებზე გადაგვეყვანა. ამ რთულსა და მეტად საპასუხისმგებლო გზაზე, პირველ რიგში, დადგა არსებული პერსონალის არაადეკვატური განათლების დონისა და უნარ-ჩვევების პრობლემა, რამაც განაპირობა პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მომუშავე ვიწრო სპეციალისტების საოჯახო მედიცინაში გადამზადების აუცილებლობა.

საქართველოში საოჯახო მედიცინის განვითარება დაიწყო 1997 წელს დიდი ბრიტანეთისა და ჩრდილოეთ ირლანდიის გაერთიანებული სამეფოს საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის (DFID) Know-How Fund პროექტის „ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექიმთა გადამზადების პროგრამის შემუშავება საქართველოში“ მხარდაჭერით.

აღნიშნული პროექტის ფარგლებში 1997-1999 წლებში:

1. შეიქმნა საქართველოს რეალობასთან თავსებადი ოჯახის ექიმებად გადამზადების სასწავლო პროგრამა და ოჯახის ექიმ-მასწავლებელთა მომზადების პროგრამა. მოგვიანებით ანალოგიური პროგრამები მომზადდა ოჯახის ექთნებთან მიმართებაშიც;
2. ბრიტანელი ტრენერების მიერ მომზადდა ოჯახის ექიმთა რვა მასწავლებელი, რომლებმაც, კემბრიჯის უნივერსიტეტში სპეციალური ტრენინგის გავლის შემდეგ, მოიპოვეს გაერთიანებულ სამეფოში ზოგადი პრაქტიკოსების მასწავლებლად მუშაობის სერტიფიკატები;
3. ქართველმა ოჯახის ექიმთა მასწავლებლებმა, ბრიტანელი კოლეგების მეთვალყურეობის ქვეშ, გადამზადეს 47 ოჯახი ექიმი, რომელთა შორის 8 საუკეთესო გადამზადდა ოჯახის ექიმთა მასწავლებლად.

ამავე პერიოდში განხორციელდა ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექიმის სპეციალობის ლეგალიზება, რომელიც შეტანილ იქნა საქართველოში მოქმედ ექიმთა და ფარმაცევტთა სპეციალობათა ნუსხაში; მომზადდა რეზიდენტურის სამწლიანი პროგრამა და სასერტიფიკაციო გამოცდების ჩატარებისთვის აუცილებელი ტესტ-კითხვარი საოჯახო მედიცინაში და დაიწყო ოჯახის ექიმთა სერტიფიცირების პროცესი.

მთელი ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის საოჯახო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა საკმაოდ ხანგრძლივი და შრომატევადი პროცესი იყო, რომელიც მნიშვნელოვან ფინანსურ და ინტელექტუალურ რესურსს მოითხოვდა. ბუნებრივია, საქართველოს ყველა პოლიკლინიკისა და სოფლის ამბულატორიის საოჯახო მედიცინის ცენტრებად გარდაქმნა ერთ და ორ წელიწადში ვერ განხორციელდებოდა, თუმცა პირველადი ჯანდაცვითი მომსახურების გაუმჯობესება მთლიანად და, განსაკუთრებით, სოფლის მოსახლეობას გადაუდებლად ესაჭიროებოდა. არსებული პრობლემის მოგვარებისთვის მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯი იყო 2000 წლიდან „სოფლის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის“ ამოქმედება, რომლის ფარგლებშიც დაიწყო საექიმო ბრიგადების დაფინანსება სოფლის ამბულატორიებში. ასეთ ბრიგადებში ექიმების ხელფასი 100-135 ლარს შეადგენდა, რაც იმ დროისთვის მისაღები ანაზღაურება იყო და პერსონალის მოტივაციის შექმნის საფუძველს წარმოადგენდა.

2000 წელს დაიწყო დიდი ბრიტანეთისა და ჩრდილოეთ ირლანდიის გაერთიანებული სამეფოს საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის (DFID) „საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების“ სამწლიანი პროექტი, რომლის მიზანი იყო საქართველოს მთავრობის დახმარება საოჯახო მედიცინის პრინციპებზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის მოდელის შექმნაში. პროექტი მოიცავდა ოთხ ძირითად კომპონენტს:

1. საოჯახო მედიცინის სადემონსტრაციო ობიექტების დაარსება და ამოქმედება;
2. პირველადი ჯანდაცვის ახალი მდგრადი დაფინანსების მოდელის შექმნა და აპრობირება;
3. პირველადი ჯანდაცვის საოჯახო მედიცინის მოდელზე გადაყვანისთვის საჭირო ადამიანური რესურსების მომზადების შესაძლებლობების გაზრდა;
4. საოჯახო მედიცინის სადემონსტრაციო ობიექტებზე მოსახლეობის რისკების დასაფარი ფინანსური ინსტრუმენტის შექმნა და დანერგვა ესენციალური წამლების ხარჯების დასაფარად.

2002 წელს აღნიშნული პროექტის ფარგლებში, თბილისის 5 პოლიკლინიკის განახლებისა და თანამედროვე დონეზე აღჭურვის შედეგად ამუშავდა საოჯახო მედიცინის სადემონსტრაციო ობიექტები, რომლებიც, ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გარდა, მასწავლებელთა გადამზადებასაც ახორციელებდნენ რეგიონებში გასახსნელი ცენტრებისთვის.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, ოჯახის ექიმის ინსტიტუციური განვითარების გზაზე, მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იყო 2001 წელს დიპლომისშემდგომი განათლების სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიაში საოჯახო მედიცინის ფაკულტეტის შექმნა და საოჯახო მედიცინის კათედრის ჩამოყალიბება. აღნიშნულ სტრუქტურაში მომზადდა საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამა მედიცინის ფაკულტეტის სტუდენტებისთვის და რეზიდენტურის პროგრამის განახლებული ვარიანტი.

2003 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის შექმნასა და ოჯახის ექიმთა გადამზადების პროცესებში ჩაერთო სხვადასხვა ბილათერული და საერთაშორისო დონორი, კერძოდ:

- მსოფლიო ბანკის „საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პროექტი“, რომლის მიზანი იყო:
 - პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუციური განვითარება რეგიონების პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების და რეფერალური ლაბორატორიების რეაბილიტაცია/ჩამოყალიბების გზით;
 - პირველადი ჯანდაცვის მართვის გაძლიერება პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმის მომზადების გზით.
- ევროკავშირის TACIS-ის პროგრამა „ევროკავშირის მხარდაჭერა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვისათვის“, რომელიც ითვალისწინებდა კახეთის, ქვემო ქართლის და სამეგრელოს პირველადი ჯანდაცვის სამსახურში დასაქმებული პერსონალის გადამზადებას, რომელიც მომავალში რეაბილიტირებულ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში დასაქმდებოდა;
- დიდი ბრიტანეთისა და ჩრდილოეთ ირლანდიის გაერთიანებული სამეფოს საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის (DFID) „საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების“ მესამე პროექტი ითვალისწინებდა ოჯახის ექიმთა გადამზადებას კახეთის რეგიონში;
- ამერიკის ჯანდაცვის საერთაშორისო კავშირის (AIHA) პარტნიორული პროგრამების დახმარებით მიმდინარეობდა ოჯახის ექიმთა გადამზადება მცხეთა-მთიანეთის, შიდა ქართლისა და გურიის რეგიონებში.

ამ პროექტების საერთო ღირებულება 30 მილიონ აშშ დოლარს აღწევდა. აქედან ხუთი მილიონი იყო მსოფლიო ბანკის კრედიტი, დანარჩენი კი – ევროკავშირის, დიდი ბრიტანეთისა და ამერიკის შეერთებული შტატების უსასყიდლო დახმარება. მსგავსი მასშტაბის ფინანსური მხარდაჭერა ჯანმრთელობის დაცვის არცერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას არ ჰქონია.

ევროკავშირის TACIS-ის პროგრამის ფარგლებში, კახეთის რეგიონში განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ქსელის განვითარების პილოტური პროექტი, რომელმაც, გეოგრაფიული ინფორმაციული სისტემის დახმარებით, შესაძლებელი გახადა რეაბილიტირებული ან ახლადაშენებული პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისა და სოფლის ამბულატორიების ყველაზე ოპტიმალური ადგილმდებარეობის შერჩევა არსებული საგზაო ინფრასტრუქტურის

მდგომარეობის გათვალისწინებით. პროექტის მიზანი იყო რეგიონის ნებისმიერი წერტილიდან პაციენტის პირველად ჯანდაცვის ცენტრამდე მაქსიმუმ ოც წუთში მიყვანის უზრუნველყოფა.

მსოფლიო ბანკის პროექტის ფარგლებში მომზადდა „საქართველოში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების გენერალური გეგმა“, რომლის თანახმად, პირველადი ჯანდაცვის საფუძვლად განისაზღვრა საოჯახო მედიცინა, ხოლო პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების მთავარ მიმწოდებლად – ოჯახის ექიმი, რომელიც თანამშრომლობს პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებთან – ექთნებთან და ბებიაქალებთან.

გენერალური გეგმა ითვალისწინებდა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ბაზისური პაკეტის დამტკიცებას, რომელშიც შედიოდა:

- ექიმის კონსულტაციები როგორც ამბულატორიაში, ისე პაციენტის ბინაზე;
- ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევები;
- მიმართვა (რეფერალი) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში;
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა (მ.შ., ორსულთა მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა, სქესობრივად გადამდები დაავადებების პრევენცია, ბავშვთა ზრდა-განვითარებაზე მეთვალყურეობა);
- ტუბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილი ღონისძიებები;
- საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართული ღონისძიებები, როგორცაა:
 - მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება;
 - იმუნიზაცია;
 - თემში ჯანმრთელობისთვის საშიში სიტუაციების გამოვლენა;
 - ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირება და განათლება;
 - თემის მობილიზება ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენისა და გადაწყვეტისთვის;

o ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრება.

აღნიშნული პროექტების ფარგლებში სერიოზული ინვესტიციები განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მატერიალური ბაზის განახლებასა და ადამიანური რესურსების მომზადებაში. მათი მხარდაჭერით დაიგეგმა და დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განვითარების პროექტები, რამაც შესაძლებელი გახადა 200-მდე ამბულატორიის რეაბილიტაცია და თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვა. საქართველოს დედაქალაქსა და რეგიონებში შეიქმნა ოჯახის ექიმთა გადამზადების 22 ტრენინგ-ცენტრი, რომლებშიც მუშაობდა ოჯახის ექიმთა 194 მასწავლებელი. ამ ცენტრების მიერ 1998-2010 წლებში მომზადდა 1727 ოჯახის ექიმი, რომელთა რიცხვს დაემატა რეზიდენტურის პროგრამით მომზადებული 25 ოჯახის ექიმი, რაც, საბოლოო ჯამში, საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმით გათვალისწინებული რაოდენობის 82,8% იყო.

პირველადი ჯანდაცვის შემდგომი განვითარებისა და მოსახლეობის მხრიდან მისდამი ნდობის ამაღლებისთვის საჭირო იყო ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გაძლიერება უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობის, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრაფიული განაწილებისა და ხელმისაწვდომობის ზრდის, მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გაუმჯობესების, საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარებისა და შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფის გზით. თუმცა მოვლენები სხვანაირად განვითარდა.

2007 წელს, ჰოსპიტალური სექტორის ინფრასტრუქტურის განახლების მიზნით, საქართველოს მთავრობამ მიიღო ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა, რომელიც საზოგადოებისთვის „100 საავადმყოფოს გეგმის“ სახელითაა ცნობილი. მთავრობამ გადაწყვიტა გაეყიდა სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ჰოსპიტალური სექტორის აქტივების ნაწილი, ხოლო თანხის სანაცვლოდ მიიღო ახალი საავადმყოფოები მის მიერ დადგენილი გეოგრაფიული განაწილებისა და სიმძლავრეების შესაბამისად. ამ გარიგებაში საყურადღებო იყო ის გარემოება, რომ, რეგიონებში პრივატიზებულ საავადმყოფოებთან ერთად, ინვესტორის

საკუთრებაში გადადიოდა იქ არსებული პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაც.

თავად გეგმის მიზანი – ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრეების განვითარება და მოსახლეობის ხარისხიან ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა – მისაღები და მისასაღმებელიც იყო, მის განხორციელებას სრული ფიასკო რომ არ განეცადა. ამიტომ, მთავრობამ 2010 წელს კორექტივები შეიტანა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელებაში და კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებსაც ქვეყნის 26 რეგიონში გაუნაწილა სადაზღვევო კონტინგენტი, განუსაზღვრა თავიანთ სადაზღვევო რეგიონებში 2011 წლის ბოლომდე ახალი საავადმყოფოების აშენების ვალდებულება.

ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმირების პროცესში მთავრობამ ფაქტობრივად „დაივიწყა“, რომ პირველადი ჯანდაცვა სისტემის ფუნდამენტია, რომლის გარეშე შეუძლებელია რაიმეს აშენება.

მიმაჩნია, რომ უცხოელი პარტნიორების დახმარებით ჩვენ შევძელით სრულიად ახალი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბების დაწყება, რომლის ინფრასტრუქტურის შემდგომი განვითარებისთვის აუცილებელი ფინანსური რესურსებიც მობილიზებულ იქნა, მაგრამ 2004 წლის შემდეგ ხელისუფლების მხრიდან პირველადი ჯანდაცვის უყურადღებოდ დატოვებამ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საფუძვლიანი უკუსვლა განაპირობა.

ამის ყველაზე ნათელი მაგალითია კოვიდპანდემიის პერიოდში, განსაკუთრებით მის დასაწყისში შექმნილი უამრავი პრობლემა, რომელიც, სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ არსებობს და მათი მოგვარება თანამედროვე პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გარეშე ვერ განხორციელდება. განვითარებული ქვეყნების გამოცდილება ნათლად ცხადყოფს, რომ პირველადი ჯანდაცვის გამართულ მუშაობაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხი, სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა და ჯანმრთელობის დაცვაზე გამოყოფილი სახსრების ეფექტური ხარჯვა.

სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა

სახელმწიფო მართვისა და საშემსრულებლო სტრუქტურათა რღვევა-გარდაქმნის ვითარებაში, როდესაც ყალიბდებოდა საბაზრო ეკონომიკის მექანიზმები, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენდა სახელმწიფო სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის როლისა და ფუნქციების მკაფიოდ განსაზღვრა და, შეძლებისდაგვარად, სწრაფი ამოქმედება. მით უმეტეს, რომ იმ პერიოდში ქვეყანაში მეტად მძიმე სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია იყო.

მთელმა რიგმა ობიექტურმა თუ სუბიექტურმა მიზეზებმა, რომლებიც სხვადასხვა სამინისტროსა და უწყების მიერ ამ მიმართულებით გაწეული არასაკმარისი მუშაობის შედეგი იყო, განაპირობა ისეთი დაავადებების აღმოცენება-გავრცელება, როგორცაა დიფთერია (1995-1996 წლებში განსაკუთრებით ბევრი შემთხვევა დაფიქსირდა თბილისსა და აჭარაში), მუცლის ტიფი (მარნეული, 1996), დიზენტერია და მწვავე ნაწლავური ინფექციები (რუსთავი, 1995; საგარეჯო, 1996), ციმბირის წყლული (გარდაბანი, 1995; სამტრედია, 1996), კვებითი მოშხამებები (მცხეთა, 1996), ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს უხდებოდა თავისი მწირი სახსრებით აღნიშნული დაავადებების სალიკვიდაციო პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების გატარება.

სამართლებრივი სახელმწიფოს მშენებლობის აუცილებელ პირობას წარმოადგენდა საკანონმდებლო და აღმასრულებელ სტრუქტურათა მუშაობაში, რომლის წარმართველი კანონის უზენაესობა უნდა ყოფილიყო, ფუნქცია-მოვალეობათა მკვეთრი გამოიჯვნა. აღნიშნულის თვალსაჩინო მაგალითს წარმოადგენდა სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა, რომელიც მიზნად ისახავდა ქვეყანაში პრევენციულ მედიცინასა და ეპიდემიოლოგიურ ზედამხედველობაზე სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის გაძლიერებას.

საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის 1995 წლის 30 ივნისის №399 დადგენილებით „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სისტემის რეორგანიზაციისთვის ჩატარებული მოსამზადებელი სამუშაოების

მიმდინარეობის შესახებ“ განხორციელდა სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეორგანიზაცია და მის ბაზაზე ჩამოყალიბდა ორი დამოუკიდებელი სტრუქტურული ერთეული – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი და სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიზნებად ჩამოყალიბდა: მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა, ოჯახის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობა, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილება. ამ მიზნების მიღწევის ძირითად ამოცანებად განისაზღვრა:

- ჯანდაცვის პოლიტიკისა და სტრატეგიის შემუშავება-გატარების ხელშეწყობა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობა, წინადადებების ფორმირებისა და შესაბამისი ქმედებების (მეთოდური, ინსტრუქციულ-სწავლებითი და სხვა) გატარების გზით;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის სტიმულირება, ჯანსაღი და უსაფრთხო ფიზიკური გარემოს, ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ეპიდკეთილსაიმედო სიტუაციის შენარჩუნება და განვითარება;
- ადამიანური რესურსების განვითარების, სამედიცინო-სოციალური საინფორმაციო სისტემების გაუმჯობესების, სამედიცინო მეცნიერებისა და საკანონმდებლო ბაზის განვითარების ხელშეწყობის უზრუნველყოფის გზით ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციის, ეპიდემიოლოგიური, ჯანდაცვის საინფორმაციო-ანალიტიკური სამსახურის) რეფორმირება-სრულყოფა;
- სახელმწიფო (ცენტრალური) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების ორგანიზება და განხორციელება.

1997 წელს მიღებული ფუნდამენტური კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ XI თავში საზოგადოებრივი ჯანდაცვა განსაზღვრულია, როგორც *„სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა დაავადებათა პრევენციის, მათი გავრცელების შესწავლის, კონტროლის,*

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბების ხელშეწყობის გზით“.

ამ პერიოდში ჩამოყალიბდა ევროპულ პრინციპებზე დაფუძნებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორდონიანი ინფრასტრუქტურა, რომელიც მოიცავდა ცენტრალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს, ხოლო ადგილობრივ/მუნიციპალურ დონეზე – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებს. ქვეყნის მასშტაბით შეიქმნა 65 ცენტრი, რომელთა შორის 10-ს რეგიონული კოორდინაციის ფუნქცია დაეკისრა. ეს ცენტრები წარმოადგენდნენ მუნიციპალურ და რეგიონულ ორგანიზაციებს, რომლებიც პასუხისმგებელი იყვნენ ადმინისტრაციულ ფარგლებში მცხოვრებ მოსახლეობაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე, რაც მოიცავდა ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ანალიზსა და მის მართვას, დაავადებათა პროფილაქტიკის მიზნით სათანადო ღონისძიებების ორგანიზებასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელებას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბების პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ჰქონდა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის გახსნას, რომელიც ამერიკის მთავრობის მნიშვნელოვანი ტექნიკური დახმარებით შეიქმნა. ეს ცენტრი დაავადებათა მონიტორინგისა და პრევენციის მძლავრ იარაღად გადაიქცა, რომელიც კოორდინაციას უწევდა ეპიდემიოლოგიურ ზედამხედველობას, გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლას და პრევენციულ ღონისძიებებს; მეთოდურ და პრაქტიკულ დახმარებას უწევდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამხარეო და ადგილობრივ ცენტრებს, სამედიცინო დაწესებულებებს; აწარმოებდა საველე სამუშაოებს; გააჩნდა ნაციონალური რეფერენს-ლაბორატორიები, იკვლევდა ეპიდემიოლოგიის შემთხვევებს და მათ მიზეზშედეგობრივ კავშირებს; აწარმოებდა კვარტალურ ეპიდემიოლოგიურ ბიულეტენებს და კოორდინაციას უწევდა იმუნიზაციის ეროვნულ პროგრამას.

1996-2003 წლებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტებს განეკუთვნებოდა: იმუნიზაციის, ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის, ონკოლოგიურ დაავადებათა, უსაფრთხო სისხლის, ნარკომანიისა და

ტრავმატიზმის პრევენციის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ავადობის აქტიური გამოვლენის და სხვა ღონისძიებების განხორციელება.

ადგილობრივ დონეზე მუნიციპალური პროგრამების სახით ფინანსდებოდა ინფექციურ დაავადებათა პრევენციის, ქრონიკულ დაავადებათა მართვისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამები და ის ღონისძიებები, რომლებიც ითვალისწინებდა კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალში მცხოვრები მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკურ, კულტურულ და ბუნებრივ თავისებურებებს. თუმცა რიგ შემთხვევებში ადგილობრივი დაფინანსება სიმბოლურ ხასიათს ატარებდა, რადგან არ არსებობდა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე რეალური პასუხისმგებლობისა და ვალდებულებების გათვითცნობიერებისთვის საკმარისი ცოდნა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქსელის ჩამოყალიბებას საქართველოში უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა როგორც ეპიდზედამხედველობის მოწესრიგებისა და დაავადებათა კონტროლის სისტემის გაუმჯობესების მხრივ, რომელიც რაიონულ დონეზე, ფაქტობრივად, მოშლილი იყო, ისე ეპიდსიტუაციის პროგნოზირებისა და ადეკვატური პრევენციული ღონისძიებების შემუშავების და გატარების თვალსაზრისით.

განხორციელებული ცვლილებების პირველი მნიშვნელოვანი შედეგი იყო გეგმიური იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენა. იაპონიის, აშშ-ის, სხვა განვითარებული ქვეყნების მთავრობებისა და, განსაკუთრებით, გაეროს ბავშვთა ფონდის უდიდესი დახმარების შედეგად შესაძლებელი გახდა ჯერ გეგმიური აცრების დაწყება, ხოლო შემდეგ მოსახლეობის მასიური ვაქცინაცია. აცრებით მოცვის მაღალი დონის მიღწევის შედეგი იყო 2002 წლის ივნისში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის სასერტიფიკაციო კომისიის მიერ საქართველოსთვის პოლიომიელიტისგან თავისუფალი ზონის სტატუსის მინიჭება, რომელსაც ჩვენი ქვეყანა დღემდე ინარჩუნებს.

ამგვარად, დარგში განხორციელებული რეორიენტაციის შედეგად, საქართველოში საფუძველი ჩაეყარა თანამედროვე პრინციპებზე აგებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალ სისტემას, რომელიც ეხმიანებოდა მსოფლიოს უახლეს გამოცდილებას. თუმცა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის რეფორმის გატარებაში უმთავრეს სირთულეს წარმოადგენდა

სახელმწიფო პროგრამების არასრული დაფინანსება. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს, რადგან, მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის პირობებში, სახელმწიფო ხშირად ვერ ახდენდა დაპირებული ვალდებულებების ფინანსურ უზრუნველყოფას.

2003 წლისთვის მომზადებული იყო კანონპროექტი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, რომლის მიღება საქართველოს პარლამენტმა მხოლოდ 2007 წელს შეძლო.

რაც შეეხება სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეორგანიზაციის შედეგად მის ბაზაზე ჩამოყალიბებულ მეორე სტრუქტურულ ერთეულს – სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტს, მისი მიზანი იყო მოსახლეობის სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური კეთილდღეობისა და ქვეყნის ტერიტორიის განსაკუთრებით საშიში და სხვა ინფექციების შემოტანა-გავრცელებისაგან დაცვის საკითხების ორგანიზებასა და მათ გატარებაზე სახელმწიფო კონტროლის წარმოება, რომლის მიღწევის ძირითად ამოცანებად განისაზღვრა:

- საქართველოში სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმებისა და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური წესების ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა;
- საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმებისა და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური წესების დაცვაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის ფორმებისა და მეთოდების შემუშავება;
- საქართველოს ტერიტორიაზე სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმებისა და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური წესების დაცვაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის კოორდინირება და მართვა;
- საქართველოს ტერიტორიის დაცვის ორგანიზება მოსახლეობის სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური კეთილდღეობის მიზნით;
- სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების სისტემისთვის კადრების მომზადებისა და გადამზადების ორგანიზება;
- სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების სახელმწიფო პროგრამის შესრულების კოორდინირება.

1996 წლის განმავლობაში შეიქმნა სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის ტერიტორიული სტრუქტურები და საქართველოს საზღვრებზე სახელმწიფო სანიტარიულ-საკარანტინო საზედამხედველო განყოფილებები (პუნქტები).

2003 წელს პარლამენტმა მიიღო საქართველოს კანონი – „საქართველოს სანიტარიული კოდექსი“.

სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეორგანიზაციამ შესაძლებელი გახადა საკმაოდ მოკლე დროში თანამედროვე ტიპის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და სანიტარიული ზედამხედველობის სისტემების შექმნა და პრაქტიკული საქმიანობის დაწყება. თანამედროვე მიდგომების გამოყენებით (ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა მონიტორინგი, ანალიზი და პროგნოზირება, მოსახლეობის ცხოვრების ჯანსაღი წესის სტიმულირების ღონისძიებათა შემუშავება და სხვა) ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიეცა დარგის სამომავლო სტრატეგიებისა და ტაქტიკის განსაზღვრის შესაძლებლობა.

ამ ფონზე სრულიად გაუგებარი იყო 2007 წელს საქართველოს სანიტარიული კოდექსის ძალადაკარგულად გამოცხადება, ჰიგიენისა და ეპიდემიოლოგიის საექიმო სპეციალობის ნუსხიდან ამოღება და სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის ფუნქციის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროდან გარემოს დაცვისა და სოფლის მეურნეობის უწყებებზე გადაცემა. ჩვენ კარგად გვესმის, რომ ჰაერის, წლისა და ნიადაგის დაბინძურებისგან დაცვისა და საკვები პროდუქტების ხარისხის კონტროლის განხორციელება მათ უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი სამინისტროების ფუნქცია უნდა იყოს, მაგრამ ამ უსაფრთხოების ნორმებისა და სტანდარტების დადგენა ხომ ჰიგიენისა და ეპიდემიოლოგიის სპეციალისტების პრეროგატივაა, ხოლო ჰიგიენა და ეპიდემიოლოგია ოდითგანვე მედიცინის – ადამიანთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მეცნიერებისა და პრაქტიკის – განუყოფელი ნაწილი იყო, არის და იქნება.

სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა

სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხის – დაფინანსების მექანიზმების ცვლილების ფუძემდებლური პრინციპი გახდა.

შემთხვევითი არ იყო, რომ დარგის რეორიენტაციის დაწყების პირველივე ნორმატიული დოკუმენტის – საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბერის №400 ბრძანებულების „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ“ – 1-ლი პუნქტი სამედიცინო სავალდებულო გადასახადების შემოღებას (დამქირავებელი იხდიდა ხელფასის ფონდის 3%-ს, ხოლო დაქირავებული – დარიცხული ხელფასის 1%-ს), მისი ადმინისტრირების წესს ითვალისწინებდა.

1995 წლის 21 მარტს პარლამენტმა მიიღო კანონი „სამედიცინო გადასახადის შესახებ“, რომელმაც ფაქტობრივად დააკანონა საქართველოში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სოციალური დაზღვევის პრინციპზე გადასვლა. ეს უკანასკნელი კიდევ უფრო გაამყარა 1995 წლის 24 აგვისტოს მიღებულმა საქართველოს ახალმა კონსტიტუციამ, რომლის 37-ე მუხლის 1-ლი პუნქტის თანახმად, „ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით“.

ნიშანდობლივია, რომ საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი სოციალური დაზღვევის მოდელზე შეჩერდა. აღნიშნული არ იყო შემთხვევითი მოვლენა და მიზნად ისახავდა 1921 წელს ბოლშევიკების მიერ საქართველოს გასაბჭოების შედეგად იძულებით შეწყვეტილი პირველი დემოკრატიული რესპუბლიკის ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ევროპული მოდელის აღდგენას. საქართველოს პირველმა რესპუბლიკამ, ევროპის ქვეყნების მსგავსად, გადაწყვიტა ბისმარკის სოციალური დაზღვევის მოდელის დანერგვა. საქართველოს დამფუძნებელი კრების მიერ მიღებული კონსტიტუციის 121-ე მუხლის მიხედვით, „დაქირავებული მუშა, რომელიც მოხუცებულობით, დაშავებით ან სხვა მიზეზით დაკარგავს სავსებით ან ნაწილობრივ შრომის უნარს, მიიღებს დახმარებას დაზღვევის სახით, თავის ხელფასის კვალობაზე.“

დასაზღვევი თანხა უნდა შედგეს დამქირავებელზე შეწერილი საგანგებო გადასახადისაგან“.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ამ მოდელის არჩევით საქართველო ეხმიანებოდა საბჭოთა იმპერიის ნგრევის შედეგად ახლადგანთავისუფლებული აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მიმდინარე პროცესებს. კერძოდ, ამ რეგიონის 28 ქვეყნიდან 22-მა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა აირჩია.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელზე გადასვლის უმთავრესი უპირატესობა დაკავშირებულია ადამიანის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის თანაბრად და სამართლიანად გადანაწილებაზე სახელმწიფოს, დამქირავებელს და დაქირავებულს შორის. ამ პრინციპზე გადასვლით ერთმანეთისაგან გაიმიჯნა სამედიცინო მომსახურების ყიდვა და მიწოდება, რაც სამედიცინო მომსახურების გაწევის ეფექტურობის გაუმჯობესების მექანიზმი უნდა გამხდარიყო. ამით სახელმწიფო, მართალია, გათავისუფლდა სამედიცინო მომსახურების უშუალო მიმწოდებლის როლისაგან, მაგრამ შეინარჩუნა ზეგავლენა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე მარეგულირებელი, ფინანსური და აკრედიტაცია-ლიცენზირების მექანიზმების გამოყენებით.

საბჭოთა პერიოდში დეკლარირებული უფასო ჯანმრთელობის დაცვის ნაცვლად, სახელმწიფომ დაიწყო ჯანმრთელობის სფეროში საკუთარი მოსახლეობის მიმართ ვალდებულებების შემოფარგვლა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებისა და სამედიცინო სტანდარტების შექმნით. ამოქმედდა ჯანდაცვის სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამები, რამაც უზრუნველყო მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მოცულობის დაბალანსება ქვეყნის ფინანსურ შესაძლებლობებთან.

არანაკლებ მნიშვნელოვან ფაქტორებს წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისთვის დამატებითი სახსრების მობილიზებისკენ სწრაფვა და ხარჯების შეკავება, გამჭვირვალობის გაზრდის მოთხოვნა და პოლიტიკოსების მხრიდან ჯანმრთელობის სახსრების სხვა სფეროებში გადამისამართების შესაძლებლობის შეზღუდვა, პაციენტების მოთხოვნების შესაბამისი სერვისების შექმნა და საბაზრო მექანიზმების დანერგვა, რაც

დაკავშირებული იყო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა პრივატიზების დაწყებასთან.

თავდაპირველად სამედიცინო სავალდებულო გადასახადებისა და დარგისთვის გამიზნული საბიუჯეტო ასიგნებების აკუმულირება ხდებოდა ახლადშექმნილ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდში, რომელიც ახორციელებდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებას. 1996 წელს ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი გადაკეთდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად, რომელსაც ჰქონდა 12 რეგიონული ფილიალი. კომპანიას გააჩნდა ფინანსური, მმართველობითი და სახელშეკრულებო დამოუკიდებლობა.

1997 წლის 28 მაისს მიღებული კანონის „სამედიცინო გადასახადის შესახებ“ საქართველოს რესპუბლიკის კანონში ცვლილებების შეტანის თაობაზე“ თანახმად, შეიცვალა კანონის სათაური და მას დაერქვა „კანონი სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის შესატანების შესახებ“. კანონის ტექსტში სიტყვები „სამედიცინო გადასახადი“ და „გადასახადი“ შეიცვალა სიტყვებით „სადაზღვევო შესატანი“, ხოლო სიტყვები „ჯანმრთელობის დაცვის ფონდი“ – სიტყვებით „სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია“.

სადაზღვევო მედიცინის პრინციპების დამკვიდრების საქმეში მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯი იყო პარლამენტის მიერ 1998 წლის 6 თებერვალს კანონის „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“ მიღება, რომელიც განსაზღვრავდა საქართველოში მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სამართლებრივ, ეკონომიკურ და ორგანიზაციულ საფუძვლებს და მიმართული იყო საბაზრო ეკონომიკის პირობებში სახელმწიფოს, დამქირავებლისა და დაქირავებულის პასუხისმგებლობის გაზრდისკენ; უზრუნველყოფდა ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული საქართველოს მოქალაქეთა კონსტიტუციური უფლებების განხორციელებას.

ამ კანონის თანახმად, ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში ხორციელდებოდა სავალდებულო და ნებაყოფლობითი დაზღვევის ფორმით. ამასთან, საქართველოს მოქალაქე გარანტირებული იყო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით, ხოლო ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა უზრუნველყოფდა დაზღვეულისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების

ხარჯების ანაზღაურებას სათანადო წესით რეგისტრირებული და ექსპერტიზებული პროგრამის ფარგლებში, რომელსაც ახორციელებდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ლიცენზიის მქონე ორგანიზაცია. ამდენად, ქვეყანაში შეიქმნა ჯანმრთელობის დაზღვევის კონკურენტული ბაზრის ჩამოყალიბების პირობები, რითაც ხელი შეეწყო კერძო სადაზღვევო კომპანიების რაოდენობის ზრდასა და მათ ორგანიზაციულ და ფინანსურ განვითარებას.

თუმცა ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსალოდნელზე მეტად რთული აღმოჩნდა. იგი დაკავშირებული იყო საქართველოში არაფორმალური ეკონომიკის დიდ წილთან, უმუშევრობის მაღალ დონესა და მძიმე მაკროეკონომიკურ შეზღუდვებთან. საქართველოს ორ ათწლეულზე მეტი დასჭირდა ერთ სულ მოსახლეზე მთლიანი შიდა პროდუქტის დამოუკიდებლობამდე დონის მისაღწევად.

იმის გამო, რომ სავალდებულო სადაზღვევო შენატანი არ იყო საკმარისი სადაზღვევო პროგრამების დასაფინანსებლად, სახელმწიფო იძულებული გახდა გაეზარდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. შედეგად, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლებში სულ უფრო მეტი ხვედრითი წილი მოდიოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ტრანსფერებზე. ფაქტობრივად, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება ხორციელდებოდა შერეული სისტემით, სადაც ჯანმრთელობის სოციალური სადაზღვევო შენატანი გაერთიანდა სახელმწიფო ბიუჯეტის სახსრებთან.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში არსებული ხარვეზების აღმოფხვრა შესაძლებელი იყო ეკონომიკის წინსვლის ფონზე ხელფასების ლეგალიზაციისა და, შესაბამისად, სავალდებულო სადაზღვევო შენატანის მოცულობის მნიშვნელოვანი ზრდით. მაგრამ, ამის ნაცვლად, ხელისუფლებაში მოსულმა ერთიანმა ნაციონალურმა მოძრაობამ უარი თქვა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაზე და 2005 წლიდან გადავიდა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების მოდელზე, რომლის დანერგვა იმდენად გაუაზრებელი იყო, რომ, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ზრდის მიუხედავად,

მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე ოდნავაც არ გაუმჯობესებულა.

2012 წელს, ხელისუფლებაში მოსულმა ახალმა პოლიტიკურმა პარტიამ – „ქართული ოცნება – დემოკრატიული საქართველო“ ამოქმედა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის დაფინანსება ისევ ზოგადი საგადასახადო შემოსავლებით შექმნილი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხორციელდებოდა.

უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებების მიღება მტკიცებულებების ნაცვლად, უმთავრესად, ქვეყანაში მთავრობების ცვლასთანაა დაკავშირებული. აღმოსავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში, მიუხედავად სამთავრობო ცვლილებებისა, საქართველოსაგან განსხვავებით, არ მომხდარა სოციალური დაზღვევის სისტემის შეცვლა ზოგადი გადასახადების სისტემით. აღნიშნული ქვეყნები დღესაც არ დალატობენ ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური დაზღვევის პრინციპებით დაფინანსებას.

ვარდების რევოლუციის შემდეგ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის უარყოფით საქართველომ უარი თქვა არა მარტო 1995 წელს დაწყებული ჯანმრთელობის დაცვის რეორიენტაციის პროცესის თანმიმდევრულობასა და უწყვეტობაზე, არამედ ევროპის უმეტესი ქვეყნების მიერ არჩეულ ხარჯთ-ეფექტურ მოდელზე და, რაც მთავარია, იმ მემკვიდრეობითობის გაგრძელებაზე, რომელიც დაკავშირებული იყო ჯერ კიდევ პირველი დემოკრატიული რესპუბლიკის წიაღში ჩასახული ევროპული სოციალური დაზღვევის მოდელის აღდგენასთან. ცნობისათვის, კომუნისტური რეჟიმების დამხობის შემდეგ აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის 28 ქვეყნიდან 22-მა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსებისთვის სწორედ სოციალური დაზღვევის მოდელი აირჩია.

ღრმად ვარ დარწმუნებული, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა დღესაც არ კარგავს თავის აქტუალობას და ხელისუფლებას კარგად დაფიქრება მართებს დაფინანსების ამ მეთოდის დადებით მხარეებზე, რადგან

სოციალური დაზღვევის სისტემა ყველაზე უკეთ ახდენს ჯანდაცვის სექტორისთვის დამატებითი სახსრების მობილიზებას და, შესაბამისად, მდგრად დაფინანსებას, უკეთ უზრუნველყოფს ხარჯების შეკავებასა და სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლებას. ამგვარად, საქართველოს კულტურის, ისტორიული გამოცდილებისა და დღევანდელი რეალობიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია ქვეყანაში სოციალური დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობა.

წამალპოლიტიკის რეფორმა

1980-იანი წლების ბოლოს, ჯერ კიდევ საბჭოთა კავშირში დაწყებული ეკონომიკური კრიზისის პირობებში, რომელიც კიდევ უფრო გაღრმავდა 1991-1993 წლებში, საქართველოში აღინიშნებოდა მედიკამენტებისა და სამედიცინო მოხმარების საგნების მწვავე დეფიციტი, რამაც განაპირობა ვეღური, არარეგულირებადი ფარმაცევტული ბაზრის ჩამოყალიბება. ვადაგასული, გაუვარგისებელი, ფალსიფიცირებული მედიკამენტების მავნე ზემოქმედება კიდევ უფრო აუარესებდა ისედაც შეჭირვებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამ ფონზე სრულიად ლოგიკური იყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთ მიმართულებად წამალპოლიტიკის რეფორმის აღიარება.

პირველ რიგში განსაკუთრებით საყურადღებო ცვლილებები განხორციელდა 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. მომზადდა ფარმაცევტული დაწესებულებების ლიცენზირების ახალი წესები და პირობები, სადაც მნიშვნელოვნად გამკაცრდა და საერთაშორისო სტანდარტებს მიუახლოვდა შესაბამისი მოთხოვნები. აფთიაქები გადავიდა ადგილობრივი თვითმმართველობების დაქვემდებარებაში. მოგვიანებით განხორციელდა მათი სრული პრივატიზაცია.

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

- ფარმაკოპეის სახელმწიფო კომიტეტი;
- წამლის ხარისხის კონტროლის სახელმწიფო ინსპექცია;
- ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვაზე კონტროლის რესპუბლიკური ინსპექცია.

საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის №400 ბრძანებულებით „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ“ მნიშვნელოვანი საგადასახადო შეღავათები დაუწესდა სამედიცინო დაწესებულებებსა და ფარმაცევტულ ორგანიზაციებს. კერძოდ:

- ყველა სამედიცინო დაწესებულება, საკუთრების ფორმის მიუხედავად, აგრეთვე სამედიცინო ინდუსტრიითა და სერვისით, სამკურნალო საშუალების და ავადმყოფის მოვლის საგნების შემოტანით და ვაჭრობით დასაქმებული სახელმწიფო საწარმოები გათავისუფლდნენ შემოსავლების ეროვნული ბანკისათვის სავალდებულო მიყიდვისაგან;
- სამედიცინო დაწესებულების, სამედიცინო პროფილის სასწავლო და სამეცნიერო დაწესებულებების წარმოებული სამედიცინო პროდუქციის და მომსახურების რეალიზაციიდან შემოსავლები, რომლებიც გამოყენებული იქნებოდა საკუთარი განვითარებისათვის განთავისუფლდა საბიუჯეტო გადასახადისგან;
- ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დაევალა საქართველოში შემოტანილი და საქართველოდან გატანილი მედიკამენტების, სამედიცინო დანიშნულების საგნების აღრიცხვა და ხარისხის კონტროლის უზრუნველყოფა;
- საქართველოს რესპუბლიკის საბაჟო დეპარტამენტს დაევალა საქართველოში სამედიცინო აპარატურის, მედიკამენტებისა და ავადმყოფის მოვლის საგნების შეუფერხებელი და საბაჟო გადასახდელის გარეშე შემოტანის უზრუნველყოფა.

ფარმაცევტული პრეპარატებისა და სამედიცინო მოხმარების საგნების იმპორტის გათავისუფლება საბაჟო და საბიუჯეტო გადასახადებისგან,

ფაქტობრივად მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის არაპირდაპირი სუბსიდირება იყო სახელმწიფოს მხრიდან.

1997 წლის 17 აპრილს პარლამენტმა მიიღო კანონი „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“, რომელმაც შექმნა ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევის მართლზომიერი პრაქტიკის სახელმწიფო უზრუნველყოფის სამართლებრივი საფუძვლები და განსაზღვრა ამ სფეროში ფიზიკური და იურიდიული პირების უფლება-მოვალეობები. კანონი ითვალისწინებდა მოსახლეობის უზრუნველყოფას ეფექტიანი, უსაფრთხო და მაღალი ხარისხის აუცილებელი (ესენციური) მედიკამენტებით.

კანონის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის კონსტიტუციური უფლების რეალიზაციისთვის სახელმწიფო პასუხისმგებელი გახდა:

- ა) მოსახლეობისათვის სასიცოცხლოდ აუცილებელი წამლების ხელმისაწვდომობაზე;
- ბ) სამკურნალო საშუალების ხარისხის უზრუნველყოფის ერთიანი სისტემის შექმნაზე;
- გ) წამლების, ვაქცინების, შრატების და ეპიდსაწინააღმდეგო საშუალებების სავალდებულო ასორტიმენტის მარაგის შექმნაზე.

1998 წელს ამუშავდა მსოფლიო ბანკის პირველი პროექტის ფარმაცევტული კომპონენტის ფარგლებში შექმნილი და თანამედროვე დონეზე აღჭურვილი წამლის ხარისხის კონტროლის ლაბორატორია.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ფარმაცევტული ბაზარი სპეციფიკურ რეგულირებას მოითხოვს, რაც უნდა უზრუნველყოს, ერთი მხრივ, სამკურნალოწამლო საშუალებებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და, მეორე მხრივ, თავისუფალი კონკურენცია.

ბუნებრივია, ამ მეტად რთული და წინააღმდეგოებით აღსავსე სფეროს რეგულირების გამოცდილება საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს იმ დროისთვის არ გააჩნდა. ნათელი იყო ფარმაცევტული პრეპარატების წარმოების, იმპორტის, საბითუმო და საცალო ვაჭრობის

განცალკევების უპირატესობა, მაგრამ, მთელი რიგი ობიექტური ფაქტორების გამო, ეს ვერ მოხერხდა.

ალბათ ძნელად მოიძებნება კანონი, რომელშიც, მისი მიღებიდან 25 წლის განმავლობაში, იმდენი ცვლილება და დამატება იქნა შეტანილი, რამდენიც კანონში „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“. შედეგად, 2010 წლისთვის საქართველოში პრაქტიკულად მთელ ფარმაცევტულ ბაზარს ოთხი მსხვილი კომპანია აკონტროლებდა, რომლებიც ფლობდნენ არა მარტო ფარმაცევტულ წარმოებასა და საბითუმო ბაზებს, არამედ სააფთიაქო ქსელსაც და ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე აყალიბებდნენ წამლის ფასებს. უფრო მეტიც, ეს კომპანიები აქტიურად ჩაერთნენ საავადმყოფოთა პრივატიზების პროცესში და მათ საკუთრებაში მყოფ სამკურნალო დაწესებულებებში მხოლოდ მათ მიერ წარმოებულ ან იმპორტირებულ პრეპარატებს მოიხმარდნენ.

აღნიშნულის ფონზე გასაკვირი არ უნდა იყოს, რომ ჩვენს ქვეყანაში მედიკამენტების ფასები უზომოდ გაბერილი აღმოჩნდა და 2020 წელს მათმა წილმა ჯანმრთელობის დაცვაზე მოსახლეობის ჯიბიდან გაწეული ხარჯების 62% შეადგინა.

ამიტომ, მისასალმებელია 2022 წლის ბოლოს „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილებების შეტანა. კერძოდ, კანონის 2009 წლის ცვლილების შედეგად, მუხლი 2 ჩამოყალიბებულ იქნა შემდეგნაირად – „სახელმწიფო პოლიტიკა ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევის სფეროში ითვალისწინებს ეფექტიანი, უსაფრთხო და ხარისხიანი ფარმაცევტული პროდუქტის არსებობას საქართველოს ბაზარზე“, რომელიც შეიცვალა ჩანაწერით – „სახელმწიფო პოლიტიკა ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევის სფეროში ითვალისწინებს ხარისხიან, უსაფრთხო და ეფექტიან ფარმაცევტულ პროდუქტებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას“. გარდა ამისა, კანონში 2022 წელს შეტანილი ცვლილებით მედიკამენტებზე წესდება ზღვრული ფასები, ხოლო დამრღვევებისთვის მკაცრი სანქციებია გათვალისწინებული. ამ ცვლილებებით კანონს, ფაქტობრივად, დაუბრუნდა პირვანდელი შინაარსი, რომლის თანახმად, სახელმწიფოს ვალდებულება ბაზარზე წამლის მხოლოდ არსებობით კი არ შემოიფარგლება, არამედ მისი ხელმისაწვდომობაც უნდა იყოს უზრუნველყოფილი.

ვფიქრობ, წამალპოლიტიკის მიმართულებით ხელისუფლების შემდეგი ნაბიჯი უნდა იყოს ფარმაცევტული პრეპარატებისა და სამედიცინო მოხმარების საგნების წარმოების, იმპორტისა და დისტრიბუციის, რომელიც ფარმინდუსტრიის სფეროს წარმოადგენს, სააფთიაქო ქსელიდან განცალკევება.

პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა

საბჭოურ მოდელზე აგებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა იყო ზედმიწევნით ცენტრალიზებული და მას ახასიათებდა ტოტალიტარული მიდგომა მართვის, დაფინანსების, მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვისა და სხვა სფეროებში. ჯანმრთელობის დაცვის მთელი ინფრასტრუქტურა სახელმწიფო საკუთრებას წარმოადგენდა, ხოლო მასში დასაქმებული პერსონალი სახელმწიფოს მიერ იყო დაქირავებული. ჯანდაცვის სტრატეგია და ტაქტიკა, მისი მოცულობა, განხორციელების საშუალებები და დანახარჯები განისაზღვრებოდა ცენტრალიზებულად და სრულიად უარყოფდა განვითარების ეკონომიკურ მოტივაციას. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოს მიერ გაცხადებული იყო მედიცინის პროფილაქტიკური ხასიათი, სინამდვილეში მისი ძალისხმევით უდიდესი ნაწილი ძირითადად მიმართული იყო სტაციონარულ მკურნალობაზე. სისტემის წარმატებით ფუნქციონირების ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებლად ითვლებოდა გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა, რაც, თავის მხრივ, იწვევდა სწრაფვას საწოლებისა და სამედიცინო პერსონალის უზომოდ გაზრდისკენ.

1994 წლის დასაწყისში საქართველოში ფუნქციონირებდა 421 სტაციონარული და 1357 ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულება, რომელთაგან 80% ამორტიზებულ შენობა-ნაგებობაში იყო განთავსებული, ხოლო 90%-ს არ გააჩნდა სისტემატური წყალმომარაგება და გათბობა. თითქმის განადგურებული იყო სანიტარული ავტოტრანსპორტი, რომლის ექსპლუატაცია ფერხდებოდა სათადარიგო ნაწილებისა და საწვავის მწვავე დეფიციტის გამო. პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა სამედიცინო დაწესებულებათა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შენარჩუნება.

შექმნილი უმძიმესი მდგომარეობიდან გამოსავალი სისტემის სახელმწიფოებრივი მართვის ადმინისტრაციული ფორმებისგან განთავისუფლებაში მდგომარეობდა, რომლის ერთ-ერთ ბერკეტს ჭარბი ინფრასტრუქტურის ფართომასშტაბიანი პრივატიზების დაწყება წარმოადგენდა. ამ პროცესის სამართლებრივი უზრუნველყოფისთვის დარგის რეორიენტაციის დაწყებამდე, 1995 წლის 30 ივნისს გამოვიდა საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება №392 „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტების პრივატიზების შესახებ“.

დადგენილებით დამტკიცდა დარგის რეორიენტაციის საკმაოდ ტევადი სამუშაოების თანმიმდევრული განხორციელების პროგრამა, რომლის რეალიზების შემდეგ, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ორგანიზაციული ფორმირება უნდა დაფუძნებოდა შემდეგ პრინციპულ მოთხოვნებს:

- სახელმწიფო საკუთრებაში უნდა დარჩენილიყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მხოლოდ ის ორგანიზაციები, რომლებიც შექმნილი იყო უშუალოდ სახელმწიფო ფუნქციების აღსასრულებლად ან რომელთა არსებობის ეკონომიკური პირობების უზრუნველყოფა შეუძლებელი იყო რომელიმე სხვა ორგანიზაციული ფორმით;
- ქვეყანაში ნებისმიერი იურიდიული ან ფიზიკური პირის სამედიცინო საქმიანობა რეგლამენტირებული იქნებოდა ერთიანი წესებით და ამგვარი საქმიანობის უფლებას გაცემდა მხოლოდ საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო;
- საქართველოში სამედიცინო საქმიანობის ფორმები, პირობები და წესები უნდა განესაზღვრა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს და მის მიერ გამოცემული კანონქვემდებარე აქტები თანაბრად სავალდებულო უნდა ყოფილიყო ქვეყნის ტერიტორიაზე სამედიცინო საქმიანობით დაკავებული ნებისმიერი სუბიექტისთვის – განურჩევლად მათი საკუთრების ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა, ისინი თანაბრად ანგარიშვალდებულნი ხდებოდნენ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს წინაშე.

1998-1999 წლებში განხორციელდა ჯერ აფთიაქების, შემდგომ კი სტომატოლოგიური დაწესებულებების სრული პრივატიზება.

სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი, წამლებისგან დაცარიელებული აფთიაქების პრივატიზების შედეგად შესაძლებელი გახდა ფარმაცევტული პრეპარატებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით ვაჭრობა ბაზრობების დახლებიდან აფთიაქებში გადატანილიყო. ამით მოხერხდა, ერთი მხრივ, მათი ხარისხის კონტროლის უზრუნველყოფა და, მეორე მხრივ, შეიქმნა ლეგალური სამუშაო ადგილები.

რაც შეეხება სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკებსა და კაბინეტებს, მათმა პრივატიზებამ ხელი შეუწყო კერძო ინვესტიციების მოზიდვას თანამედროვე ტექნოლოგიების დასანერგად, რაც საკმაოდ სწრაფად აისახა სტომატოლოგიური მომსახურების ხარისხზე, რომელიც გაუტოლდა განვითარებულ ქვეყნებში არსებულს და წამყვანი ადგილი დაიკავა უცხოელი პაციენტების მოზიდვასა და საქართველოს სამედიცინო ტურიზმისთვის მიმზიდველ ქვეყნად გადაქცევაში.

სამედიცინო დაწესებულებების ფართომასშტაბიან პრივატიზაციას ბიძგი მისცა საქართველოს პრეზიდენტის 1998 წლის 31 ოქტომბრის №615 ბრძანებულებამ „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტების პრივატიზების დაჩქარების შესახებ“, რომლითაც დამტკიცდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტების პრივატიზების სამწლიანი პროგრამა და პირველ ეტაპზე საპრივატიზაციო ობიექტების ნუსხა. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ პრივატიზების პროცესში პრიორიტეტი ენიჭებოდა ამ ობიექტებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისთვის მათი პირდაპირი წესით მიყიდვას.

პროგრამის პირობები ვრცელდებოდა ყველა სამედიცინო დაწესებულებაზე, განურჩევლად მათი უწყებრივი დაქვემდებარებისა, რომლებიც რეგისტრირებული იყვნენ დადგენილი წესით და მიღებული ჰქონდათ სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზია. პრივატიზების შემდეგ დაწესებულებას უნარჩუნდებოდა ლიცენზია, ხოლო მათი რეგისტრირება თავიდან ხდებოდა ახალი სამართლებრივ-ორგანიზაციული ფორმით.

სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზება განისაზღვრებოდა სპეციალური საპრივატიზებო ჯგუფების მიხედვით:

- „ა“ ჯგუფის ობიექტების პრივატიზების სავალდებულო პირობა იყო ვიწრო პროფილის შენარჩუნება და რენტაბელური სახელმწიფო შეკვეთის სავალდებულო შესრულება ათი წლის განმავლობაში;
- 1ბ“ ჯგუფის ობიექტების პრივატიზების სავალდებულო პირობა იყო სამედიცინო პროფილის შენარჩუნება ათი წლის განმავლობაში;
- „გ“ ჯგუფის ობიექტების პრივატიზება ხორციელდებოდა სავალდებულო პირობის გარეშე.

ობიექტებს განურჩევლად მათი უწყებრივი დაქვემდებარებისა საპრივატიზებო ჯგუფებად ანაწილებდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო და ამტკიცებდა საქართველოს პრეზიდენტი.

მართალია ქვეყნის მძიმე ეკონომიკურმა მდგომარეობამ და 1998 წლის მსოფლიო ფინანსურმა კრიზისმა შეაფერხა სამედიცინო ობიექტების პრივატიზების პროცესი, მაგრამ 2000 წელს, საქართველოსა და მსოფლიო ბანკის საერთაშორისო განვითარების ასოციაციას შორის „სტრუქტურული რეფორმების ხელშეწყობის პროექტის“ (SRS) ფარგლებში დაარსებულმა საქართველოს საავადმყოფოთა რესტრუქტურირების ფონდმა ახალი ბიძგი მისცა ამ პროცესს.

საავადმყოფოთა რესტრუქტურირების ფონდის მიზანს წარმოადგენდა საავადმყოფოთა და ჯანდაცვის სხვა ობიექტების პრივატიზებიდან შემოსული თანხების დაგროვება და შემდეგ მათი წარმართვა საავადმყოფოთა რესტრუქტურირების გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების განსახორციელებლად, კერძოდ:

- საავადმყოფოთა ოპტიმიზაციისა და რესტრუქტურირების შედეგად სახელმწიფო სექტორში დარჩენილ საავადმყოფოთა შენობების განახლება;
- სახელმწიფო სექტორში დარჩენილ საავადმყოფოთა თანამედროვე სამედიცინო აპარატურით აღჭურვა;
- დარჩენილი სამედიცინო პერსონალის გადამზადებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების უზრუნველყოფა.

საავადმყოფოთა რესტრუქტურირების ფონდის დახმარებით მოხერხდა საავადმყოფოების რაოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირება. კერძოდ, 1991

წელს ქვეყანაში არსებული 390 საავადმყოფოდან 2003 წლისთვის მათი რიცხვი 274-მდე შემცირდა, ხოლო საწოლთა ფონდი 55 190-დან 18 151-მდე, ანუ თითქმის სამჯერ შემცირდა.

ჰოსპიტალური სექტორის ოპტიმიზაციისთვის სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული ათწლიანი სტრატეგიული გეგმის თანახმად, 2010 წლისთვის საწოლთა ფონდი 13 ათასამდე უნდა შემცირებულიყო, ხოლო პრივატიზაციიდან შემოსული სახსრები, რომელთა საპროგნოზო ოდენობა 56 მილიონ აშშ დოლარს შეადგენდა, დარჩენილი საავადმყოფოების სრულ რეაბილიტაციას უნდა მოხმარებოდა.

„ვარდების რევოლუციის“ შემდეგ მოსულმა მთავრობამ პრაქტიკულად შეაჩერა საავადმყოფოთა რესტრუქტურის ფონდის საქმიანობა, ხოლო 2006 წელს ის საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის შემადგენლობაში შევიდა.

2007 წელს საქართველოს მთავრობამ მიიღო, ეგრეთ წოდებული, „100 საავადმყოფოს გეგმა“, რომელიც ითვალისწინებდა სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ყველა საავადმყოფოს პრივატიზებას პირდაპირი მიყიდვის წესით. კერძო ინვესტორებს დაეკისრათ მინიმუმ შვიდი წლის განმავლობაში საავადმყოფოების პროფილის შენარჩუნების ვალდებულება, რომლის შემდეგ მათ ეძლეოდათ უფლება, რომ საავადმყოფოების შენობა-ნაგებობები და შესაბამისი ტერიტორიები სხვა დანიშნულებით გამოეყენებინათ.

დაგეგმილი რეფორმა ვერ განხორციელდა რეგიონებში კერძო ინვესტორების ნაკლები დაინტერესების გამო. ამიტომ, მთავრობამ 2010 წელს კორექტივები შეიტანა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელებაში და კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებსაც ქვეყნის 26 რეგიონში გაუნაწილა სადაზღვევო კონტინგენტი, განუსაზღვრა თავიანთ სადაზღვევო რეგიონებში 2011 წლის ბოლომდე ახალი საავადმყოფოების აშენების ვალდებულება.

ამ გაუაზრებელი გადაწყვეტილების შედეგად შეიქმნა მდგომარეობა, რა დროსაც თითოეულ მუნიციპალიტეტში მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია იყო წარმოდგენილი, რითაც გაქრა სადაზღვევო ბაზრისთვის

აუცილებელი კონკურენტული გარემო, ხოლო კონკრეტული სადაზღვევო კომპანიები „კანონიერ“ მონოპოლისტებად გადაიქცნენ შესაბამის რაიონებში.

გარდა ამისა, დაზღვეულს ჩამოერთვა არა მარტო სადაზღვევო კომპანიის, არამედ მისთვის სასურველი სამედიცინო ორგანიზაციის არჩევის უფლებაც, რადგან იგი იძულებული გახდა შემოფარგლულიყო მხოლოდ მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით, რომელსაც ეს სადაზღვევო კომპანია თავისივე საკუთრებაში მყოფ საავადმყოფოში განახორციელებდა. ხაზგასასმელია, რომ ამით დაირღვა „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-8 მუხლი, რომლის თანახმად „პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი“.

მიუხედავად იმისა, რომ 2012 წელს ხელისუფლებაში მოსულმა ახალმა პოლიტიკურმა პარტიამ – „ქართული ოცნება – დემოკრატიული საქართველო“ გააუქმა სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვაში და მათ ნაცვლად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების უზრუნველყოფის განხორციელება დაევალა სოციალური მომსახურების სააგენტოს, შეფერხდა საავადმყოფოების ოპტიმიზაციის პროცესი. უფრო მეტიც, ბოლო წლებში გაიზარდა საავადმყოფოების რიცხვი, რომელთა დაფინანსების ძირითად წყაროს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა წარმოადგენს.

სტატისტიკური ინფორმაციით, 2011-წლიდან 2018 წლის ჩათვლით, საქართველოში საავადმყოფოების რაოდენობა 229-დან 272-მდე გაიზარდა. ჭარბი სამედიცინო ინფრასტრუქტურა ხშირ შემთხვევაში მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების გათვალისწინების გარეშე იქმნება. ამავდროულად, საავადმყოფოთა რიცხვის ზრდის ფონზე, არათანაბარია მათი სიმძლავრე და საწოლთა ფონდის დატვირთვა, რომელიც დღეს მხოლოდ 47%-ს უტოლდება, მაშინ, როდესაც, საერთაშორისო სტანდარტის შესაბამისად, რენტაბელობის მაჩვენებელი 80%-მდე უნდა იყოს.

საწოლთა არასათანადო დატვირთვა ზრდის მომსახურების ხარჯებს და ამცირებს ხარისხს, რადგან უარყოფით გავლენას ახდენს დაუტვირთავი პერსონალის კვალიფიკაციაზე, ხოლო მცირე საავადმყოფოებს განვითარებისა და მაღალტექნოლოგიურ აღჭურვილობაში ინვესტიციების შესაძლებლობა

არ გააჩნიათ. გარდა ამისა, საავადმყოფოების სიჭარბე ზრდის ადმინისტრაციულ, კომუნალურ და სხვა ხარჯებს, რაც სამედიცინო მომსახურების საერთო დანახარჯებზეც აისახება.

სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზების დაწყებისას მიმაჩნდა და ახლაც დარწმუნებული ვარ, რომ წარმატების მიღწევის გასაღები საკუთრების სხვადასხვა ფორმის (სახელმწიფო, მუნიციპალური, არამომგებიანი და კერძო) სამედიცინო ორგანიზაციების არსებობასა და კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის განვითარების ხელშეწყობაშია. ამით გაიზრდება კონკურენცია საკუთრების სხვადასხვა ფორმის მქონე სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტის მიერ მისთვის სასურველი, ფინანსურად ხელმისაწვდომი სამედიცინო დაწესებულების არჩევის შესაძლებლობას, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებას.

მედიცინის მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფა

ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტების ფართომასშტაბიანი პრივატიზაციის დაწყებისას ჩვენ კარგად გვქონდა გააზრებული, რომ ამ პროცესის უცილობელი თანმდევი იქნებოდა დარგში აკუმულირებული შრომითი და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაცია. ეს არ გულისხმობდა პერსონალის მხოლოდ რაოდენობრივი შეკვეცის აუცილებლობას, არამედ, უპირველეს ყოვლისა, მათ ხარისხობრივ განვითარებას. ცხადი იყო, რომ საქართველოს მოსახლეობას სჭირდებოდა ბევრად ნაკლები ექიმი, საავადმყოფო, საწოლი, ამბულატორიული დაწესებულება, მაგრამ ისიც უნდა ითქვას, რომ მას სჭირდებოდა ბევრად უკეთესი ექიმიც, საწოლიცა და სამედიცინო დაწესებულებაც.

სამედიცინო დაწესებულებების სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე გადასვლით შესაძლებელი გახდა ქვეყანაში საბაზრო ურთიერთობების განვითარებისთვის მეტად მნიშვნელოვანი ნაბიჯის გადადგმა – დარგში დასაქმებული 130 ათასზე მეტი ადამიანის ბიუჯეტური დაფინანსებიდან მოხსნა. ამ ფაქტმა მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა საერთაშორისო სავალუტო ფონდისა და სხვა მსხვილი ფინანსური ინსტიტუტების მხრიდან ქვეყნის

ეკონომიკის რეფორმირების მხარდაჭერაში, რადგან ისინი დარწმუნდნენ, რომ საქართველოში დემოკრატიისა და თავისუფალი საბაზრო ურთიერთობების დამკვიდრებისკენ სვლა შეუქცევადი პროცესი იყო.

საბიუჯეტო დაფინანსებიდან მოხსნილი სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის სოციალური დაცვის მიზნით, რეორიენტაციის დაწყებიდან უკვე ერთი თვის თავზე, 1995 წლის 13 სექტემბერს გამოიცა საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის №351 ბრძანებულება – „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროცესში სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკთა სოციალური დაცვის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“. ბრძანებულების თანახმად:

- სამედიცინო დაწესებულებებს დაევალებათ თითოეულ დასაქმებულთან, ყოველგვარი საშტატო ერთეულების შემცირებისა და თანამდებობრივი გადაადგილების გარეშე, საკონტრაქტო ხელშეკრულების გაფორმება;
- ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დამატებით გამოეყო სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკთა ორი თვის ხელფასი, 1995 წლის 1 აგვისტოს მდგომარეობით;
- სამედიცინო დაწესებულებებს, განურჩევლად უწყებრივი დაქვემდებარებისა და საკუთრების ფორმისა, მიეცათ საკუთარი ძირითადი ფონდების არაუმეტეს 30%-ის და პროფილით განსაზღვრული საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლის არაუმეტეს 20%-ის კანონით ნებადართული არაპროფილური საქმიანობისთვის გამოყენების უფლება, საიდანაც მიღებული შემოსავალი განთავსდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტში გადასახადისგან და უნდა მოხმარებოდა თანამშრომელთა შრომისა და ყოფის პირობების გაუმჯობესებას.

ამავე ბრძანებულებით განსაზღვრული იყო სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკთა სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ჩამოყალიბება, რომლის მიზანი უნდა ყოფილიყო დარგის მუშაკთა სოციალური დაცვის ღონისძიებათა მიზანმიმართული და თანმიმდევრული განხორციელება. სამწუხაროდ, ასეთი ინსტიტუციის შექმნა ვერ მოხერხდა, რასაც ხელი შეუშალა იმ წლებში ქვეყანაში არსებულმა მძიმე ეკონომიკურმა

მდგომარეობამ, რომელიც კიდევ უფრო გამწვავდა 1998 წლის მსოფლიო ფინანსური კრიზისის ფონზე.

მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვის კუთხით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო 2000 წელს საქართველოსა და მსოფლიო ბანკის საერთაშორისო განვითარების ასოციაციას შორის „სტრუქტურული რეფორმების ხელშეწყობის პროექტის“ (SRS) ფარგლებში დაარსებული საქართველოს საავადმყოფოთა რესტრუქტურირების ფონდის საქმიანობა, რომელიც, სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზებიდან შემოსული თანხების დაგროვებისა და მათი საავადმყოფოთა რესტრუქტურირების გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების წარმართვასთან ერთად, ახორციელებდა ადამიანური რესურსების პროგრამას, რომელიც ითვალისწინებდა გათავისუფლებულ თანამშრომელთა კომპენსაციის პაკეტით უზრუნველყოფას.

2001 წელს საავადმყოფოთა ოპტიმიზაციის შედეგად დათხოვნილი სამედიცინო პერსონალისთვის დაიწყო საკომპენსაციო პაკეტების გაცემა, რომელიც, დაკავებული თანამდებობისა და სამუშაო სტაჟის გათვალისწინებით, 800-1000 ლარის ფარგლებში იყო. 2001-2003 წლებში სამედიცინო დაწესებულებების ოპტიმიზაციისა და რესტრუქტურირების პროცესში დათხოვნილ პერსონალზე საკომპენსაციო პაკეტები გაიცა:

- ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი – 157 თანამშრომელზე;
- ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი – 194 თანამშრომელზე;
- აკად. ო. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი – 34 თანამშრომელზე;
- ოფთალმოლოგიისა და ნევროლოგიის ეროვნული ცენტრი – 186 თანამშრომელზე;
- დედოფლისწყაროს საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანება – 46 თანამშრომელზე;
- ფოთის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფო – 21 თანამშრომელზე;
- ლანჩხუთის სამედიცინო ცენტრი – 39 თანამშრომელზე;
- ქუთაისის დედათა და ბავშვთა ცენტრი – 62 თანამშრომელზე;

- სიდნაღის საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანება – 64 თანამშრომელზე;
- ლაგოდეხის სამედიცინო ცენტრი – 56 თანამშრომელზე;
- ბაღდათის სამედიცინო ცენტრი – 39 თანამშრომელზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დასაქმებული ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაციის აუცილებლობა დღევანდელ დღესაც მეტად მწვავე პრობლემად რჩება. ამჟამად საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში უფრო მეტი ექიმი მუშაობს, ვიდრე ექთანი, მაშინ, როდესაც, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გათვლით, სისტემის ნორმალური ფუნქციონირებისთვის ქვეყანაში ყოველ ერთ ექიმზე ოთხი ექთანი უნდა მოდიოდეს. ექთნების დეფიციტი ყველა ქვეყანაში აღინიშნება, მაგრამ ჩვენნაირი კატასტროფული მდგომარეობა ძალზე იშვიათია. მდგომარეობას კიდევ უფრო ამძიმებს საქართველოდან კვალიფიციური ექთნების დასავლეთის ქვეყნებში მიგრაციის მასშტაბის ზრდა.

ვფიქრობ, სისტემაში დასაქმებული ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაცია, რომელიც ექიმების ახალი ნაკადის ქვეყნის საჭიროებებთან დაბალანსებასა და საექთნო განათლების ფინანსურ სტიმულირებას უნდა მოიცავდეს, დღევანდელი ხელისუფლების ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტს უნდა წარმოადგენდეს.

სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირება

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ჯანსაღი ეკონომიკური მექანიზმების დამკვიდრებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებოდა სამედიცინო მომსახურების საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის პროცესში სახელმწიფო რეგულირების ფორმათა განსაზღვრას. ამ მიმართულებით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის ორგანიზაციებისთვის და მათში მომუშავე პერსონალისთვის სამედიცინო საქმიანობის უფლების მინიჭების სისტემის არსებობა, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ქვაკუთხედს წარმოადგენს.

სისტემის რეორიენტაციის დაწყების სამართლებრივი უზრუნველყოფისთვის 1994 წლის 5 ოქტომბერს საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტმა გამოსცა №728 დადგენილება – „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის ღონისძიებათა პირველი ეტაპის შესახებ“.

აღნიშნული დადგენილებით დამტკიცებულ ნორმატიულ დოკუმენტებს შორის იყო დროებითი დებულება „იურიდიულ და ფიზიკურ პირთათვის სამედიცინო საქმიანობის ნებართვის მიცემის შესახებ“, რომლის საფუძველზე დაიწყო სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების გადასვლა სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე. ამ პროცესის უზრუნველყოფის მიზნით შემუშავდა:

- იურიდიულ და ფიზიკურ პირთათვის სამედიცინო საქმიანობაზე ნებართვის მიცემის დებულება;
- სამეურნეოანგარიშიან სამედიცინო დაწესებულებათა წესდება;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის დებულება;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების დებულება.

ბუნებრივია, რომ რეორიენტაციის პროცესში, გამოცდილების დაგროვების პარალელურად, მიმდინარეობდა სხვადასხვა მიმართულებით განსახორციელებელი ღონისძიებების სრულყოფა, რომელთა შორის განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. ამ მიმართულებით სახელმწიფო რეგულირების ყველაზე მძლავრ ბერკეტს სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება წარმოადგენს, რომლის მექანიზმების სრულყოფისთვის 1997 წლის 4 იანვარს გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N4 – „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“, ხოლო 1998 წლის 8 ოქტომბერს საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N704 – „საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების შესახებ“.

1999 წლის 14 მაისს პარლამენტმა მიიღო კანონი „სამეწარმეო საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“, რომელიც აწესრიგებდა სამეწარმეო საქმიანობის ლიცენზირებასთან დაკავშირებულ ურთიერთობებს, განსაზღვრავდა ლიცენზიით ნებადართული სამეწარმეო საქმიანობის სახეებსა და ლიცენზიის გაცემაზე უფლებამოსილ სახელმწიფო ორგანოებს, ადგენდა ლიცენზიის გაცემის, შეზღუდვისა და გაუქმების წესსა და საფუძვლებს.

ამ კანონის აღსრულების მიზნით, 1999 წლის 1 ოქტომბერს გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 564 – „სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“, რომლითაც დამტკიცდა „სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ლიცენზირების დებულება“ და „სამედიცინო საქმიანობის იმ სახეობათა ნუსხა, რომლებიც ექვემდებარება ლიცენზირებას“.

რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალს, საბჭოთა კავშირში და მისი დაშლის შემდეგ საქართველოშიც, ექიმსა და ექთანს დამოუკიდებელი პროფესიული საქმიანობის იურიდიულ უფლებას შესაბამისი დიპლომის ფლობა ანიჭებდა. განვითარებული ქვეყნების უმრავლესობაში, დამოუკიდებელი პროფესიული საქმიანობის იურიდიული უფლების მოსაპოვებლად აუცილებელია კონკრეტული სამედიცინო ან საექთნო სპეციალობის ლიცენზიის ან სერტიფიკატის მოპოვება. ლიცენზია ან სერტიფიკატი გარკვეული ვადით (უმეტესწილად 5 წლით) გაიცემა, რომლის ამოწურვის შემდეგ აუცილებელია მისი მოქმედების გახანგრძლივება ქვეყანაში დადგენილი წესით.

კლინიკური პერსონალის ლიცენზირებისა და სერტიფიცირების პროცესი ზედმიწევნით საპასუხისმგებლო საქმე იყო, რომლის დაწყებას წინ უძღოდა მთელი რიგი მოსამზადებელი სამუშაოები.

1996 წლის 11 ივნისს გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N378 – „საქართველოში მედიცინის მეცნიერების მართვისა და დაფინანსების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“, რომლის თანახმად, უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელთა დიპლომიან კურსდამთავრებულებს დამოუკიდებელი პრაქტიკული საქმიანობის უფლება ეძლეოდათ სწავლების მესამე ეტაპის დამთავრების შემდეგ, სახელმწიფო სალიცენზიო გამოცდის ჩაბარების საფუძველზე. ამავე ბრძანებულებით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დაევალა საქართველოში სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირების პროცესის დაწყებისთვის საჭირო ნორმატიული აქტებისა და დოკუმენტების შემუშავება.

1996 წელს დამტკიცდა „ექიმთა და ფარმაცევტთა სპეციალობების ნუსხა“ და დებულება „უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო და ფარმაცევტული პერსონალის სახელმწიფო სერტიფიკატისა და სახელმწიფო ლიცენზიის

მინიჭების შესახებ“. დებულების თანახმად, კონკრეტულ საექიმო სპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის მოსაპოვებლად დიპლომირებულ მედიკოსს უნდა ჩაებარებინა სამეტაპიანი გამოცდა, რომელიც მოიცავდა თეორიული ცოდნის შემოწმებას ტესტირების გზით, კლინიკური უნარების შემოწმებას სიტუაციური ამოცანების ამოხსნის გზით და საგამოცდო კომისიასთან გასაუბრებას. გამოცდის წარმატებით დაძლევის შემთხვევაში, მაძიებელი დებულობდა საექიმო საქმიანობის უვადო ლიცენზიას და შესაბამისი სპეციალობის სახელმწიფო სერტიფიკატს ხუთი წლის მოქმედების ვადით.

სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ახალი ვადით გაგრძელებისთვის განსაზღვრული ღონისძიებების მიზანი იყო დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ პროფესიული კვალიფიკაციის ამაღლების, ახალი პროფესიული სტანდარტების, მეთოდებისა და ტექნოლოგიების ათვისების დადასტურება. სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ახალი ვადით გაგრძელების პირობა იყო სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარება ან უწყვეტი სამედიცინო განათლების კრედიტსაათების დადგენილი ოდენობით დაგროვება.

სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირების დაწყებამდე, თითოეულ საექიმო სპეციალობაში მომზადდა ტესტ-კითხვარები და სიტუაციური ამოცანები. პარალელურად დამუშავდა კომპიუტერული პროგრამა, რომელიც მყისიერად იძლეოდა გამოსაცდელი პირის თეორიული ცოდნის შეფასების საშუალებას. ბუნებრივია, ამ მეტად შრომატევადი სამუშაოს შესრულებას საკმაო დრო დასჭირდა.

1998 წელს დაიწყო მეან-გინეკოლოგების სერტიფიცირება. 1999 წელს ამ პროცესში ჩაერთვნენ პედიატრები, ქირურგები, თერაპევტები და ჰიგიენისტები, ხოლო 2000 წლიდან – დანარჩენი სპეციალობის ექიმები.

2001 წლის 8 ივნისს პარლამენტმა მიიღო კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, რომელშიც აღწერილია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოპოვების წესები, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მოვალეობები და პროფესიული პასუხისმგებლობა.

ექიმების სერტიფიცირების პარალელურად, განზრახული იყო საექიმო პერსონალისთვის დამოუკიდებელი პროფესიული საქმიანობის მინიჭების

დაწყებაც. სამწუხაროდ, ეს პროცესი, მთელი რიგი ობიექტური მიზეზების გამო, რომელთა შორის გამოსაყოფია საექთნო განათლების შედარებით დაბალი დონე და შრომით ბაზარზე მათი მწვავე ნაკლებობა, დღემდე ვერ დაიწყო.

სამწუხაროდ, 2004 წელს ნაციონალური მოძრაობის ხელისუფლებამ მიიღო ერთობ „პოპულისტური“ გადაწყვეტილება, რომლითაც გააუქმა ექიმთა რესერტიფიცირების პროცესი და უვადო გახადა ცალკეულ სპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მიმნიჭებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი. აღნიშნულ ნაბიჯს საფუძვლად დაედო აბსოლუტურად მცდარი მოსაზრება, თითქოს სამედიცინო ბაზარი თვითრეგულირების მექანიზმებს უნდა დაყრდნობოდა, ხოლო სამედიცინო პერსონალს თვითგანვითარების პრინციპებით უნდა ეხელმძღვანელა.

დღეისათვის საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლება ნებაყოფლობითია. დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის დამადასტურებელი სერტიფიკატი გაიცემა უვადოდ და ამ სერტიფიკატზე არ არის მიზმული მისი მიღების შემდგომ პროფესიული განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების (ან შენარჩუნების) კრიტერიუმები. შედარებისთვის, ყველა განვითარებულ ქვეყანაში და განვითარებადი ქვეყნების დიდ უმრავლესობაში უწყვეტ სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობა სავალდებულოა.

იმავე პერიოდში მნიშვნელოვნად შეიცვალა იურიდიული პირებისთვის სამედიცინო საქმიანობის უფლების მოპოვების წესებიც. სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ლიცენზია შეიცვალა სანებართვო მოწმობით, რომელიც სავალდებულო გახდა არა ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებისთვის, არამედ მხოლოდ საავადმყოფოებისა და იმ სტომატოლოგიური კლინიკებისთვის, რომლებიც რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს აწარმოებდნენ. შედეგად, ამბულატორიული ტიპის სამედიცინო საქმიანობის უფლების მოპოვება არანაირ ნებართვას აღარ საჭიროებს.

ზემოაღნიშნული ცვლილებებით სახელმწიფომ, ფაქტობრივად უარი თქვა ისეთ მნიშვნელოვან ფუნქციაზე, როგორცაა ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, რადგან სწორედ ხარისხის

უზრუნველყოფის ერთ-ერთ კარგად აპრობირებულ ინსტრუმენტს წარმოადგენს ჯანდაცვის დაწესებულებებისა და პერსონალისთვის სამედიცინო საქმიანობის იურიდიული უფლების მინიჭების პროცედურები.

იმის გათვალისწინებით, რომ უწყვეტ სამედიცინო განათლებას პირდაპირი კორელაციური კავშირი აქვს პაციენტის უსაფრთხოებასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან, საჭიროა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულოობის უზრუნველყოფა, რომელიც დაემყარება საუკეთესო საერთაშორისო გამოცდილებას. საქართველო ევროპული ორიენტაციის ქვეყანაა. სულ მალე ალბათ, ევროკავშირის წევრები გავხდებით და, ამდენად, სხვა მრავალ პარამეტრთან ერთად, სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაცია-ლიცენზირების და პერსონალის სერტიფიცირების სისტემებიც ევროგაერთიანების მოთხოვნების მიხედვით უნდა იყოს ჩამოყალიბებული.

სამედიცინო განათლების რეფორმა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის დაწყებამდე საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში შექმნილი იყო საგანგაშო მდგომარეობა, რომელიც ძირითადად განპირობებული იყო ქვეყნის ტერიტორიაზე მოქმედი სამედიცინო პროფილის სახელმწიფო და კერძო სასწავლებლებისა და ფაკულტეტების რაოდენობის გაუმართლებელი ზრდით.

1991 წლამდე საქართველოში არსებობდა მხოლოდ ერთი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი, რომელშიც მისაღები გამოცდების კონკურსი საკმაოდ მაღალი იყო. საბჭოთა განათლების სისტემისთვის დამახასიათებელი იყო ექიმთა ადრეული სპეციალიზაცია, რაც, ერთი მხრივ, გამოიხატებოდა უკვე პირველ კურსზე სპეციალობის (პედიატრი, ჰიგიენისტი) არჩევაში და, მეორე მხრივ, მე-6 კურსზე სამკურნალო ფაკულტეტის სუბორდინატურაში მედიცინის ძირითადი სპეციალობების (თერაპია, ქირურგია, მეან-გინეკოლოგია) მიხედვით ორიენტირებული განათლების მიღებაში. 1970-იან წლებში შემოვიდა დამატებით ერთწლიანი ინტერნატურა, რომლის ძირითადი დანიშნულება იყო ექიმის დიპლომის შემდგომი ტრენინგა მიღებულ

სპეციალობაში. რაც შეეხება სხვა სპეციალობების ექიმებს, მათი მომზადება ხორციელდებოდა ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში სპეციალურ ციკლებზე სწავლებით, რომელთა ხანგრძლივობა ერთიდან ხუთ თვემდე მერყეობდა.

განვითარებულ ქვეყნებში დიპლომამდე ეტაპზე სამედიცინო სასწავლებლებში ფაკულტეტებად დაყოფის პრაქტიკა არ არსებობს და ექიმი სპეციალისტების მომზადება იწყება დიპლომის შემდგომ ეტაპზე, რომელიც, სულ ცოტა, სამი წელი, ხოლო ზოგ სპეციალობაში რვა წლამდე გრძელდება.

სამედიცინო განათლების საბჭოთა სისტემა ხელს უწყობდა ექიმთა როგორც საერთო რაოდენობის, ისე ვიწრო სპეციალისტთა სიჭარბეს. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი ყოველწლიურად 600-800 კურსდამთავრებულ ექიმს უშვებდა შრომით ბაზარზე. 1980 წელს საქართველოში კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი 10 ათას მოსახლეზე 30,09-ს შეადგენდა, რაც თითქმის ორჯერ მეტი იყო საბჭოთა კავშირის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით. 1988 წელს კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი კიდევ უფრო გაიზარდა და 10 ათას მოსახლეზე 52,52 შეადგინა.

არსებული მდგომარეობა კიდევ უფრო გართულდა 1980-ანი წლების დასასრულს განვითარებული პოლიტიკური კატაკლიზმების პერიოდში, როდესაც 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 შევიდა ცვლილებები, ხოლო უზენაესმა საბჭომ დაამტკიცა დებულება „საქართველოს რესპუბლიკაში ფასიანი სასწავლებლების შესახებ“, რომლის საფუძველზე გაჩნდა კერძო უმაღლესი სასწავლებლების გახსნის შესაძლებლობა. შედეგად,

1996 წელს განათლების სამინისტროში ლიცენზირებული იყო 58 უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი, რომლებშიც 15 ათასამდე სტუდენტი სწავლობდა.

ამავე დროს არ შეიძლება არ აღინიშნოს, რომ საერო სამედიცინო სასწავლებლების გახსნას გარკვეული დადებითი მხარეც ჰქონდა. კერძოდ, 1995 წელს ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში უმაღლესი სამედიცინო განათლება აღდგა ჯერ მედიცინის სპეციალობის სახით ბიოლოგიისა და მედიცინის ფაკულტეტზე, ხოლო 2000 წელს მედიცინის ფაკულტეტად ჩამოყალიბდა. შეიქმნა რამდენიმე ინსტიტუტი სწავლების ორიგინალური პროგრამებითა და მეთოდებით; გაჩნდა კონკურენცია სასწავლებლებს შორის; სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებები ჩაერთო სწავლების პროცესში. დაბოლოს, ამ პროცესმა ხელი შეუწყო მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლებელთა კადრების შენარჩუნებას და მათ ფიზიკურ გადარჩენას ჩვენი ქვეყნისთვის მძიმე პერიოდში.

საქართველოს პრეზიდენტის 1996 წლის 11 ივნისის N379 ბრძანებულებით „საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“ დაიწყო უმაღლესი სამედიცინო განათლების ოპტიმიზაციის პროცესი. ბრძანებულების თანახმად, დროებით აიკრძალა საქართველოს ტერიტორიაზე ახალი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების, ფაკულტეტებისა და სექტორების გახსნა; დაიწყო სახელმწიფო რეგისტრაციისა და ლიცენზიის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების, ფაკულტეტებისა და სექტორების ატესტაცია და აკრედიტაცია; უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლები დაიყო ორეტაპიან (სწავლების ვადა, სულ ცოტა, 5 წელი – საბაზისო და კლინიკური დისციპლინები) და სამეტაპიან (სწავლების ვადა, სულ ცოტა, 7 წელი – საბაზისო და კლინიკური დისციპლინები და ორწლიანი ზოგადი რეზიდენტურა) სასწავლებლებად; სხვადასხვა სპეციალობის ექიმთა პროფესიული დონის ამაღლებისთვის შემოღებულ იქნა მათი მომზადება ზოგად და დარგობრივ რეზიდენტურებში; დაიწყო უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში მისაღები კონტინგენტის თანმიმდევრული ლიმიტირება.

სამედიცინო განათლების საკითხის განსაკუთრებული მნიშვნელობიდან გამომდინარე, 1997 წლის 4 ივლისს ჩატარდა განათლების თათბირ-სემინარი, რომელზეც განხილულ იქნა „სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა“. საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 13 ივლისის N101 განკარგულებით – „საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს პრეზიდენტის 1996 წ. 11 ივნისის N379 ბრძანებულების შესასრულებლად გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“ დამტკიცების შემდეგ, პროგრამა გახდა მთავრობის ძირითადი სამოქმედო დოკუმენტი მომავალი ხუთი წლის განმავლობაში.

სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა მოიცავდა ხუთ სტრატეგიულ მიმართულებას:

1. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი განათლების სრულყოფის საკითხში, რომლის მიზანი იყო 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 ეტაპზე კადრების მომზადების პროცესის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი რეგულირების საკითხებში, რომლის მიზანი იყო 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 მიზანი იყო 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 მიზანი იყო სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული მზადების პროცესის ხარისხის, კურსდამთავრებულთა და მოქმედი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მზადების მაღალი დონის უზრუნველყოფა და მისი შემდგომი გაუმჯობესების სტიმულირება.

1998 წლის განმავლობაში, სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ადგილობრივი სპეციალისტებისა და უცხოელი ექსპერტების მიერ ერთობლივად მომზადდა უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო სასწავლებლისათვის საგანმანათლებლო სტანდარტები და რეზიდენტურის პროგრამები ოჯახის ექიმის, შინაგანი მედიცინის, ინფექციურ სნეულებათა, კრიტიკული მედიცინის, პედიატრიის, ნევროლოგიის, ქირურგიის, ტრავმატოლოგია-ორთოპედიის, მეანობა-გინეკოლოგია და პერინატალური მედიცინის, რადიოლოგიის, ფსიქიატრიის, ფთიზიატრიის სპეციალობებში.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენდა ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის ჩამოყალიბება. უმაღლესი სამედიცინო განათლების საბჭოურმა სისტემამ გამოიწვია ექიმთა როგორც საერთო რაოდენობის, ისე ვიწრო სპეციალისტთა სიმრავლე და საკმაოდ დიდი დისბალანსი ზოგადი პრაქტიკის ექიმებსა და სპეციალისტებს შორის. არადა, სწორედ ზოგადი პრაქტიკოსები უნდა აწარმოებდნენ პირველად სამედიცინო მომსახურებას, რაც განსაკუთრებით ეფექტიანს და შედარებით იაფს ხდის მთლიანად სამედიცინო მომსახურებას. ამიტომაც, დარგში მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთი ქვაკუთხედი გახდა პირველად ჯანდაცვასა და ოჯახის ექიმებზე ორიენტირებულ სისტემაზე თანდათანობითი გადასვლა.

ამ მიმართულებით, ბრიტანულ „ნოუ-ჰაუ ფონდთან“ თანამშრომლობით შეიქმნა უბნის ექიმების ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექიმებად გადამზადების პროგრამა, მომზადდა ოჯახის ექიმების მასწავლებლები; თბილისის ხუთი პოლიკლინიკა გადაკეთდა საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრებად, რომლებშიც დაიწყო თბილისის პოლიკლინიკების უბნის ექიმების ოჯახის ექიმებად გადამზადება. მომდევნო წლებში საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები შეიქმნა ქვეყნის თითქმის ყველა რეგიონში.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში გამოიკვეთა სამუალო სამედიცინო პერსონალის ადგილისა და როლის ახლებური განსაზღვრის აუცილებლობა. საბჭოური მოდელის მიხედვით, ექთნები ნაკლებად კვალიფიცირებულნი იყვნენ და ძირითადად ექიმთა დამხმარეებს წარმოადგენდნენ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, საექთნო საქმე წარმოადგენს დამოუკიდებელ პროფესიას, რომელიც ემსახურება ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას, უზრუნველყოფს ავადმყოფის მოვლას და ზრუნავს მის გაჯანსაღებაზე.

საქართველოში ექთნის ფუნქციები გაცილებით ვიწრო იყო, ვიდრე სხვა ქვეყნებში. შესაბამისად, ექთნის სოციალური სტატუსი როგორც საზოგადოებაში, ისე სამედიცინო დაწესებულებაში გაცილებით დაბალი იყო. ექთნების დაბალ პროფესიულ დონეს იწვევდა საბაზისო განათლების დაბალი დონე და უწყვეტი განათლების სისუსტე. საჭირო გახდა ექთნის პროფესიის პრესტიჟის გაზრდა, რაშიც მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსმა, რომელმაც ორგანიზება გაუკეთა ექთნების სწავლებას საზღვარგარეთის საექთნო სკოლებში და ხელი შეუწყო საქართველოს ექთანთა ასოციაციის ჩამოყალიბებას.

1998 წლიდან ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურმა ცენტრმა დაიწყო მუშაობა ექთნების ახალი პროფესიული სტანდარტების დამუშავებაზე, სამედიცინო დაწესებულებების მთავარი და უფროსი ექთნების უფლება-მოვალეობების გაზრდაზე, საექთნო საქმის ორგანიზებისა და მართვის სფეროს გაფართოებაზე. ცენტრის ბაზაზე ახალი ტიპის ხელმძღვანელი ექთნების მოსამზადებლად ამოქმედდა ლიდერი ექთნის, ბებიაქალების, ექთან-ნეონატოლოგების კვალიფიკაციის ამაღლების, ზოგადი პრაქტიკის ექთნებად გადამზადების კურსები, სხვა უწყვეტი საექთნო განათლების პროგრამები.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მეტად მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება მენეჯერთა და ადმინისტრატორთა კვალიფიკაციას. ამ რგოლის სისუსტის გამო, მნიშვნელოვანი სიძნელეები იქმნებოდა დამოუკიდებელ სამართალსუბიექტებად გარდაქმნილი სამედიცინო ორგანიზაციების მუშაობაში. ამ თვალსაზრისით, ძალიან მნიშვნელოვანი იყო ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსის თბილისი-სკრენტონის პარტნიორული პროგრამის ფარგლებში, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრში შექმნილი ჯანდაცვის მენეჯერთა გადასამზადებელი მოკლევადიანი კურსების ორგანიზება, რომელთა დახმარებით სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებს საშუალება მიეცათ გაცნობოდნენ ჯანდაცვის ეკონომიკის, ადამიანური რესურსების მართვის, ლიდერობისა და ჯანდაცვის ორგანიზაციის მართვის სხვა სპეციფიკურ მეთოდებს. ამ კურსებისთვის მომზადებული ადგილობრივი პედაგოგებისა და მათი ამერიკელი პარტნიორების ძალისხმევით შესაძლებელი გახდა საქართველოს უნივერსიტეტებში ჯანდაცვის მენეჯმენტის საბაკალავრო და სამაგისტრო პროგრამების შექმნა.

1999 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ დაიწყო რეზიდენტურის პროგრამებით ექიმების მომზადების დაფინანსება.

საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 24 ნოემბრის N1478 ბრძანებულებით – „უმაღლესისშემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ“, თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის ბაზაზე ჩამოყალიბებულ საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიას დაეკისრა სამედიცინო პერსონალის უმაღლესის შემდგომი პროფესიული მზადების (რეზიდენტურა) და უწყვეტი სამედიცინო განათლების, ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის გადამზადების საბაზისო დაწესებულების ფუნქცია.

სასწავლო პროცესისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განმტკიცებისთვის 1997 წელს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს გადაეცა რესპუბლიკური ცენტრალური საავადმყოფო, ხოლო ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტს – ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ცენტრი.

პროფესიული განათლების სისტემის შეცვლით შეიქმნა ჯანდაცვის ბაზარზე კადრების მიწოდების სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ქვეყანაში ექიმ-სპეციალისტებზე არსებული მოთხოვნიდან გამომდინარე, განსაზღვრავდა რეზიდენტურის ადგილების რაოდენობას სპეციალობების მიხედვით და აფინანსებდა მათ.

სამწუხაროდ, 2005 წლიდან შეწყდა რეზიდენტურის დაფინანსება სახელმწიფოს მხრიდან და რეზიდენტურაში სწავლების საფასურის გადახდა თავად რეზიდენტებს დაეკისრათ, რაც არცერთ დასავლეთის ქვეყანაში არ ხდება. უფრო მეტიც, რეზიდენტებს, როგორც წესი, ხელფასს უხდიან, რადგან ისინი აქტიურ მონაწილეობას ღებულობენ სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში.

მართალია, 2015 წლიდან სახელმწიფომ დაიწყო ზოგიერთ დეფიციტურ სპეციალობაში რეზიდენტების მომზადების დაფინანსება, მაგრამ მათი რაოდენობა მხოლოდ მაღალმთიანი ან საზღვრისპირა რაიონებისთვის აუცილებელი სპეციალისტებით შემოიფარგლება.

დაბოლოს, შეიძლება დავასკვნათ, რომ საქართველოში არსებული სამედიცინო განათლების სისტემა (დიპლომამდელი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) საჭიროებს შემდგომ რეფორმირებას, რათა მოხდეს ექიმების ახალი ნაკადის ქვეყნის საჭიროებებთან დაბალანსება. რაც შეეხება საექონო განათლებას, მიმაჩნია, ხელისუფლებამ მაქსიმალურად უნდა შეუწყოს ხელი ექთნების საბაკალავრო განათლების პოპულარიზებას ეკონომიკური სტიმულების გამოყენების გზით.

სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა

სამედიცინო მეცნიერების განვითარება ჯანმრთელობის დაცვის რეორიენტაციის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულება იყო. ყოველგვარი პროგრესი თეორიულ თუ კლინიკურ მედიცინაში,

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციაში წარმოდგენელია შესაბამისი კვლევებისა და მეცნიერული უზრუნველყოფის გარეშე.

წარსულმა პერიოდმა, მთელ რიგ ნოვატორულ და ორიგინალურ კვლევებთან და მიღწევებთან ერთად, საკმაოდ მძიმე მემკვიდრეობაც დატოვა. 1995 წლისთვის საქართველოში ფუნქციონირებდა 31 სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი და მათთან გათანაბრებული დაწესებულება (სამედიცინო უნივერსიტეტისა და დიპლომისშემდგომი განათლების აკადემიის ჩათვლით), სადაც მუშაობდა 5824 მეცნიერ-თანამშრომელი. მათ შორის, 291 მეცნიერებათა დოქტორი და 1244 კანდიდატი. ამ დაწესებულებების მორალურად და მატერიალურად მოძველებული აღჭურვილობით საერთაშორისო სტანდარტების დონეზე სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების ჩატარება წარმოდგენელი იყო.

საბჭოთა კავშირის დაშლამდე სამეცნიერო თემატიკა იგეგმებოდა მოსკოვთან შეთანხმებით და ანგარიშგებაც მათთან მიმდინარეობდა. დაფინანსება წარმოებდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და მიმართული იყო არა კონკრეტული კვლევების, არამედ დაწესებულებების შენახვაზე.

შექმნილი მდგომარეობიდან გამოსვლის გზაზე განსაკუთრებული როლი ითამაშა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებულმა საქართველოს პრეზიდენტის 1996 წლის 11 ივნისის N37-ე ბრძანებულებამ – „საქართველოში მედიცინის მეცნიერების მართვისა და დაფინანსების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“, რომლის თანახმად, სამედიცინო პროფილის ყველა სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულება, განურჩევლად უწყებრივი დაქვემდებარებისა და საკუთრების ფორმისა, 1996 წლის ბოლომდე უნდა გადასულიყო სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობებზე, ხოლო მედიცინის მეცნიერების პრიორიტეტულ მიმართულებებად მომდევნო ხუთი წლისთვის განისაზღვრა:

- ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის მეცნიერული უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო განათლების მეცნიერული უზრუნველყოფა;
- 3-5-წლიანი ნაციონალური პროგრამების შემუშავება;

- არსებული ფედერალური და მუნიციპალური პროგრამების მეცნიერული უზრუნველყოფა;
- ეპიდემიოლოგიური და საინფორმაციო კვლევები.

სამედიცინო მეცნიერების რეფორმისთვის ეტაპობრივი მნიშვნელობა ჰქონდა 1996 წლის ნოემბერში ამერიკის შეერთებული შტატების ქალაქ ბეთესდაში ჩატარებულ ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტების, ჯონ ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრის, სამოქალაქო კვლევებისა და განვითარების ფონდის და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ერთობლივ სიმპოზიუმს, რომელიც მიემდგვნა საქართველოში სამედიცინო მეცნიერების პრიორიტეტების შერჩევისა და სამეცნიერო კვლევების დაფინანსების თანამედროვე მეთოდების დანერგვის პერსპექტივებს.

სიმპოზიუმში მონაწილე ქართველ მეცნიერთა ჯგუფი გაეცნო სამედიცინო მეცნიერების უმსხვილესი დამფინანსებლის – ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრისა და სამედიცინო კვლევებში მსოფლიო ლიდერის – ამერიკის ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტების სამეცნიერო მუშაობისა და კვლევების გრანტული წესით დაფინანსების პრინციპებს. ამერიკის მხარემ გამოხატა სრული მზადყოფნა, გაეწია მეთოდური და საკონსულტაციო დახმარება სამედიცინო მეცნიერების რეფორმისთვის საქართველოში, რამაც საკმაოდ მცირე დროში პრაქტიკული შედეგიც გამოიღო.

1997 წლიდან რადიკალურად შეიცვალა სამედიცინო მეცნიერების დაფინანსების პრინციპი. შემოდებულ იქნა გრანტული წესით დაფინანსების მეთოდი, რომელიც გულისხმობდა კონკრეტული მეცნიერული თემის და არა დაწესებულების დაფინანსებას. თემების შერჩევა უნდა განხორციელებულიყო კონკურსის საფუძველზე. მოდელად აღებულ იქნა ფოგარტის საერთაშორისო ცენტრის საერთაშორისო გრანტების გაცემის წესები, რომლებიც ადაპტირებულ იქნა საქართველოს სინამდვილესთან.

სამედიცინო მეცნიერების დაფინანსების ახალი პრინციპის პრაქტიკაში დანერგვისთვის შემუშავდა:

- სამეურნეოანგარიშიანი სამედიცინო სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულების ტიპური დებულება;

- სამედიცინო სამეცნიერო გრანტების მოსაპოვებლად განაცხადების წარდგენისა და მათი ექსპერტიზის ჩატარების წესები;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გრანტების გაცემისა და გრანტული წესით დაფინანსებული სამუშაოების შესრულების დებულება;
- ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის გრანტების საკოორდინაციო ჯგუფის დებულება;
- ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების დაფინანსების კომისიის დებულება.

ფინანსური რესურსების სიმწირის მიუხედავად, 1997-1998 წლებში სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გრანტული პრინციპით დაფინანსდა 63 სამეცნიერო კვლევა. ამავე პერიოდში მიმდინარეობდა მუშაობა მეცნიერებისა და განათლების ინტეგრირების მიმართულებით. განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდა საუნივერსიტეტო მეცნიერების განვითარებაზე, ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სისტემაში სამეცნიერო კვლევები ძირითადად ეგრეთ წოდებულ ნაციონალურ ინსტიტუტებში კონცენტრირდებოდა. ამ ინსტიტუტებს მიეკუთვნებოდა:

- ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი;
- დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი;
- ჰიგიენის ეროვნული ინსტიტუტი.

დანარჩენი სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები მაღალი დონის სპეციალიზებულ სამკურნალო დაწესებულებებად ჩამოყალიბდნენ ან მოხდა მათი უნივერსიტეტებთან ინტეგრირება.

განსაკუთრებულ აღნიშვნას საჭიროებს ის ფაქტი, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო იყო პირველი უწყება საქართველოში, რომელმაც დანერგა მეცნიერული კვლევების გრანტული წესით დაფინანსება. შედარებისთვის, იმავე პრინციპებით მომუშავე შოთა რუსთაველის საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდი მხოლოდ 2010 წელს დაარსდა. ამრიგად, ყოველგვარი გადაჭარბების გარეშე შეიძლება დავასკვნათ, რომ სამედიცინო მეცნიერების ქვეყანაში არსებული პოტენციალის შენარჩუნება და შემდგომი განვითარება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს გააზრებული პოლიტიკის შედეგი იყო.

სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოში განვითარებული მოვლენების ფონზე სრულიად მოიშალა სამედიცინო სტატისტიკის შეგროვებისა და დამუშავების სისტემა, რის გამოც არ არსებობს 1990-1995 წლებში ავადობის, სიკვდილიანობისა და სხვა სტატისტიკური მონაცემები, რომელთა გარეშე შეუძლებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება და მის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების დაგეგმვა.

შექმნილი მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით, 1995 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს გამოთვლითი ცენტრის ბაზაზე შეიქმნა სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი. 1996 წლიდან ცენტრმა დაიწყო სამეურნეო-ანგარიშიან ურთიერთობებზე გადასული სამედიცინო დაწესებულებებიდან სტატისტიკური მონაცემების მიღება, რომელთა წარმოება იურიდიულ და ფიზიკურ პირთათვის სამედიცინო საქმიანობაზე ნებართვის მიღების ერთ-ერთ პირობას წარმოადგენდა.

1997 წელს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრმა შეძლო დამოუკიდებელი საქართველოს სინამდვილეში პირველად გამოეცა სტატისტიკური ცნობარი „ჯანმრთელობის დაცვა“, საქართველო, 1996. ამ დროიდან მოყოლებული წარმოებს სტატისტიკური ცნობარის ყოველწლიური გამოცემა და მისი ტექსტის განთავსება დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ვებ-გვერდზე. შედარებისთვის, საბჭოთა კავშირში სამედიცინო სტატისტიკა დახურულ ინფორმაციას წარმოადგენდა და ის მხოლოდ სამსახურებრივი მოხმარებისთვის იყო გამიზნული.

1998 წლიდან ყოველწლიურად გამოიცემოდა „ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“, რომელიც წინა წლის სტატისტიკური მონაცემების სრულყოფილი ანალიზის საფუძველზე მზადდებოდა და დიდი სარგებლობა მოჰქონდა სახელმწიფო პოლიტიკის სტრატეგიული მიმართულებებისა და პრიორიტეტების განსაზღვრასა და შედეგების შეჯამებაში.

სტატისტიკური ცნობარისა და ეროვნული მოხსენების გარდა 1997 წლიდან რეგულარულად იბეჭდებოდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს წლიური ანგარიშები, რომელიც მოიცავდა ამომწურავ

ინფორმაციას საანგარიშო წლის განმავლობაში სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოების და მათი დაფინანსების მდგომარეობის შესახებ; სამინისტროს ყველა სტრუქტურული ერთეულის დეტალურ ანგარიშებს და მომდევნო წლის გეგმებს. აღნიშნული დოკუმენტები ხელმისაწვდომი იყო ნებისმიერი ორგანიზაციისა და კერძო პირისთვის, რაც ნათლად მიუთითებს, თუ რაოდენ გამჭვირვალე იყო რეორიენტაციის პერიოდში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საქმიანობა.

ეროვნული მოხსენებების ანალიზის საფუძველზე გადაიღვა შემდგომი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი – შემუშავდა და 1999 წელს დამტკიცდა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“ და „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა 2000-2009 წლებისთვის“. ამ დოკუმენტებით განისაზღვრა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი პრიორიტეტები, მიზნები, ამოცანები და მათი განხორციელებისთვის საჭირო რესურსები, რომლებიც ექსპერტულ გაანგარიშებებსა და საქართველოს ეკონომიკური განვითარების გრძელვადიან პროგნოზს ეფუძნებოდა.

ბუნებრივია, სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა მხოლოდ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვებისა და ანალიზის სისტემის შექმნით არ შემოიფარგლებოდა. არანაკლებ მნიშვნელოვანი იყო სისტემაში დასაქმებული ადამიანური რესურსებისთვის სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიური მიღწევებისადმი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

საკამათო არ უნდა იყოს, რომ თანამედროვე მსოფლიოს მთავარი მახასიათებელი ნიშანი და განვითარების მამოძრავებელი ძალა ინფორმაციის გაცვლაა. გასული საუკუნის 90-იან წლებში ამ სფეროში რაოდენობრივმა ცვლილებებმა ხარისხობრივი ნახტომი განაპირობა. შეიქმნა გლობალური კომპიუტერული ქსელი – ინტერნეტი, რომელიც 1995 წლის დასაწყისისთვის მსოფლიოს 90 ქვეყანას მოიცავდა. იმ პერიოდში ინტერნეტი საქართველოშიც იყო, ოღონდ ის დიდ ფუფუნებას წარმოადგენდა. სამედიცინო დაწესებულებების მხოლოდ მცირე ნაწილს გააჩნდა მასზე წვდომა.

ამ პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთ-ერთ განსაკუთრებულ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს ეროვნული საინფორმაციო სასწავლო ცენტრის

გახსნა, რომელიც ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო კავშირის ატლანტა-თბილისი პარტნიორული პროგრამის დახმარებით განხორციელდა.

საინფორმაციო ცენტრის სერვერის დახმარებით შესაძლებელი გახდა მის ლოკალურ ქსელში თბილისის სამედიცინო დაწესებულებების პირდაპირი ან სატელეფონო მოდემური კავშირით ჩართვა, ავტორიტეტულ სამეცნიერო ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიების გაცნობა და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო, ამერიკისა და ევროპის წამყვან სამედიცინო დაწესებულებებთან ვიდეოკონფერენციებისა და ტელემედიცინის სენსების გამართვა. ამით ქართველ მედიკოსებს საშუალება მიეცათ უცხოელ კოლეგებთან ერთად ემსჯელათ განსაკუთრებით რთული პაციენტების დიაგნოსტიკისა თუ მკურნალობის ტაქტიკის არჩევის საკითხებზე.

1996 წელს ამოქმედდა მსოფლიო ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პროექტი, რომლის ერთ-ერთი კომპონენტი – ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა – ითვალისწინებდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ანალიზის, შეფასებისა და გადაწყვეტილებათა მიღებისთვის აუცილებელი სტატისტიკური მონაცემების ხარისხის ამაღლებას. კომპონენტის ფარგლებში შეიქმნა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი მონაცემთა ბაზა, რომელშიც გაერთიანდნენ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, რკინიგზის დეპარტამენტი, შინაგან საქმეთა სამინისტრო და თავდაცვის სამინისტრო, ანუ ყველა ის უწყება, რომელსაც საკუთარი სამედიცინო სამსახური გააჩნდა. მომდევნო ეტაპზე განხორციელდა ჯანმრთელობის დაცვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვა სამხარეო და რაიონულ დონეზე, რომლებიც ინფორმაციული ქსელის მეშვეობით დაუკავშირდნენ ნაციონალურ მონაცემთა ბაზებს.

2001-2002 წლებში კანადის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთან თანამშრომლობით, სტატისტიკისა და ინფორმაციული სისტემების უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ხორციელდებოდა ჯანმრთელობის საინფორმაციო ტექნოლოგიებისა და ინფორმაციის მართვის სტრატეგიის განვითარების პროექტი, რომლის მიზანი იყო:

- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მართვის სპეციალისტების მომზადება;

- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის გამოყენების შესაძლებლობების გაუმჯობესება;
- ჯანმრთელობის იზოლირებული საინფორმაციო სისტემებიდან ინტეგრირებულ საინფორმაციო სისტემებზე გადასვლის უზრუნველყოფა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში ფაქტობრივად ნოლიდან ჩამოყალიბდა ახალი სამედიცინო საინფორმაციო სამსახური, რაშიც მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ და მისმა ევროპის რეგიონულმა ბიურომ. მათი ტექნიკური მხარდაჭერით მოხერხდა ცენტრალური დონის სამედიცინო სტატისტიკის მონაცემთა ბაზის განვითარება, ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემების დანერგვა სამხარეო და რაიონულ დონეზე, ინფორმაციული ქსელის შექმნა სამხარეო და ნაციონალური მონაცემთა ბაზების დასაკავშირებლად, რეგულარული სტატისტიკური გამოცემების ხარისხის გაუმჯობესება, შობადობისა და სიკვდილიანობის რეგისტრაციისა და ანგარიშგების სრულყოფა. საბოლოო ჯამში, დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა იყო პირველი უწყება, რომელმაც შეძლო საკუთარი საქმიანობის ანალიზის, შეფასებისა და შემდგომი გადაწყვეტილებების მიღებისთვის აუცილებელი სტატისტიკური მონაცემების ხარისხის უზრუნველყოფა.

სწორედ უტყუარ სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით, 1998 წელს მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სტრუქტურაში დემოგრაფიის დეპარტამენტის შექმნის თაობაზე. იმ პერიოდში ქვეყანაში უმძიმესი დემოგრაფიული ვითარება იყო. გარდამავალ პერიოდში განვითარებული ღრმა ეკონომიკური კრიზისის, უკიდურესი სიღატაკისა და გარედან თავსმოხვეული კონფლიქტების ფონზე ჩამოყალიბდა მოსახლეობის რიცხვის აბსოლუტური კლების ტენდენცია. მისი ძირითადი მიზეზი გაძლიერებული გარე მიგრაცია და, განსაკუთრებით, შობადობის კრიზისულ ზღვრამდე დაცემა იყო. თუ 1980-იან წლებში საქართველოში ყოველწლიურად 100 ათასზე მეტი ბავშვი იბადებოდა, 1997-1999 წლებში მათი რიცხვი 46-47 ათასამდე შემცირდა. 1000 მოსახლეზე შობადობის ჯამობრივი მაჩვენებელი 1990 წლის 2,16-დან 1999 წელს 1,44-მდე დაეცა. შობადობის შემცირება მჭიდროდ უკავშირდება ქორწინებათა

რიცხოვნობის შემცირებას. იმავე პერიოდში ქორწინების მაჩვენებელი საქართველოში თითქმის სამჯერ შემცირდა. ოჯახის დაგეგმვის პროცესში სულ უფრო ფართოდ დამკვიდრდა ერთი ან ორი ბავშვის ყოლა. ამასთან, უმეტესწილად, პირველი ბავშვის დაბადების შემდგომ ოჯახი ცდილობდა, სამომავლოდ გადაედო მეორე ბავშვის გაჩენა.

ასეთ ვითარებაში, პირველად საქართველოს ისტორიაში, აღმასრულებელ ხელისუფლებაში, კერძოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში, დემოგრაფიის დეპარტამენტის სახით სპეციალური სამთავრობო სტრუქტურის შექმნა, უწინარეს ყოვლისა, ნიშნავდა, რომ ხელისუფლება უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებდა დემოგრაფიის სფეროში ერთიანი სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებას, მოსახლეობის კვლავწარმოების ოპტიმალური რეჟიმის უზრუნველყოფას.

დემოგრაფიის დეპარტამენტი ფართო მუშაობას ეწეოდა სწორი საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებისა და დემოგრაფიული განათლების ასამაღლებლად. შესწავლილ იქნა ქვეყნის მოსახლეობის ეროვნული შემადგენლობა და ასაკობრივი სტრუქტურა, ეთნოგრაფიული პროცესების თავისებურებები, შეიქმნა ავადობისა და სიკვდილიანობის მონაცემთა ბაზა რეგიონულ ჭრილში. მომზადდა ქვეყნის დემორგრაფიული კრიზისიდან გამოყვანის რეკომენდაციები, რომელიც, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებაზე მიმართულ ღონისძიებების გარდა, გულისხმობდა ახალგაზრდა ოჯახებისა და მათი გამრავლების მატერიალურ სტიმულირებას.

სამწუხაროდ, იმ პერიოდში ქვეყანის ეკონომიკა 1998-1999 წლების მსოფლიო ფინანსური კრიზისიდან ჯერ კიდევ ბოლომდე არ იყო გამოსული, რის გამოც სახელმწიფოს არ გააჩნდა დემოგრაფიული ვითარების გაჯანსაღებისთვის აუცილებელი რესურსები.

მომდევნო წლებში, ეკონომიკური აღმავლობის მიუხედავად, დეპოპულაციის პროცესი გაგრძელდა და მისი შეჩერება ქვეყნის ხელისუფლების უმთავრესი პრიორიტეტი უნდა გახდეს. დემოგრაფიული კრიზისის გამწვავებაში გარკვეულ როლს ახალგაზრდა, შრომისუნარიანი მოქალაქეების გაზრდილი გარე მიგრაცია თამაშობს, თუმცა, უმთავრესი ფაქტორი ის გარემოებაა, რომ ამჟამად რეპროდუქტიულ ასაკში ძირითადად ის ქალები არიან, რომლებს

ქვეყანაში შობადობის ორჯერ შემცირების პერიოდში დაიბადნენ და, აქედან გამომდინარე, მათი რიცხვიც ორჯერ ნაკლებია. ამგვარი ვითარების გაგრძელების შემთხვევაში, 2050 წლისთვის საქართველოში შობადობა უკიდურესად შემცირდება და ერი სრული დეპოპულაციის საშიშროების ქვეშ აღმოჩნდება.

მიმაჩნია, რომ სრულყოფილი დემოგრაფიული პოლიტიკის შექმნა და მისი განხორციელება, რომელიც, უპირველესყოვლისა, მიმართული იქნება შობადობის შემცირების პროცესის შეჩერებასა და ტრადიციული მრავალთაობიანი ქართული ოჯახების აღდგენაზე, საქართველოს ხელისუფლებისა და მოსახლეობის განსაკუთრებული ზრუნვის საგანი უნდა გახდეს. ამისთვის კი, საჭიროა შესაბამისი სახელმწიფო პროტექციონისტური პოლიტიკის გატარება ადეკვატური სამართებლივი და ეკონომიკური ბერკეტების ეფექტიანი გამოყენებით.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი დანერგვის სტრატეგიული გეგმა

1994 წლის 23 დეკემბრის შემდეგ, როდესაც გამოიცა საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის ბრძანებულება №400 – „საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ“, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებისთვის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან თარიღად მიმაჩნია 2000 წლის 5 მაისი. ამ დღეს გამოიცა საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №179 – „საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლების განხორციელების გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“, რომლითაც საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალურ საფუძვლებთან ერთად დამტკიცდა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“ და „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა 2000-2009“.

ამ დოკუმენტებით განისაზღვრა არა მარტო მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი პრიორიტეტები, მიზნები და ამოცანები, არამედ მათ განხორციელებაზე პასუხისმგებელი უწყებები და ორგანიზაციები,

აუცილებელი რესურსები და შესრულების მონიტორინგის ინდიკატორები. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი დანერგვის სტრატეგიული გეგმა გახდა დარგის განვითარების მნიშვნელოვანი მამოძრავებელი ძალა. მისი მეშვეობით ჩვენ გვსურდა ხორცი შეგვესხა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მოწოდებისთვის წვერი სახელმწიფოებისადმი – „საკუთარი ამოცანების ჩამოყალიბებისას დაეყრდნით დღევანდელი დღის რეალობას და ოცნებას ხვალინდელ დღეზე“.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ქვეყნის განვითარების ერთ-ერთი უმთავრესი მაჩვენებელია და შეესაბამება არსებულ ეკონომიკურ მდგომარეობას. ცნობილია, რომ საზოგადოების განვითარება არის ადამიანთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი და ამ მიმართულებით წარმართული ყოველი ძალისხმევა მთელი ერის პრეროგატივაა. ამიტომ შევეცადეთ, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებაში ქვეყნის სამედიცინო, და არამართო სამედიცინო, საზოგადოების რაც შეიძლება მეტი წარმომადგენელი ყოფილიყო ჩართული.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მომზადებაში განსაკუთრებულ დახმარებას გვიწევდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული დირექტორი ჯო ასვალი. მისი უშუალო მხარდაჭერით, 1997 წლის 12 ოქტომბერს თბილისში ჩატარდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო კონფერენცია, რომლის მუშაობაში ქართველ მედიკოსებთან ერთად მონაწილეობას იღებდნენ უცხოელი ექსპერტებიც. კონფერენციაზე განისაზღვრა მომავალი პოლიტიკის გრძელვადიანი პერსპექტიული მიზნები და ერის ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარების ძირითადი პრიორიტეტები. გადაწყდა, რომ სახელმწიფოებრივი მიზნები მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში:

- უნდა გამომდინარეობდეს ქვეყნის კულტურული მემკვიდრეობიდან;
- იყოს უმნიშვნელოვანესი მოსახლეობის უმეტესი ნაწილისათვის;
- შეესატყვისებოდეს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეს;
- ასახავდეს ეთნიკურ სპეციფიკურობასა და გამოცდილებას;
- იყოს თავისუფალი იდეოლოგიისგან;

- ასახავდეს ქვეყნის საერთაშორისო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მიმართულებას;
- იყოს მეცნიერულად დასაბუთებული.

კონფერენციის დასრულების შემდეგ დაიწყო აქტიური მუშაობა პოლიტიკის დოკუმენტის მომზადებაზე, რომელშიც ქართველ ექსპერტებთან ერთად აქტიურ მონაწილეობას ღებულობდნენ უცხოელი კონსულტანტები, რომელთა შორის განსაკუთრებით გამოსაყოფია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიუროს კონსულტანტი ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავების საკითხებში, ნორვეგიის ტრომსოს უნივერსიტეტის პროფესორი ტურალფ ჰასვოლდი.

მომდევნო 1998 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრში ჩატარდა ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტის განხილვისადმი მიძღვნილი სამი კონფერენცია, რომლებზეც ხდებოდა სხვადასხვა სამედიცინო ორგანიზაციის, საგანმანათლებლო დაწესებულების, პროფესიული ასოციაციისა და საზოგადოების ფართო ფენების წარმომადგენელთა შენიშვნებისა და წინადადებების განხილვა.

იმ პერიოდში საქართველო, პოსტსოციალისტური ქვეყნების უმრავლესობის მსგავსად, დაავადებათა სტრუქტურის მხრივ, განიცდიდა ორი სახის ზეწოლას, რომელიც დამახასიათებელია როგორც განვითარებადი, ისე განვითარებული ქვეყნებისთვის. კერძოდ, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენდა კარდიოვასკულური, ონკოლოგიური დაავადებები და უბედური შემთხვევები. ამასთან ერთად, გავრცელებული იყო რიგი ინფექციური დაავადებებიც. ამიტომ, პრიორიტეტების შერჩევის კრიტერიუმებად გამოყენებული იქნა:

- მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი მიზეზები;
- მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვა პრიორიტეტით;
- პრიორიტეტის ეკონომიკური ეფექტიანობა.

ჩატარებული მუშაობის შედეგად, 2010 წლამდე საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად მიჩნეულ იქნა:

- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება

საქართველოში იყო უმწვავესი დემოგრაფიული სიტუაცია. შეკვეცილი კვლავწარმოება (დაბალი შობადობა, დედათა და ბავშვთა მაღალი სიკვდილობა) და გაძლიერებული გარე მიგრაცია ქმნიდა დეპოპულაციის საშიშროებას. ამ პირობებში განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის შემცირებას. გარდა ამისა, მოსახლეობის საერთო გაჯანსაღების თვალსაზრისით, ძალზე მნიშვნელოვანი იყო „კეთილსაიმედო სტარტი“, ანუ განსაკუთრებული ზრუნვა ახალშობილებზე პრე- და პოსტნატალურ პერიოდებში, როდესაც მრავალი დაავადების საფუძველი ყალიბდება.

- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება

ისევე, როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში (განსაკუთრებით განვითარებულ ქვეყნებში), საქართველოშიც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს პირველი ადგილი ეკავათ ავადობისა და სიკვდილობის სტრუქტურაში. ამიტომ, ამ დაავადებათა პრევენციასა და ავადმყოფთა მოვლას ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილობის შემცირებასა და საერთო გაჯანსაღებაში.

- ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება

ონკოლოგიურ დაავადებებს საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურაში მეორე ადგილი ეკავა. იმ წლებში ქვეყნის საერთო ეკონომიკური დონის დაქვეითებამ და მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ ფინანსური ბარიერი შეუქმნა ავადმყოფებს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების მიღებისას, რაც შესაძლოა გახდა მიზეზი იმისა, რომ ავთვისებიან სიმსივნეთა პირველად დადგენილი დიაგნოზების უმეტესი ნაწილი (37,5%) მეოთხე სტადიაზე მოდიოდა. სწორედ ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭებოდა ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციას, ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას.

- ტრავმატიზმის შემცირება

საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურაში ტრავმატიზმს მესამე ადგილი ეკავა. სატრანსპორტო საშუალებათა რაოდენობისა და ქვეყნის სატრანზიტო როლის მნიშვნელოვან ზრდას თან სდევდა ტრავმების მატება.

ამავე დროს, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭებოდა დასაქმებულთა შრომის უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, ვინაიდან, ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასთან ერთად, წარმოჩნდებოდა საწარმოო ტრავმატიზმის პრობლემა. ტრავმატიზმით გამოწვეული ინვალიდობა და შრომისუუნარობა საკმაოდ მძიმე ტვირთად აწვება ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სფეროებს. ამიტომ, უბედურ შემთხვევათა და ძალადობით გამოწვეულ დასახიჩრებათა, ინვალიდობის, სიკვდილობისა და სხვა ფსიქიკური თუ ფსიქოლოგიური შედეგების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა დანერგვას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭებოდა ტრავმატიზმის შემცირებისთვის.

- გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება

იმ წლებში საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკურმა და სოციალურ-ეკონომიკურმა პროცესებმა გამოიწვია როგორც მთლიანად მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესება და იმუნური სტატუსის დაქვეითება, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ბევრი რგოლის მუშაობის დასუსტება. როგორც შედეგი, მკვეთრად გაიზარდა ზოგიერთი ინფექციური და სოციალურად საშიში დაავადებით ავადობის სიხშირე. ამიტომ ძალზე დიდ მნიშვნელობას იძენდა ინფექციურ სნეულებათა გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლა, პრევენცია, დროული დიაგნოსტიკა და ავადმყოფების კვალიფიციური დახმარება, ვინაიდან სწორედ ინფექციური სნეულებებით ავადობის მაჩვენებელი ასახავს ქვეყნის განვითარებისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის რეალურ დონეს.

- ფსიქიკური ჯანმრთელობა

როგორც მთლიანად სახელმწიფოში, ისე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მძიმე მატერიალური მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმწვავეით აისახა ისეთ სპეციფიკურ დარგზე, როგორც არის ფსიქიატრია. დაავადებათა ქრონიკულმა ბუნებამ, მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის საჭიროებამ, ავადმყოფთა სოციალურად საშიშმა ქმედებებმა და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში შექმნილმა კრიტიკულმა სიტუაციამ განაპირობა ამ დარგის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსების აუცილებლობა. სწორედ ამის გამო, ფსიქიატრიული დახმარება იყო ჯანმრთელობის დაცვის ერთ-ერთი პრიორიტეტი.

- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება მოსახლეობის ავადობის შემცირებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი როლი ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებს ენიჭება, რაც გულისხმობს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას და ჯანმრთელობისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას. ეს განსაკუთრებით აქტუალური იყო საქართველოსთვის, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაფინანსება დეფიციტური და არასტაბილური იყო. ამდენად, მრავალი მწვავე თუ ქრონიკული დაავადების პრევენცია შესაძლებელი იყო ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და მოსახლეობაში ფართოდ დანერგვის გზით, რაც მთლიანობაში შეამცირებდა „ავადობის ტვირთს“. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად აუცილებელი იყო საზოგადოების სხვადასხვა ფენის ფართო ძალისხმევა, რაც გულისხმობდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებში, ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის გარდა, სხვა სექტორების აქტიურ მონაწილეობას.

- ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემის გადაჭრა

საქართველოში განსაკუთრებით მწვავედ იდგა გარემოს დაბინძურების თავიდან აცილებისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების პირობებზე მისი უარყოფითი ზეგავლენის შემცირების პრობლემა. ეკონომიკური კრიზისის პირობებში უკანა პლანზე მოექცა და მოიშალა სანიტარიულ-ჰიგიენური და გარემოს დაცვით ღონისძიებათა სისტემა. აღნიშნულმა განაპირობა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის პრობლემა, პირველ რიგში, უსაფრთხო სასმელი წყლითა და კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფა. ამასთან, მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ განაპირობა შიმშილიც; დაბალკალორიული კვების, საკვების სხვადასხვა კომპონენტის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემები (მაგალითად, იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტი). დღის წესრიგში იდგა ბუნებრივი, ტექნოგენური (ქიმიური და რადიაციული) და სხვა კატასტროფების, აგრეთვე საომარი კონფლიქტების შედეგების ლიკვიდაცია. ყოველივე ამის განხორციელება მხოლოდ მჭიდრო მულტისექტორული თანამშრომლობის საფუძველზე იყო შესაძლებელი.

პრიორიტეტებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნებს წარმოადგენდა:

- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა სოციალური და ინდივიდუალური უფლებების უზრუნველყოფა;
- ჯანდაცვის შესაძლებლობებში თანასწორუფლებიანობის მიღწევა მოსახლეობის ყველა ჯგუფისთვის, მიუხედავად ეროვნებისა, სქესისა, ასაკისა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, პოლიტიკური და რელიგიური მრწამსისა, სექსუალური ორიენტაციისა და სხვა;
- ადამიანის ჯანმრთელობისთვის მდგრადი უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბება;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად გამიზნულ ღონისძიებათა სტიმულირება (თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარების შემცირება, განსაკუთრებით ახალგაზრდებს შორის);
- მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის უსაფრთხო სასმელი წყლით;
- მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის ჯანმრთელი, მრავალფეროვანი საკვებით;
- საკვები კომპონენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა პრევენცია;
- ჯანმრთელი კვების პროპაგანდა;
- მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა;
- ახალშობილთა სიკვდილობის შემცირება;
- დედათა სიკვდილობის შემცირება;
- მოსახლეობის ავადობის შემცირება.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მომზადებული პროექტის ფართო განხილვას მიემდგვნა 1999 წლის 4 მაისს ჩატარებული კონფერენცია საქართველოში არსებული საერთაშორისო და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენელთა მონაწილეობით.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავება და მიღება წარმოადგენდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართულ უმნიშვნელოვანეს ქმედებას, მაგრამ მისი მომზადება მხოლოდ ერთ-ერთი ეტაპი იყო, რომლის შემდგომ გადაამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებოდა

პოლიტიკის განხორციელებას დარგთაშორისი თანამშრომლობის გზით სხვადასხვა დონეზე.

სწორედ ამ მიზნით, იმავე წელს შეიქმნა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა, რომლის მეშვეობითაც მთავრობას უნდა გაეზარდა თავისი როლი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დაგეგმვაში, დაფინანსებაში და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში.

ამ გეგმის თანახმად, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის დეტალური სტრატეგიები მოიცავდა 2000-2009 წლების პერიოდს. გეგმა განსაზღვრავდა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტულ მიმართულებებს და არსებული პრობლემების გადაჭრის გზებს. ის ითვალისწინებდა ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობას და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რესურსებს, რომლებიც სამართლიანად და ეფექტურად უნდა გადანაწილებულიყო.

დოკუმენტის ყურადღების ცენტრში იყო რიგი ურთიერთდაკავშირებული საკითხები:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაგეგმვა;
- სიტუაციური ანალიზი;
- 21-ე საუკუნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხედვა;
- სტრატეგიის დანერგვა.

სტრატეგიულ გეგმაში მოცემული იყო ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის სპეციფიკური მიზნების განსაზღვრა. განხილული იყო ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანდაცვითი ღონისძიებების გავლენისა და ეფექტურობის შეფასების პრობლემები. ეს იყო პირველი ყოვლისმომცველი დოკუმენტი, რომელსაც ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი განხორციელების სტრატეგია პრაქტიკულ საქმიანობად უნდა გადაექცია.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა მომზადებული იყო პოლიტიკის შემმუშავებლებისთვის, ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალებისთვის, სხვა სექტორების წარმომადგენლებისა და

სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლებისთვის. მასში მოცემული მაჩვენებლები დაეხმარა საერთაშორისო საზოგადოებრიობას ინვესტიციების მიმართვაში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის საჭიროებათა შესაბამისად.

დოკუმენტი ქმნიდა საკონსულტაციო რესურსს და ჩარჩოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო და კერძო სექტორების საქმიანობისთვის. იგი განსაზღვრავდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისა და მისი მიმწოდებლების პოლიტიკას და მოიცავდა სხვადასხვა სექტორს. სამოქმედო გეგმის ფორმულირება, ირჩევდა რა მიზნების განხორციელების ყველაზე ოპტიმალურ გზას, უზრუნველყოფდა წესრიგს თითოეული ღონისძიების ორგანიზებაში.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიის კონცეფციის ჩამოყალიბების პროცესში აუცილებელი იყო სისტემის რესურსების შეფასება სხვადასხვა სექტორში არსებული შესაძლებლობებისა და საშიშროებების გათვალისწინებით. გარემო, რომელშიც მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ზედმიწევნით ცვალებადია. ამიტომ, ეფექტური სტრატეგიის შემუშავება მოითხოვდა სისტემის დაგეგმვის პროცესში შესაბამისი ცვლილებების გათვალისწინებას როგორც მის შიგნით, ისე მის გარეთ. მხედველობაში იყო მისაღები მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის (პაციენტები, საზოგადოებრიობა, დაქირავებულები, მენეჯერები, პოლიტიკოსები და სხვა) ინტერესები.

სტრატეგიული დაგეგმვის მთავარი მიზანი იყო სისტემის მართვის გაუმჯობესება და ბაზრის სხვადასხვა სემენტის საჭიროების განსაზღვრა, რისთვისაც ჩატარდა როგორც სისტემის ძლიერი და სუსტი მხარეების, ისე მის გარეთ არსებული შესაძლებლობებისა და საშიშროებების ანალიზი. რეალური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, გაკეთდა არა მხოლოდ რაოდენობრივი, არამედ ხარისხობრივი შეფასებაც.

დოკუმენტის ღირსებას წარმოადგენდა სტრატეგიების განხორციელებისთვის საჭირო ღონისძიებების განსაზღვრა, მათზე პასუხისმგებელი შემსრულებლებისა და ღონისძიების განხორციელების ვადების დადგენა, მონიტორინგის განხორციელების ინდიკატორების შერჩევა და თითოეული

ლონისძიების გატარებისთვის აუცილებელი ფინანსური რესურსების გათვლა.

ექსპერტული გაანგარიშების მიხედვით, სტრატეგიული გეგმის საერთო ღირებულება 10 წლის მანძილზე 2,5 მილიარდ აშშ დოლარს აღემატებოდა. საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროსთან შეთანხმებული გრძელვადიანი პროგნოზის საფუძველზე, ამ პერიოდში სახელმწიფოს მიერ შესაძლებელი იყო მხოლოდ 1,78 მილიარდი აშშ დოლარის მობილიზება, ამიტომ გეგმის სრული განხორციელებისთვის აუცილებელი იყო 763 მილიონი დოლარის დეფიციტის შევსების საშუალების მოძიება.

1999 წლის 28 სექტემბერს კოპენჰაგენში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიუროს შტაბ-ბინაში გაიმართა უპრეცედენტო შეხვედრა, რომელზეც საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრმა წარადგინა ჩვენი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და მისი განხორციელების ათწლიანი სტრატეგიული გეგმა. შეხვედრას ესწრებოდნენ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების განვითარების საკითხებით დაინტერესებული საერთაშორისო და ბილატერალური დონორები, რომელთა უმრავლესობამ სტრატეგიული გეგმის განხორციელების ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერის მზადყოფნა გამოხატა. შედეგებმაც არ დააყოვნეს და უკვე 2000 წლიდან დაიწყო დაპირებების პრაქტიკული ხორცშესხმა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიუროსა
და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შორის
არსებული ხელშეკრულების საფუძველზე, 2000-2003 წლებში
ხორციელდებოდა შემდეგი პროექტები:

- პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებისათვის სტრატეგიის მხარდაჭერა;
- არაინფექციურ დაავადებათა მართვის პოტენციალის გაძლიერება;
- ინფექციურ დაავადებათა ზედამხედველობის გაუმჯობესება;
- ტუბერკულოზის, მალარიისა და იმუნოდეფიციენციის პროგრამების ურთიერთკავშირის განმტკიცების მხარდაჭერა;
- სხვა პარტნიორებთან ერთად ბავშვთა დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის განხორციელების მხარდაჭერა;

- ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის დარგებში კანონმდებლობის გადასინჯვის მხარდაჭერა;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის მხარდაჭერა იძულებით ადგილნაცვალ პირთა ფსიქიკური სტატუსის გაუმჯობესების მიზნით;
- თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკის განვითარების მხარდაჭერა;
- ეროვნული ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის განვითარების მხარდაჭერა;
- ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის კომპონენტების გადასინჯვა თემატური სფეროების მიხედვით, განსაკუთრებული ფოკუსირებით სიღარიბის დამლევაზე.

გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) კავკასიის რეგიონის წარმომადგენლობასა და საქართველოს მთავრობას შორის არსებული ხელშეკრულების საფუძველზე მიმდინარეობდა 5-წლიანი (2001-2005) თანამშრომლობის პროგრამა, რომლის ფარგლებში ხორციელდებოდა შემდეგი პროექტები:

- იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა;
- დედათა და ბავშვთა ცენტრების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესება;
- ნეონატოლოგიებისა და ბებიაქალების გადამზადება;
- ძუძუთი კვების ხელშეწყობა;
- იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პრევენცია;
- რკინადეფიციტური ანემიის პროფილაქტიკა;
- აივ/შიდსის პრევენცია;
- ჯანდაცვის პროგრამების საინფორმაციო მხარდაჭერა;
- ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივა;
- ახალგაზრდობისადმი კეთილგანწყობილი ცენტრების ჩამოყალიბება და რეგიონალური ქსელის შექმნა.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მოსახლეობის ფონდი (UNFPA)

მეანობის პროგრამის ფარგლებში ახორციელებდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურებისა და მოსახლეობის ინფორმირების გაუმჯობესების მხარდაჭერას მობილური ჯგუფების მიერ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების, კონტრაცეფციის პროპაგანდისა და სამედიცინო პერსონალის გადამზადების გზით.

მიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური ფონდი აფინანსებდა შემდეგ პროგრამებს:

- აივ ინფექცია/შიდსზე ეროვნული საპასუხო ზომების გაძლიერების მხარდაჭერას ეფექტიანი პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების განხორციელების გზით;
- მალარიის კონტროლი და პრევენცია საქართველოში.

წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი (ICRC) ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამის და უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში ახორციელებდა შემდეგ პროგრამებს:

- ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა გამოვლენა და მკურნალობა;
- გადაუდებელი ქირურგიული დახმარებისა და სისხლის გადასხმის პროგრამა (სამეგრელო, აფხაზეთი);
- ჰუმანიტარული დახმარება საკვებით (სამეგრელო, აფხაზეთი);
- ბინაზე მომსახურება (აფხაზეთი);
- ქვეითთა საწინააღმდეგო ნაღმები და ორთოპედიული ცენტრები (თბილისი, აფხაზეთი);
- წყლით მომარაგებისა და სანიტარიული პროგრამა.

აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID) ფინანსურ მხარდაჭერას უწევდა სხვადასხვა საერთაშორისო და არასამთავრობო ორგანიზაციას, რომლებიც ახორციელებდნენ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მიმდინარე პროექტებს, კერძოდ:

გაეროს ბავშვთა ფონდი (UNICEF) - იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა.

ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო კავშირი (AIHA) 2000-2004 წლებში ახორციელებდა ხუთ პარტნიორულ პროგრამას:

- ქუთაისი-ატლანტა (ჯორჯია) – ქალთა ჯანმრთელობა/პირველადი ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაარსდა ქალთა ჯანმრთელობის ცენტრი, დაინერგა უსაფრთხო დედობის სახელმწიფო პროგრამა და 32 ათასი მასწავლებლის სკრინინგის მუნიციპალური პროგრამა, დაარსდა არასამთავრობო ორგანიზაცია „ჰერა“;
- მცხეთა-მთიანეთი-მილუოკი (ვისკონსინი) – პირველადი ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მცხეთაში რეაბილიტაცია ჩაუტარდა და

აღიჭურვა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი, რომელიც საოჯახო მედიცინის ტრენინგ-ცენტრის ფუნქციასაც ასრულებდა;

- თბილისი-სკრენტონი (პენსილვანია) – ჯანდაცვის მენეჯმენტის სწავლების პროგრამის ფარგლებში, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრში დაინერგა ჯანდაცვის მენეჯმენტის მოკლევადიანი კურსები სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციული პერსონალისთვის; გაიხსნა ცენტრის სასწავლო ფილიალები ქუთაისში, ბათუმსა და თელავში, რომლებსაც მიეწოდა შესაბამისი აღჭურვილობა; დაარსდა ჯანდაცვის მენეჯმენტისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საერთაშორისო ჟურნალი, რომელიც გამოიცემა კვარტალში ერთხელ;
- თბილისი-მინეაპოლისი (მინესოტა) – ინფექციურ დაავადებათა კონტროლის, ფარგლებში თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში აღიჭურვა მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიები, განხორციელდა მარაგების შექმნა და პერსონალის ტრენინგი ინფექციისადმი მგრძობელობის ტესტირებისა და ეპიდემიის კვლევის საკითხებში; თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისად მომზადდა ქართველ ეპიდემიოლოგთა პირველი კოჰორტა;
- თბილისი-სან-ფრანცისკო (კალიფორნია) – სისხლის ბანკის პროგრამის ფარგლებში, ჯონის სამედიცინო ცენტრში გაიხსნა თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვილი სისხლის ბანკი, რომელმაც 2001 წლიდან დაიწყო დონორების მიღება და სისხლისა და მისი კომპონენტების დამზადება.

ჯონს ჰოპკინსის უნივერსიტეტის მოსახლეობის საკომუნიკაციო სამსახური ავადობის აქტიური გამოვლინებისა და მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების, უსაფრთხო სისხლის, შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის, სტატისტიკისა და ინფორმაციული სისტემების უზრუნველყოფისა და მეანობის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ახორციელებდა შემდეგ პროექტებს:

- მოსახლეობის გათვითცნობიერება ოჯახის დაგეგმვის ახალ მეთოდებთან სამი მიმართულებით: მოსახლეობის ინფორმირება, განათლება და კომუნიკაცია;
- იძულებით გადაადგილებულ ქალთა განათლება კვლევის, სკრინინგისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში.

საერთაშორისო სამედიცინო კორპუსი (IMC) სოფლად მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების, სამედიცინო დაწესებულებათა მართვის უზრუნველყოფისა და რეფორმების განვითარების ხელშეწყობის, მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარებისა და სისტემის დაწესებულებათა რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ახორციელებდა პირველადი ჯანდაცვისა და ჯანმრთელობის განათლების პროექტს, რომლის მიზანი იყო სამედიცინო მომსახურებს ხარისხის გაუმჯობესება, ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მოსახლეობაში სანიტარიული ცოდნის ამაღლება დასავლეთ საქართველოში.

გაერთიანებული მეთოდური ეკლესიის ჰუმანიტარული კომიტეტი (UMCOR) ახორციელებდა:

- პროექტს „დაუცველი ახალგაზრდების პერსონალური განვითარებისა და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა სოხუმსა და თბილისში“;
- თბილისის ფარმაცევტული ქარხნის რეაბილიტაცია;
- პროექტს „იმერეთის რაიონების (წყალტუბო, თერჯოლა) ჯანდაცვის პირველადი რგოლის დაწესებულებათა რეაბილიტაცია და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგები“;
- ჯანდაცვის თვითანაზღაურებად პროგრამას – შემოტანილი მედიკამენტების მონეტიზაციის შედეგად ამონაგები თანხით ანტიეპილეფსიური პრეპარატების შეძენა და უფასოდ გადაცემა ნევროლოგიის ინსტიტუტში აღრიცხვაზე მყოფ 3 წლამდე ასაკის ყველა და 15 წლამდე სოციალურად დაუცველი ბავშვებისათვის.

მართვის სისტემები ჯანდაცვისათვის (MSH) ახორციელებდა უსაფრთხო დედობის ინიციატივას, რომლის მიზანი იყო დედათა და ბავშვთა სამედიცინო დახმარების ინფორმაციისა და მართვის სისტემების ინტეგრაცია, ურთიერთობის გაუმჯობესება პერსონალსა და პაციენტებს შორის, სქესობრივად გადამდები დაავადებებისა და ანემიების სიხშირეთა კვლევა.

გერმანიის ტექნიკური თანამშრომლობის ორგანიზაცია (GTZ) ახორციელებდა ფთიზიატრიული დახმარებისა და ონკოლოგიურ

დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამების მხარდაჭერას შემდეგი პროექტების მეშვეობით:

- ფთიზიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტებითა და აღმოსავლეთ საქართველოს ტუბდაწესებულებების ლაბორატორიების აღჭურვილობით უზრუნველყოფა;
- მ.იაშვილის სახელობის ბავშვთა საავადმყოფოს ონკოჰემატოლოგიის ცენტრის მედიკამენტებითა და ლაბორატორიული აღჭურვილობით უზრუნველყოფა.

იაპონიის საერთაშორისო თანამშრომლობის სააგენტო (JICA)

სტრატეგიულად მნიშვნელოვანი სამედიცინო დაწესებულებათა რეაბილიტაციის პროგრამის ფარგლებში ახორციელებდა რეფერალური ჰოსპიტლების სამედიცინო აპარატურის გაუმჯობესების პროექტს, რომელიც გულისხმობდა აკად. ო.ლუდუშაურის სახელობის სამედიცინო ცენტრის, მ.იაშვილის სახელობის ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოს და გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის თანამედროვე სამედიცინო აღჭურვილობით უზრუნველყოფას.

დიდი ბრიტანეთისა და ჩრდილოეთ ირლანდიის გაერთიანებული სამეფოს საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტი (DFID)

ახორციელებდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტებს, რომლის მიზანი იყო:

- ოჯახის ექიმზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუციური და ფინანსური მოდელების შემუშავება და აპრობაცია;
- საოჯახო მედიცინის სადემონსტრაციო ცენტრების დაარსება და ამოქმედება;
- პირველადი ჯანდაცვის კადრების მომზადება;
- ახალი საკანონმდებლო ბაზისათვის რეკომენდაციების შემუშავება.

შვედეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (SIDA)

სამედიცინო დაწესებულებათა მართვის უზრუნველყოფისა და რეფორმების განვითარების ხელშეწყობის პროგრამის ფარგლებში ახორციელებდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისთვის ადამიანური რესურსების მომზადების პროექტს, რომლის მიზანი იყო სამედიცინო პერსონალის მომზადება:

- პირველად ჯანდაცვასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში;
- საავადმყოფოს მენეჯმენტში;
- სამედიცინო ტექნიკის მოვლასა და მენეჯმენტში.

კანადის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (CIDA) შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან ხელმოწერილი ურთიერთგაგების მემორანდუმის საფუძველზე, სტატისტიკისა და ინფორმაციული სისტემების უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ახორციელებდა სამხრეთ კავკასიის ჯანდაცვის ინფორმაციის პროექტს, რომლის მიზანი იყო სახრეთ კავკასიის ქვეყნებში ჯანმრთელობის საინფორმაციო ტექნოლოგიებსა და ინფორმაციის მართვის სტრატეგიის განვითარება, კერძოდ:

- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მართვის მიზნით სათანადო რესურსების შექმნა, რაც გულისხმობდა სპეციალისტების მომზადებას და საინფორმაციო მოდულების ინტეგრირებას სასწავლო გეგმებში;
- ჯანმრთელობის ინფორმაციის გამოყენების შესაძლებლობების გაუმჯობესება;
- ჯანმრთელობის იზოლირებული საინფორმაციო სისტემებიდან ინტეგრირებულ საინფორმაციო სისტემებზე გადასვლის უზრუნველყოფა.

ექიმები საზღვრებს გარეშე (MSF) საფრანგეთის მისია ფთიზიატრიული დახმარებისა და უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ახორციელებდა შემდეგ პროექტებს:

- ტუბერკულოზის კონტროლი აფხაზეთში – აფხაზეთში ტუბერკულოზის ყოველმხრივი პროგრამის განხორციელება, მათ შორის ციხეებშიც (პროგრამაში ჩართული იყო 500-ზე მეტი პაციენტი);
- აფხაზეთში სამედიცინო დახმარების პროგრამა – უმწეო მოსახლეობის უფასო სამედიცინო კონსულტაციებითა და წამლებით უზრუნველყოფა;
- პირველადი დახმარების კლინიკა თბილისში – უმწეო მოსახლეობის უფასო სამედიცინო კონსულტაციებითა და წამლებით უზრუნველყოფა.

ნიდერლანდების პროფილაქტიკისა და ჯანდაცვის ინსტიტუტი (TNO) სამედიცინო დაწესებულებათა მართვის უზრუნველყოფისა და რეფორმების

განვითარების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ახორციელებდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის განვითარების პროექტს, რომლის მიზანი იყო კომპანიის ფუნქციონირების ეფექტურობის გაზრდა, შესაბამისი კადრების მომზადება, ფოთის ექსპერიმენტის ფარგლებში მუნიციპალური და სახელმწიფო პროგრამების გაერთიანება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მმართველობაში.

საქართველოში თანამედროვე კარდიოლოგიისა და კარდიოქირურგიის განვითარების ხელშეწყობის საზოგადოება გულის იმემიურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამის ფარგლებში ახორციელებდა ექიმებისა და ექთნების მომზადებას ბად-კროცინგენის გულის ცენტრსა და სტამბულის კოშუოლუს გულის ცენტრში და გერმანელი და თურქი სპეციალისტების სამუშაო ვიზიტებს საქართველოში ადგილობრივ სპეციალისტებთან ერთად კარდიოქირურგიული ოპერაციების ჩასატარებლად.

საერთაშორისო მართლმადიდებლური ქრისტიანული მოწყალების ორგანიზაცია (IOCC) სოფლად მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ახორციელებდა სამხრეთ საქართველოში ინფრასტრუქტურის, მათ შორის საავადმყოფოების რეაბილიტაციის პროექტს.

ACTS Georgia სოფლად მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების, მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების და სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ახორციელებდა პირველადი მოთხოვნილების მედიკამენტების დაუყოვნებელ განაწილებას და მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის ხარისხიანი მედიკამენტებითა და სამედიცინო საგნებით უზრუნველყოფას.

განსაკუთრებით აღნიშვნის ღირსია ლუგარის ცენტრის შექმნა, რომელიც წარმოადგენდა ქვეყნის ბიოლოგიური უსაფრთხოების ერთ-ერთ მთავარ კომპონენტს. მის შექმნას საქართველოში განსაკუთრებით ლობივდა ცნობილი რესპუბლიკელი სენატორი რიჩარდ ლუგარი. 1998 წელს განხორციელდა მისი პირველი ვიზიტი პრეზიდენტ ედუარდ შევარდნაძესთან და გადაწყდა ამ ტიპის ლაბორატორიის დაარსება. იმის

გათვალისწინებით, რომ ლუგარის ცენტრი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი და მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია, 2002 წელს, რიჩარდ ლუგარსა და ჩემს, უკვე სახელმწიფო მინისტრის რანგში, შეხვედრაზე გადაწყდა, რომ ლუგარის ცენტრი შესულიყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში.

დღეისათვის ლუგარის ცენტრი, რომელიც მთლიანად აშშ-ის მთავრობის დაფინანსებით შეიქმნა, ბიოსამედიცინო სფეროსა და ბიოუსაფრთხოებაში სამეცნიერო კვლევებში ერთ-ერთი საუკეთესო ბაზაა კავკასიის რეგიონში. ცენტრს ბიოუსაფრთხოების მესამე დონე აქვს მინიჭებული, რაც იმას ნიშნავს, რომ აქ, პრაქტიკულად, ყველა სახის მიკრობს იკვლევენ.

ერთიანი ნაციონალური მოძრაობის ქვეყნის სათავეში მოსვლის შემდეგ დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გაუაზრებელი რადიკალური ცვლილებები, რომელიც შეეხო დარგის, პრაქტიკულად, ყველა სფეროს. სამწუხაროდ, ამ ცვლილებების უმრავლესობას არანაირი მეცნიერული ან ეკონომიკური საფუძველი არ გააჩნდა და ის მხოლოდ წინა ხელისუფლების მიერ განხორციელებული წარმატებული რეფორმების პოლიტიკური უარყოფით იყო მოტივირებული. ამის ერთ-ერთი თვალსაჩინო მაგალითია მსოფლიოს ყველაზე ავტორიტეტული ექსპერტების მიერ მოწონებული საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის „სანაგვაეზე“ გადაგდება, რომელსაც „ავადსახსენებელ პოლიტიკასაც“ კი უწოდებდნენ. არადა, ამ პოლიტიკის არცერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას დღესაც არ დაუკარგავს აქტუალობა.

საქართველოს უახლოესი წარსულის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარება, რომლის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და გაუმჯობესება, საჭიროებს სისტემურ მიდგომას. ფრაგმენტული, მხოლოდ რომელიმე მიმართულების რეფორმებს სასურველი შედეგის მოტანა არ შეუძლია. სისტემის სრულყოფაზე მიმართული ძალისხმევა მოითხოვს თანმიმდევრულობას, უწყვეტობას და მემკვიდრეობითობას. დაუშვებელია, რომ ის განიცდიდეს გაუთავებელ პერმანენტულ რყევებს. ქვეყანას განსაზღვრული უნდა ჰქონდეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირების გრძელვადიანი

სტრატეგიული მიმართულებები და სამოქმედო ხედვა, რაც ხელს უწყობს მის ეფექტიან და თანმიმდევრულ განვითარებას.

საქართველოს მოქალაქეები იმსახურებენ მაღალი ხარისხის, კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების მიღების უფლებას, რომელიც საქართველოს კონსტიტუციითაა გარანტირებული.

ჩემი უმორჩილესი თხოვნა იქნება დღევანდელი და მომავალი პოლიტიკოსების მიმართ, რომ ჯანმრთელობის დაცვის გრძელვადიანი პოლიტიკის განსაზღვრა ზეპარტიული კონსენსუსის თემად აქციონ. მიუხედავად მთავრობების ცვლისა, სტრატეგიული კურსი კარდინალურად არ უნდა იცვლებოდეს და მიღწეულის უარყოფა პოლიტიკური კონიუნქტურის ცვლილების გამო არ უნდა ხდებოდეს.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა

*რომელსაც, ჩემი დრმა რწმენით,
დღესაც არ დაუკარგავს თავისი აქტუალობა
და მისი უმთავრესი პოსტულატების ამოქმედება
დიდად წაადგება ადამიანურიკაპიტალის განვითარებას.
ავთანდილ ჯორბენაძე, 2023 წელი*

თბილისი
1999

სარჩევი

1. შესავალი	517
2. ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტები	523
2.1. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება	524
2.2. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება	529
2.3. ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება	534
2.4. ტრავმატიზმის შემცირება	539
2.5. გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება	548
2.6. ფსიქიკური ჯანმრთელობა	554
2.7. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება	560
2.8. ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემის გადაჭრა	565
3. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის მიზნები	576
4. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა	577
4.1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სამართლებრივი და ეთიკური რეგულირება	577
4.2. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება	578
4.3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა	579
4.4. გენეტიკური ჯანმრთელობა	584
4.5. ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა	585
4.6. ბუნებრივი კატასტროფებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა ..	596
4.7. საომარ მოქმედებათა შემთხვევებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა	597
4.8. რადიაციული და ქიმიური კატასტროფების შემთხვევებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა	598
4.9. სამკურნალო მედიცინის განვითარება	600
4.10. სამედიცინო რეაბილიტაციის განვითარება	602
4.11. წამალთპოლიტიკა	603
4.12. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი	605
5. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელების პროცესის მართვა და კოორდინირება	617

1. შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების დონე, როგორც წესი, ადეკვატურად ასახავს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას. ადამიანთა ცხოვრების დონის ამაღლების გლობალური მიზნებისა და ფასეულობების განსაზღვრა მთელი ერის პრეროგატივაა. ამიტომ აუცილებელია, რომ სახელმწიფოებრივი მიზნები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში:

- გამომდინარეობდეს ქვეყნის კულტურული მემკვიდრეობიდან;
- იყოს უმნიშვნელოვანესი მოსახლეობის უმეტესი ნაწილისათვის;
- შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებას;
- ასახავდეს ეთნიკურ სპეციფიკურობასა და გამოცდილებას;
- იყოს თავისუფალი იდეოლოგიისაგან;
- ასახავდეს ქვეყნის საერთაშორისო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მიმართულებას;
- იყოს მეცნიერულად დასაბუთებული.

დღეისათვის მსოფლიოში ძნელი მოსაძებნია ისეთი ქვეყნები, რომელთა მთავრობებიც არ ახორციელებდნენ ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმებს. ამასთან დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესების განუწყვეტელი გაძვირება, რომლის მიზეზია მაღალი ტექნოლოგიების გამოყენება, ზრდის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებებს და ართულებს მათ შესრულებას. ეს განპირობებულია იმით, რომ სახელმწიფო ცდილობს დაამყაროს ბალანსი, ერთი მხრივ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაო, ცივილიზებული პრინციპების – ხელმისაწვდომობის, თანასწორობისა და სოციალური მხარდაჭერის მორალურ ვალდებულებასა და, მეორე მხრივ, დანახარჯთა შემცირების აუცილებლობის ფინანსურ ვალდებულებას შორის.

განვითარებული ქვეყნების უმეტესობასა და განვითარებადი ქვეყნების ნაწილს უკვე შემუშავებული აქვთ და ისინი პერიოდულად ანახლებენ ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკას, რომელიც თითოეული ქვეყნის ეკონომიკისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემათა განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის შემადგენელი ნაწილია. ისევე, როგორც სხვა ქვეყნებში, საქართველოში მიმდინარე ჯანმრთელობის დაცვის

რეფორმირების პროცესში უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა არსებობდეს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული პოლიტიკა, რომელშიც განსაზღვრულ იქნება გრძელვადიანი პერსპექტივის მიზნები და აგრეთვე ერის ჯანმრთელობის პრობლემათა ძირითადი პრიორიტეტები.

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა წარმოადგენს ქვეყნის ხელისუფლებისა და პოლიტიკური ძალების შეთანხმებას დეკლარირებულ მიდგომებსა და სტრატეგიებზე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნების და განმტკიცების ძირითად მიმართულებათა შესახებ უახლოესი 10-15 წლის განმავლობაში.

დღეს, როდესაც საქართველოში შენდება ახალი დემოკრატიული საზოგადოება, ხოლო სახელმწიფო პრიორიტეტად აღიარებულია პოლიტიკის ზნეობრიობა და ყოველივე ახლის შენებაში სოციალური ორიენტაცია, საჭიროა უწინარესად წარმოჩინდეს ჯანმრთელობის დაცვის უმნიშვნელოვანესი როლი. ამიტომ დღის წესრიგში დადგა ამოცანა – ჩამოყალიბდეს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა, რომლის მიზანი იქნება მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და არა მხოლოდ საუკეთესო ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების არსებობა.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა, რომლის კონცეფცია მომზადდა ქვეყნის კრიზისიდან გამოყვანისა და სტაბილიზაციის პროცესში და შევიდა საქართველოს პრეზიდენტის პროგრამაში – „ახალი დემოკრატიული საქართველოსათვის“, წარმოადგენდა რეფორმისტული გარდაქმნების ორგანულ შემადგენელ ნაწილს და ეფუძნებოდა ამ უკანასკნელის მიზნებსა და ამოცანებს – მინიმალური დანაკარგებითა და მაქსიმალურად მოკლე დროში დემოკრატიული საზოგადოების აშენება და შესაბამის ურთიერთობათა დამკვიდრება.

საზოგადოების განვითარების ისეთი ასპექტები, როგორცაა ეკონომიკური განვითარება, სოციალური განვითარება ან ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ხშირად განიხილება განცალკევებით, მაგრამ თითოეული მათგანი მოქმედია და წარმოადგენს ერთსა და იმავე მთელის ნაწილს. ამასთან არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ ეკონომიკური ზრდა ყოველთვის არ ნიშნავს პროგრესს, მაშინ, როდესაც ჯანმრთელობისათვის ზრუნვა, როგორც ადამიანის განვითარების აუცილებელი ასპექტი, გულისხმობს

საზოგადოებრივ პროგრესს. ამ თვალსაზრისით ჯანმრთელობის დაცვა არ განიხილება როგორც მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება. მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების დარგში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანისათვის შესაბამისი გარემოს შექმნას, უსაფრთხო კვების პროდუქტებითა და სასმელი წყლით უზრუნველყოფას, გააზრებული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, მოსახლეობის აღზრდას და წრთვას პირველადი სამედიცინო ცოდნის და ჩვევების მისაღებად, სოციალური სტრესების მოხსნას. მით უმეტეს, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე უდიდეს ზემოქმედებას ახდენს ცხოვრების წესი და პირობები (48-50%), გარემო (20-22%) და გენეტიკური ფაქტორები (18-20%), ჯანმრთელობის დაცვის წილი კი მხოლოდ 12-14%-ს შეადგენს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკის – „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ თანახმად გაჯანსაღება, დაავადებათა პროფილაქტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია და ინვალიდების მოვლა მუდმივად განვითარებადი სტრატეგიის ძირითადი ელემენტებია. ამ სტრატეგიის მიხედვითაც ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზანია თითოეულ ადამიანს მიეცეს გარანტია, რომ დაცულ იქნება მისი ჯანმრთელობის, ჯანსაღ გარემოში ცხოვრების, ავადმყოფობისა და ტრავმებისაგან ეფექტიანი დაცვის უფლებები.

საქართველო იმყოფება განვითარების გარდამავალ პერიოდში, რაც გულისხმობს ცენტრალური მართული ეკონომიკიდან საბაზრო პრინციპების გათვალისწინებით ორგანიზებულ ეკონომიკაზე გადასვლას. მეტ წილ ქვეყნებში ამ დროს აღინიშნება ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებელთა მნიშვნელოვანი გაუარესება. საქართველო, პოსტსოციალისტური ქვეყნების უმრავლესობის მსგავსად, დაავადებათა სტრუქტურის მხრივ განიცდის ორი სახის ზეწოლას, რაც დამახასიათებელია როგორც განვითარებადი, ისე განვითარებული ქვეყნებისათვის. კერძოდ, ქვეყნისათვის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს კარდიო-ვასკულური, ონკოლოგიური დაავადებები, უბედური შემთხვევები და ამავე დროს ფართოდ არის გავრცელებული სხვადასხვა ინფექციური დაავადებები.

ჯანმრთელობის დაცვის XXI საუკუნის მოდელი უნდა ეყრდნობოდეს სამართლიანობის, ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპებს, ამასთან მოსახლეობის ჯანმრთელობას აფასებდეს არა მხოლოდ ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლებით, არამედ პიროვნების, ოჯახისა და მთლიანად საზოგადოების სოციალური, ფიზიკური და ფსიქიკური კეთილდღეობითაც. ამ მიზნის მისაღწევად გადადგმული პირველი ნაბიჯი იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევრობიუროს მიერ „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ სტრატეგიის ჩამოყალიბება და იმ მაჩვენებელთა შემუშავება, რომლებიც განსაზღვრავს ცალკეულ სახელმწიფოთა მიღწევებს. თავიდანვე გამოიყო ამოცანათა ოთხი ძირითადი ჯგუფი:

- ცხოვრების წესი და ჯანმრთელობა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორები;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემათა რეფორმირება;
- ცვლილებათა განხორციელებისათვის აუცილებელი პოლიტიკური, მმართველობითი და ტექნოლოგიური ძალების მობილიზება.

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტების შერჩევა და სტრატეგიების ჩამოყალიბება უნდა ეფუძნებოდეს ისეთ ფუნდამენტურ ფასეულობებსა და პრინციპებს, როგორც არის:

- ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოების სოციალური განვითარების მთავარი მიზანი;
- თანასწორუფლებიანობა და სოლიდარობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში;
- პიროვნებაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარება;
- მეცნიერული დასაბუთება, გულისხმიერება და ანგარიშგება, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შესამუშავებელ და განსახორციელებელ ღონისძიებათა ეთიკური საფუძველი;
- ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიათა მდგრადობა.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიის მთავარი მიზანია ზრუნვა ადამიანის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის, ავადობისა და ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისათვის, ამასთან ავადმყოფთა მომსახურების

საუკეთესო შესაძლებლობებით. ეს თავის მხრივ გულისხმობს საქმიანობის სამ ძირითად სახეობას:

- ავადობისა და ტრავმების თავიდან აცილებას და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის გამიზნული ღონისძიებანი;
- ავადმყოფებისა და ტრავმირებულებისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
- ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ინტერესებიდან გამომდინარე საზოგადოების რესურსების მობილიზების ახალი მექანიზმის ჩამოყალიბება.

80-იანი წლებიდან დაწყებული „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ პოლიტიკის განვითარების შედეგად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ მოუწოდა წევრ სახელმწიფოებს საკუთარი ამოცანების ჩამოყალიბებისას დაეყრდნონ „დღევანდელი დღის რეალობას და ოცნებას ხვალინდელ დღეზე“.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჩამოყალიბებული ამჟამინდელი მიზანია „ჯანმრთელობა-21 – 21 ამოცანა ოცდამეერთე საუკუნისათვის“. ამ მუდმივად არსებული მიზნის მიღწევა გულისხმობს ყველა ადამიანის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის პოტენციალის სრულ რეალიზაციას. ეს შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი ეთიკურ საფუძვლად სამი ძირითადი ფასეულობა იქნება მიღებული. ესენია:

- ჯანმრთელობა, როგორც ადამიანის ერთ-ერთი უმთავრესი უფლება;
- სამართლიანობა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში და ქვეყნების, ადამიანთა სხვადასხვა ჯგუფებისა და ორივე სქესის წარმომადგენლების ქმედითი სოლიდარობა;
- ცალკეული პიროვნებების, ადამიანთა ჯგუფების, თემების, დაწესებულებებისა და სხვადასხვა დარგების პასუხისმგებლობა და მონაწილეობა ჯანდაცვით საქმიანობაში.

ოცდამეერთე საუკუნის სტრატეგიის თანახმად გაჯანსაღება, დაავადებათა პროფილაქტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია და ინვალიდების მოვლა მუდმივად განვითარებადი „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ სტრატეგიის ძირითადი შემადგენელი ელემენტებია. იმისათვის, რომ უახლოეს მომავალში ჩამოყალიბდეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, რომელიც უფრო

ხარისხიანი და ეფექტიანი იქნება, საჭიროა საფუძვლად ოთხი ძირითადი პოსტულატის მიღება:

- შედეგზე ორიენტირებული მკურნალობა;
- მოსახლეობაზე ორიენტირებული პირველადი სამედიცინო დახმარება;
- სტაციონარების უფრო ეფექტიანი და მოქნილი სისტემა;
- სამედიცინო მომსახურების უკეთესი ხარისხი და ეფექტიანობა.

როგორც წესი, ჯანდაცვის რეფორმირების მექანიზმები მოსახლეობის საერთო ჯანმრთელობაში და აქედან გამომდინარე ჯანდაცვის პოლიტიკაში ცვლილებათა განხორციელების ბერკეტებია. ამგვარად, მკაფიოდ და ნათლად ჩამოყალიბებული ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა დარგის რეფორმირების ძირითადი მამოძრავებელი ძალა გახდება.

2. ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტები

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პირობაა მისი პრიორიტეტების განსაზღვრა. პრიორიტეტების შერჩევის კრიტერიუმებია:

- მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი მიზეზები;
- მოსახლეობის მაქსიმალური მოცვა პრიორიტეტით;
- პრიორიტეტის ეკონომიკური ეფექტიანობა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის დასაწყისში პრიორიტეტულობას ნაწილობრივ განსაზღვრავდა პრობლემების ფინანსური უზრუნველყოფის შესაძლებლობაც. დღეისათვის, როდესაც დარგის რეორიენტაციის შედეგად დასრულდა სისტემის ინსტიტუციონალური მოწყობა, სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილი გადავიდა სადაზღვევო პრინციპებზე, შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, აუცილებელი გახდა ჯანდაცვის პრიორიტეტების მკაფიო და ცალსახა განსაზღვრა, რაც ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების უმთავრეს ამოცანას შეადგენს.

პრიორიტეტების გამოყოფა გულისხმობს ფინანსური, მატერიალური და საკადრო რესურსების განაწილების ფოკუსირებას არჩეულ სფეროებზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრაში სხვადასხვა დარგის მონაწილეობასა და პასუხისმგებლობას.

პრიორიტეტების შერჩევა ემყარება შემდეგ ძირითად ფასეულობებსა და პრინციპებს:

- ჯანმრთელობა, როგორც ქვეყნის სოციალური განვითარების მთავარი მიზანი;
- პიროვნებაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ჩამოყალიბება;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შესამუშავებელ და განსახორციელებელ ღონისძიებათა აგება ეთიკურ საფუძველზე, რომელიც მეცნიერულ მონაცემებს, თანაგრძნობასა და ანგარიშგებას დაეფუძნება.

2010 წლამდე საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად მიჩნეულია: დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება, ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება, ტრავმატიზმის შემცირება, გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემის გადაჭრა.

2.1. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება

შერჩევის კრიტერიუმი:

საქართველოში არსებული უმწვავესი დემოგრაფიული სიტუაცია, რაც გამოიხატება შეკვეცილ კვლავწარმოებით (დაბალი შობადობა, დედათა და ბავშვთა მაღალი სიკვდილობა და ა.შ.) და გაძლიერებული გარემიგრაციით, ქმნის დეპოპულაციის საშიშროებას. ამ პირობებში განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის შემცირებას. გარდა ამისა, მოსახლეობის საერთო გაჯანსაღების თვალსაზრისით ძალზედ მნიშვნელოვანია ~კეთილსაიმედო სტარტი~, ანუ განსაკუთრებული ზრუნვა და კონტროლი პიროვნებაზე პრე- და პოსტნატალურ პერიოდებში, როდესაც მრავალი დაავადების საფუძველი ყალიბდება. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტულობა განპირობებულია აგრეთვე ჯანმრთელი, ჰარმონიულად განვითარებული, სოციალურად აქტიური მომავალი თაობის ფორმირების აუცილებლობით.

მიზნები და ამოცანები:

მიზანი: 2010 წლისათვის დედათა სიკვდილობის შემცირება 20 შემთხვევამდე წელიწადში.

ამოცანები:

- პრე- და პერინატალური მეთვალყურეობის გაუმჯობესება;

- უსაფრთხო მშობიარობის უზრუნველყოფა;
- სამეანო-გინეკოლოგიური კადრების უწყვეტი განათლების სისტემის შექმნა;
- მოზარდთა და ქალთა პროფილაქტიკური განათლების დონის ამაღლება;
- ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქტოლოგიური სამსახურის სისტემის განვითარება.

მიზანი: ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებლის შემცირება 15-მდე 1000 დაბადებულზე.

ამოცანები:

- უსაფრთხო მშობიარობის უზრუნველყოფა;
- პრე- და პოსტნატალური დიაგნოსტიკა, გენეტიკური კონსულტაციების ჩატარების უზრუნველყოფა;
- ახალშობილთა ადეკვატური სამედიცინო დახმარებისა და მოვლის უზრუნველყოფა დაბადებისთანავე (ახალშობილთა სწორი სპონტანური სუნთქვის ხელშეწყობა, სითბო, ძუძუთი კვება, იმუნიზაცია);
- ბავშვის ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობა (ზრდა-განვითარების მონიტორინგი, მიკრონუტრიციული სუპლემენტებით უზრუნველყოფა);
- იმუნიზაცია;
- ბავშვთა უზშირესი დაავადებების ინტეგრირებული მართვა და ამ მიმართულებით სამედიცინო პერსონალის მომზადება;
- დედათა განათლების დონის ამაღლება;
- პედიატრიული და ნეონატოლოგიური კადრების უწყვეტი განათლების სისტემის შექმნა.

მიზანი: მკვდრადშობადობის მაჩვენებლის (1000 დაბადებულზე) შემცირება 25%-ით.

ამოცანები:

- ორსულთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობა;
- პრე- და პოსტნატალური დიაგნოსტიკა, გენეტიკური კონსულტაციების ჩატარების უზრუნველყოფა;
- თანდაყოლილი ტრანსპლაცენტარული ინფექციებისა და ფეტოპლაცენტარული უკმარისობის პროფილაქტიკა;
- დედისა და ნაყოფის ღვ კონფლიქტის პროფილაქტიკა;

- სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკა.

განხორციელების სტრატეგიები:

ზემოჩამოთვლილ პრობლემათა გადაჭრაში მთავარი პასუხისმგებლობა ეკისრება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის დეპარტამენტს.

შემსრულებლებად გვევლინებიან: ქალთა კონსულტაციები, სამშობიარო სახლები, ბავშვთა პოლიკლინიკები, ბავშვთა საავადმყოფოები, პროფილური სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და ა.შ.

ვერტიკალური პროგრამები:

- ✓ მეანობის სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამა;
- ✓ 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა დაავადებების მწვავე შემთხვევების მართვის პროგრამა;
- ✓ ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ გეგმური იმუნიზაციისა და მასობრივი აცრების კამპანიათა სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ იოდისა და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და რადიაციის სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ ფთიზიატრიის სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ სისხლისა და სისხლის პროდუქტების გადასხმით გადამდებ ინფექციათა უსაფრთხოების სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვების სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა;
- ✓ „ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი ჰოსპიტლის ინიციატივის“ პროგრამა;
- ✓ ბავშვთა უხშირესი დაავადებების ინტეგრირებული მართვის პროგრამა;

- ✓ ბავშვთა აღზრდის ეროვნული პროგრამა (ბავშვთა და მოზარდთა სოციალური განვითარების სახელმწიფო პროგრამა);
- ✓ ბავშვთა რაციონალური კვების პროგრამა.

ჩამოთვლილი ჯანდაცვითი პროგრამების ინტეგრირებული მართვა და კოორდინაცია ხელს შეუწყობს ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის შემცირებას.

პასუხისმგებლობის დონეები:

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრა, სტრატეგიული დაგეგმვა და პროგრამების შედგენა;
- ✓ საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტები – ტაქტიკური დაგეგმვა და პროგრამების მართვა;
- ✓ ჯანდაცვის მართვის სამხარეო დეპარტამენტები – დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის დამატებითი პროგრამების მომზადება-განხორციელება სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების განხორციელების გათვალისწინებით;
- ✓ სამედიცინო-გინეკოლოგიური და პედიატრიული დაწესებულებები, გენეტიკური კონსულტაციები, პროფილური სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და იქ დასაქმებული პერსონალი – პროგრამების განხორციელება საკონტრაქტო-სახელშეკრულებო პრინციპით.

სხვა სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა

საქართველოს პარლამენტმა უნდა:

- ✓ შეიმუშაოს და მიიღოს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის ხელშემწყობი კანონები;
- ✓ აღიაროს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისათვის ზრუნვა პრიორიტეტულ მიმართულებად;
- ✓ განუცხადოს თავის ამომრჩევლებს (საქართველოს მოსახლეობას), სახელმწიფოს მიერ აღებულ ვალდებულებათა შესახებ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით;

- ✓ ბიუჯეტის მიღებისას გაითვალისწინოს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის პრიორიტეტულობა და დაამტკიცოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის პროგრამები მათი განხორციელებისათვის აუცილებელი ხარჯთაღრიცხვის ფარგლებში.

საქართველოს ფინანსთა სამინისტრომ:

- ✓ უნდა უზრუნველყოს აღნიშნული პროგრამების უცილობელი დროული დაფინანსება სრული მოცულობით.

სოციალური უზრუნველყოფის, შრომისა და დასაქმების სამინისტრომ ახალგაზრდობის საქმეთა სახელმწიფო დეპარტამენტთან ერთად:

- ✓ უნდა შეიმუშაოს ორსულობის, დედათა და ბავშვთა სოციალური დაცვის სპეციალური ღონისძიებები (დეკრეტული შვებულებები, ორსულ და მეძუძურ დედათა დახმარებაზე გამიზნული ქმედებები და შეღავათები, ერთჯერადი დახმარება შვილის გაჩენის შემთხვევაში, მეორე და მესამე შვილის გაჩენის სტიმულირება და სხვა).

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი: განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვითი იმ პროგრამების განხორციელების საქმეში, რომლებიც უკავშირდება საზოგადოების ფართო ფენების განათლებას, სოციალურ მობილიზაციას, აქტუალურ საკითხებზე საზოგადოების ყურადღების კონცენტრაციის აუცილებლობას (იმუნიზაცია, ძუძუთი კვება, უსაფრთხო სექსი, ოჯახის დაგეგმვა, ნარკომანიის, ალკოჰოლიზმისა და თამბაქოს წინააღმდეგ ბრძოლა და სხვა).

მონიტორინგი:

ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების დონის, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ძირითადი მაჩვენებლებია:

- შობადობა (1000 მოსახლეზე);
- მკვდრადშობადობა (1000 მოსახლეზე);
- ბავშვთა სიკვდილობა: მ.შ. 1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილობა (1000 დაბადებულზე), 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილობა (1000 დაბადებულზე);
- თანდაყოლილი ანომალიების სიხშირე (1000 დაბადებულზე);
- დედათა სიკვდილობა (100000 ცოცხლადშობილზე);
- აბორტების რაოდენობა (1000 დაბადებულზე).

მაჩვენებელთა განსაზღვრისათვის მონაცემების შეგროვებას უზრუნველყოფს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი და ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი.

სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრში ინფორმაციის მიწოდებას უზრუნველყოფს ამ პრიორიტეტის განხორციელებაში მონაწილე თითოეული სამედიცინო დაწესებულება ყოველთვიურად.

მონაცემებს აანალიზებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად, აქვეყნებს მიღებულ მონაცემებს და ახდენს სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების კორექტირებას მიღებული შედეგების შესაბამისად.

2.2. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება

შერჩევის კრიტერიუმი:

ისევე, როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში (განსაკუთრებით განვითარებულ ქვეყნებში), საქართველოშიც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს პირველი ადგილი უჭირავს სიკვდილობის სტრუქტურაში. ამიტომ ამ დაავადებათა პრევენციასა და ავადმყოფთა მოვლას ძალზედ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილობის შემცირებასა და საერთო გაჯანსაღებაში.

მიზნები და ამოცანები:

მიზანი: გულის იშემიური დაავადებებითა და ინსულტით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით ავადობის შემცირება 15%-ით.

ამოცანები:

- ავადობისადმი ეპიდემიოლოგიური და სტატისტიკური კონტროლის გაუმჯობესება;

- დაავადებების ძირითად რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ ბრძოლისათვის ხელშეწყობა:
 - ✓ მოსახლეობის სწავლების უზრუნველყოფა;
 - ✓ სისხლში ქოლესტერინის მომატებული (200 მგ/დლ-ზე მეტი) შემცველობის მქონე მოზრდილთა რაოდენობის შემცირება;
 - ✓ ჭარბი წონის მქონე პირთა რაოდენობის შემცირება;
 - ✓ თამბაქოს მწველთა რაოდენობის შემცირება 33.6%-დან 22%-მდე;
 - ✓ ფიზიკური აქტივობით დაკავებულ პირთა რაოდენობის გაზრდა;
 - ✓ ჰიპერტენზიის მქონე იმ პირთა რაოდენობის გაზრდა, რომელთა არტერიული წნევა კონტროლირდება;
 - ✓ შაქრიანი დიაბეტის მქონე იმ პირთა რაოდენობის გაზრდა, რომელთა სისხლში შაქრის დონე კონტროლირდება;
 - ✓ ნაჯერი ცხიმების მაღალი შემცველობისა და მაღალკალორიული საკვების მომხმარებელ პირთა რაოდენობის შემცირება.
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა;
- კლინიკურ პრაქტიკაში კორონარული დაავადებებისა და ინსულტის პრევენციის პრიორიტეტების განსაზღვრა და დანერგვა;
- მიოკარდიუმის ინფარქტის, უეცარი კარდიული სიკვდილისა და ინსულტის შემთხვევათა აღრიცხვიანობის გაუმჯობესება (რეგისტრების შექმნა).

მიზანი: გულისა და თავის ტვინის მწვავე სისხლ-ძარღვოვანი შეტევების შემდეგ ცოცხლად დარჩენილ პირთა რაოდენობის გაზრდა.

ამოცანები:

- სასწრაფო-გადაუდებელი და ჰოსპიტალური დახმარების ორგანიზაციის ხარისხის გაუმჯობესება;
- გადაუდებელ შემთხვევებში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ინტერვენციული მეთოდების განვითარებისა და ფართოდ გამოყენებისათვის ხელშეწყობა.

მიზანი: მწვავე პერიოდში ცოცხლად დარჩენილ პირთა და დაავადების სტაბილური ან ქრონიკული ფორმებით დაავადებულთა ცხოვრების დონის ამაღლება და სიცოცხლის გახანგრძლივება.

ამოცანები:

- დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ინტერვენციული მეთოდების განვითარებისა და ფართოდ გამოყენების ხელშეწყობა;
- დონეების მიხედვით დიფერენცირებული სარეაბილიტაციო და მეორადი პროფილაქტიკური ცენტრების შექმნა;
- საქართველოს კურორტების რაციონალური გამოყენება სარეაბილიტაციო მიზნით;
- მოსახლეობის, ავადმყოფთა და მათი ოჯახის წევრთა საგანმანათლებლო სისტემის უზრუნველყოფა;
- სპეციფიკური სარეაბილიტაციო პროგრამების შემუშავება ხანდაზმულ პირთათვის;
- სამედიცინო და პროფესიული ექსპერტიზის სისტემის აღდგენა და მოდიფიცირება;
- პროფესიული გადამზადების ცენტრების შექმნა.

განხორციელების სტრატეგიები:

- აღნიშნულ პრობლემათა გადაჭრაში მთავარი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს;
- შემსრულებლებად გვევლინებიან: სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებანი, პოლიკლინიკები, დისპანსერები, თამბაქოს საწინააღმდეგო ეროვნული ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები და ა.შ.;
- ვერტიკალური პროგრამები: ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების, ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების, გულის იშემიურ დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობისა და ორგანოთა ტრანსპლანტაციის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამები; გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის სტრატეგიული მიმართულებების, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ძირითადი დაავადებების გამოვლენისა და პრევენციის, ინსულტის პროფილაქტიკის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სამუშაო ადგილზე პროფილაქტიკის დანერგვის და სხვა პროგრამები.

პასუხისმგებლობის დონეები:

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – სტრატეგიული დაგეგმვა და პროგრამების შედგენა;
- ✓ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი – ტაქტიკური დაგეგმვა და პროგრამების მართვა;
- ✓ სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებანი, პოლიკლინიკები, დისპანსერები, თამბაქოს საწინააღმდეგო ეროვნული ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები და ამ დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალი – პროგრამების განხორციელება;

სხვა სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა:

- ✓ საქართველოს პარლამენტმა ბიუჯეტის მიღებისას უნდა დაამტკიცოს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების უზრუნველყოფის პროგრამები მათი განხორციელებისათვის აუცილებელი ხარჯთაღრიცხვის ფარგლებში. გარდა ამისა, პარლამენტმა უნდა მიიღოს კანონები თამბაქოსა და ალკოჰოლური ნაწარმის გავრცელებისათვის არახელსაყრელი გარემოს შესაქმნელად (მაგ., რეკლამის აკრძალვა, არასრულწლოვანთათვის თამბაქოსა და ალკოჰოლური პროდუქტების მიყიდვის აკრძალვა, მიზნობრივი დაბეგვრა და სხვ.);
- ✓ ფინანსთა სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ამ პროგრამების უთუოდ დროული დაფინანსება სრული მოცულობით და სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მიერ პროგრამების არასრული დაფინანსების შემთხვევაში (3%+1% გადასახადის უკმარისობა) დროული საბიუჯეტო ტრანსფერტის განხორციელება;
- ✓ სოციალური უზრუნველყოფის, შრომისა და დასაქმების სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ინვალიდობის და შრომის უუნარობის მქონე პირთა სოციალური დახმარება და სოციალური ადაპტაციის ღონისძიებანი;
- ✓ სპორტის დეპარტამენტმა უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობის ფართო მასების მონაწილეობა სპორტულ-გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებში;
- ✓ ახალგაზრდობის საქმეთა სახელმწიფო დეპარტამენტმა უნდა მოამზადოს კანონპროექტები, რომლებიც დაარეგულირებს ბავშვებსა და მოზარდებს შორის თამბაქოსა და ალკოჰოლური ნაწარმის გავრცელების შეზღუდვის წესებს;

- ✓ ადგილობრივმა ორგანოებმა უნდა უზრუნველყონ თავიანთ ტერიტორიებზე მარტივი და საშუალო დონის სპორტულ-გამაჯასადებელი კომპლექსების შექმნა და ფუნქციონირება.

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოსახლეობის განათლებაში ისეთ საკითხებზე, როგორც არის ცხოვრების ჯანსაღი წესის აუცილებლობა, თამბაქოს წვეის როლი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარებაში, ფიზიკური აქტივობის დადებითი როლი გაჯანსაღების პროცესში, პერიოდული პროფილაქტიკური გასინჯვების (არტერიული წნევა, ქოლესტერინის შემცველობა სისხლში, კარდიოგრაფია და სხვა) აუცილებლობა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროფილაქტიკისათვის და ა.შ.

მონიტორინგი:

მაჩვენებლები:

- ✓ სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა 100000 მოსახლეზე;
- ✓ გულის იშემიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა 100000 მოსახლეზე;
- ✓ ინსულტით გამოწვეული სიკვდილობა 100000 მოსახლეზე;
- ✓ შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მაჩვენებელი;
- ✓ სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების ახალი შემთხვევები 100000 მოსახლეზე;
- ✓ გულის იშემიური დაავადებების ახალი შემთხვევები 100000 მოსახლეზე;
- ✓ ინსულტის ახალი შემთხვევები 100000 მოსახლეზე.

მაჩვენებლების განსაზღვრისთვის მონაცემების შეგროვებას უზრუნველყოფს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი და ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი. სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრში მონაცემების მიწოდებას უზრუნველყოფს ამ პრიორიტეტის განხორციელებაში მონაწილე თითოეული დაწესებულება ყოველკვარტალურად. მონაცემებს აანალიზებს ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად აქვეყნებს მიღებულ მონაცემებს და ახდენს სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების კორეგირებას მიღებული შედეგების შესაბამისად.

2.3. ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, გამოვლინებისა და მკურნალობის გაუმჯობესება

შერჩევის კრიტერიუმი:

ონკოლოგიური დაავადებანი გამოსავლის მიხედვით მძიმე პათოლოგიათა რიცხვს მიეკუთვნება და საქართველოში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სიკვდილობის სტრუქტურაში მეორე ადგილი უჭირავს. ამ დაავადებებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა დამოკიდებულია სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალებათა ხელმისაწვდომობაზე. ბოლო წლებში ქვეყნის საერთო ეკონომიკური დონის დაქვეითებამ, მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ ფინანსური ბარიერი შეუქმნა ავადმყოფებს დიაგნოსტიკურ-სამკურნალო დახმარების მიღებისას, რაც შესაძლოა გახდეს მიზეზი იმისა, რომ ავთვისებიან სიმსივნეთა პირველად დადგენილი დიაგნოზების უმეტესი ნაწილი – 37.5% – მეოთხე სტადიაზე მოდის. სწორედ ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციას, ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ავადობის თავიდან აცილება შესაძლებელია შემთხვევათა 1/3-ში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებით, ხოლო ავადობის დროული გამოვლინების ორგანიზაცია (მათ შორის, სკრინინგ-ტესტების გამოყენებით) ხელს შეუწყობს სიკვდილობის შემცირებას 30%-ით.

მიზნები და ამოცანები:

მიზანი: ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი პროფილაქტიკის გაუმჯობესება.

ამოცანები:

- მწველთა რაოდენობის შემცირება;
- მოსახლეობის განათლების დონის ამაღლება სწორად დაბალანსებული კვების მნიშვნელობის შესახებ ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკაში;

- მოსახლეობის ინფორმირება კიბოს მაღალი რისკის შესახებ ზოგიერთი დაავადების დროს და ამ დაავადებათა პროფილაქტიკის სტიმულირება;
- რიგ ინფექციურ დაავადებათა შემცირების უზრუნველყოფა (B ჰეპატიტის იმუნიზაცია, საშვილოსნოს ყელის პაპილომის ვირუსის საწინააღმდეგო დამცავ საშუალებათა გამოყენება);
- გარემოს მავნე ფაქტორების შემცირება (ქიმიური კანცეროგენები, მაიონებელი გამოსხივება, პროფესიული მავნე ფაქტორების შემცირება);
- გარემოს ფაქტორებსა და კვების პროდუქტებში კანცეროგენების შემცველობის კონტროლი.

მიზანი: კიბოსწინარე დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკის გაუმჯობესება და ადეკვატური მკურნალობის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- ზოგადი ქსელის ექიმთა (თერაპევტი, სტომატოლოგი, გინეკოლოგი) მომზადება და მობილიზაცია კიბოსწინარე დაავადებათა გამოსავლენად კომპეტენციის ფარგლებში;
- კიბოსწინარე დაავადებათა მკურნალობის სტიმულირება.

მიზანი: ონკოლოგიურ დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკის გაუმჯობესება.

ამოცანები:

- ვიზუალური ლოკალიზაციის (სარმევე ჯირკვლის, საშვილოსნოს ყელის, კანის, ტუჩის, პირის ღრუს) სიმსივნეებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება მათი ადრეული გამოვლინებით;
- შინაგანი ლოკალიზაციის (სასუნთქი გზების, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის) სიმსივნეთა გამოსავლენად სკრინინგ-ტესტების გამოყენება სიმსივნეზე საექვო ჯგუფების ფორმირებისა და მათი შემდგომი გაღრმავებული კვლევისათვის;
- ენდოსკოპიური და ციტოლოგიური სამსახურების ხელშეწყობა.

მიზანი: ონკოლოგიურ დაავადებათა სპეციფიკური მკურნალობის გაუმჯობესება.

ამოცანები:

- სოლიდურ და ონკოჰემატოლოგიურ სიმსივნეთა ადეკვატური მკურნალობის უზრუნველყოფა;
- ინკურაბელური ავადმყოფებისათვის მდგომარეობის შესამსუბუქებლად მაქსიმალური პირობების შექმნა (პერორალური მორფინით უზრუნველყოფა, სპინალური გაუტკივარების დანერგვა).

მიზანი: ონკოლოგიურ პაციენტთა რეაბილიტაცია.

ამოცანები:

- მედიკამენტური (მათ შორის იმუნოლოგიური) რეაბილიტაცია;
- პროთეზირება;
- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია.

განხორციელების სტრატეგიები:

- აღნიშნული პრობლემის გადაჭრაში მთავარი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს, ჯანდაცვის რეგიონულ დეპარტამენტებს;
- შემსრულებლებად გვევლინებიან: სპეციალიზებული ონკოლოგიური დაწესებულებანი (ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრი, დისპანსერები, განყოფილებები, კაბინეტები), აგრეთვე პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებანი, თამბაქოს საწინააღმდეგო ეროვნული ცენტრი და ა.შ.;
- ვერტიკალური პროგრამები: ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების, ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად ჰიგიენური ნორმირებისა და მასზე სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა უზრუნველყოფის, უსაფრთხო დედობის და სხვა სახელმწიფო პროგრამები.

პასუხისმგებლობის დონეები:

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – სტრატეგიული დაგეგმვა და პროგრამების შედგენა;

- ✓ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ჯანდაცვის რეგიონული დეპარტამენტები – ტაქტიკური დაგეგმვა და პროგრამების მართვა;
- ✓ ონკოლოგიის სამედიცინო ცენტრი, სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებანი (ონკოდისპანსერები, განყოფილებები, კაბინეტები), თამბაქოს საწინააღმდეგო ეროვნული ცენტრი, პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებანი და ამ დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალი – პროგრამების განხორციელება;

სხვა სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა:

- ✓ საქართველოს პარლამენტმა ბიუჯეტის მიღებისას უნდა დაამტკიცოს ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობისა და ავადობის შემცირების უზრუნველყოფის პროგრამები მათი განხორციელებისათვის აუცილებელი ხარჯთაღრიცხვის ფარგლებში. გარდა ამისა, პარლამენტმა უნდა მიიღოს კანონები თამბაქოსა და ალკოჰოლური ნაწარმის გავრცელებისათვის არახელსაყრელი გარემოს შესაქმნელად (მაგალითად, რეკლამის აკრძალვა, არასრულწლოვანთათვის თამბაქოსა და ალკოჰოლური პროდუქტების მიყიდვის აკრძალვა, მიზნობრივი დაბეგვრა და სხვა);
- ✓ ფინანსთა სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ამ პროგრამების უთუოდ დროული დაფინანსება სრული მოცულობით და სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მიერ პროგრამების არასრული დაფინანსების შემთხვევაში (3%+1% გადასახადის უკმარისობა) დროული საბიუჯეტო ტრანსფერტის განხორციელება;
- ✓ სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული ინვალიდობის და შრომის უუნარო პირთა სოციალური ადაპტაციის ღონისძიებანი;
- ✓ მასმედიის საშუალებებმა უნდა უარი თქვან თამბაქოსა და ალკოჰოლური ნაწარმის რეკლამაზე და მაქსიმალური პროპაგანდა გაუწიონ ცხოვრების ჯანსაღ წესს;
- ✓ უზრუნველყოფილ იქნეს უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში ონკოლოგიის სწავლების გაუმჯობესება, განსაკუთრებით პირველადი საექიმო რგოლის ექიმთა (ოჯახის ექიმთა) მომზადება;

- ✓ შემოღებულ იქნეს პედიატრიულ ფაკულტეტებზე ზოგადი და ბავშვთა ონკოლოგიის სწავლება.

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოსახლეობის განათლებაში ისეთ საკითხებზე, როგორც არის ცხოვრების ჯანსაღი წესის აუცილებლობა, თამბაქოს წვეის როლი ონკოლოგიურ დაავადებათა განვითარებაში, ჯანსაღი კვების (ხილი, ბოსტნეული, ნაკლებციხიმიანი საკვები) როლი ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციაში, ულტრაიისფერი დასხივებისაგან თავდაცვის აუცილებლობა, პერიოდული პროფილაქტიკური გასინჯვებისა და გამოკვლევების ჩატარების აუცილებლობა ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისათვის და ა.შ.

მონიტორინგი:

მაჩვენებლები:

- ონკოლოგიური ავადობის გამოვლინება 100 000 მოსახლეზე;
- ონკოლოგიური კონტინგენტი 100 000 მოსახლეზე;
- ონკოლოგიური დაავადებებით სიკვდილობა 100 000 მოსახლეზე;
- კიბოს ადრეული ფორმების გამოვლინება %-ული მაჩვენებლებით;
- კიბოს დაგვიანებული ფორმების გამოვლინების მაჩვენებლები;
- იმ ადამიანთა რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუტარდათ რადიკალური მკურნალობა (მათ შორის კომბინირებული);
- მკურნალობის პირველ წელს გარდაცვლილთა რაოდენობა;
- გამოჯანმრთელების ხუთწლიანი მაჩვენებელი სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით (10 ძირითადი ლოკალიზაცია);
- პალიატიურ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა რაოდენობა.

ამ მაჩვენებელთა განსაზღვრისათვის მონაცემების შეგროვებას და დამუშავებას უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი. ცენტრში მონაცემების მიწოდებას უზრუნველყოფს ამ პრიორიტეტის განხორციელებაში მონაწილე თითოეული დაწესებულება ყოველკვარტალურად. მონაცემებს აჯამებს და აანალიზებს ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი და ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრი. ჯანდაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად აქვეყნებს მიღებულ მონაცემებს და ახდენს სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების კორეგირებას მიღებული შედეგების შესაბამისად.

2.4. ტრავმატიზმის შემცირება

შერჩევის კრიტერიუმი:

საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურაში ტრავმატიზმს მესამე ადგილი უჭირავს. სატრანსპორტო საშუალებათა მნიშვნელოვან ზრდას და ქვეყნის სატრანზიტო ფუნქციის გაფართოებას თან სდევს ტრავმების მატება. ამავე დროს, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დასაქმებულთა შრომის უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, ვინაიდან ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასთან ერთად წარმოჩინდება საწარმოო ტრავმატიზმის პრობლემა.

ტრავმატიზმით გამოწვეული ინვალიდობა და შრომის უუნარობა საკმაოდ მძიმე ტვირთად აწევს ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სფეროებს. ამიტომ უბედურ შემთხვევათა და ძალადობით გამოწვეულ დასახიჩრებათა, ინვალიდობისა და სიკვდილობის ფსიქიკური და ფსიქოლოგიური შედეგების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა დანერგვას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ტრავმატიზმის შემცირებისთვის.

მიზნები და ამოცანები:

მიზანი: არაგანზრახი დაშავება-დაზიანებებისა და მათ მიერ გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება არა უმეტეს 29,3-მდე 100 000 სულ მოსახლეზე.

ამოცანები:

- ტრავმის დროს პირველადი სამედიცინო დახმარების პრინციპების აუცილებელი სწავლების დანერგვა ყველა ზოგადსაგანმანათლებლო, საშუალო-ტექნიკურ და უმაღლეს სასწავლებლებში, აგრეთვე შინაგან საქმეთა სამინისტროსა და ტრანსპორტის სფეროს მუშაკთათვის;
- ისეთი სპეციალიზებული მობილური ტრავმატოლოგიური სასწრაფო დახმარების ბრიგადების ფართო ქსელის შექმნა, რომლებიც აღჭურვილ იქნება კავშირგაბმულობის, ტრანსპორტის (მათ შორის საჰაერო), რეანიმაციისა და მკურნალობის თანამედროვე საშუალებებით;
- ყველა პროფილური საავადმყოფოს უზრუნველყოფა არანაკლებ 10 მძიმედ ტრავმირებული პაციენტის სრულყოფილი რეანიმაციისა და მკურნალობისათვის აუცილებელი მედიკამენტების, სატრანსფუზიო ხსნარების, საოპერაციო მასალებისა და საშუალებების მუდმივად განახლებადი მასალით;

- წამყვან პროფილურ სამედიცინო დაწესებულებათა უზრუნველყოფა მძიმედ ტრავმირებულ ავადმყოფთა გამოკვლევისა (კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ექსკოპირება, ინტრაოპერაციული რენტგენოსკოპია) და მკურნალობის თანამედროვე საშუალებებით;
- მძიმედ დაზარებულთა მკურნალობის პირველი 5 დღის სახელმწიფო დაფინანსება ან ტრავმატოლოგიური დახმარების სრული სახელმწიფო დაფინანსება.

მიზანი: ავტოკატასტროფების რიცხვისა და მათ შედეგად გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება არა უმეტეს 16,8 მდე 100 000 სულ მოსახლეზე;

ამოცანები:

- გზატკეცილებისა და გზების საფარის, მონიშვნების განათებისა და პროფილის მოწესრიგება-გაუმჯობესება;
- გზებისა და გზატკეცილების მომსახურების (სერვისის) ეფექტიანი სისტემის შექმნა;
- მოსახლეობაში უსაფრთხო მოძრაობის წესების ფართო პროპაგანდა;
- უსაფრთხოების ქამრებისა და ჩაფხუტების აუცილებელი ხმარების დაკანონება და მათ ხმარებაზე უმკაცრესი კონტროლის დაწესება, დაცვითი სისტემების (გასაბერი ბალიშები, ბავშვების უსაფრთხო სავარძლები და სხვა) გამოყენების სტიმულირება;
- ცენტრალური მაგისტრალების უზრუნველყოფა დაუსახლებელ ადგილებში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოსამახებელი საკომუნიკაციო ჯიხურებით;
- მოყვარული და პროფესიონალი მძღოლებისათვის, აგრეთვე პოლიციისა და ტრანსპორტის მუშაკებისათვის პირველადი სამედიცინო დახმარების პრინციპების სწავლებისა და მათი შემდგომი ატესტაციის ორგანიზება;
- მკაცრი საჯარიმო სანქციების გატარება იმ მძღოლების მიმართ, რომლებიც უგულვებლყოფენ დაცვითი სისტემების, უპირველეს ყოვლისა უსაფრთხოების ქამრებისა და ჩაფხუტების გამოყენებას;
- დამცავი სისტემების როლის შესახებ უცხოური სტატისტიკური მასალების მოპოვება და მოსახლეობისათვის მიწოდება, ამ სისტემების მნიშვნელობის ფართომასშტაბიანი პროპაგანდა მასმედიის საშუალებით.

მიზანი: საყოფაცხოვრებო ტრავმების რიცხვის და მათ შედეგად გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება არა უმეტეს 2,3-მდე 100 000 სულ მოსახლეზე.

ამოცანები:

- ქალაქების ქუჩების საფარის, განათებისა და პროფილის მოწესრიგება-გაუმჯობესება;
- ზამთრის პერიოდში ქუჩების გაწმენდა ყინულისა და თოვლისაგან;
- ხანშიშესულთა ოსტეოპოროზის მედიკამენტურ-ალიმენტური პროფილაქტიკის სისტემის ჩამოყალიბება და დანერგვა;
- ხანშიშესულთა ასაკში ძვალ-სახსართა სისტემაში მიმდინარე ცვლილებებისა და ძვლების მოტეხილობათა პროფილაქტიკის შესახებ საინფორმაციო მასალების შემუშავება და მოსახლეობისათვის მიწოდება მასმედიის საშუალებით.

მიზანი: საწარმოო ტრავმების რიცხვის და მათ შედეგად გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება არა უმეტეს 4 მდე 100000 სრულშტატთან მუშაკზე.

ამოცანები:

- საწარმოებში მუშაკთა უსაფრთხო შრომის პირობების უზრუნველყოფა;
- უსაფრთხო სამუშაო გარემოზე საწარმოთა ადმინისტრაციების, პროფკავშირებისა და რეგიონული სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მუდმივი კონტროლის განხორციელება;
- მსხვილ საწარმოებში კომუნიკაციის, რეანიმაციისა და მკურნალობის თანამედროვე საშუალებებით აღჭურვილი, მაღალკვალიფიციური სპეციალისტებით დაკომპლექტებული ტრავმატოლოგიური პუნქტების შექმნა დაშავებულთა ეფექტიანი პირველადი სამედიცინო დახმარებისა და პროფილურ სტაციონარებში მათი უსწრაფესი გადაყვანის მიზნით.

მიზანი: დამწვრობით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება არა უმეტეს 1,2-მდე 100 000 სულ მოსახლეზე.

ამოცანები:

- მკაცრი კონტროლის დაწესება საწარმო დაწესებულებებისა და მოსახლეობის მიერ ხანძარსაწინააღმდეგო პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შესრულებისადმი;

- შენობების აღჭურვა ხანძარსაწინააღმდეგო, მათ შორის სასიგნალო საშუალებებით;
- მოსახლეობის განათლება ხანძრის დროს ქცევისა და დაშავებულთა პირველადი სამედიცინო დახმარების პრინციპების შესახებ;
- პროფილურ სამედიცინო დაწესებულებათა აღჭურვა დამწვრობითი დაავადებების სამკურნალო თანამედროვე საშუალებებით;
- დამწვრობითი დაავადებების მკურნალობის სახელმწიფო დაფინანსება.

მიზანი: წყალში დახრჩობით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება არა უმეტეს 1,3 მდე 100 000 სულ მოსახლეზე.

ამოცანები:

- ცურვის აუცილებელი სწავლების დანერგვა სასწავლო-საგანმანათლებლო სისტემაში;
- წყალში დახრჩობის დროს პირველადი სამედიცინო დახმარების პრინციპების აუცილებელი სწავლება სასწავლო-საგანმანათლებლო სისტემაში და შინაგან საქმეთა სამინისტროს თანამშრომელთათვის. ამ პრინციპების პროპაგანდა მოსახლეობაში;
- ეფექტიანი მაშველი სამსახურის ორგანიზება ყველა იმ წყალსატევებზე, რომლებიც გამოყენებულია მოსახლეობის დასვენებისა და მასობრივი სპორტის მიზნით;
- ცურვის, როგორც ცხოვრების ჯანსაღი წესის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილის, პროპაგანდა მოსახლეობაში.

მიზანი: მოწამვლების არაფატალურ შემთხვევათა შემცირება არა უმეტეს 88 გადაუდებელი დახმარების შემთხვევისა 100000 სულ მოსახლეზე.

ამოცანები:

- მკაცრი სახელმწიფო კონტროლის დაწესება მოსახლეობისათვის მიწოდებული ადგილობრივი თუ უცხოური წარმოების საკვები პროდუქტების ხარისხსა და ვარგისიანობაზე;
- მოსახლეობისათვის ინფორმაციის მიწოდება განსაკუთრებით საშიში და ხშირი კვებითი ინფექციების (ბოტულიზმი, სალმონელოზი, დიზენტერია და სხვ.) განვითარების მიზეზების, კლინიკური გამოვლენისა და პროფილაქტიკის საკითხებზე;

- სხვადასხვა სახის მოწამვლების დროს (კვებითი, მედიკამენტური, მავნე ქიმიური ნივთიერებებით და ა.შ.) პირველადი სამედიცინო დახმარების პრინციპების პროპაგანდა საინფორმაციო საშუალებებით და მათი, როგორც ზოგადად ტრავმების დროს პირველადი სამედიცინო დახმარების ერთ-ერთ შემადგენელი ნაწილის, დანერგვა საგანმანათლებლო სისტემაში;
- იმ მოწამვლების მკურნალობის სახელმწიფო დაფინანსება, რომლებიც დაზარალებულთა ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს.

მიზანი: მოსახლეობის განათლება დაზიანებათა პროფილაქტიკისა და კონტროლის გაუმჯობესებისათვის.

ამოცანები:

- ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისა და დაშავებულთა პირველადი სამედიცინო დახმარების პრინციპების აუცილებელი სწავლების დანერგვა:
 - ✓ ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლებში;
 - ✓ საშუალო-ტექნიკურ და უმაღლეს სასწავლებლებში;
 - ✓ ავტოსკოლებში (მართვის მოწმობა არ უნდა გაიცეს სათანადო გამოცდის ჩაბარების გარეშე);
 - ✓ შინაგან საქმეთა სამინისტროსა და ტრანსპორტის სამინისტროს სისტემებში.
- ყველა მოყვარული და პროფესიონალი მძღოლის მიერ ამ პრინციპების შესწავლისა და მათი შემდგომი ატესტაციის განხორციელება წამყვანი პროფილური დაწესებულების ბაზაზე.

მიზანი: პრეჰოსპიტალური, ჰოსპიტალური, რეაბილიტაციური მომსახურების შემაკავშირებელი სისტემების ჩამოყალიბება, რომლებიც ტრავმით გამოწვეულ სიკვდილობის და ხანგრძლივი შრომის უუნარობის პროფილაქტიკას უზრუნველყოფს.

ამოცანები:

- ჰოსპიტალურ ეტაპზე დაშავებულთა მაღალკვალიფიციური დახმარებისა და ტრავმებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირების მიზნით მობილური, კომუნიკაციის, ტრანსპორტის, რეანიმაციისა და მკურნალობის თანამედროვე საშუალებებით აღჭურვილი

სპეციალიზებული ტრავმატოლოგიური სასწრაფო დახმარების ბრიგადების ჩამოყალიბება, რომლებიც უზრუნველყოფენ შემთხვევის ადგილიდან დაზარალებულთა უსწრაფეს გაყვანას პროფილურ სტაციონარებში, აგრეთვე შეძლებენ დროულად მიაწოდონ ამ სტაციონარების მიმღებ ქვედანაყოფებს პირველადი ინფორმაცია დაზარალებულთა ზოგადი მდგომარეობისა და დაზიანების სავარაუდო ხასიათისა და სიმძიმის შესახებ;

- ჰოსპიტალურ ეტაპზე დაზიანებულთა მაღალკვალიფიციური დახმარების უზრუნველსაყოფად პროფილური სტაციონარების თანამედროვე საკომუნიკაციო, სადიაგნოზო (კომპიუტერული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, ექსკოპირება, ინტრაოპერაციული რენტგენოსკოპია) სარეანიმაციო და სამკურნალო საშუალებებით აღიჭურვა;
- ტრავმირებულ ავადმყოფთა სრულყოფილი რეაბილიტაციის მიზნით წამყვან პროფილურ სტაციონარებთან რეაბილიტაციის ცენტრების (კლინიკების) შექმნა, რომლებიც აღიჭურვება ფიზიო-, ჰიდრო-, მექანო- და სხვა თერაპიის თანამედროვე საშუალებებით;
- სამედიცინო დახმარების სრულ სადაზღვევო სისტემაზე გადასვლამდე ტრავმირებულ პაციენტთა რეაბილიტაციური მკურნალობა ნაწილობრივ სახელმწიფო დაფინანსებით (თანაგადახდა) განხორციელება.

განხორციელების სტრატეგიები:

- აღნიშნული პრობლემის გადაჭრაში მთავარი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს, ჯანდაცვის რეგიონულ დეპარტამენტებს;
- შემსრულებლებად გვევლინებიან: სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებანი, სტაციონარული და სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებანი (მაგ., ტრავმატოლოგიის ცენტრი, დამწვრობის ცენტრი და ა.შ.), გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სასწავლო ცენტრი და ა.შ.;
- ვერტიკალური პროგრამები: კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციების სამედიცინო რეზერვის, მოსახლეობის სტაციონარული დახმარების, მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების, მოსახლეობის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის და სხვ..

პასუხისმგებლობის დონეები:

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – სტრატეგიული დაგეგმვა და პროგრამების შედგენა;
- ✓ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ჯანდაცვის რეგიონული დეპარტამენტები – ტაქტიკური დაგეგმვა და პროგრამების მართვა;
- ✓ სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებები, სტაციონარული და სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები (მაგალითად, ტრავმატოლოგიის ცენტრი, დამწვრობის ცენტრი და ა.შ.) და ამ დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალი – პროგრამების განხორციელება.

სხვა სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა:

- ✓ საქართველოს პარლამენტმა ბიუჯეტის მიღებისას უნდა დაამტკიცოს ტრავმატიზმის გავრცელების შემცირების უზრუნველყოფის პროგრამები მათი განხორციელებისათვის აუცილებელი ხარჯთაღრიცხვის ფარგლებში;
- ✓ ფინანსთა სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ამ პროგრამების უთუოდ დროული დაფინანსება სრული მოცულობით;
- ✓ სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ტრავმატიზმის შედეგად დაინვალიდებულ პირთა და დროებით შრომის უუნაროთა სოციალური და მატერიალური დახმარება;
- ✓ შინაგან საქმეთა სამინისტროს საგზაო პოლიციის სამმართველომ უნდა უზრუნველყოს გზებზე მოძრაობის უსაფრთხოება (მათ შორის მოტოჩაფხუტების ხმარება, გზების მონიშვნა, საგზაო ნიშნებისა და ა.შ. წესრიგში ყოფნა და სხვა);
- ✓ ტრანსპორტის სამინისტრომ და მუნიციპალიტეტებმა უნდა უზრუნველყონ ქვეყანაში არსებული გზების მოძრაობისათვის უსაფრთხო მდგომარეობაში ყოფნა (ნორმალური საფარი, ზამთრის პირობებში გზების გაწმენდა ყინულისა და თოვლისაგან და სხვ.);
- ✓ რკინიგზის, საზღვაო და საჰაერო ტრანსპორტის დეპარტამენტებმა უნდა უზრუნველყონ თავიანთ დარგებში მაქსიმალური უსაფრთხოება;
- ✓ ხანძარსაწინააღმდეგო სამსახურებმა უნდა უზრუნველყონ ხანძრის გაჩენის პროფილაქტიკური ღონისძიებანი (შენობების აღჭურვა

სპეციალური საგანგაშო-საინფორმაციო სისტემებით, ხანძარსაწინააღმდეგო საშუალებებით და სხვა);

- ✓ განათლების სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს სასწავლო-საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ტრავმატიზმის თავიდან აცილებისა და პირველადი დახმარების გაწევის სპეციალური პროგრამების სწავლება.

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთ საკითხებში, როგორც არის ტრავმატიზმის შედეგად დაინვალიდებულთა ფსიქო-სოციალური ადაპტაცია, აგრეთვე მოსახლეობის განათლება ტრავმატიზმის თავიდან აცილებისა და გადაუდებელი დახმარების გაწევის დარგში.

მონიტორინგი:

მაჩვენებლები:

- არაგანზრახი დაზიანებებით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- არაფატალურ არაგანზრახ დაზიანებათა შემთხვევების გამო ჰოსპიტალიზაციათა რიცხვი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- ავტოკატასტროფებით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი გავლილ 100 მილიონ კმ-ზე და 100 000 სულ მოსახლეზე;
- დაცემით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- წყალში დახრჩობით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- საცხოვრებელ ადგილზე მიღებული დამწვრობით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- 65 წლისა და უფრო მეტი ასაკის პირთა შორის ბარძაყის მოტეხილობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა რიცხვი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- მოწამვლების არაფატალური შემთხვევების გამო გადაუდებელი დახმარების შემთხვევათა რიცხვი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- თავის ქალას არაფატალური დაზიანებებით გამოწვეულ ჰოსპიტალიზაციათა რიცხვი 100 000 სულ მოსახლეზე;

- ხერხემლის არაფატალური დაზიანების გამო ჰოსპიტალიზაციათა რიცხვი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- თავის ქალასა და ხერხემლის ტრავმებით გამოწვეული მეორადი ინვალიდობის რიცხვი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- დაცვითი სისტემების (გასაბერი ბალიშები, ბავშვების უსაფრთხო სავარძლები და სხვ.) გამოყენების % მზავრთათვის;
- ჩაფხუტების გამოყენების % მოტოციკლეტებისა და ველოსიპედების მძღოლებისათვის;
- კვამლის (სახანძრო) დეტექტორების არსებობის მაჩვენებელი თითოეულ დასახლებულ სართულზე მაინც %-ით;
- სასწავლო-საგანმანათლებლო (სკოლები) დაწესებულებების % წილი, სადაც ტარდება აკადემიური ინსტრუქტაჟი დაზიანებათა პროფილაქტიკისა და კონტროლისათვის;
- პირველადი ჯანდაცვის იმ მომწოდებელთა პროცენტული წილი, რომლებიც უზრუნველყოფენ რეკომენდაციების მიწოდებას შემთხვევითი დაზიანებების პროფილაქტიკისთვის. პრეჰოსპიტალური, ჰოსპიტალური, რეაბილიტაციური მომსახურებების შემაკავშირებელი სისტემების რიცხვი, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტრავმით გამოწვეული სიკვდილობის და ხანგრძლივი შრომის უუნარობის პროფილაქტიკას.

მაჩვენებლების განსაზღვრისთვის მონაცემების შეგროვებას უზრუნველყოფს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი და ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი. სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრში მონაცემების მიწოდებას უზრუნველყოფს ამ პრიორიტეტის განხორციელებაში მონაწილე თითოეული დაწესებულება ყოველკვარტალურად. მონაცემებს აჯამებს და აანალიზებს ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. ჯანდაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად აქვეყნებს მიღებულ მონაცემებს და ახდენს სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების კორეგირებას მიღებული შედეგების შესაბამისად.

2.5. გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება

შერჩევის კრიტერიუმი:

ბოლო წლების მანძილზე საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკურმა და სოციალურ-ეკონომიკურმა პროცესებმა გამოიწვია როგორც მთლიანად მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესება და იმუნური სტატუსის დაქვეითება, ასევე ჯანდაცვის სისტემის ბევრი რგოლის მუშაობის დასუსტება. როგორც შედეგი, მკვეთრად გაიზარდა ზოგიერთი ინფექციური და სოციალურად საშიში დაავადებით ავადობის სიხშირე. ამიტომ ძალზე დიდ მნიშვნელობას იძენს ინფექციურ სნეულებათა გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლა, პროფილაქტიკა, დროული დიაგნოსტიკა და ავადმყოფების კვალიფიციური დახმარება, ვინაიდან სწორედ ინფექციური სნეულებებით ავადობის მაჩვენებელი ასახავს ქვეყნის განვითარებისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის რეალურ დონეს.

მიზნები და ამოცანები:

მიზანი: პოლიომიელიტის ლიკვიდაციის შენარჩუნება (2000 წელი) და ლიკვიდაციის სერტიფიცირება (2003 წელი).

ამოცანები:

- გეგმური იმუნიზაციით მოცვა 98%;
- ეპიდზედამხედველობის ეფექტიანობის გაზრდა;
- ლაბორატორიული სამსახურის ქმედითუნარიანობის გაძლიერება.

მიზანი: ახალშობილთა ტეტანუსის ლიკვიდაციის შენარჩუნება (2005 წელი).

ამოცანები:

- შესაბამის პირობებში მშობიარობის უზრუნველყოფა;
- საჭიროებისას ორსულთა იმუნიზაცია.

მიზანი: წითელას ლიკვიდაცია (2007 წელი) და ლიკვიდაციის სერტიფიცირება (2010 წელი).

ამოცანები:

- გეგმური იმუნიზაციით მოცვა 95%;
- ეპიდზედამხედველობის ეფექტიანობის გაზრდა;
- ლაბორატორიული სამსახურის ქმედითუნარიანობის გაძლიერება.

მიზანი: დიფთერიის გავრცელების შემცირება 0,1-ზე ნაკლებ დონემდე 100000 მოსახლეზე (2003 წელი).

ამოცანები:

- გეგმური იმუნიზაციით მოცვა 95%;
- მოზრდილთა რევაქცინაციით მოცვა 85%;
- ეპიდზედამხედველობის გაუმჯობესება.

მიზანი: B ჰეპატიტის ახალი შემთხვევების გადაცემათა სიხშირის შემცირება 80% ით (2010 წელი).

ამოცანები:

- ახალშობილთა იმუნიზაციით მოცვა 95%;
- უსაფრთხო სისხლითა და მისი პროდუქტებით უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მანიპულაციების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობის განათლება ინდივიდუალური დაცვის საკითხებში.

მიზანი: უნდა უზრუნველყოფილ იქნას ეპიდემიური პაროტიტის, ყვიანახველასა და *Haemophilus influenzae* (B ტიპის)-ით გამოწვეული ინფექციების გავრცელების სიხშირის დაქვეითება 0,1-ზე ნაკლებ დონემდე 100000 მოსახლეზე.

ამოცანები:

- გეგმური იმუნიზაციით მოცვა 95%;
- ეპიდზედამხედველობის ეფექტიანობის გაზრდა ლაბორატორიულ სამსახურებზე დაყრდნობით.

მიზანი: თანდაყოლილი წითურის მაჩვენებლის შემცირება 0.01-ზე ნაკლებ დონეზე 1000 ცოცხლად შობილზე (2006 წელი).

ამოცანები:

- ეპიდზედამხედველობის ეფექტიანობის გაზრდა;
- გეგმური იმუნიზაციის დაწყება 2000 წლიდან.

მიზანი: მალარიის გავრცელების მაჩვენებელი უნდა იყოს 5-ზე ნაკლები 100000 მოსახლეზე, ხოლო მალარიით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები საერთოდ არ უნდა აღინიშნებოდეს.

ამოცანები:

- ეპიდზედამხედველობის გაუმჯობესება;
- გადამტანებთან ბრძოლის გააქტიურება ეკოლოგიურად უსაფრთხო მეთოდებით;
- სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება;
- სამკურნალო პრეპარატებისა და ინსექტიციდების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის რეაგენტების შეზღუდული მარაგის შექმნა.

მიზანი: წყლითა და საკვებით გადაცემადი ინფექციების (მუცლის ტიფი, ბრუცელოზი, ამებიაზი, დიზენტერია და ა.შ.) შემთხვევათა რაოდენობის თანამიმდევრული და მუდმივი შემცირება.

ამოცანები:

- უსაფრთხო წყალმომარაგებისა და კვების უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობის ჰიგიენური განათლების გაუმჯობესება.

მიზანი: გადამდებ დაავადებებთან, განსაკუთრებით მწვავე რესპირატორულ და დიარეულ ინფექციებთან დაკავშირებული სიკვდილობის მაჩვენებლისა და ჯანმრთელობისათვის ნეგატიური შედეგების თანამიმდევრული და მუდმივი შემცირების უზრუნველყოფა ბავშვთა ასაკში.

ამოცანები:

- ეპიდზედამხედველობის გაუმჯობესება;
- ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვა და ამ მიმართულებით სამედიცინო პერსონალის მომზადება;
- პერორალური რეკონსტიტუციული მარილების ფართო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- ძუძუთი კვების პროპაგანდის გაძლიერება;
- დედათა განათლების დონის ამაღლება.

მიზანი: 2005 წლისთვის ავადობის შემცირება 50-60-მდე და მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევებზე კონტროლის დაწესება.

ამოცანა:

- ტუბერკულოზთან ბრძოლის თანამედროვე სტრატეგიით განსაზღვრული სადიაგნოზო, სამკურნალო და პრევენციულ

ღონისძიებათა ქვეყნის მასშტაბით სრული მოცულობით განხორციელება.

მიზანი: თანდაყოლილი სიფილისის შემცირება 0,01-ზე ნაკლებამდე 1000 ცოცხლად შობილზე.

ამოცანები:

- ორსულების 2-ჯერადი ვასერმანიზაცია;
- ორსულთა პატრონაჟის გაუმჯობესება.

მიზანი: სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და შიდსის პრევენცია.

ამოცანები:

- აქტიური გამოვლენის მეთოდების გაუმჯობესება;
- მოსახლეობის განათლება ინდივიდუალური დაცვის საკითხებში.

განხორციელების სტრატეგიები:

- აღნიშნული პრობლემის გადაჭრაში მთავარი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს, ჯანდაცვის რეგიონულ დეპარტამენტებს;
- შემსრულებლებად გვევლინებიან: დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, ინფექციურ სნეულებათა საავადმყოფოები ან განყოფილებები, პოლიკლინიკები, სპეციალიზებული საავადმყოფოები, სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და დისპანსერები (მაგ., ტუბერკულოზის, ვენსნეულებათა), შიდს-ის ცენტრი და მისი რეგიონული ფილიალები, სისხლის გადასხმის სადგურები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები და ა.შ.;
- ვერტიკალური პროგრამები: გეგმური პროფილაქტიკური იმუნიზაციისა და მასობრივი და პროფესიული აცრების კამპანიების, პიდზედამხედველობის, საკარანტინო, განსაკუთრებით საშიში და მასთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლისა და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის, შიდს-თან ბრძოლისა და პროფილაქტიკის, სისხლისა და სისხლის პროდუქტების გადასხმით გადამდებ ინფექციებზე უსაფრთხოების, ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების,

ტუბერკულოზთან ბრძოლის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა უზრუნველყოფის, სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის უზრუნველყოფის, ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის და სხვა სახელმწიფო პროგრამები.

პასუხისმგებლობის დონეები:

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – სტრატეგიული დაგეგმვა და პროგრამების შედგენა;
- ✓ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ჯანდაცვის რეგიონული დეპარტამენტები – ტაქტიკური დაგეგმვა და პროგრამების მართვა;
- ✓ დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, ინფექციურ სნეულებათა საავადმყოფოები ან განყოფილებები, პოლიკლინიკები, სპეციალიზებული საავადმყოფოები, სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და დისპანსერები, შიდს-ის ცენტრი და მისი რეგიონული ფილიალები, სისხლის გადასხმის სადგურები, სანიტარიული ზედამხედველობის ინსფექციები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები და ამ დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალი – პროგრამების განხორციელება.

სხვა სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა:

- ✓ საქართველოს პარლამენტმა ბიუჯეტის მიღებისას უნდა დაამტკიცოს ინფექციურ და სოციალურად საშიშ დაავადებებთან ბრძოლის პროგრამები მათი განხორციელებისათვის აუცილებელი ხარჯთაღრიცხვის ფარგლებში;
- ✓ ფინანსთა სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ამ პროგრამების უთუო დროული დაფინანსება სრული მოცულობით და სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მიერ პროგრამების არასრული დაფინანსების შემთხვევაში (3%+1% გადასახადის უკმარისობა) დროული საბიუჯეტო ტრანსფერტის განხორციელება;
- ✓ საგადასახადო ორგანოებმა (საგადასახადო ინსპექცია, პოლიცია, პროკურატურა) უნდა უზრუნველყონ სამედიცინო სადაზღვევო გადასახადის (3%+1%) დროული ამოღება სრული მოცულობით;
- ✓ შინაგან საქმეთა სამინისტრომ უნდა განხორციელოს კონტროლი ნარკომანიისა და პროსტიტუციის გავრცელებისა და საჭიროების

შემთხვევაში დასნებოვნებულ პირთა იძულებით მკურნალობის უზრუნველყოფისადმი;

- ✓ სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტმა უნდა განახორციელოს სასმელი წყლისა და საკვების უსაფრთხოების ნორმების დაცვისადმი კონტროლი;
- ✓ განათლების სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს სასწავლო-საგანმანათლებლო დაწესებულებებში (განსაკუთრებით დაწყებით კლასებში) პირადი ჰიგიენის პროგრამების სწავლება.

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოსახლეობის განათლებასა და აგიტაციაში ისეთ საკითხებზე, როგორც არის უსაფრთხო სექსი, ნარკომანიის უარყოფითი როლი ინფექციურ და სოციალურად საშიშ დაავადებათა გავრცელებაში, იმუნიზაციის აუცილებლობა დაავადებათა პროფილაქტიკის მიზნით და ა.შ. აგრეთვე მათ შეიძლება თავისი წვლილი შეიტანონ ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პირთა საზოგადოებაში ფსიქო-სოციალური ადაპტაციის საქმეში.

მონიტორინგი:

მაჩვენებლები:

- მწვავე დუნე დამბლის მაჩვენებელი;
- პოლიომიელიტით ავადობის მაჩვენებელი;
- ახალშობილთა ტეტანუსით ავადობის მაჩვენებელი;
- წითელათი ავადობის მაჩვენებელი;
- დიფთერიით ავადობის მაჩვენებელი;
- B ჰეპატიტის ახალი შემთხვევების გადაცემათა სიხშირე;
- ეპიდემიური პაროტიტის, ყივანახველას და *Haemophilus influenzae* (B ტიპის) ინფექციების გავრცელების სიხშირე 100000 მოსახლეზე;
- თანდაყოლილი სიფილისის გავრცელება 1000 ცოცხლად შობილზე;
- მალარიის გავრცელების მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე და ამ დაავადებით გამოწვეული სიკვდილობა;
- წყლითა და საკვებით გადაცემადი ინფექციებით (მუცლის ტიფი, ბრუცელოზი, ამებიაზი, დიზენტერია და ა.შ.) ავადობის მაჩვენებელი;
- გრიპით ავადობის მაჩვენებელი;
- ვირუსული ჰეპატიტებით ავადობის მაჩვენებელი;

- ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებელი;
- ვენერიული სნეულებებით ავადობის მაჩვენებელი;
- აივ ავადობის მაჩვენებელი;
- სხვა ინფექციური დაავადებებით ავადობის მაჩვენებელი.

მაჩვენებლების განსაზღვრისთვის მონაცემების შეგროვებას და დამუშავებას უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი. ცენტრში მონაცემების მიწოდებას უზრუნველყოფს ამ პრიორიტეტის განხორციელებაში მონაწილე თითოეული დაწესებულება ყოველთვიურად. მონაცემებს ანალიზებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად აქვეყნებს მიღებულ მონაცემებს და ახდენს სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების კორექტირებას მიღებული შედეგების შესაბამისად.

2.6. ფსიქიკური ჯანმრთელობა

შერჩევის კრიტერიუმი:

როგორც მთლიანად სახელმწიფოში, ასევე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შექმნილი მძიმე მატერიალური მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმწვავეით აისახა ისეთ სპეციფიკურ დარგზე, როგორც არის ფსიქიატრია. დაავადებათა ქრონიკულმა ბუნებამ, მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის საჭიროებამ, ავადმყოფთა სოციალურად საშიშმა ქმედებებმა და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში შექმნილმა კრიტიკულმა სიტუაციამ განაპირობა ამ დარგის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსების აუცილებლობა. სწორედ ამის გამო ფსიქიატრიული დახმარება რჩება ჯანდაცვის ერთ-ერთ პრიორიტეტად.

მიზნები და ამოცანები:

მიზანი: ზოგადად პოპულაციაში თვითმკვლელობათა რიცხვის შემცირება (არა უმეტეს 10,5 შემთხვევა 100 000 მოსახლეზე), ამასთან თვითდაშავების მცდელობათა შემთხვევების 15%-ით შემცირება 14-17 წლის მოზარდებს შორის.

ამოცანები:

- სუიციდისა და პარასუიციდის რეგისტრაცია და ზუსტი აღრიცხვა;

- სახელმწიფოში დაფიქსირებული სუიციდისა და პარასუიციდის სტატისტიკური მონაცემების დამუშავება, ეპიდემიოლოგიური სურათის ანალიზის შედეგად შესაბამისი რისკ-ფაქტორებისა და რისკ-ჯგუფების იდენტიფიკაცია;
- სუიციდისა და პარასუიციდის პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის შემუშავება;
- დაუსრულებელი სუიციდის შემთხვევებში ფსიქოლოგიური და/ან ფსიქიატრიული დახმარების უწყვეტობის უზრუნველყოფა როგორც მწვავე, ისე მოგვიანებით ეტაპზე პაციენტთა მონიტორინგის საშუალებით (სუიციდოლოგიური სამსახურებისათვის სოციალურ-ფსიქოლოგიური დახმარების კაბინეტების ამოქმედება ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებში, მთავარი ცენტრით თბილისში და შესაბამისი რეგიონული კაბინეტებით);
- სუიციდოლოგთა აქტიური და უშუალო კონტაქტი ფსიქოლოგებთან, იურისტებთან, საშუალო და უმაღლესი სკოლების პედაგოგებთან, ასევე სოც. უზრუნველყოფის დაწესებულებებთან და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან;
- იმ მდგომარეობების დროული გამოვლენა და ლიკვიდაცია, რომლებიც პოტენციურად თვითმკვლელობის საფრთხეს ქმნის;
- მოსახლეობის გარკვეულ კონტინგენტში (რისკ-ჯგუფები) სუიციდური ტენდენციების ადრეული გამოვლენა;
- სუიციდისა და პარასუიციდის დიაგნოსტიკური საკითხების გადაწყვეტა და აუცილებელი სამკურნალო-პროფილაქტიკური ზომების გამოყენება;
- პოსტსუიციდური მდგომარეობის მკურნალობა, განმეორებითი სუიციდის პროფილაქტიკის მიზნით სოციალური-შრომითი რეადაპტაცია იმ პირებისათვის, რომლებსაც სუიციდის მცდელობა ჰქონდათ;
- მოსახლეობაში, განსაკუთრებით მოზარდებში, ფართო ფსიქო-პიგიენური მუშაობის განხორციელება ანტინარკომანული და ანტიალკოჰოლური კამპანიების პარალელურად (ლექცია-საუბრები შრომით და სასწავლო კოლექტივებთან, მშობლებთან და სხვა).

მიზანი: ბავშვებსა და მოზარდებს შორის ფსიქიკურ აშლილობათა შემცირება 10%-მდე.

ამოცანები:

- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება;
- გარემო ფაქტორების მავნე ზემოქმედებისადმი ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმტკიცება;
- ფსიქოფიზიოლოგიურ ფუნქციათა განვითარების ასაკობრივი ნორმების გამომუშავება;
- ასაკობრივი კრიზისული პერიოდების (3, 7, 12-15 წლის ასაკი) დროს ფსიქოპროფილაქტიკური მუშაობის გაძლიერება ფრუსტრაციის დონის დაქვეითების მიზნითა და ფსიქოლოგიური თავდაცვის მექანიზმების ამოქმედებით;
- სასწავლო კოლექტივების ფსიქოლოგიური დახმარების კაბინეტებით უზრუნველყოფა;
- დევიაციურ და დელინკვენტურ ქცევათა პროფილაქტიკა შესაბამისი ფსიქოპროფილაქტიკური მუშაობით ბავშვებსა და მოზარდებთან პედაგოგებისა და მშობლების უშუალო მონაწილეობით;
- გლობალურ სტრესულ სიტუაციებში ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოპროფილაქტიკა;
- მოზარდი თაობის პროფესიული ორიენტაცია;
- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოფიზიოლოგიური ტესტირება წინასასკოლო პერიოდში;
- ფსიქიკურ და ქცევით აშლილობათა დროულად გამოვლენის მიზნით ბავშვთა და მოზარდთა მასობრივი შემოწმებები შესაბამის პოლიკლინიკებში, რაც შესაძლებელს გახდის თავიდან იქნეს აცილებული პიროვნული ცვლილებებისა და პათოლოგიების ჩამოყალიბება;
- ბავშვთა და მოზარდთა მოსაზღვრე მდგომარეობათა ფსიქიატრიასა და ფსიქოპიგიენაში სკოლის ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლება ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბაზაზე ან აღნიშნული დაწესებულების სპეციალისტთა მონაწილეობით პედაგოგთა დახელოვნების ინსტიტუტის ბაზაზე.

მიზანი: პოპულაციაში ზრდასრულ პირებს შორის ფსიქიკურ აშლილობათა შემცირება (ფსიქოტროპულ საშუალებათა ბოროტად გამოყენების გარდა) 10,7%-მდე; დიდი დეპრესიული აშლილობების მქონე პირთა წილის გაზრდა სულ ცოტა 45% მდე მოსახლეობის იმ კონტინგენტში, რომელიც

ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურებით სარგებლობს; 18 წლის და უფროსი ასაკის იმ პირთა წილის გაზრდა სულ ცოტა 20%-მდე, რომლებიც დახმარებას ითხოვენ პიროვნული და ემოციური პრობლემების მოსაგვარებლად; ქრონიკული (ხანგრძლივი) ფსიქიკური აშლილობების მქონე ზრდასრულ პირთა წილის გაზრდა სულ ცოტა 30%-მდე, რომლებიც საზოგადოებრივი დახმარების პროგრამებში მონაწილეობენ; ზრდასრულ მოსახლეობაში სტრესული სიტუაციებით განპირობებული ჯანმრთელობის მოშლილობის მქონე პირთა წილის შემცირება სულ ცოტა 35% მდე.

ამოცანები:

- ზრდასრულ პირთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება;
- გამოვლენილ ფსიქიკურ აშლილობათა რეგისტრაცია და ზუსტი აღრიცხვა;
- სახელმწიფოში დაფიქსირებულ ფსიქიკურ აშლილობათა სტატისტიკური მონაცემების დამუშავება, ეპიდემიოლოგიური სურათის ანალიზის შედეგად ფსიქიკურ ავადმყოფთა კონტინენტისა და მისი ძირითადი სტრუქტურების დადგენა, შესაბამისი რისკ-ჯგუფებისა და რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაცია;
- მოსახლეობის ფართო ფენებში ფსიქო-პროფილაქტიკური და ფსიქო-პიეიენური განათლების შეტანა, რათა დროულად მოხდეს ფსიქიკურ აშლილობათა არსებითი ნიშნების ადრეული ამოცნობა, ფსიქიკურ აშლილობათა დროული გამოვლენა და მკურნალობა;
- ფსიქიატრიული სამსახურების მიერ ფსიქიკურ აშლილობათა მეორადი პროფილაქტიკა დაავადების რეციდივებისა და ქრონიფიკაციის პრევენციის მიზნით;
- მასობრივ სოციალურ და ფსიქოლოგიურ სტრესულ სიტუაციებში მოზრდილთათვის კრიზისული დახმარების სამსახურების ამოქმედება;
- ფსიქიატრიული გერიატრიული სამსახურის ამოქმედება;
- ფსიქიატრიული სამსახურების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის დაკომპლექტება თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად;
- ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტებისათვის ფსიქო-რეაბილიტაციური სამსახურის ამოქმედება;
- მოსახლეობის ფსიქო-სოციალური პრობლემატიკის შესწავლა, სოციალური სტრეს-ფაქტორების იდენტიფიკაცია და მაღალი რისკ-ჯგუფების გამოვლენა.

განხორციელების სტრატეგიები:

- აღნიშნული პრობლემის გადაჭრაში მთავარი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს;
- შემსრულებლებად გვევლინებიან: სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები, პოლიკლინიკები, დისპანსერები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები და ა.შ.;
- ვერტიკალური პროგრამები: ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვის, ფსიქიატრიული დახმარების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად ჰიგიენური ნორმირებისა და მასზე სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის და სხვა.

პასუხისმგებლობის დონეები:

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – სტრატეგიული დაგეგმვა და პროგრამების შედგენა;
- ✓ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი – ტაქტიკური დაგეგმვა და პროგრამების მართვა;
- ✓ სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები, პოლიკლინიკები, დისპანსერები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები – პროგრამების განხორციელება;

სხვა სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა:

- ✓ საქართველოს პარლამენტმა ბიუჯეტის მიღებისას უნდა დაამტკიცოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის პროგრამები მათი განხორციელებისათვის აუცილებელი ხარჯთაღრიცხვის ფარგლებში;
- ✓ ფინანსთა სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ამ პროგრამების უთუო დროული დაფინანსება სრული მოცულობით და სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მიერ პროგრამების არასრული დაფინანსების შემთხვევაში (3%+1% გადასახადის უკმარისობა) დროული საბიუჯეტო ტრანსფერტის განხორციელება;
- ✓ სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ფსიქიკურად დაავადებულთა მატერიალური დახმარება და სოციალური ადაპტაცია;

- ✓ განათლების სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს გონებრივად ჩამორჩენილი ბავშვებისათვის სპეციალური პროგრამების მომზადება და სწავლება.

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფსიქიკურად დაავადებულთა და გონებრივად ჩამორჩენილთა ფსიქო-სოციალური ადაპტაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის საქმეში.

მონიტორინგი:

მაჩვენებლები:

- თვითმკვლელთა რიცხვი 100 000 სულ მოსახლეზე;
- თვითდაშავების მცდელობათა შემთხვევების პროცენტი 14-17 წლის მოზარდებს შორის;
- ფსიქიკურ აშლილობათა საერთო რაოდენობაში ბავშვებისა და მოზარდების პროცენტული წილი;
- ფსიქიკური აშლილობების (ფსიქოტროპულ საშუალებათა ბოროტად გამოყენების გარდა) პროცენტული წილი ზრდასრულ მოსახლეობაში;
- სტრესული სიტუაციებით განპირობებული ჯანმრთელობის მოშლილობის მქონე პირთა % წილი 18 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობაში;
- ქრონიკული ფსიქიატრიული პათოლოგიის მქონე 18 წლისა და უფროსი ასაკის იმ პირთა პროცენტული წილი, რომლებიც საზოგადოებრივი დახმარების პროგრამებში მონაწილეობენ;
- დიდი დეპრესიული აშლილობის მქონე იმ პირთა პროცენტული წილი, რომლებსაც მკურნალობა უტარდებათ;
- 18 წლისა და უფროსი ასაკის იმ პირთა პროცენტული წილი, რომლებიც დახმარებას პიროვნული და ემოციური პრობლემების მოსაგვარებლად ითხოვენ;
- 18 წლისა და უფროსი ასაკის იმ პირთა პროცენტული წილი, ვინც აღნიშნავს სტრესული სიტუაციების საგრძნობ დონეს და არ იღებს ზომებს მათი შემცირებისა და კონტროლისათვის;
- სამუშაო სტრესის საწინააღმდეგო პროგრამების განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებების (სადაც მუშაობს 50 და მეტი დასაქმებული) პროცენტული წილი.

მაჩვენებელთა განსაზღვრისთვის მონაცემების შეგროვებას და დამუშავებას უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი. ცენტრში მონაცემების მიწოდებას უზრუნველყოფს ამ პრიორიტეტის განხორციელებაში მონაწილე თითოეული დაწესებულება ყოველკვარტალურად. მონაცემებს ანალიზებს ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად აქვეყნებს მიღებულ მონაცემებს და ახდენს სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების კორექტირებას მიღებული შედეგების შესაბამისად.

2.7. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება

შერჩევის კრიტერიუმი:

მრავალ ქვეყანაში მოსახლეობის ავადობის შემცირებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი როლი ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებს ენიჭება, რაც გულისხმობს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას და ჯანმრთელობისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოსთვის, სადაც ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება დეფიციტური და არასტაბილურია. ამდენად მრავალი მწვავე თუ ქრონიკული დაავადების პრევენცია შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და მოსახლეობაში ფართოდ დანერგვის გზით, რაც მთლიანობაში შეამცირებს „ავადობის ტვირთს“. აღნიშნული მიზნების მისაღწევად აუცილებელია საზოგადოების სხვადასხვა ფენების ფართო ძალისხმევა, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებში ჯანდაცვის სექტორის გარდა სხვა სექტორების აქტიურ მონაწილეობას.

მიზნები და ამოცანები:

მიზანი: საზოგადოებისათვის თამბაქოს მოხმარების მავნე ჩვევად აღიარება, თამბაქოს მწვეველთა რაოდენობის შემცირება მოზრდილ მამაკაცებში 60%-დან 40%-მდე, ქალებში 40%-დან 10%-მდე, ვაჟებში (12-18 წელი) 60%-დან 40%-მდე და გოგონებში (12-18 წელი) 30%-დან 5%-მდე.

ამოცანები:

- თამბაქოს საწინააღმდეგო ფართო საზოგადოებრივი კამპანია;

- თამბაქოს მოხმარების მავნებლობის შესახებ საინფორმაციო მასალების შემუშავება და მოსახლეობისათვის მიწოდება;
- საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვა;
- თამბაქოს პროდუქციის რეალიზაციის შეზღუდვა;
- თამბაქოს ნაწარმის სავალდებულო სამედიცინო მარკირების შემოღება;
- თამბაქოს საწინააღმდეგო პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შემუშავება და თანმიმდევრული განხორციელება სკოლებში;
- რეგიონებში თამბაქოს მოხმარების პროფილაქტიკის საკოორდინაციო საბჭოების ჩამოყალიბება;
- თამბაქოს მოხმარების შესახებ სრული სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება.

მიზანი: საზოგადოების მიერ ნარკომანიის მავნე ჩვევად აღიარება, ნარკოტიკების მოხმარებელთა რაოდენობის შემცირება და ნარკოტიკების არალეგალურ მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილობის აღრიცხვა.

ამოცანები:

- ნარკომანიის საწინააღმდეგო ფართო საზოგადოებრივი კამპანია;
- ნარკოტიკების მოხმარების მავნებლობის შესახებ საინფორმაციო მასალების შემუშავება და მოსახლეობისათვის მიწოდება;
- ნარკოტიკების საწინააღმდეგო პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შემუშავება და თანმიმდევრული განხორციელება სკოლებში;
- რეგიონებში ნარკოტიკების მოხმარების პროფილაქტიკის საკოორდინაციო საბჭოების ჩამოყალიბება;
- ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ სრული სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება.

მიზანი: ბავშვების ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

ამოცანები:

- სავალდებულო სამედიცინო-პროფილაქტიკური კურსების დანერგვა სკოლამდელი და სკოლის ასაკის სასწავლო დაწესებულებათა პედაგოგებისათვის;
- ~ჯანსაღი ბავშვების ჯანმრთელობის სკოლის~ ყოველწლიური კონკურსის ჩატარება;

- სკოლებში ცხოვრების ჯანსაღი წესის კომპლექსური საგანმანათლებლო პროგრამის დანერგვა;
- სკოლებში ფართომასშტაბიანი სპორტული აქტივობის ხელშეწყობა.

მიზანი: ქალთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

ამოცანები:

- მოსახლეობის ფართო განათლება ქალთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობი და მავნე ფაქტორების შესახებ;
- აბორტის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა ცხოვრებაში დანერგვა;
- თანამედროვე კონტრაცეპტულ საშუალებათა პროპაგანდა;
- აბორტებისა და თანამედროვე კონტრაცეპტული მეთოდების შესახებ სრული სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება.

მიზანი: მოზრდილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

ამოცანები:

- ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა მისი საყოველთაო ნორმად აღიარების მიზნით;
- „ჯანსაღი ქალაქის“ კონკურსის ჩატარება;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობი საქმიანობისათვის დაბეგვრის ლიბერალური რეჟიმის შემოღება;
- ჯანსაღი კვების ჩვევების დანერგვა;
- ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- ფიზიკური აქტივობისათვის ხელშეწყობი პირობების შექმნა;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის ღონისძიებათა დანერგვა სამუშაო ადგილებზე;
- სოციალურად საშიში ქრონიკული დაავადებების პრევენცია.

მიზანი: სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და შიდსის პრევენცია.

ამოცანები:

- აქტიური გამოვლენის მეთოდების გაუმჯობესება;
- მოსახლეობის განათლება ინდივიდუალური დაცვის საკითხებში.

განხორციელების სტრატეგიები:

- აღნიშნული პრობლემის გადაჭრაში მთავარი პასუხისმგებლობა ეკისრება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს;
- შემსრულებლებად გვევლინებიან: სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და ა.შ.;
- ვერტიკალური პროგრამები: ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამა, ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა სახელმწიფო პროგრამა და სხვა;

პასუხისმგებლობის დონეები:

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – სტრატეგიული დაგეგმვა და პროგრამების შედგენა;
- ✓ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი – ტაქტიკური დაგეგმვა და პროგრამების მართვა;
- ✓ სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები – პროგრამების განხორციელება.

სხვა სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა:

- ✓ საქართველოს პარლამენტმა ბიუჯეტის მიღებისას უნდა დაამტკიცოს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების უზრუნველყოფის პროგრამები მათი განხორციელებისათვის აუცილებელი ხარჯთაღრიცხვის ფარგლებში. გარდა ამისა, პარლამენტმა უნდა მიიღოს კანონები თამბაქოსა და ალკოჰოლური ნაწარმის გავრცელებისათვის არახელსაყრელი გარემოს შესაქმნელად (მაგალითად, რეკლამის აკრძალვა, არასრულწლოვანთათვის თამბაქოსა და ალკოჰოლური პროდუქტების მიყიდვის აკრძალვა, მიზნობრივი დაბეგვრა და სხვა);
- ✓ ფინანსთა სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ამ პროგრამების უთუოდ დროული დაფინანსება სრული მოცულობით;
- ✓ შინაგან საქმეთა და უშიშროების სამინისტროებმა უნდა უზრუნველყონ ნარკოტიკულ ნივთიერებათა შემოტანისა და გავრცელების მაქსიმალური აღმოფხვრა და წამალზე

დამოკიდებულთა გამოვლენისა და მკურნალობის საქმეში ჯანდაცვის სტრუქტურებთან მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობა;

- ✓ სოციალური უზრუნველყოფის, შრომისა და დასაქმების სამინისტრომ, ახალგაზრდობის საქმეთა სახელმწიფო დეპარტამენტთან ერთად უნდა უზრუნველყოს თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარებისათვის თავის დანებების მსურველ პირთა სოციალური დახმარებისა და სოციალური ადაპტაციის ღონისძიებანი;
- ✓ განათლების სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა და ფიზიკური აღზრდის აუცილებელი სწავლების მოცულობის გაზრდა სასწავლო-საგანმანათლებლო დაწესებულებებში;
- ✓ სპორტის დეპარტამენტმა უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობის ფართო მასების მონაწილეობა სპორტულ-გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებში;
- ✓ ადგილობრივმა ორგანოებმა უნდა უზრუნველყონ თავიანთ ტერიტორიებზე მარტივი და საშუალო დონის სპორტულ-გამაჯანსაღებელი კომპლექსების შექმნა და ფუნქციონირება;

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოსახლეობის განათლებაში ისეთ საკითხებზე, როგორც არის ცხოვრების ჯანსაღი წესის აუცილებლობა, თამბაქოს, ალკოჰოლისა და წამლების ბოროტად მოხმარების მავნებლობა ჯანმრთელობისათვის, ფიზიკური აქტივობის დადებითი როლი გამაჯანსაღების პროცესში და ა.შ. აგრეთვე მათ შეიძლება თავიანთი წვლილი შეიტანონ ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პირთა საზოგადოებაში ფსიქო-სოციალური ადაპტაციის საქმეში.

მონიტორინგი:

მაჩვენებლები:

- თამბაქოს მწვევლთა % მთელ მოსახლეობაში;
- თამბაქოს მწვევლთა % მდედრობითი სქესის მოსახლეობაში;
- თამბაქოს მწვევლთა % არასრულწლოვანთა შორის;
- ალკოჰოლის მოხმარების მაჩვენებელი;
- არასრულწლოვანთა მიერ ალკოჰოლის მოხმარების მაჩვენებელი;
- ხელოვნური აბორტის სიხშირე;

- შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების მაჩვენებლები;
- თანამედროვე კონტრაცეპტული მეთოდების გავრცელების მაჩვენებლები;
- ფსიქოაქტიური პრეპარატების არალეგალური მოხმარების მაჩვენებელი;
- ფსიქოაქტიური პრეპარატების არალეგალურ მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილობის მაჩვენებელი;
- ფიზიკური აქტივობისა და ფიზიკური აღზრდის პროცესში ჩართული მოსახლეობის %;
- სასწავლო-საგანმანათლებლო დაწესებულებათა რაოდენობა, სადაც მიმდინარეობს ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა და სწავლება.

მონაცემების მიწოდებას უზრუნველყოფს ამ პრიორიტეტის განხორციელებაში მონაწილე თითოეული დაწესებულება ყოველკვარტალურად. მონაცემებს აჯამებს და აანალიზებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. ჯანდაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად აქვეყნებს მიღებულ მონაცემებს და ახდენს სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების კორეგირებას მიღებული შედეგების შესაბამისად.

2.8. ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პრობლემის გადაჭრა

შერჩევის კრიტერიუმი:

გარემოს დაბინძურების თავიდან აცილება და მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების პირობებზე მისი უარყოფითი ზეგავლენის შემცირების პრობლემა დღეს განსაკუთრებით მწვავედ დგას საქართველოში. ეკონომიკური კრიზისის პირობებში უკანა პლანზე მოექცა და მოიშალა სხვადასხვა დონის სანიტარიულ-ჰიგიენური და გარემოს დაცვით ღონისძიებათა სისტემა, აღნიშნულმა განაპირობა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის პრობლემა, პირველ რიგში ხარისხიანი სასმელი წყლითა და კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფა. ამასთან მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ განაპირობა შიმშილით, დაბალკალორიული კვების, საკვების სხვადასხვა კომპონენტის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემები (მაგ.,

იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტი). დღის წესრიგშია ბუნებრივი და ტექნოგენური (ქიმიური და რადიაციული) და სხვა კატასტროფების, აგრეთვე საომარი კონფლიქტების შედეგების ლიკვიდაცია. ყოველივე ეს შესაძლებელია განხორციელდეს მხოლოდ მჭიდრო მულტისექტორული თანამშრომლობის საფუძველზე, სახელმწიფო დონეზე.

მიზნები და ამოცანები:

მიზანი: მდგრადი განვითარების მოთხოვნათა შესაბამისად მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- გარემოს ჰიგიენის კონცეფციისა და მოქმედების გეგმების შემუშავება და განხორციელება ეროვნულ, რეგიონულ და ადგილობრივ დონეებზე;
- გარემოსა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით საუწყებათაშორისო საბჭოების შექმნა ეროვნულ და რეგიონულ დონეებზე და სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ყველა მნიშვნელოვანი პროექტის განხილვისა და ოპტიმალურ გადაწყვეტილებათა მიღების უზრუნველყოფა;
- გარემოს ფაქტორების მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების მონიტორინგის უზრუნველყოფა.

მიზანი: მოსახლეობის 60%-ისთვის წყალმომარაგების პირობების გაუმჯობესება (წყლის რაოდენობისა და ხარისხის თვალსაზრისით) და წყლისმიერი ინფექციური დაავადებების თანმიმდევრული და მუდმივი შემცირება.

ამოცანები:

- სასმელი წყლის დაცვისა და ხარისხის მოთხოვნების ეროვნული სტანდარტების სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმატიული და მეთოდური დოკუმენტების შემუშავება და დანერგვა;
- იმ მოსახლეობის ხვედრითი წილის გაზრდა 80%-მდე, რომელთაც სასმელი წყალი შეუფერხებლად (გრაფიკის გარეშე) მიეწოდება;
- ზედაპირული და მიწისქვეშა წყალმომარაგების წყაროების ბიოლოგიური და ქიმიური დაბინძურების შემცირება: სამეურნეო-

საყოფაცხოვრებო და სამრეწველო ჩამდინარე წყლების მექანიკური და სრული ბიოლოგიური გაწმენდის ნორმატივებამდე გაზრდით;

- იმ კომუნალური და სოფლის სასმელ-სამეურნეო წყალმომარაგების სისტემების პროცენტული წილის გაზრდა (შესაბამისად 85% და 65%-მდე), რომელთა ტექნიკური მდგომარეობა სანიტარიულ-ჰიგიენურ მოთხოვნებს დააკმაყოფილებს;
- ყველა (100%) წყალსადენზე ექსპლუატაციის წესების დაცვის უზრუნველყოფა, უპირველეს ყოვლისა დაზიანების დროული გამოვლინებისა და ლიკვიდაციის თვალსაზრისით;
- სოფლის ყველა წყალსადენზე წყლის დეზინფექციის უზრუნველყოფა (წყლის გაუვნებლობის საჭიროების შემთხვევაში);
- საზოგადოებრივი სარგებლობის ყველა (100%) დეცენტრალიზებული წყალმომარაგების წყაროთა (ქის, წყაროს კაპტაჟის) სანიტარიულ-ტექნიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება და კეთილმოწყობა, საჭიროების შემთხვევაში წყლის დეზინფექცია (სადეზინფექციო პატრონით);
- მოსახლეობის სასმელი წყლით მომარაგების გაუმჯობესება სასმელ-სამეურნეო წყალმომარაგების სისტემებიდან წყლის დანაკარგების შემცირების, ეკონომიური და ეფექტიანი გამოყენების, ხოლო მრეწველობაში სასმელი წყლის ხმარების შემცირების, ბრუნვითი და განმეორებითი წყალმომარაგების სისტემათა დანერგვის ხარჯზე;
- ყველა (100%) კომუნალური და სოფლის წყალსადენის წყალმომარაგების წყაროების სანიტარიული დაცვის ზონებში სანიტარიული კანონმდებლობით აკრძალული სამეურნეო საქმიანობის აღკვეთა;
- კომუნალურ და სოფლის წყალსადენებზე (შესაბამისად 100% და 80%-მდე) სასმელი წყლის ხარისხის საწარმოო ლაბორატორიული კონტროლის დაწესება;
- ყველა (100%) კომუნალური წყალსადენის პასპორტიზაციის ჩატარება და მათი სანიტარიულ-ტექნიკური მდგომარეობისა და სასმელი წყლის ხარისხის შეფასების მაჩვენებლების კომპიუტერულ მონაცემთა ბაზის შექმნა;
- შავი ზღვის სანაპიროს ყველა კურორტის სარეკრიაციო წყლების მიკრობიოლოგიური და ქიმიური (პირველ რიგში

ნავთობპროდუქტების) მაჩვენებლების დაყვანა ჰიგიენურ ნორმატივებამდე;

- წყალსადენების (100%) პერსონალის (ლაბორანტები, ტექნიკურ-მომსახურე პერსონალი) პროფესიული ცოდნის ამაღლება და 2 წელიწადში ერთხელ მათი გადამზადება.

მიზანი: მოსახლეობის, დამსვენებლების და ტურისტებისთვის რეკრიაციული წყლების გამოყენების უსაფრთხო სისტემის შექმნა.

ამოცანები:

- რეკრიაციული წყლების პოტენციალის განსაზღვრა არსებული და პერსპექტიული ექსპლუატაციისათვის;
- რეკრიაციული წყლების ხარისხის სტანდარტების, სანიტარიული-ჰიგიენური ნორმატიული და მეთოდური დოკუმენტების შემუშავება და მიღება;
- რეკრიაციული წყლების სელექციის კრიტერიუმების განსაზღვრა, მათი სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეკოლოგიური დახასიათება, ექსპერტიზა და კლასიფიკაციის შემუშავება;
- რეკრიაციულ წყლებზე ანთროპოგენული დაბინძურების გავლენის არსებული მდგომარეობა და მათი ცვლილებების პროგნოზირება;
- რეკრიაციული წყლების ხარისხის აღრიცხვის, მართვის და მონიტორინგის ერთიანი სახელმწიფო სისტემის შემუშავება;
- სხვადასხვა ტიპის რეკრიაციული წყლების ხარისხის შეფასების ყოველწლიური რუქების შემუშავება, საინფორმაციო-მეთოდური დოკუმენტების შედგენა და შესაბამისი ინფორმაციის გავრცელება.

მიზანი: 2005 წლისათვის დასახლებული ადგილების ატმოსფერული ჰაერის ხარისხის გაუმჯობესება და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მისი მავნე ზეგავლენის შემცირება.

ამოცანები:

- ატმოსფერული ჰაერის დაცვისა და ხარისხის მონიტორინგის ეროვნული სტანდარტების, სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმატიული და მეთოდური დოკუმენტების შემუშავება და დანერგვა;

- ატმოსფერული ჰაერის ხარისხზე მონიტორინგი და ანთროპოგენული ზემოქმედების შედეგად ატმოსფერული ჰაერის ხარისხის ცვლილებების ტენდენციების შეფასება და პროგნოზირება;
- სამრეწველო ქალაქებში ატმოსფერული ჰაერის ძირითადი დამაბინძურებლების (შეწონილი მკვრივი ნაწილაკებისა და მტვრის, შო2, NOX, R0 და სხვ.) ემისიის 50%-ით შემცირება და იმ მოსახლეობის რაოდენობის შემცირება, რომელიც დამაბინძურებლების ზღვრულად დასაშვებ კონცენტრაციაზე მეტ ექსპოზიციას განიცდის;
- ატმოსფერულ ჰაერში ტყვიის კონცენტრაციის დაყვანა ჰიგიენურ ნორმატივამდე ტყვიისშემცველი ბენზინის ხმარებიდან ამოღებით;
- ქალაქებისა და ქუჩების დაგეგმარებისა და სატრანსპორტო მოძრაობის რაციონალური მოწყობის შედეგად ავტოტრანსპორტის გამონაბოლქვი აირებით მაგნე ზემოქმედების შემცირება;
- ქვეყანაში არსებული ავტოტრანსპორტის გამონაბოლქვი აირების ნორმატივამდე დაყვანა.

მიზანი: მოსახლეობის კვების სტრუქტურისა და ხარისხის გაუმჯობესება, კვების პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა; 2005 წლისათვის ბაქტერიული ეტიოლოგიის და ქიმიური ნივთიერებებით გამოწვეული კვებითი მოშხამვების შემცირება.

ამოცანები:

- მოსახლეობის უსაფრთხო კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის, ეროვნული სტანდარტების, სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმატიული და მეთოდური დოკუმენტაციის შემუშავება და დანერგვა;
- იმ კვების პროდუქტების მწარმოებელ-მარეალიზებელი ობიექტების ფუნქციონირების შეწყვეტა, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებს კანონმდებლობით, სახელმწიფო სტანდარტებით, სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმატიული და მეთოდური დოკუმენტებით განსაზღვრულ მოთხოვნებს;
- 2001 წლისთვის კვების პროდუქტების წარმოებაში, ტრანსპორტირებაში, შენახვასა და რეალიზაციაში დასაქმებულ პირთა ჰიგიენური ცოდნის დონის ამაღლება მათი სწავლების უზრუნველყოფის გზით;

- ბოსტნეულის მწარმოებელ რაიონებში ორგანიზაციული, ადმინისტრაციული და სანიტარიულ-საგანმანათლებლო ღონისძიებების განხორციელება მოსახლეობაში პარაზიტულ დაავადებათა გავრცელების რისკის მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით;
- კვებით მომხამვათა შემთხვევების შემცირება მოსახლეობის სანიტარიული განათლების მეშვეობით;
- მოსახლეობის (განსაკუთრებით ენდემურ კერებში) იოდირებული მარილით უზრუნველყოფა ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიების შემცირების მიზნით;
- შრომის მავნე პირობებში მომუშავეთა (100%) სამკურნალო-პროფილაქტიკური კვებით უზრუნველყოფა;
- ბავშვთა სკოლამდელ, გამაჯანსაღებელ და სამკურნალო პროფილაქტიკურ ყველა დაწესებულებაში მზა კერძების ვიტამინიზაციის უზრუნველყოფა;
- ბავშვთა კვების პროდუქტების წარმოებაში მაღალხარისხიანი და ეკოლოგიურად სუფთა საკვები ნედლეულისა და კვების პროდუქტების ხვედრითი წილის 100%-მდე გაზრდა.

მიზანი: 2005 წლისათვის ნიადაგის ქიმიური და ბიოლოგიური დაბინძურების თავიდან აცილება და ამ ფაქტორებით მოსახლეობის ჯანმრთელობის დარგში გამოწვეული რისკის შემცირება.

ამოცანები:

- ნიადაგის დაბინძურების თავიდან აცილებისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის სფეროში კანონმდებლობისა და სხვა სანიტარიულ-ტექნიკური დოკუმენტაციის შემუშავება;
- სამრეწველო ტოქსიკური ნარჩენების ინვენტარიზაცია, ტოქსიკურობის კლასის დადგენა და მონაცემთა ბაზის შექმნა. უტილიზირებადი სამრეწველო ნარჩენების კადასტრის შედგენა და მეორადი ნედლეულის სახით მათი ხელმეორედ გადამუშავება და გამოყენება;
- ქვეყანაში არსებული საყოფაცხოვრებო, სამრეწველო და სასოფლო-სამეურნეო ქიმიკატების ნარჩენების პოლიგონების სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეკოლოგიური შესწავლა, მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და გარემოზე მათი რისკის შეფასება;

- ქვეყნის ტერიტორიაზე წარმოქმნილი საყოფაცხოვრებო, აგრეთვე სამრეწველო ტოქსიკური ნარჩენების პოლიგონების, სამარხების, გადასამუშავებელი, უტილიზაციისა და გაუვნებელყოფის ობიექტების განლაგების გენერალური სქემების პროექტების შემუშავება და 2010 წლამდე მათი განხორციელება;
- სპეციალური სამსახურის შექმნა სამრეწველო ტოქსიკური ნარჩენების შეგროვების, უტილიზაციისა და გაუვნებლობისათვის.

მიზანი: 2005 წლისათვის დასაქმებული მოსახლეობის სამუშაო გარემოს გაჯანსაღება, მავნე საწარმოო პროფესიულ ფაქტორებთან დაკავშირებული ავადობისა და ტრავმატიზმის მაჩვენებლების შემცირება, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ეტაპობრივი გაუმჯობესება.

ამოცანები:

- შრომის ჰიგიენასა და უსაფრთხოებასთან, პროფესიული დაავადებებისა და ინტოქსიკაციების პროფილაქტიკასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის, ეროვნული სტანდარტების, სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმატიული და მეთოდური დოკუმენტების შემუშავება და დანერგვა;
- მრეწველობისა და სოფლის მეურნეობის სხვადასხვა დარგების საწარმო-პროფესიული ფაქტორების ხარისხის ყოველმხრივი მართვის პრინციპის შემუშავება და დანერგვა;
- შრომის ჰიგიენისა და უსაფრთხოების, პროფპათოლოგიური სამსახურების ეროვნული პროგრამის შემუშავება;
- ქვეყანაში პროფესიული დაავადებების, საწარმოსთან დაკავშირებული ინტოქსიკაციებისა და ტრავმატიზმის გამოკვლევების, რეგისტრაციის, აღრიცხვის და ანალიზის ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბება და მონაცემთა ბაზის შექმნა;
- საწარმოო გარემოს სხვადასხვა რისკ-ფაქტორებთან მომუშავე პროფესიული კონტინგენტისთვის საჭირო მიზნობრივი, წინასწარი და პერიოდული სამედიცინო გასინჯვების ჩატარების სრული მოცულობის აღდგენა.

მიზანი: მოსახლეობის დაცვა მაიონებელი და არამაიონებელი გამოსხივების მავნე ზემოქმედებისაგან.

ამოცანები:

- უსაფრთხოების სტანდარტების შემუშავება და დაცვა ატომური ენერჯისა და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროების მშვიდობიანი გამოყენების პირობებში;
- ისეთი საცხოვრებელი და საწარმოო შენობების გამოვლენა, რომლებშიც არსებული რადონის კონცენტრაცია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ ნორმატივებს აღემატება;
- მაღალი რადიოაქტივობის მქონე ბირთვული ნარჩენების უსაფრთხო შენახვისა და მოცილების საკითხის გადაწყვეტა და რადიოაქტიურ ნივთიერებებთან არასანქცირებული შეხების დაუშვებლობა;
- მაღალი რადიოაქტივობის მქონე ნარჩენების სამარხის აშენება;
- პროფესიონალთა, პაციენტთა და მთელი მოსახლეობის დასხივების დოზების შემცირება;
- არამაიონებელი გამოსხივების მოსახლეობაზე ზემოქმედების ინტენსივობის შემცირება სათანადო ნორმატიული, ორგანიზაციული, ადმინისტრაციული, საკანონმდებლო და სხვა საშუალებებით;
- მცირე ინტენსივობის არამაიონებელი გამოსხივების მქონე მოწყობილობების შექმნის ხელშეწყობა და სტიმულირება.

განხორციელების სტრატეგიები:

- ✓ ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა და აღნიშნული პრობლემის გადაჭრა სახელმწიფოს მოვალეობაა.
- ✓ შემსრულებლებად გვევლინებიან: აღმასრულებელი ხელისუფლების ორგანოები, ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოები, ფიზიკური და იურიდიული პირები საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.
- ✓ ვერტიკალური პროგრამები: ეპიდზედამხედველობის, საკარანტინო (შავი ჭირი, ქოლერა, ჰემორაგიული კონტაგიოზური ვირუსული ცხელებები) განსაკუთრებით საშიში და მათთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლისა და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის, მართვისა და კოორდინაციის; იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკისა და რადიაციული ფონის შესწავლის; ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების; მოსახლეობის ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების; საქართველოს ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემის

უზრუნველყოფის; ტრავმატიზმის პრევენციისა და პირველადი დახმარების; მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის; კატასტროფისა და სამედიცინო რეზერვების შევსება-განახლების; სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების სახელმწიფო პროგრამები.

პასუხისმგებლობის დონეები:

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – სტრატეგიული დაგეგმვა და ჯანდაცვის პროგრამების შედგენა;
- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სხვა დონეების (დეპარტამენტების, სამმართველოების და ა.შ.) პასუხისმგებლობა განისაზღვრება დამტკიცებული ჯანდაცვის პროგრამების თანახმად.

სხვა სექტორების მონაწილეობა და პასუხისმგებლობა:

- ✓ საქართველოს პარლამენტი ბიუჯეტის მიღებისას ამტკიცებს ეკოლოგიური და მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პროგრამებს მათი განხორციელებისათვის აუცილებელი ხარჯთაღრიცხვის ფარგლებში;
- ✓ ფინანსთა სამინისტრო უზრუნველყოფს ამ პროგრამების უთუოდ დროულ დაფინანსებას სრული მოცულობით;
- ✓ გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვისა და შინაგან საქმეთა სამინისტროები უზრუნველყოფენ ზედამხედველობას გარემოს დაცვის ღონისძიებათა შემუშავებასა და მათ გატარებაზე თავიანთი კომპეტენციის ფარგლებში;
- ✓ სოფლის მეურნეობისა და სურსათის და მრეწველობის სამინისტროები უზრუნველყოფენ ეკოლოგიურად და მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო ტექნოლოგიების დანერგვასა და პროდუქციის წარმოებისათვის პროგრამების შემუშავება-განხორციელებას თავიანთი კომპეტენციის ფარგლებში;
- ✓ მშენებლობისა და ურბანიზაციის სამინისტრო დასახლებების, სამოქალაქო და სხვა სამრეწველო ობიექტების დაპროექტების და მშენებლობის (რეკონსტრუქციის) სტადიებზე უზრუნველყოფს სამშენებლო და სანიტარიული წესებისა და ნორმების, ჰიგიენური ნორმატივების უცილობელ დაცვას, აგრეთვე შეიმუშავებს ქვეყნის

ტერიტორიაზე წარმოქმნილი საყოფაცხოვრებო და სამრეწველო ტოქსიკური ნარჩენების სამარხების, გადასამუშავებელი, უტილიზაციისა და გაუვნებელყოფის ობიექტების განლაგების სქემებს;

- ✓ თავდაცვის, შინაგან საქმეთა და უშიშროების სამინისტროები და სხვა შესაბამისი უწყებები ჯანმრთელობის დაცვისა და გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სტრუქტურებთან მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობით შეიმუშავენ ბუნებრივი, რადიაციული და ქიმიური კატასტროფების, აგრეთვე ომის პირობებში მოქმედების პროგრამებს და უზრუნველყოფენ მათ შესრულებას;
- ✓ ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოები უზრუნველყოფენ დაქვემდებარებული სახელმწიფო ორგანოების, ფიზიკური და იურიდიული პირების მიერ ჯანმრთელობის დაცვისა და სხვა კანონმდებლობის დაცვას, სანიტარიულ-ჰიგიენურ და სანიტარიულ-ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების განხორციელებას;
- ✓ სახელმწიფო ორგანოები, ფიზიკური და იურიდიული პირები უზრუნველყოფენ სანიტარიული და სხვა მოთხოვნების შესრულებას ადამიანის ჯანმრთელობაზე გარემოს ფაქტორების მავნე ზეგავლენისაგან დასაცავად.

არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გარემოს დაცვისა და ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებისა და მის საფუძველზე შექმნილ მოთხოვნათა სახელმწიფო დონეზე ლობირებაში.

მონიტორინგი:

მაჩვენებლები:

- ქვეყნის იმ მოსახლეობის პროცენტული წილი, რომელსაც შეუფერხებლად მიეწოდება (გრაფიკის გარეშე) სასმელი წყალი ცენტრალიზებული სისტემით;
- ✓ იმ პირთა პროცენტული წილი, რომლებსაც ცენტრალიზებული სისტემიდან მიეწოდებათ სახელმწიფო სტანდარტის შესაბამისი სასმელი წყალი;

- ✓ წყლისმიერი ნაწლავური ინფექციების აფეთქებით გამოწვეულ დაავადებათა რაოდენობა (პროცენტული შეფარდება წინა წლების მაჩვენებლებთან).
- საკვებისმიერი მოშხამვებით გამოწვეულ შემთხვევათა რაოდენობა (პროცენტული შეფარდება წინა წლების მაჩვენებლებთან);
- ნიადაგის ქიმიური და ბიოლოგიური დაბინძურების შემთხვევათა რაოდენობა (პროცენტული შეფარდება წინა წლების მაჩვენებლებთან);
- სამუშაოსთან დაკავშირებული ავადობის, პროფესიული დაავადებების, ინტოქსიკაციებისა და ტრავმების მაჩვენებლები (პროცენტული შეფარდება წინა წლების მაჩვენებლებთან);
- საწარმოო გარემოს სხვადასხვა რისკ-ფაქტორებთან მომუშავე პროფესიული კონტინენტის მიზნობრივი, წინასწარი და პერიოდული სამედიცინო გასინჯვების ჩატარების რაოდენობა (პროცენტული შეფარდება წინა წლების მაჩვენებლებთან);
- მოსახლეობის დასხივების დოზის მაჩვენებლები (პროცენტული შეფარდება წინა წლის მაჩვენებლებთან);
- პერსონალის დასხივების დოზის მაჩვენებლები (პროცენტული შეფარდება წინა წლის მაჩვენებლებთან);
- საცხოვრებელი და საწარმოო შენობების რაოდენობა, სადაც რადონის კონცენტრაცია ნორმატივებს აღემატება;
- მაიონებელი გამოსხივების წყაროების რაოდენობა, რომლებიც რადიაციული უსაფრთხოების ნორმებს არ აკმაყოფილებს.

მონაცემების მიწოდებას უზრუნველყოფს პრიორიტეტის განხორციელებაში მონაწილე თითოეული დაწესებულება ყოველკვარტალურად. მონაცემებს აჯამებს და აანალიზებს ჰიგიენის ინსტიტუტი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. ჯანდაცვის სამინისტრო ყოველწლიურად აქვეყნებს მიღებულ მონაცემებს და ახდენს სტრატეგიული და ტაქტიკური გეგმების კორეგირებას მიღებული შედეგების შესაბამისად.

3. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის მიზნები

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნების განსაზღვრისას გათვალისწინებულია ის ძირითადი ფასეულობანი და სტრატეგიები, რომლებიც საფუძვლად დაედება ჯანმრთელობის დაცვის განვითარებას. ძირითადი მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობისათვის ზრუნვა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, ავადობისა და ტრავმების პროფილაქტიკის და ავადმყოფთა მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების გზით. ჯანმრთელობის გაუმჯობესება გულისხმობს ჯანსაღ და დაცულ გარემოში ცხოვრების უზრუნველყოფას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად

პრიორიტეტებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნებს წარმოადგენს:

- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა სოციალური და ინდივიდუალური უფლებების უზრუნველყოფა;
- ჯანდაცვის შესაძლებლობებში თანასწორუფლებიანობის მიღწევა მოსახლეობის ყველა ჯგუფისთვის, მიუხედავად ეროვნებისა, სქესისა, ასაკისა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, პოლიტიკური და რელიგიური მრწამსისა, სექსუალური ორიენტაციისა და ა.შ.;
- მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა;
- ახალშობილთა სიკვდილობის შემცირება;
- დედათა სიკვდილობის შემცირება;
- ადამიანის ჯანმრთელობისთვის მდგრადი უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბება;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დასამკვიდრებლად გამიზნულ ღონისძიებათა სტიმულირება (თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარების შემცირება, განსაკუთრებით ახალგაზრდებს შორის);
- საქართველოს მთელი მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის უსაფრთხო სასმელი წყლით;
- მოსახლეობის უზრუნველყოფა საკმარისი რაოდენობის ჯანმრთელი, მრავალფეროვანი საკვებით; საკვები კომპონენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა პროფილაქტიკა; ჯანმრთელი კვების პროპაგანდა;
- მოსახლეობის ავადობის შემცირება.

4. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა

4.1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სამართლებრივი და ეთიკური რეგულირება

განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფის მიმართულებებს, სამედიცინო პერსონალსა და მთლიანად საზოგადოებაში თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის პრინციპების დამკვიდრების პრიორიტეტებს.

მიზანი: ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს საკანონმდებლო უზრუნველყოფა, დარგის ჰუმანიზაცია და მოქალაქეთა ინტერესების მაქსიმალური გათვალისწინება ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციასა და მართვასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში.

ამოცანები:

- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო აქტების სრულყოფა და/ან მომზადება;
- ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკებისა და მთლიანად საზოგადოების განათლება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს კანონმდებლობის შესახებ;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს იურისტების მომზადებისთვის ხელშეწყობა;
- სამედიცინო ეთიკის, ბიოეთიკის ძირითადი პრინციპების (სამართლიანობის პრინციპი სამედიცინო მომსახურებისა და რესურსების განაწილების პროცესში, ინფორმირებული თანხმობის, კონფიდენციალურობის პრინციპები და სხვა) ასახვა კანონმდებლობაში;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ეთიკური ნორმების დაცვის უზრუნველყოფა ეთიკური კოდექსების მომზადებისა და ეთიკის კომისიათა ინსტიტუტის ჩამოყალიბების გზით;
- სამედიცინო პროფესიული კავშირებისა და ასოციაციების ჩამოყალიბებისა და განვითარების ხელშეწყობა;
- პაციენტის ადვოკატურისა და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში ზარალის მიყენების კომპენსაციის სისტემების ჩამოყალიბება;
- პაციენტთა საზოგადოებრივი ორგანიზაციების ჩამოყალიბებისა და განვითარების ხელშეწყობა;

- მოსახლეობისათვის საჭირო/საინტერესო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ჯანმრთელობის დაცვის ნებისმიერ საკითხზე.

4.2. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება

გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების მექანიზმებს, პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზების ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, უზრუნველყოფს სახელმწიფო დაფინანსებით მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაცვის საბაზისო პაკეტის ხელმისაწვდომობას და ხელს უწყობს ჯანმრთელობის დაცვის საბაზისო პაკეტს ზევით სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას ჯანმრთელობის კერძო, ნებაყოფლობითი და სათემო ჯანდაცვის ფონდების ჩამოყალიბება-განვითარების გზით.

მიზანი: საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საკმარისი, ეფექტიანი და სტაბილური დაფინანსების უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაფინანსების გაზრდა მთლიანი შიდა პროდუქტის 4%-მდე 2005 წლისათვის და 6%-მდე - 2010 წლისათვის;
- სამედიცინო სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო სისტემით მოცული მოსახლეობის წილის გაზრდა 2005-წლამდე:
 - ✓ უმწეოთა სამედიცინო დახმარების პროგრამით დაზღვეულთა რაოდენობის გაზრდა 500 000-მდე;
 - ✓ ბავშვთა და მოზარდთა სამედიცინო დახმარების პროგრამით დაზღვეულთა რიცხვის გაზრდა 1 000 000-მდე, 18 წლამდე ასაკის საქართველოს ყველა მოქალაქის დაზღვევის გზით;
 - ✓ ხანდაზმული ასაკის (70 წლის ზევით) 500 000-მდე საქართველოს მოქალაქის დაზღვევა ამბულატორიულ, გადაუდებელ, სტაციონარულ და სხვა მომსახურებაზე.
- სამედიცინო სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო სისტემით საქართველოს მთელი მოსახლეობის მოცვა 2010 წლისათვის;

- ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევისა და სათემო ჯანდაცვის ფონდების განვითარებისათვის შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზისა და ხელშემწყობი ეკონომიკური გარემოს შექმნა, რათა საბაზისო პაკეტის ზევით სამედიცინო მომსახურებაზე დაზღვეულ იქნეს 2005 წლისათვის მოსახლეობის 20%, ხოლო 2010 წლისათვის - 50%;
- 2005 წლისათვის ჯანდაცვის საერთო დანახარჯების 90%-ის ლეგალიზება (1997 წლისათვის ეს მაჩვენებელი არ აღემატებოდა 30%-ს), ჯანდაცვის მომსახურების რეალური ფასწარმოქმნის, სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელისა და კადრების ოპტიმიზაციის, ორგანიზაციული და ფინანსური მენეჯმენტის თანამედროვე მეთოდების დანერგვისა და ფარმაცევტული ბაზრის სახელმწიფო რეგულირების გზით.

4.3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

4.3.1. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება

- განსაზღვრავს მოსახლეობის ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისათვის გამიზნული პოლიტიკის პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით;
- მიზნად ისახავს მოსახლეობის ცხოვრების წესის ცვლილებას, რის შედეგადაც შემცირდება ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქტების გამოყენება (თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკები და ა.შ.) და გაძლიერდება მოსახლეობის ფიზიკური აღზრდა ჯანმრთელობის საერთო გაუმჯობესების მიზნით;
- ითვალისწინებს როგორც მძლავრ პროპაგანდისტულ ზემოქმედებას მოსახლეობაზე, ასევე სათანადო სამკურნალო-სარეაბილიტაციო და გამაჯანსაღებელი ქსელის შექმნას.

ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებისთვის გამიზნული სახელმწიფო პოლიტიკა ითვალისწინებს ძირითადად ოთხ მთავარ მიმართულებას:

4.3.1.1. თამბაქოს მოხმარება

მიზანი: მოსახლეობის მიერ თამბაქოს მოხმარების შემცირება.

ამოცანები:

- თამბაქოს მოხმარების მავნებლობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირების ეფექტიანი მექანიზმების გამოყენება;
- თამბაქოს რეალიზებისა და მოხმარებისადმი სახელმწიფო კონტროლის დაწესება ზედამხედველობისა და კოორდინაციის ეფექტიანი მეთოდების ამოქმედებით;
- პრობლემის გარშემო საზოგადოების კონსოლიდაცია და მისი ჩართვა-თვითგააქტიურება;
- არამწვეველთა უფლებების დაცვა – ცხოვრობდნენ და მოღვაწეობდნენ თამბაქოს კვამლისაგან თავისუფალ გარემოში;
- თამბაქოს ნაწარმის რეალიზაციისათვის არახელსაყრელი პირობების შექმნა (რეკლამის აკრძალვა, არასრულწლოვანთათვის თამბაქოს ნაწარმის მიყიდვის აკრძალვა, ფასების გაზრდა მიზნობრივი დაბეგვრის გზით, თამბაქოს ნაწარმში მავნე ნივთიერებათა შემცველობის ზედა ზღვრის დაწესება და ა.შ.);
- არამწვევლობის ფაქტისათვის სოციალური უპირატესობის მინიჭება და სტიმულირება;
- მწვეველთა მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მაღალკვალიფიციური კადრებით დაკომპლექტებული ქსელის ამოქმედება.

4.3.1.2. ალკოჰოლის გამოყენება

მიზანი: მოსახლეობის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების შემცირება.

ამოცანები:

- ალკოჰოლის მოხმარების მავნებლობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირების ეფექტიანი მექანიზმების გამოყენება;
- მოსახლეობის მიერ ალკოჰოლის მაღალპროცენტული შემცველობის მქონე ნაწარმის (არაყი, კონიაკი, ვისკი და ა.შ.) მოხმარების შემცირება ამ ტიპის ნაწარმზე მიზნობრივი დაბეგვრით ფასის გაზრდით;
- ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პირთა მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ქსელის გაფართოება და ეფექტიანობის გაზრდა.

4.3.1.3. ნარკომანიისა და ტოქსიკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლა

მიზანი: მოსახლეობის მიერ წამლების ბოროტად გამოყენების შემცირება.

ამოცანები:

- წამლების ბოროტად გამოყენების მავნებლობის შესახებ მოსახლეობის პროფილაქტიკური განათლება ინფორმირების ეფექტიანი მექანიზმების გამოყენებით;
- წამლების ბოროტად გამოყენებასა და ნარკოტიკულ საშუალებათა შემოტანისადმი კონტროლის გაძლიერება ინტერსექტორული თანამშრომლობის საფუძველზე (ჯანმრთელობის დაცვის, შინაგან საქმეთა, უშიშროების, სოციალური უზრუნველყოფის, შრომისა და დასაქმებისა და სხვა სამინისტროები);
- მოსახლეობაში, განსაკუთრებით კი ახალგაზრდებში, წამლების ბოროტად გამოყენების წინააღმდეგ მიმართული პროპაგანდა („იდეოლოგიური დაბომბვა“);
- წამლების ბოროტად მომხმარებელთა სანიტარიული განათლება და ინფექციურ დაავადებათა გავრცელების პროფილაქტიკის ხელშეწყობა;
- წამალზე დამოკიდებულთა მკურნალობისა და სრული რეაბილიტაციის (მათ შორის სოციალური და საზოგადოებაში ინტეგრაციის) ქსელის ამოქმედება;
- დევიაციური ქცევისადმი მიდრეკილი ბავშვებისა და მოზარდების გამოვლენა სასწავლო კოლექტივებში ფსიქიატრებისა და ფსიქოლოგების დახმარებით.

4.3.1.4. ფიზიკური აღზრდა

მიზანი: მოსახლეობის ფიზიკური აღზრდის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- მოსახლეობაში ფიზიკური აღზრდისა და ფიზიკური აქტივობის სარგებლიანობის პროპაგანდა ინფორმირების ეფექტიანი მექანიზმების გამოყენებით;
- ბავშვებისა და მოზარდების სასწავლო პროგრამებში (სკოლამდელი დაწესებულებები, სკოლები და ა.შ.) ფიზიკური აღზრდის აუცილებელი ჩართვა და მისი მოცულობის გაზრდა;

- საერთო-სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის ჩამოყალიბება მოსახლეობის ყველა ფენისთვის ფიზიკური აღზრდისა და ფიზიკური აქტივობისადმი უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, რაც გულისხმობს როგორც სპორტულ-გამაჯანსაღებელ ნაგებობათა ქსელის განვითარებას (მათ შორის, სამრეწველო, საწარმოო და სხვა დაწესებულებებში), ასევე მოსახლეობის მიერ მათი სარგებლობის ფასის მინიმიზაციას დოტაციების ხარჯზე.

4.3.2. დაავადებათა კონტროლი და პროფილაქტიკა

გულისხმობს ქვეყანაში გავრცელებულ ან ახლად აღმოცენებულ დაავადებათა აღმოფხვრას ან მათთან ბრძოლასა და პროფილაქტიკას. ქვეყნის ეკონომიკური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე შეიმუშავებს პრიორიტეტულ პრობლემათა გადაწყვეტის რაციონალურ სტრატეგიას და ტაქტიკას, ადგენს მათი რეალიზების პროგრამებს.

მიზნად ისახავს საქართველოში დაავადებათა კონტროლის სრულყოფილი სისტემის ჩამოყალიბებას და ფუნქციონირებას, რაც საბოლოოდ ხელს შეუწყობს ავადობის შემცირებას.

მიზანი: დაავადებათა აღმოფხვრა ან კონტროლის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცება ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და დანერგვის გზით;
- მოსახლეობის იმუნური სტატუსის გაზრდა და განმტკიცება მართვადი ინფექციების მიმართ გეგმური პროფილაქტიკური აცრების ჩატარებით, პირველ რიგში ტუბერკულოზის, დიფთერიის, ტეტანუსის, ყივანახველას, წითელას, პოლიომიელიტის, ყბაყურის, B ჰეპატიტის მიმართ, ხოლო ქვეყნის ეკონომიკურ გამლიერებასთან ერთად - იმუნიზაციას დაქვემდებარებულ დაავადებათა ჩამონათვალისა და ასაცრელი კონტინგენტის გაზრდა; იმუნიზაციის პროგრამის ცენტრალიზებული დაფინანსება, ვაქცინების ცენტრალიზებული შექმნა და განაწილება, აგრეთვე ვაქცინაციის მაღალი ხარისხის

უზრუნველსაყოფად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მომარაგება „ცივი ჯაჭვის“ აღჭურვილობითა და სხვა საჭირო მასალებით;

- ვაქცინაციის დაგეგმვისადმი, ჩატარების ხარისხსა და მოცვისადმი კონტროლი;
- აგრებით მოცვის მონიტორინგი და შედეგებიდან გამომდინარე პროგრამების კორექცია;
- პირველადი ჯანდაცვის ქსელზე დაყრდნობით ინფექციურ და არაინფექციურ, პირველ რიგში გულ-სისხლძარღვთა, ონკოდაავადებების, ტრავმატიზმის, იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა აღრიცხვა-ანგარიშგების სრულყოფილი სისტემის ჩამოყალიბება და ამოქმედება. მიღებული მონაცემების მეცნიერული ანალიზის საფუძველზე მოკლევადიანი და გრძელვადიანი პროგნოზების შედგენა;
- ფართომასშტაბიანი და სრულფასოვანი ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება, ლაბორატორიული სამსახურის სათანადო პოტენციალის უზრუნველყოფა;
- ეპიდემიოლოგიის სისტემის სრულყოფა დაავადებათა მიზეზების, გადაცემის გზების და მათი გამომწვევი რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და შესწავლის მიზნით. გამაჯანსაღებელი, სამკურნალო (პრევენციული მკურნალობის ჩათვლით), საკარანტინო და სხვა სახის ღონისძიებათა შემუშავება და გატარება. უსაფრთხო სისხლითა და სისხლის პროდუქტებით მომარაგება, აგრეთვე ყველა სამედიცინო პროცედურის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, გამოყენებული მასალების სწორი გაუვნებელყოფა;
- ჯანსაღი და რაციონალური კვების, უსაფრთხო წყალმომარაგების, სატრანსპორტო ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისათვის, თამბაქოსა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვისათვის სათანადო საკანონმდებლო, კანონქვემდებარე აქტების მომზადება და შესაბამისი პროგრამების განხორციელებაში ინტერსექტორული თანამშრომლობის უზრუნველყოფა;
- ბუნებრივ კეროვან და ზოონოზურ დაავადებათა კერებისა და ენდემური დაავადებების გავრცელების ტერიტორიაზე ეპიდემიოლოგიური, ეპიზოოტოლოგიური, ენტომოლოგიური, ლაბორატორიული და სხვა სახის კვლევების ჩატარება, ინფექციის რეზერვუარების, გადამტანთა

სახეობების დადგენის, ეპიზოტიებისა და ენდემიების გამოვლენის, მათი გარემო პირობებთან, სოციალურ-ეკონომიკურ და სხვა მოქმედ ფაქტორებთან ურთიერთ და მიზეზობრივი კავშირების განსაზღვრის მიზნით. მიღებული შედეგების საფუძველზე გამაჯანსაღებელი ინტერსექტორალური ღონისძიებების კომპლექსის შემუშავება და განხორციელება, განსაკუთრებით, გადამტანების კონტროლი ეკოლოგიურად უსაფრთხო და მისაღები მეთოდებით;

- ჯანმრთელობის დაცვის დარგში რეფორმების განხორციელების პარალელურად პირველადი ჯანდაცვის რგოლების ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის ეპიდემიოლოგიის და პროფილაქტიკის საკითხებზე აქცენტირება;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყველა რგოლის დაკომპლექტება ლიცენზირებული სპეციალისტებით და მათი ფინანსური სტიმულირება;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანოების აღჭურვა კომპიუტერული ტექნიკით, საოფისე შენობებითა და მოწყობილობებით, კავშირგაბმულობის საშუალებებით;
- სააღრიცხვო და საანგარიშო დოკუმენტების ცენტრალიზებული ბეჭდვა და განაწილება.

4.4. გენეტიკური ჯანმრთელობა

გულისხმობს მოსახლეობის გენეტიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

მიზნად ისახავს ჩამოყალიბდეს საქართველოს მოსახლეობის გენეტიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების უზრუნველყოფის სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს პოპულაციის გენეტიკურ სიჯანსაღეს და მომავალი თაობებისათვის ჯანსაღი გენოფონდის შენარჩუნებას.

მიზანი: საქართველოს მოსახლეობის გენეტიკური ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება ახალშობილთა შორის განვითარების თანდაყოლილ ანომალიათა და პოპულაციაში ყველაზე გავრცელებულ მემკვიდრულ დაავადებათა სიხშირის დადგენის მიზნით;
- ორსულებში ნაყოფის თანდაყოლილ ანომალიათა პრენატალური დიაგნოსტიკის ეროვნული პროგრამის შექმნა და ფუნქციონირება, პერინატალურ პერიოდში განვითარებული დაავადებებისა და მათ მიერ გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებლების შემცირება;
- ახალშობილთა შორის მეტაბოლიზმის დარღვევის მემკვიდრულ და თანდაყოლილ მოშლილობათა მასობრივი სკრინინგის პრიორიტეტების განსაზღვრა წინასწარი გამოკვლევების საფუძველზე;
- საქართველოში ახალშობილთა მასობრივი სკრინინგ-პროგრამებისა და დაავადებულთა სელექციური სკრინინგის მონაცემების საფუძველზე გენეტიკური დაავადებების რეგისტრის შექმნა;
- საქართველოში გენეტიკურ და თანდაყოლილ დაავადებათა ეფექტიანი პრევენციული და სამკურნალო პროგრამების განხორციელებისთვის შესაბამისი კადრების (ექიმი გენეტიკოსები) მომზადება და ყველა პროფილის ექიმებისათვის სამედიცინო გენეტიკის საფუძვლების აუცილებელი ცოდნის უზრუნველყოფა. ამ მიზნით სამედიცინო გენეტიკის თანამედროვე სამეცნიერო პრაქტიკული-სასწავლო ცენტრის შექმნა, რაც უზრუნველყოფს როგორც პროგრამების ეფექტიან განხორციელებას, ისე მაღალკვალიფიციური კადრების მომზადებას;
- მემკვიდრულ და თანდაყოლილ დაავადებათა მასობრივი პროფილაქტიკის მიზნით გარემოს მავნე ფაქტორების (ტერატოგენებისა და მუტაგენების) მოქმედებისადმი მკაცრი კონტროლის დაწესება, სათანადო მონიტორინგის გატარების მიზნით მულტისექტორული თანამშრომლობის გაფართოება.

4.5. ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა

მიზნად ისახავს ადამიანის ჯანმრთელობაზე გარემოს მავნე ფაქტორების ზეგავლენის შემცირებას და ხელს უწყობს მოსახლეობის გაჯანსაღებას.

მიზანი: საქართველოს მოქალაქეთა კონსტიტუციური უფლების – ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში ცხოვრების – უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- ჯანმრთელობისათვის მავნე და საშიში ფიზიკური, ბიოლოგიური, ქიმიური და რადიოაქტიული დამაბინძურებლების მნიშვნელოვანი შემცირება ჰაერში, წყალში, ნიადაგში, საყოფაცხოვრებო და საწარმოო გარემოში;
- გარემოში არსებული დადებითი ფაქტორების ადამიანის ორგანიზმზე კეთილსაიმედო მოქმედების ხელშეწყობა.

ტაქტიკა:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის გარემოს მავნე და საშიში ფაქტორების თავიდან აცილება და მათთან ბრძოლა;
- გარემოს დადებითი ფაქტორების უფრო ინტენსიური წარმოჩენა.

განხორციელების პრინციპები:

- ოპტიმალურ ტექნოლოგიათა გამოყენების სტიმულირება, რაც ითვალისწინებს რესურსების რაციონალურ ექსპლუატაციას;
- გადასახადების დაწესება მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და გარემოს დაცვის აუცილებლობის გათვალისწინებით;
- საზოგადოებრივი აზრის მობილიზება საინფორმაციო სამუშაოს ჩატარებისა და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების მოზიდვის გზით;
- თანადგომა არასამთავრობო ორგანიზაციების მიმართ, რომლებიც გარდაქმნათა განმხორციელებლად გვევლინებიან.

4.5.1. ჯანსაღი ფიზიკური და სოციალური გარემო პირობების შექმნა

ითვალისწინებს:

- კომპლექსური საკითხების გადაწყვეტასა და ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფას;
- კოლექტივების ფსიქოლოგიური კლიმატის გაუმჯობესებას.

მიზნები:

- სოციალური დაცვის გაუმჯობესებისა და თანადგომის გზით განსაზღვრული დაავადების გამოსავლის გაუმჯობესება, სიცოცხლის გახანგრძლივება;
- საწარმოო რისკის ფაქტორების ზემოქმედების, სტრესული სიტუაციებისა და მათგან გამომდინარე უარყოფითი შედეგების შემცირება;
- ყოველი მოქალაქის მიერ კონკრეტული ცხოვრების წესისა და ქცევის ინდივიდუალური არჩევა (ოჯახში, სასწავლო დაწესებულებაში, სამუშაო ადგილზე, საზოგადოებაში).

სტრატეგიები:

- მოსახლეობის ჯანსაღ ფიზიკურ და ფსიქო-სოციალურ გარემოში არსებობის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა და მათი ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება;
- ქალაქების რაციონალური დაგეგმარებით ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და შენარჩუნების პირობების მიმართ;
- ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მიზანმიმართული პროფილაქტიკური ღონისძიებების ხარისხობრივი დაკვირვება და შეფასება;
- უსახლკაროთა პრობლემების მოგვარება;
- სამუშაო ადგილებზე ხმაურის, ვიბრაციის, ქიმიური, რადიოაქტიური და სხვა მავნე ფაქტორების შემცირება და აღკვეთა;
- წარმოებაში პროფესიულ დაავადებათა და უბედურ შემთხვევათა თავიდან აცილება;
- ქალაქის მოსახლეობის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება სტრესებისა და სოციალური უსამართლობის დამლევაში დახმარების გზით;
- ფიზიკური და ფსიქიკური ინვალიდებისათვის საცხოვრებლის, სამსახურის, საზოგადოებრივი და სოციალური ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება;
- უბედურ შემთხვევათა რაოდენობის შემცირება სამსახურში და შინ;

- ჯანმრთელობადაქვეითებულ ბავშვებისათვის სპეციალიზებულ საბავშვო ბაღებსა და სკოლებში სიარულის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა;
- მოქმედი სტანდარტების, სამშენებლო ნორმებისა და წესების დაცვით უსაფრთხო საცხოვრებელი პირობების შექმნა;
- საცხოვრებელი ფონდის გაუმჯობესება;
- გარემო ფაქტორების ადამიანის ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედების თავიდან აცილება ქალაქებისა და სოფლის ტიპის დასახლებულ პუნქტებში და მიტოვებული მხარეებისა და რაიონების მინიმუმამდე შემცირება;
- ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო საწარმოო გარემოს შექმნა;
- სამუშაო ადგილებზე ფსიქოსოციალური რისკ-ფაქტორების შემცირება;
- მოზარდებში სოციალური პასუხისმგებლობის გრძნობის ფორმირება;
- ტრანსპორტთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრა (ჰაერის დაბინძურება, ჭედვა-ხერგილები, ხმაური, უბედური შემთხვევები).

ტაქტიკა:

- ეფექტიანი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი სტრუქტურების შექმნა;
- საცხოვრებელ, საზოგადოებრივ, საწარმოო შენობებში დამაკმაყოფილებელი სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების შექმნა (ჰაერის მიკროკლიმატი და დაბინძურების ხარისხი, ვენტილაცია, სამშენებლო დეფექტები, მავნე სამშენებლო მასალები, ვიბრაცია, ხმაური);
- ინვესტიციების გაზრდა მოსახლეობის შრომის დაცვის გაუმჯობესების მიზნით;
- ჯანმრთელობისთვის სასარგებლო ქცევისა და ცხოვრებისეული ჩვევების პროპაგანდა სასწავლო-აღმზრდელობით დაწესებულებებში;
- სანიტარიული განათლების სასკოლო პროგრამების შექმნა;
- ქალაქების დაგეგმვის პროგრესული სისტემის შექმნა;
- ჯანდაცვის სამსახურების, საზოგადოებრივი ტრანსპორტის, მაღაზიების ქსელისა და რეკრეაციული ბაზის ადეკვატური ფუნქციონირება;
- ზრუნვა სოციალურად დაუცველ ფენებზე;
- საწარმოებში მომუშავეთა პროფესიული რისკის ფაქტორების მონიტორინგი;
- საწარმოებში ჯანსაღი სამუშაო ადგილების უზრუნველყოფა;

- ტრანსპორტის მოძრაობის ეფექტიანი მართვა (ქალაქის ქუჩებში მოძრაობაზე გადასახადის დაწესება, საზოგადოებრივი ტრანსპორტის ინტეგრაცია, სხვადასხვა კატეგორიის სატრანსპორტო საშუალებათა მოძრაობის პრიორიტეტულობის სისტემის დანერგვა, დასახლებულ პუნქტებში ავტოტრანსპორტის სიჩქარის შემცირება).

განხორციელების პრინციპები:

- ადამიანს უფლება აქვს იცხოვროს და იღვაწოს გარემოში, რომელიც არ ახდენს უარყოფით გავლენას მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე;
- ადამიანს უფლება აქვს მონაწილეობა მიიღოს (ყველა ეტაპზე) გარემოს კონტროლში, რომელმაც შეიძლება უარყოფითი გავლენა მოახდინოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე;
- მოსახლეობის პასუხისმგებლობის გათავისება საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე;
- მოზარდ თაობაში ეთიკური საფუძვლებისა და მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული ჩვევების გამომუშავება;
- „ჯანსაღი ქალაქებისა და საზოგადოებების“ კონცეფციის განხორციელება არჩეული ადგილობრივი მმართველობის ორგანოს, ჯანდაცვის, განათლებისა და სოციალური სექტორების, პროფესიული კავშირების, ძირითადი არასამთავრობო ორგანიზაციების, მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებისა და მოსახლეობის წარმომადგენელთა მონაწილეობით;
- აქტიური ურთიერთობების ჩამოყალიბება თაობებსა და სხვადასხვა ეთნიკურ, კულტურულ და სოციალურ-ეკონომიკურ ჯგუფებს შორის.

4.5.2. ატმოსფერული ჰაერი

სტრატეგია: ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურებისგან დაცვა.

ამოცანები:

- ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურებისგან დაცვის მიზნით მომხმარებელთა ინდივიდუალურ და კოლექტიურ ქცევაში ცვლილებების შეტანა;
- ჰაერის დაბინძურებისათვის ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი პასუხისმგებლობის გაძლიერება;

- კონტროლი ჰაერის ხარისხის ნორმატივების დაცვისადმი;
- ატმოსფეროში გამონახობლების დონის რეგლამენტირება;
- საავტომობილო ტრანსპორტის, ენერგეტიკის, მრეწველობის, სოფლის მეურნეობისა და საყოფაცხოვრებო დაბინძურების წყაროების მონიტორინგი;
- ატმოსფერულ ჰაერში ტყვიის კონცენტრაციის ნორმატივამდე შემცირება.

ტაქტიკა: დამაბინძურებელი გამონახობლების შემცირების მიზნით:

- გადასახადების სისტემის შემოღება;
- მოწინავე ტექნოლოგიების დანერგვა;
- ტყვიისშემცველი ბენზინის ხმარებიდან ამოღება.

4.5.3. სასმელი და ჩამდინარე წყლები

სტრატეგია:

- ზედაპირული წყლებისა და წყალმომარაგების სხვა წყაროების სანიტარიული დაცვა;
- სასმელი წყალმომარაგების უსაფრთხო სისტემის შექმნა.

ამოცანები:

- მოსახლეობის უზრუნველყოფა დამაკმაყოფილებელი ხარისხისა და საკმარისი რაოდენობის სასმელი წყლით;
- წყლის ხარისხის კონტროლის გასაუმჯობესებლად ახალი ნორმატივებისა და სტანდარტების შემოღება;
- ჩამდინარე წყლების გაუვნებლობის უზრუნველყოფა;
- სასოფლო-სამეურნეო, კომუნალური და სამრეწველო ჩამდინარე წყლებისა და ნარჩენების გაწმენდა-გაუვნებლობა წყალმომარაგების წყაროების დაცვის მიზნით;
- ბრუნვითი წყალმომარაგების დანერგვა წყლის პირველად რესურსებზე მოთხოვნილების შესამცირებლად.

ტაქტიკა:

- კაპიტალდაზღვევითა გამოყოფა ჩამდინარე წყლების შეგროვებისა და გასუფთავების დანადგარების მოსაწყობად;

- სასუქებსა და პესტიციდებზე, დამაბინძურებელ ნარჩენებსა და ჩამდინარე წყლებზე ფისკალური პოლიტიკის გატარება დაბინძურების საწინააღმდეგოდ გადასახადების დაწესების გზით.

4.5.4. კვების პოლიტიკა

- წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცების კომპლექსური სტრატეგიის ერთ-ერთ ძირითად შემადგენელ ნაწილს;
- მიზნად ისახავს მოსახლეობის უზრუნველყოფას უსაფრთხო, მაღალი ხარისხის კვების პროდუქტებით, რომელთა კვებითი ღირებულება დააკმაყოფილებს ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებს;
- განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანსაღი კვების უზრუნველყოფის გზებს;
- მოითხოვს კვების პროდუქტების ყველასათვის ხელმისაწვდომობას, კვების პროდუქტების ადეკვატურობას რაოდენობის, ხარისხისა და მრავალფეროვნების თვალსაზრისით.

სტრატეგიები:

- მოსახლეობის უზრუნველყოფა მაღალხარისხიანი, უსაფრთხო კვების პროდუქტებით;
- ბავშვთა ძუძუთი კვების დაცვა და ხელშეწყობა, ხელოვნური კვების კონტროლირებადი მოხმარება;
- ბალანსირებული კვების პრინციპების დამკვიდრება და განხორციელება.

ამოცანები:

- მოსახლეობის უსაფრთხო კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფა;
- ფინანსური შესაძლებლობებისა და ხელმისაწვდომობის გაზრდა ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო და უსაფრთხო კვების პროდუქტებზე;
- იოდისა და სხვა მიკროელემენტების უკმარისობასთან დაკავშირებული დარღვევების პროფილაქტიკა;
- კვების პროდუქტებით ვაჭრობისათვის შესაფერისი პირობების შექმნა;
- ჯანსაღი საზოგადოებრივი კვების ორგანიზება და მისი სტიმულირება ნებისმიერი ტიპის დაწესებულებებში;
- ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრება კვების სფეროში.

ტაქტიკა:

- კვების პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა მათი მწარმოებელ-მარეალიზებელი ობიექტების სათანადო ნორმატიული, ორგანიზაციული, ადმინისტრაციული, საკანონმდებლო და სხვა საშუალებებით;
- კვების პროდუქტების მიკრობული დაბინძურების დონეების, მათში ტოქსიკურ ნივთიერებათა, პესტიციდების ნარჩენების, სამკურნალწამლო საშუალებების, ქიმიური სასუქებისა და ცხოველის საკვებში დამატებული ანტიბიოტიკების შემცველობის მუდმივი კონტროლი;
- საინფორმაციო-სასწავლო პროგრამების შემუშავება, რომლებიც ჯანსაღი კვების პროდუქტების შექმნის, მომზადებისა და მოხმარების აუცილებელი ცოდნის და ჩვევების გამომუშავების საშუალებას იძლევა;
- სასწავლო პროგრამების ორგანიზება საზოგადოებრივი კვების მუშაკთათვის;
- მოსახლეობისათვის იოდირებული კვების პროდუქტების მიწოდება;
- ეტიკეტებზე არსებული ინფორმაციის ყოვლისმომცველობა და გადმოცემა მოსახლეობისათვის გასაგებ ენაზე;
- ჯანდაცვის პროფესიული მუშაკების ინფორმირება ვაჭრობის სფეროში კვების პროდუქტებზე მოქმედი საერთაშორისო შეთანხმებების შესახებ;
- ჯანდაცვის მუშაკების აქტიური მონაწილეობა მსოფლიო სავაჭრო ორგანიზაციის სანიტარიული და ფიტოსანიტარიული ღონისძიებების შპშ გამტარებელი კომიტეტის მოღვაწეობაში;
- ინვალიდებისათვის დახმარების გაწევა მათი გადაადგილების დროს კვების პროდუქტების შექმნისას;
- კვების პროდუქტების ბინაზე მიწოდების სამსახურის ორგანიზება;
- მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენისათვის ისეთი პროდუქტების ხელმისაწვდომობა, რომლებიც საკმარისი რაოდენობით შეიცავს ყველა აუცილებელ საკვებ ინგრედიენტს.

განხორციელების პრინციპები:

- ჯანდაცვის მუშაკთა მჭიდრო თანამშრომლობა ეკონომიკის სხვა დარგების წარმომადგენლებთან (სოფლის მეურნეობაში, კვების მრეწველობაში, ვაჭრობის სფეროსა და მომხმარებელთა საზოგადოებებში მომუშავე სპეციალისტებთან);

- სპეციალისტთა (კვების პროდუქტების უსაფრთხოების დარგში მომუშავეთა და დიეტოლოგთა) ფინანსური სტიმულირება;
- მოსახლეობისათვის ზუსტი და თანამედროვე ინფორმაციის მიწოდება კვების საკითხების შესახებ.

4.5.5. მყარი ნარჩენები

სტრატეგია: ნარჩენების მოშორებისა და მათი მოცულობის შემცირების ორგანიზაციის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- მყარი ნარჩენების გატანისა და გაუვნებელყოფის პროგრესული მეთოდების დანერგვა (კომპოსტირება, პიროლიზი, რეციკლირება);
- მოსახლეობის ინდივიდუალურ და კოლექტიურ ქცევაში რადიკალურ ცვლილებათა განხორციელება.

ტაქტიკა:

- მოწინავე ტექნოლოგიების გამოყენება მყარი ნარჩენების მოცილებისა და გაუვნებელყოფის პროცესის უზრუნველყოფისათვის;
- მკაცრი ფისკალური მექანიზმების შემოღება (გადასახადების დაწესება ნაგავსაყრელებზე ნარჩენების დაგროვების შემცირებისთვის, მეორადი ნედლეულის გადამუშავების წახალისება და დანახარჯის ანაზღაურების ხელშეწყობა);
- სამრეწველო ნარჩენების გადამუშავებისა და ქალაქის მყარი ნარჩენების კომპლექსური გატანის სისტემის ჩამოყალიბება და შემდგომი სრულყოფა;
- ფინანსური სტიმულირების გზით მეორადი ნედლეულის ხელმეორედ გამოყენება და გადამუშავება;
- ნარჩენებით არაკანონიერი და მიუღებელი ვაჭრობის თავიდან ასაცილებელ საერთაშორისო თანამშრომლობაში მონაწილეობა.

4.5.6. მაიონებელი გამოსხივება

სტრატეგია: მოსახლეობის დაცვა მაიონებელი გამოსხივების მავნე ზემოქმედებისაგან.

ამოცანები:

- უსაფრთხოების სტანდარტების შემუშავება და დაცვა ბირთვული ენერჯისა და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროების მშვიდობიანი გამოყენების პირობებში;
- სტიქიური უბედურებებისა და კატასტროფების მიმართ წინასწარი მზადყოფნა და მოსახლეობის ინფორმირება;
- შენობებში რადონის კონცენტრაციის შემცირება;
- პროფესიონალთა, პაციენტთა და მთელი მოსახლეობის დასხივების დოზების შემცირება.

ტაქტიკა:

- საერთაშორისო ორგანიზაციებთან კავშირების განმტკიცება;
- რადიაციული უსაფრთხოების ნორმატივებისა და საკანონმდებლო ბაზისის შემუშავება;
- რეგიონების რადიაციულ-ჰიგიენური პასპორტების შექმნა;
- სრულყოფილი სამშენებლო ნორმებისა და წესების შემუშავება შენობებში რადონის კონცენტრაციის შესამცირებლად;
- უსაფრთხოების ტექნიკის წესების მკაცრი დაცვის უზრუნველყოფა;
- ახალი ტექნოლოგიების შედარებით უსაფრთხო სახეობებში ინვესტირების ხელშეწყობა.

4.5.7. არამაიონებელი გამოსხივება

სტრატეგია: მოსახლეობის დაცვა არამაიონებელი გამოსხივების მავნე ზემოქმედებისაგან.

ამოცანები:

- არამაიონებელი გამოსხივების მოსახლეობაზე ზემოქმედების ინტენსივობის შემცირება სათანადო ნორმატიული, ორგანიზაციული, ადმინისტრაციული, საკანონმდებლო და სხვა საშუალებებით;

- მცირე ინტენსივობის არამაიონებელი გამოსხივების მქონე მოწყობილობათა შექმნის ხელშეწყობა და სტიმულირება.

ტაქტიკა:

- უსაფრთხოების წესების დაცვა არამაიონებელი გამოსხივების წყაროებთან მუშაობის დროს;
- ახალი ტექნოლოგიების უსაფრთხო სახეობათა ფინანსური სტიმულირება.

4.5.8. ჯანსაღი საწარმოო გარემოს შექმნა

მიზანი: მრეწველობასა და სოფლის მეურნეობაში დასაქმებული მოსახლეობის შრომის უსაფრთხო და ჯანსაღი პირობების უზრუნველყოფა.

სტრატეგია: დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და დასვენების რაციონალური რეჟიმის დაცვა და სრულყოფა, პროფპათოლოგიური სამსახურის ეროვნული ინფრასტრუქტურის ჩამოყალიბება.

ამოცანები:

- დასაქმებული მოსახლეობის შრომის უსაფრთხო პირობების შექმნა, საერთო, პროფესიული და პროფესიით განპირობებული ავადობის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა განხორციელება სათანადო ნორმატიული, ორგანიზაციული, ადმინისტრაციული, საკანონმდებლო და სხვა საშუალებებით;
- პროფესიით განპირობებული და პროფესიული დაავადებების პროფილაქტიკის, ადრეული დიაგნოსტიკის, რეაბილიტაციის ახალი მაღალეფექტიანი ღონისძიებების შემუშავება და სრულყოფა, მათ შორის, საქართველოს საკურორტო რესურსების ფართო გამოყენებით;
- ცვალებადი სოციალური და ტექნოლოგიური გარემოს პირობებში მომუშავეთა ფსიქოფიზიოლოგიური სტატუსის გაუმჯობესების ხელშეწყობა;
- მომუშავე ქალთა ჯანმრთელობის დაცვა პროფილაქტიკური სპეციფიკური მეთოდების გამოყენებით.

4.6. ბუნებრივი კატასტროფებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა

მიზნად ისახავს სახელმწიფოში ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბებას, რომელიც ბუნებრივი კატასტროფების შემთხვევაში უზრუნველყოფს კატასტროფის ზონაში მოსახლეობის გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებასა და მიმდინარე ჯანდაცვითი ღონისძიებების განხორციელებას (მათ შორის სანიტარიულ-ეპიდსაწინააღმდეგო).

ითვალისწინებს მჭიდრო მულტისექტორულ თანამშრომლობას სხვადასხვა უწყებებთან და კოორდინირებულ თანამშრომლობას სხვა სახელმწიფოების ანალოგიურ სამსახურებთან.

მიზანი: კატასტროფის ზონის მოსახლეობის დროული და სრული სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა ბუნებრივი კატასტროფების შემთხვევაში.

ამოცანები:

- ბუნებრივი კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციების სამედიცინო უზრუნველყოფის ერთიანი თეორიულ-პრაქტიკული ბაზისა და მეთოდოლოგიის ჩამოყალიბება;
- ერთიანი სახელმწიფო სისტემის ჩამოყალიბება მთავარი ცენტრით თბილისში და შესაბამისი რეგიონული ცენტრებით;
- კატასტროფის მედიცინის ცენტრების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის დაკომპლექტება თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად (გულისხმობს სამედიცინო ქონების დაგროვებას, შენახვას, განახლებას, აღრიცხვასა და კონტროლს, რაც საჭიროა საგანგებო სიტუაციების შემთხვევაში სამედიცინო სამსახურების ეფექტიანი ფუნქციონირებისათვის);
- კატასტროფების შემთხვევაში ოპერატიული რეაგირების მიზნით სპეციალური სამედიცინო ბრიგადების მობილურობის უზრუნველყოფა მატერიალურ-ტექნიკური საშუალებებით (მათ შორის სატრანსპორტო);
- მთელი სახელმწიფოს მასშტაბით სამედიცინო დაწესებულებათა პერსონალის მომზადება/გადამზადება კატასტროფების შემთხვევაში ოპერატიული ტრანსფორმაციისა და ერთიან სქემაში ჩართვის მიზნით;
- კატასტროფის მედიცინის ცენტრების პერსონალისა და რეზერვისტების მომზადება კატასტროფების შემთხვევაში მათზე დაკისრებული მოვალეობების შესრულებისთვის (სამედიცინო დახმარების დროული

ადმოჩენა, დაზარალებულთა ევაკუაცია და მკურნალობა, კატასტროფების რაიონებში სანიტარიული კონტროლის უზრუნველყოფა, მოსახლეობის ფსიქოლოგიური კრიზისის კუპირება შესაბამისი ფსიქიატრიული დახმარებით, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება, მოსახლეობის ინფორმირება და განათლება და სხვა);

- თანამშრომლობა როგორც ქვეყნის შიგნით არსებულ სხვადასხვა უწყებებისა და სამინისტროების შესაბამის სამსახურებთან, ასევე სხვა ქვეყნების ანალოგიურ სამსახურებთან;
- კატასტროფების რისკის ზონებისთვის (მიწისძვრების, ღვარცოფების, წყალდიდობების, ზვავების) გადაუდებელი და სრული სამედიცინო დახმარების გეგმების დამუშავება.

4.7. საომარ მოქმედებათა შემთხვევებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა

მიზნად ისახავს ომის პირობებში მშვიდობიანი მოსახლეობისა და მეზობლთა სამედიცინო დახმარებისა და მიმდინარე ჯანდაცვითი ღონისძიებების (მათ შორის სანიტარიულ-ეპიდსაწინააღმდეგო) განხორციელებისათვის ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბებას.

ითვალისწინებს მჭიდრო მულტისექტორულ თანამშრომლობას სხვადასხვა უწყებებისა და სამინისტროს შესაბამის სამსახურებთან (თავდაცვის, შინაგან საქმეთა, უშიშროების სამინისტროების, სამოქალაქო თავდაცვის სამედიცინო სამსახურები).

მიზანი: მშვიდობიანი მოსახლეობისა და მეზობლების სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა ომის პირობებში.

ამოცანები:

- მულტისექტორული თანამშრომლობის საფუძველზე ერთიანი სახელმწიფო გეგმის შემუშავება ომის პირობებში ჯანდაცვითი ღონისძიებების განსახორციელებლად.

- ომის პირობებში სამედიცინო სამსახურების ოპერატიული ტრანსფორმაციისა და ერთიან სქემაში ჩართვის უზრუნველყოფისათვის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის ჩამოყალიბება (აუცილებელი სამედიცინო მასალების, აღჭურვილობისა და წამლების ხელუხლებელი მარაგის შექმნა, განახლება, აღრიცხვა და კონტროლი);
- სამედიცინო პერსონალის ომის პირობებში ეფექტიანი და ოპერატიული მოქმედების მიზნით რეზერვისტების მომზადება და გადამზადება სპეციალური პროგრამების მიხედვით;
- სამედიცინო ღონისძიებების გარდა, ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე გაძლიერებული სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური რეჟიმის დაცვის უზრუნველყოფა.

4.8. რადიაციული და ქიმიური კატასტროფების შემთხვევებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა

მიზნად ისახავს სახელმწიფოში ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბებას, რომელიც რადიაციული და ქიმიური კატასტროფების შემთხვევაში უზრუნველყოფს კატასტროფათა ზონის მოსახლეობის გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებასა და მიმდინარე ჯანდაცვითი ღონისძიებების განხორციელებას (მათ შორის სანიტარიულ-ეპიდსაწინააღმდეგო) კატასტროფების შედეგების აღმოფხვრას ექსტრემალურ პირობებში.

ითვალისწინებს მჭიდრო მულტისექტორულ თანამშრომლობას სხვადასხვა უწყებებთან და კოორდინირებულ თანამშრომლობას სხვა სახელმწიფოების ანალოგიურ სამსახურებთან.

მიზანი: კატასტროფათა ზონის მოსახლეობის უზრუნველყოფა დროული და სრული სამედიცინო დახმარებით რადიაციული და ქიმიური კატასტროფების შემთხვევაში.

ამოცანები:

- რადიაციული და ქიმიური კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციების სამედიცინო უზრუნველყოფის ერთიანი თეორიულ-პრაქტიკული ბაზის და მეთოდოლოგიის ჩამოყალიბება;

- ერთიანი სახელმწიფო სისტემის ჩამოყალიბება მთავარი ცენტრით თბილისში და შესაბამისი რეგიონული ცენტრებით;
- კატასტროფის მედიცინის ცენტრების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის დაკომპლექტება თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად (გულისხმობს სამედიცინო ქონების დაგროვებას, შენახვას, განახლებას, აღრიცხვასა და კონტროლს);
- რადიაციულ და ქიმიურ კატასტროფათა შემთხვევაში ოპერატიული რეაგირების მიზნით სპეციალური სამედიცინო ბრიგადების მობილურობის უზრუნველყოფა მატერიალურ-ტექნიკური საშუალებებით;
- მთელი სახელმწიფოს მასშტაბით სამედიცინო დაწესებულებათა პერსონალის მომზადება/გადამზადება კატასტროფების შემთხვევაში ოპერატიული ტრანსფორმაციისა და სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების გაწვევისათვის;
- კატასტროფის მედიცინის ცენტრების პერსონალისა და რეზერვისტების მომზადება რადიაციული და ქიმიური კატასტროფების შემთხვევაში მათზე დაკისრებულ მოვალეობათა შესრულებისათვის (სამედიცინო დახმარების დროული აღმოჩენა, დაზარალებულთა ევაკუაცია და სპეციალიზებული მკურნალობა, კატასტროფათა რაიონებში სანიტარიული კონტროლის უზრუნველყოფა, მოსახლეობის ფსიქოლოგიური კრიზისის კუპირება შესაბამისი ფსიქიატრიული დახმარებით, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება, მოსახლეობის ინფორმირება და განათლება და სხვ.);
- რადიაციულ და ქიმიურ კატასტროფათა შემთხვევაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის უსაფრთხოების ორგანიზებულად და ეფექტიანად უზრუნველყოფისათვის ინფორმირებისა და სანგანათლების სისტემის ჩამოყალიბება;
- თანამშრომლობა როგორც ქვეყნის შიგნით არსებულ სხვადასხვა უწყებებისა და სამინისტროებს შესაბამის სამსახურებთან, ასევე სხვა ქვეყნების ანალოგიურ სამსახურებთან.

4.9. სამკურნალო მედიცინის განვითარება

- განსაზღვრავს სამკურნალო მედიცინის განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით;
- მიზნად ისახავს სამკურნალო მედიცინის ისეთი სისტემის ჩამოყალიბებას, რომელიც დაეფუძნება მეცნიერების თანამედროვე მიღწევებს, პირველადი ჯანდაცვის მძლავრ ქსელს, სადაზღვევო ურთიერთობებს, სამკურნალო დაწესებულებათა დიფერენციაციას დონეების მიხედვით, ეკონომიკურ რენტაბელობას;
- უზრუნველყოფს თანასწორუფლებიანობასა და ხელმისაწვდომობას საქართველოს მთელი მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების საქმეში;
- ითვალისწინებს მოსახლეობის დაავადებათა სიმძიმესა და ავადობის სტრუქტურას და ძირითადი აქცენტი გადააქვს დაავადებათა ადრეულ დიაგნოსტიკასა და პროფილაქტიკაზე, სრულფასოვან და ხარისხიან მკურნალობაზე.

სამკურნალო მედიცინის სისტემის განვითარების სტრატეგია და აუცილებელი მახასიათებლები ასახავს ამ სისტემის განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითად დებულებებს და უნდა აკმაყოფილებდეს 3 ძირითად მოთხოვნას:

4.9.1. სამედიცინო მომსახურებისადმი თანასწორუფლებიანობა

მიზანი: საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მისაღებად თანასწორუფლებიანობის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- ჩამოყალიბდეს სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტი, რომელიც საშუალებას მისცემს საქართველოს ყველა მოქალაქეს მიაღწიოს ჯანმრთელობის საუკეთესო მაჩვენებლებს მიუხედავად ეროვნებისა, სქესისა, ასაკისა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, პოლიტიკური და რელიგიური მრწამსისა და სქესობრივი ორიენტაციისა;
- შეიქმნას მძლავრი სადაზღვევო სისტემა, რომელიც სადაზღვევო რისკების გადანაწილების გზით გაათანასწორებს მოსახლეობის

შესაძლებლობას მიიღოს მისი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის ექვივალენტური სამედიცინო მომსახურება;

- დაიხვეწოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, რაც სამედიცინო დაზღვევის სისტემასთან ერთად უზრუნველყოფს სოციალური სამართლიანობის დაცვასა და ქვეყანაში არსებული რესურსების გადანაწილებას მოსახლეობის მდიდარ და ღარიბ ფენებს შორის, ჯანმრთელ და დაავადებულ, ახალგაზრდა და მოხუც პირებს შორის.

4.9.2. სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობა

მიზანი: საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- სამკურნალო დაწესებულებათა დიფერენციაცია დონეების მიხედვით და საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე ადამიანური და მატერიალური რესურსების გადანაწილების გზით უნივერსალური სისტემის ჩამოყალიბება, რომელიც მაქსიმალური ხარჯ-ეფექტიანობის პირობებში უზრუნველყოფს საქართველოს მთელი მოსახლეობის ფიზიკურ ხელმისაწვდომობას შესაბამისი სამედიცინო მომსახურებისადმი, მიუხედავად გეოგრაფიული ადგილმდებარეობისა;
- პირადი (ზოგადი პრაქტიკის და/ან ოჯახის) ექიმის და ექთნის როლის გაძლიერება მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის საქმეში, რაც ჯანდაცვის სისტემას საშუალებას მისცემს მომსახურების უმეტესი მოცულობა მიაწოდოს მოსახლეობას სამედიცინო დაწესებულების გარეთ, რის შედეგად გაიზრდება დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკის, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესაძლებლობა და შემცირდება მთლიანად ეროვნული ჯანდაცვის ხარჯები. გარდა ამისა, გაიზრდება თითოეული პიროვნების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებისადმი მიუდგომელ და სამკურნალო დაწესებულებებით დღეისათვის ყველაზე ღარიბ რეგიონებში.

4.9.3. ფინანსური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებისადმი

მიზანი: საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისადმი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- სამედიცინო ბაზარზე რეალური ფასების ჩამოყალიბება, რაც თავის მხრივ მოითხოვს მთლიანი სისტემის ოპტიმიზაციას – ადამიანური რესურსებისა და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაციას (დაუტვირთავი სიმძლავრეების გადანაწილებას, განსხვავებას, დაკონსერვებას ან სულაც გაუქმებას);
- პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერება, რომელიც შეასრულებს „მეჭიშკრის“ როლს ძვირადღირებულ სამკურნალო ღონისძიებებისთვის და შეამცირებს ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებს დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკისა და პროფილაქტიკის გზით;
- დამსაქმებელზე დაფუძნებული სადაზღვევო სისტემის განვითარება, რაც საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს გადანაწილოს პასუხისმგებლობა და შესაბამისად ფინანსური ხარჯები მოსახლეობის ჯანდაცვაზე;
- ადამიანის ჯანმრთელობის აღიარება უპირველეს სახელმწიფო პრიორიტეტად და შესაბამისად ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხების პრიორიტეტული მიწოდება ჯანდაცვის სისტემაში;
- სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის მიერ არაოფიციალურად გადახდილი თანხების წარმართვა ჯანდაცვის სისტემის არხებში, რაც სწორი ფასწარმოქმნისა და რენტაბელობის პირობებში გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობას და შეამცირებს თვით მოსახლეობის მიერ გაწეულ ხარჯებს.

4.10. სამედიცინო რეაბილიტაციის განვითარება

განსაზღვრავს სამედიცინო რეაბილიტაციის სისტემის განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

მიზნად ისახავს სამედიცინო რეაბილიტაციის ისეთი სისტემის ჩამოყალიბებას, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის მიზნობრივი

ჯგუფების სამედიცინო რეაბილიტაციას და მათ სრულფასოვან ინტეგრაციას ჯანსაღ საზოგადოებაში.

სამედიცინო რეაბილიტაციის სახელმწიფო პოლიტიკა უნდა მოიცავდეს შემდეგ მიზნობრივ ჯგუფებს:

- განვითარების მანკების მქონე პირთა რეაბილიტაცია;
- ფიზიკური დეფექტების მქონე (სიბრმავე, სიყრუე და ა.შ.) პირთა რეაბილიტაცია;
- გონებრივი და ფსიქიკური დეფექტების მქონე პირთა რეაბილიტაცია;
- ტრავმატიზმის შედეგად დაინვალიდებულთა რეაბილიტაცია;
- მოხუცებულთა და ხანდაზმულთა რეაბილიტაცია;
- სხვა სომატურ დაავადებათა სრული რეაბილიტაცია;
- პროფესიულ და პროფესიით განპირობებულ დაავადებათა რეაბილიტაცია.

მიზანი: საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- სარეაბილიტაციო პროგრამების ჩამოყალიბება მოწინავე გამოცდილების გათვალისწინებით;
- სარეაბილიტაციო ცენტრების ქსელის განვითარება;
- ამ სფეროსთვის აუცილებელი მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრების მომზადება და ცენტრების დაკომპლექტება ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსებით.

4.11. წამალთპოლიტიკა

- მიზნად ისახავს მოსახლეობის უსაფრთხო, ეფექტური და ხარისხიანი სამკურნალო საშუალებებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას ჯანდაცვის მოთხოვნილებებიდან გამომდინარე;
- ითვალისწინებს მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურას, დაავადებათა პრევენციისა და მკურნალობის თანამედროვე რეკომენდაციებს;

- ეფუძნება საქართველოს კანონებს და კანონქვემდებარე აქტებს, ითვალისწინებს საერთაშორისო გამოცდილებას;
- მოითხოვს შესაბამის კადრებსა და საფინანსო რესურსებს;

მიზანი: მოსახლეობის უზრუნველყოფა უსაფრთხო, ეფექტური და ხარისხიანი სამკურნალო საშუალებებით.

ამოცანები:

- კომპლექსური ღონისძიებების განხორციელება და შესაბამისი სისტემების ჩამოყალიბება მოსახლეობისათვის წამლის ეკონომიკური ხელმისაწვდომობის მისაღწევად;
- მოსახლეობის უფლებათა გარანტირებული დაცვა წამლის მავნე ზემოქმედებისაგან ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი კანონებისა და კანონქვემდებარე აქტების განხორციელების გზით;
- ეფექტიანი ზომების გატარება მოსახლეობის დასაცავად სამკურნალო საშუალებების, მ.შ. ფსიქოტროპულ და ნარკოტიკულ ნივთიერებათა, არასწორად გამოყენებისა და მიჩვევისაგან;
- წამლის დეპარტამენტის მუშაობის გააქტიურება წამლის და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის აღსრულების საქმეში წამლის მიმოქცევის სრული ლეგალიზაციის მისაღწევად;
- ხარისხის უზრუნველყოფის სახელმწიფო სისტემის ეფექტიანი მუშაობა;
- „კარგი საწარმოო პრაქტიკის“, „კარგი სააფთიაქო პრაქტიკისა“ და „კარგი დისტრიბუციის პრაქტიკის“ სტანდარტების ეტაპობრივი განხორციელება;
- წამლების რაციონალური შერჩევა და გამოყენება მეცნიერების მიღწევათა საფუძველზე;
- ესენციალური წამლების უპირატესი გამოყენება;
- სამკურნალო საშუალებათა ფორმულარების შექმნა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებისათვის;
- წამლის შესახებ ობიექტური ინფორმაციული სისტემის შექმნა და ინფორმაციის ეფექტიანი გავრცელება სამედიცინო დარგის მუშაკებისა და მოსახლეობისათვის;
- საქართველოში ფარმაცევტული მრეწველობის განვითარების ხელშეწყობა;

- იმ ტრადიციულ საშუალებათა უსაფრთხოების და ეფექტიანობის შესწავლა, რომლებიც პოტენციურად შეიძლება წამალს წარმოადგენდეს;
- ფარმაცევტისა და აფთიაქის როლის ამაღლება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში;
- ფარმაცევტული კადრების საბაზისო და უწყვეტი განათლების სისტემის სრულყოფა;
- საერთაშორისო თანამშრომლობის განვითარება ფარმაციის დარგში.

4.12. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

საქართველოს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურება უნდა იყოს უნივერსალური და ხელმისაწვდომი. ამასთან ერთად, ხელმისაწვდომობა არ უნდა იქნეს მიღწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითების ხარჯზე. პირიქით, სახელმწიფო პოლიტიკა მიზნად უნდა ისახავდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სრულყოფას, რაც გულისხმობს თვით სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას სამკურნალო სტანდარტებისა და მათი დაცვის სისტემის ჩამოყალიბების გზით, მაღალკვალიფიციური კადრების მომზადებასა და სამედიცინო მეცნიერული კვლევების ჩატარებას უახლესი მიღწევების პრაქტიკაში დანერგვის მიზნით. ამავე დროს, მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად აუცილებელია სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების პრაქტიკასთან მჭიდრო ინტეგრაციის უზრუნველყოფა.

4.12.1. ხარისხის გაუმჯობესება

- განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით;
- მიზნად ისახავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას, რათა ეკონომიკური ეფექტიანობის პირობებში მიღწეულ იქნეს მოსახლეობის მაქსიმალური გაჯანსაღება და მიღებული მომსახურებით პაციენტთა დაკმაყოფილება;
- უზრუნველყოფს საქართველოს მთელ მოსახლეობას ხარისხიანი და ეფექტიანი სამედიცინო მომსახურებით.

მიზანი: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- სამედიცინო მომსახურების უნივერსალური სტანდარტების ჩამოყალიბება;
- სტანდარტების დაცვის კონტროლის მექანიზმის შემუშავება;
- სტანდარტების დაცვისათვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნა;
- სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების და პერსონალის აკრედიტაციის, სერტიფიცირებისა და ლიცენზირების მექანიზმების პერმანენტული სრულყოფა;
- ეროვნული ჯანდაცვის ძირითადი სტრატეგიების შეფასება ცალკეული პრობლემების გადაჭრის მიზნით მკურნალობის შედეგებისა და მათი ეკონომიკური ეფექტიანობის შედარების საფუძველზე;
- სამედიცინო მომსახურების უწყვეტი მონიტორინგისა და ხარისხის გაუმჯობესების სახელმწიფო მექანიზმის ჩამოყალიბება, თუნდაც 10 ძირითადი დაავადების მიმართ, მკურნალობის შედეგების, ეკონომიკური ეფექტიანობისა და მიღებული მომსახურებით პაციენტთა დაკმაყოფილება ხარისხის შეფასების საფუძველზე.

4.12.2. სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარება

- განსაზღვრავს სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით;
- მიზნად ისახავს ეროვნული კადრების მომზადების პროფესიული დონის ამაღლებას დიპლომამდელი სამედიცინო განათლებისა და დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების პროგრესული ფორმების, წესების და მეთოდების გამოყენებისა და მეცნიერებასთან მჭიდრო ინტეგრაციის საშუალებით;
- უზრუნველყოფს სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამების შესაბამისობას საერთაშორისო წესებთან და სტანდარტებთან;
- ხელს უწყობს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სისტემის რეორიენტაციის პროცესით და მისი განვითარების პრიორიტეტულ

მიმართულებათა მოთხოვნილებებით განსაზღვრულ ახალი ტიპის სამედიცინო კადრების მომზადებას;

- ითვალისწინებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სამედიცინო კადრების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შემადგენლობის რეგულაციას;
- განსაზღვრავს სამედიცინო სასწავლებლებში აბიტურიენტთა შერჩევისა და ჩარიცხვის ისეთი წესების გამოყენებას, რომლებიც უზრუნველყოფს მისაღები გამოცდების სამართლიანობას, ობიექტურობასა და მოქალაქეთა თანასწორუფლებიანობას;
- ადგენს სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული მზადების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების (სამედიცინო სასწავლებლებისა და სამედიცინო დაწესებულებების ატესტაცია, აკრედიტაცია და ლიცენზირება და სხვ.) სისტემატური გამოყენების აუცილებლობას.

სამედიცინო განათლების სისტემის რეფორმისა და განვითარების სახელმწიფო სტრატეგია ასახავს ამ სისტემის განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითად დებულებებს

1. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი განათლების ფორმების, სახეობების, მეთოდებისა და სასწავლო პროგრამების სრულყოფის საკითხებში.

მიზანი: საქართველოში სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი სამედიცინო განათლების პროგრესული ფორმებისა და მეთოდების დანერგვა, საგანმანათლებლო პროგრამების საერთაშორისო წესებთან და სტანდარტებთან მისადაგება.

ამოცანები:

- საქართველოში დიპლომამდელი ეტაპის სამედიცინო განათლების ცენტრებისა და ფორმების ჩამონათვალის განსაზღვრა, მათი მიზნებისა და ამოცანების დადგენა;
- სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ცენტრისა და ფორმის სასწავლო პროგრამების კურსდამთავრებულთა პროფესიული მომზადების დონის სახელმწიფო სტანდარტების განსაზღვრა (რა უნდა იცოდეს და რისი გაკეთება უნდა შეეძლოს კურსდამთავრებულს) და მათი შესაბამისი საგანმანათლებლო სტანდარტების (რა უნდა ისწავლებოდეს) დადგენა;

- დიპლომამდელი სამედიცინო სასწავლებლების ფუნქციონირების სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავება;
- სასწავლო დაწესებულებებში სწავლების პროგრესული მეთოდების დანერგვისა და გამოყენების ხელშეწყობა.

2. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო კადრების დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების ფორმების, სახეობების, მეთოდებისა და მომზადების პროგრამების სრულყოფის საკითხებში.

მიზანი: საქართველოში სამედიცინო კადრების დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების პროგრესული ფორმებისა და ეფექტიანი მეთოდების დანერგვა, სპეციალისტების მომზადების პროგრამების საერთაშორისო წესებთან და სტანდარტებთან მისადაგება.

ამოცანები:

- საქართველოში დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების ფორმებისა და სახეობების განსაზღვრა, მათი მიზნებისა და ამოცანების დადგენა;
- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეალური მოთხოვნილებებისა და არსებული პოტენციალის გათვალისწინებით მედიცინის ცალკეულ სპეციალობებში დიპლომისშემდგომი პროფესიული მომზადების პროგრამების ოფიციალური ჩამონათვალის დამტკიცება;
- მედიცინის ცალკეულ სპეციალობებში პროფესიული მომზადების პროგრამების (მათი ფორმისა და სახეობების მიხედვით) კურსდამთავრებულთა პროფესიული მომზადების დონის სახელმწიფო სტანდარტების განსაზღვრა (რა უნდა იცოდეს და რისი გაკეთება უნდა შეეძლოს კურსდამთავრებულს ანუ ამა თუ იმ სპეციალობის ექიმს/ექთანს) და მათი შესაბამისი საგანმანათლებლო სტანდარტების (როგორ უნდა წარიმართოს პროფესიული მომზადება) დადგენა;
- მედიცინის ცალკეულ სპეციალობებში დიპლომისშემდგომი პროფესიული მომზადების პროგრამების შექმნა და მათი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა;
- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებისათვის პრიორიტეტულ სპეციალობებში დიპლომისშემდგომი პროფესიული

მომზადების პროგრამების შექმნა და მათი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა.

3. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო განათლების ცალკეულ ეტაპებზე კადრების მომზადების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი რეგულაციის საკითხებში.

მიზანი: დარგის განვითარების ობიექტური მოთხოვნილებების საფუძველზე და რეალური რესურსების გათვალისწინებით საქართველოში სამედიცინო კადრების მომზადების პროცესის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი რეგულირება.

ამოცანები:

- სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებებში მისაღები კონტინგენტის ოპტიმიზაცია;
- დიპლომამდელ ეტაპზე სამედიცინო კადრების პროფილიზირებული (სხვადასხვა ფაკულტეტსა და სექტორზე) სწავლების სისტემის საერთაშორისო სტანდარტებთან მისადაგება;
- მედიცინის ცალკეულ სპეციალობებში დიპლომისშემდგომი პროფესიული მომზადების - რეზიდენტურის პროგრამებით მოსამზადებელი კონტინგენტის ოპტიმალური რაოდენობის განსაზღვრა და სახელმწიფოს მხრიდან მასზე მკაცრი კონტროლის დაწესება;
- საქართველოს ცალკეული გეოგრაფიული რეგიონების სამედიცინო კადრებით უზრუნველყოფის გაუმჯობესება სახელმწიფო დაკვეთით მომზადებული სპეციალისტების (ექიმების, ექთნების და სხვა) განაწილებისა და მიზნობრივი მომზადების მექანიზმების საშუალებით.

4. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო სასწავლებლებსა და პროფესიული მომზადების პროგრამებში მისაღები გამოცდების, კანდიდატების შერჩევისა და ჩარიცხვის პროცედურის საკითხებზე.

მიზანი: დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი საგანმანათლებლო და პროფესიული მომზადების პროგრამებში მისაღები გამოცდების, მოსამზადებელი კონტინგენტის შერჩევისა და ჩარიცხვის პროცესებში მოქალაქეთა თანასწორუფლებიანობის, სამართლიანობისა და ობიექტურობის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- სამედიცინო სასწავლებლებში მისაღები გამოცდების ჩატარების ერთიანი პრინციპების დაცვა ქვეყანაში არსებული კანონების შესაბამისად;
- დიპლომისშემდგომი პროფესიული მომზადების პროგრამებში მისაღები გამოცდების ჩატარების ერთიანი წესების, ცოდნის შემოწმების ობიექტური და ეფექტიანი კრიტერიუმებისა და მეთოდების შემუშავება.

5. სახელმწიფო სტრატეგია სამედიცინო განათლების პროცესის ხარისხის უზრუნველყოფისა და სამედიცინო კადრების პროფესიული მომზადების დონის კონტროლის საქმეში.

მიზანი: სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული მომზადების პროცესის ხარისხის, კურსდამთავრებულებისა და მომუშავე სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მომზადების მაღალი დონის უზრუნველყოფა და მისი შემდგომი გაუმჯობესების სტიმულირება.

ამოცანები:

- სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებათა ატესტაცია და აკრედიტაცია;
- სამედიცინო პერსონალის სერტიფიკაცია და რესერტიფიკაცია.

4.12.3. მედიცინის მეცნიერებათა განვითარება

მიზნად ისახავს სამედიცინო მეცნიერების, განათლებისა და პრაქტიკის სრულყოფილი ინტეგრაციისა და კორპორაციული ცოდნის მართვის სისტემის მეშვეობით საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმების მეცნიერულ უზრუნველყოფას. განსაზღვრავს ამ ინტეგრაციის განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებსა და მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით. ამყარებს სრულ ინფორმაციულ წესრიგს და ქმნის ინფორმაციულად ამომწურავი ანალიზის განხორციელების შესაძლებლობას ჯანმრთელობის დაცვისა და მედიცინის ნებისმიერ სფეროში.

სტრატეგია: საქართველოში სამედიცინო მეცნიერებისა და ქართულენოვანი სამედიცინო ცოდნის მართვისა და დაფინანსების სისტემათა სრულყოფა.

ამოცანები:

- სამეცნიერო კვლევების, უწინარეს ყოვლისა, თეორიულისა და მეთოდოლოგიურის საფუძველზე ქართულენოვანი სამედიცინო ცოდნის მართვის სისტემის შექმნა, რომლის უპირველესი ამოცანებია მოსახლეობის ჯანმრთელობის, ავადობისა და ადამიანის ორგანიზმის გარემო პირობებთან ადაპტაციის შესახებ ახალი ცოდნის მიღების უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის არსებული დონის შენარჩუნებისა და უახლოეს პერიოდში მისი გაუმჯობესების სტრატეგიის ფორმირება, ყველაზე მეტად გავრცელებულ დაავადებებთან ბრძოლის მეცნიერული საფუძვლების შემუშავების ბაზაზე;
- დაავადებათა პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის, ჯანმრთელობის აღდგენის, ადამიანის აქტიური ცხოვრების ხანგრძლივობის ზრდის ახალი მეთოდების მოკვლევის, შემუშავებისა და პრაქტიკაში გამოყენების უზრუნველყოფა;
- საქართველოში სამედიცინო მომსახურებისა და ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე სისტემის ჩამოყალიბებისა და მისი მართვის მეცნიერული უზრუნველყოფა;
- მეცნიერული კვლევების პრაქტიკასა და სასწავლო პროცესთან ინტეგრაციაში ექიმთა დიდი უმრავლესობის აქტიურად ჩართვის უზრუნველყოფა;
- ცოდნის მართვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა სათანადოდ გაანგარიშებული ინდივიდუალური შრომის დანახარჯების აღრიცხვა-ანალიზის მეშვეობით;
- სამედიცინო ცოდნის მართვის სფეროში სამუშაოთა სტანდარტის დონეზე ჩატარებისა და სრული ორგანიზაციული წესრიგის დამყარებით ყველა სისტემური პრობლემის მოგვარების უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის სახელმწიფოებრივი დაფინანსების 3%-ის გამოყოფა.

ტაქტიკა:

- სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისა და ქართულენოვანი სამედიცინო ცოდნის მართვის სისტემის საკანონმდებლო საფუძვლების შექმნა, მათ შორის ინტელექტუალურ საკუთრებაზე უფლებათა დაცვა და შრომის ობიექტური შეფასებისა და ანაზღაურების უზრუნველყოფა;

- სამეცნიერო-ტექნიკური პოტენციალისა და არსებული რესურსების კონცენტრაცია სამედიცინო მეცნიერების პრიორიტეტული მიმართულებებისა და შესატყვისი ცოდნის მართვის ქვესისტემის მიხედვით;
- მიზნობრივ-პროგრამული დაგეგმარების როლის ზრდა;
- სამეცნიერო გამოკვლევათა ექსპერტიზის ხარისხის გაუმჯობესება და ექსპერტიზის ობიექტურობის დაცვისადმი კონტროლის განხორციელება;
- სამედიცინო ცოდნის მართვის სფეროში კვლევით სამუშაოთა დაფინანსების კონკურსის საფუძველზე უზრუნველყოფა;
- ქართულენოვანი სამედიცინო ცოდნის მართვის სფეროში ქვეყნისათვის უმნიშვნელოვანესი ობიექტების დაფინანსების განხორციელება სახელმწიფო შეკვეთების საფუძველზე;
- მეცნიერების, განათლებისა და პრაქტიკის ინტეგრაციის გაფართოება და მისი სრულყოფის უზრუნველყოფა ცოდნის მართვის სისტემის საფუძველზე;
- აღნიშნული ინტეგრაციის მართვის სისტემის ფუნქციონალური ორგანიზაციის სრულყოფა მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიისა და ჯანდაცვის აპარატის ქვედანაყოფთა ურთიერთობის ოპტიმიზაციის გაუმჯობესების მეშვეობით.

პოლიტიკის განხორციელების ძირითადი პრინციპები:

- საექსპერტო კომისიების ჩამოყალიბება, ასარჩევი კვლევითი თემების დაფინანსების გრანტული და სახელმწიფო შეკვეთის ორგანულად შერწყმა;
- დაფინანსების გარე წყაროების (საერთაშორისო პროექტები, ფონდები და სხვ.) მოზიდვისადმი ხელშემწყობი სისტემის ჩამოყალიბება;
- კონკურსით შერჩეული სამუშაოების შესრულებისადმი მკაცრი კონტროლის განხორციელება;
- ცოდნის მართვის სისტემის ბაზაზე მაღალი კვალიფიკაციის მქონე სამედიცინო კადრების მიზნობრივი მომზადება;
- ახალგაზრდა პერსპექტიული მეცნიერებისადმი მხარდაჭერა და ხელშეწყობა (დახელოვნება მსოფლიოს წამყვან სამეცნიერო ცენტრებში, მივლინებები საერთაშორისო კონგრესებსა და კონფერენციებზე);

- მართვის სპეციალური ტელეკონფერენციების, ტელესემინარების, ტელეკონგრესებისა და სხვა სახის დისტანციური ფორუმების მოწყობა;
- ცოდნის მართვის სისტემის ბაზაზე სამამულო სამედიცინო მეცნიერების აქტუალური პრობლემების გადაჭრისათვის საზღვარგარეთის ქვეყნების პროფილურ სამეცნიერო ცენტრებთან ურთიერთობების გასაღრმავებლად მიზანმიმართულ ღონისძიებათა სისტემის შემუშავება და განხორციელება.

4.12.4. ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემის სრულყოფა

მიზნად ისახავს საქართველოს ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემის სრულყოფას სწორი სტრატეგიის, ტაქტიკისა და ოპერატიული გადაწყვეტილებების უზრუნველსაყოფად. ითვალისწინებს მჭიდრო მულტისექტორულ თანამშრომლობას სხვადასხვა უწყებებთან და კოორდინირებულ თანამშრომლობას სხვა სახელმწიფოების ანალოგიურ სტრუქტურებთან.

მიზანი: საქართველოს ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემის სრულყოფა სწორი სტრატეგიის, ტაქტიკის და ოპერატიული გადაწყვეტილებების უზრუნველსაყოფად.

ამოცანები:

- პირველადი ინფორმაციის წყაროების გაფართოება, სამედიცინო მომსახურების ახლად ჩამოყალიბებული მიმწოდებლების (ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, კერძო სამედიცინო დაწესებულებები და სხვ.), აგრეთვე სხვადასხვა სამინისტროსა და დეპარტამენტის (შინაგან საქმეთა, თავდაცვის, შრომისა და სოციალური უზრუნველყოფის, გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტროები, რკინიგზის დეპარტამენტი და სხვ.) მიერ მოწოდებული ინფორმაციის ხარჯზე;
- ადეკვატური მაჩვენებლების გამოყენება შესაბამისი პროგრამების მიმდინარეობისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელების მიზნების შესაფასებლად;
- ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად მაჩვენებელთა ჩამონათვალის სრულყოფა სხვადასხვა დონის სპეციალისტებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების მოთხოვნათა გათვალისწინებით;

- ჯანდაცვის მონაცემთა გაანგარიშებისა და ანალიზის პროგრესული მეთოდების შემოღება (სტანდარტიზებული მაჩვენებლები, შეფასების ალტერნატიული მეთოდები, პროგნოზირება და სხვ.);
- საერთაშორისო სტანდარტებზე დაფუძნებული მინიმალური მაჩვენებლების მიღების უზრუნველყოფა;
- მომავლის მოთხოვნებისა და პრობლემების პროგნოზირების უნარის მქონე საინფორმაციო-ანალიზური სისტემის შექმნა;
- ჯანდაცვის ინტეგრირებულ და დანაწილებულ მონაცემთა ბაზების შექმნა თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით;
- სამხარეო დონის მონაცემთა ბაზების ჩამოყალიბება;
- ოთხი კატეგორიის საინფორმაციო ბაზების შექმნა (სამედიცინო-სტატისტიკური ინფორმაცია – მოსახლეობა, მისი ჯანმრთელობა, სამედიცინო დაწესებულებანი და მათი საქმიანობა, კადრები, მათი განაწილება, მომზადება და ა.შ.; ეკონომიკური ინფორმაცია – საგეგმოსაფინანსო, საბუღალტრო და სხვა; მატერიალურ-ტექნიკური ინფორმაცია; სამედიცინო-სამეცნიერო ინფორმაცია);
- ჯანდაცვის სრულყოფილი საინფორმაციო სისტემის დანერგვა სამ იერარქიულ დონეზე: რაიონი, მხარე, ქვეყანა;
- ინფორმაციული ქსელის შექმნა სამხარეო და ქვეყნის მონაცემთა ბაზების დასაკავშირებლად;
- ჯანდაცვის სისტემის ერთიანი კომპიუტერული ქსელისა და კავშირგაბმულობის საშუალებების განვითარების საფუძველზე ტელემედიცინისა და დისტანციური სწავლების ცენტრალური და რეგიონალური კომპონენტების შექმნა;
- მსოფლიოს ჯანმრთელობის დაცვის ინფორმაციულ სისტემებთან ინფორმაციის გაცვლის უზრუნველყოფა;
- ინფორმაციის გაცვლა სხვა სექტორებთან; დაინტერესებული ჯგუფების, პოლიტიკოსებისა და საზოგადოების უზრუნველყოფა შესაბამისი ინფორმაციით.

მიზანი: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ სტრატეგიის მისაღწევად ჯანდაცვის სფეროში ტელემატიკის პოლიტიკის დროული და ეფექტიანი განხორციელება ტელემედიცინისა და დისტანციური სწავლების ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების, ცალკეული ელემენტების ადრეული ამოქმედებისა და ერთიანი ქსელის მომზადების

სახით, რაც ევროპულ და მსოფლიო სტრუქტურებში ინტეგრირებას უზრუნველყოფს.

ამოცანები:

- ტელემედიცინისა და დისტანციური სწავლების კონცეფციის მომზადება;
- კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტროსთან და სხვა სამთავრობო ორგანოებთან (თავდაცვის სამინისტრო, მეცნიერებისა და ტექნიკის დეპარტამენტი, პარლამენტის განყოფილებები და კომიტეტები) თანამშრომლობისათვის მუშა-ჯგუფების ჩამოყალიბება;
- ტელემედიცინის მარტივი მოდელების (ფოტო- და რენტგენ გამოსახულების გადაცემის ქსელი) ამუშავება რამდენიმე რეგიონის მასშტაბით. ტელემედიცინისა და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მობილური სადგურების შექმნა;
- ტელემედიცინის და დისტანციური სწავლების სემინარების და კონფერენციების ჩატარება;
- ვიდეოკონფერენციების რეგულარული გამართვა და ონლაინ-ის (ერთდროულ) რეჟიმში მუშაობის პროგრამის დახვეწა;
- საერთაშორისო თანამშრომლობის პროექტებში მონაწილეობა ტელემედიცინისა და დისტანციური სწავლების ევროპული და მსოფლიო პროექტებში ინტეგრირების მიზნით.

4.12.5. სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის

განვითარება

- უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას;
- განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარების, განმტკიცებისა და ტექნიკური ექსპლუატაციის პრიორიტეტულ მიმართულებებს;
- მიზნად ისახავს სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის ოპტიმიზაციას, მათი ხარისხიანი სამედიცინო ტექნიკით აღჭურვასა და თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვას;
- ხელს უწყობს სამედიცინო ტექნიკის და ტექნოლოგიების განვითარებისთვის ადეკვატური კადრების მომზადება-გადამზადების სისტემის დანერგვასა და სრულყოფას.

მიზანი: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის სამედიცინო ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარება, განმტკიცება და ტექნიკური ექსპლუატაციის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

- სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის ქვეყნის რეალურ მოთხოვნილებებთან შესაბამისობაში მოყვანა;
- ჯანდაცვის ობიექტების რეაბილიტაციის პროგრამების შემუშავება;
- ჯანდაცვის ობიექტების პროექტირებისა (როგორც ტექნოლოგიური, ასევე არქიტექტურულ-სამშენებლო) და მშენებლობის ნორმების კორექტირება და გადამუშავება საქართველოსათვის შესაფერისი პირობებისა (კლიმატური, სეისმური, გეოლოგიური და ა.შ.) და საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით;
- სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი ერთიანი ნორმატიული ბაზის შექმნა და ამ მოთხოვნების დაცვის კონტროლის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების შემუშავება, დანერგვა და მათ დაცვაზე კონტროლის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების დამუშავების, წარმოების, მეტროლოგიური უზრუნველყოფის, ექსპლუატაციისა და უსაფრთხოების სფეროებში აუცილებელი ნორმატიულ-ტექნიკური დოკუმენტაციის შემუშავება და მათი შესაბამისობაში მოყვანა ქვეყანაში მოქმედ კანონმდებლობასთან და მსოფლიოში მიღებულ ნორმებთან;
- სამედიცინო ტექნიკის მომსახურების ორგანიზაცია დიფერენცირებულ დონეების შესაბამისად;
- სამედიცინო ხელსაწყოთმშენებლობის განვითარებისა და ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობებით აღჭურვისათვის პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრა, ოპტიმალური პროგრამების შემუშავება, ინვესტიციების მოძიების ორგანიზაცია და მართვა;
- სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების მომსახურე, შემკეთებელი და დამამუშავებელი პერსონალის მომზადება-გადამზადების სისტემის ორგანიზაციის ხელშეწყობა;

- სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების და სამედიცინო ტექნოლოგიების საბაზისო რეესტრის შექმნა და მისი მუდმივი განახლება;
- სამედიცინო ტექნიკის დარგის საკანონმდებლო უზრუნველყოფის საკითხების შემუშავება;
- სამედიცინო ტექნიკასთან და ტექნოლოგიებთან დაკავშირებული ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი, სპეციალურ მონაცემთა ბაზის შექმნა, კოდირების სისტემის შემუშავება.

5. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელების პროცესის მართვა და კოორდინირება

ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება სცილდება ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების კომპეტენციის ფარგლებს და მოიცავს მთელ საზოგადოებას, ამიტომ ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებისათვის აუცილებელია:

- ისეთი სტრუქტურების ჩამოყალიბება, რომლებიც უზრუნველყოფს მულტისექტორულ და ორგანიზაციულ თანამშრომლობასა და კოორდინაციას;
- სხვადასხვა უწყებების, ორგანიზაციების და საზოგადოებრიობის ფართო სპექტრის მოტივირებისთვის მათი ინფორმირება იმის შესახებ, თუ რა არის საჭირო თითოეული მოქალაქისა და მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის;
- ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის დაგეგმვის, რეალიზაციისა და შეფასების ორგანიზაცია მეცნიერული კვლევისა და ინფორმაციული სისტემების ჩამოყალიბების გზით;
- ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებისთვის პარტნიორთა ფართო წრის მოზიდვა.

პარტნიორობა თავისთავად გულისხმობს მასში მონაწილე მხარეთა პასუხისმგებლობას თავიანთი პოლიტიკისა და ქმედებების გავლენაზე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მიმართებით. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებაში კოორდინირებული მონაწილეობა უნდა მიიღონ სხვადასხვა პარტნიორებმა. კერძოდ:

- მთავრობა წარმოადგენს მთავარ პარტნიორს. მას ეკისრება საბოლოო პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით რესურსების რაციონალურ გამოყენებაზე. მთავრობამ უნდა შექმნას კოორდინაციის ეფექტიანი და მუდმივმოქმედი სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნების განხორციელებას თანასწორუფლებიანობისა და ხელმისაწვდომობის საფუძველზე. მთავრობის როლი თანდათან უნდა შეიცვალოს და გადავიდეს მოსახლეობის უშუალო სამედიცინო მომსახურებიდან და ჯანმრთელობის ხელშეწყობიდან ახალი სტრუქტურების ჩამოყალიბებაზე, რომლებზეც მოხდება ამ ფუნქციების გადანაწილება. გარდა ამისა, პასუხისმგებლობისა და უფლებამოსილების დელეგირება უნდა მოხდეს ტერიტორიულ (რეგიონულ, მუნიციპალურ და ა.შ.) დონეებზე;
- პარლამენტარებმა, ისევე როგორც სხვა პოლიტიკურმა პარტიებმა და მოღვაწეებმა, უნდა უზრუნველყონ ჯანდაცვითი თემატიკის პრიორიტეტულობა პოლიტიკურ პროგრამებში და პასუხისმგებლობა აიღონ მათ რეალიზაციაზე შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის განვითარებით;
- ჯანდაცვის სფეროს მუშაკები, როგორც მმართველი, ასევე სხვადასხვა დონის პროფესიონალები, ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განხორციელების უმთავრეს პარტნიორებს წარმოადგენენ, რომელთაც უნდა უზრუნველყონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ხელი შეუწყონ მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას;
- მეცნიერებმა და მკვლევარებმა ძირითადი როლი უნდა ითამაშონ ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებისათვის საჭირო მრავალფეროვანი მექანიზმებისა და საშუალებების სრულყოფაში;
- განათლების სფეროს მუშაკებს (დაწყებული საბავშვო ბაღიდან დამთავრებული უმაღლესი სასწავლებლებით) უდიდესი პასუხისმგებლობა ეკისრებათ მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან და განსაკუთრებით, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასთან დაკავშირებული ცოდნის, ფასეულობების, უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებასა და შენარჩუნებაზე;
- ფინანსურმა წრეებმა უნდა გაითვალისწინონ არა მარტო რესურსები, ინვესტიციები და შენატანები ჯანდაცვისათვის, არამედ ჯანმრთელობის

მდგომარეობის საბოლოო შედეგები და უზრუნველყონ ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებისათვის აუცილებელი ფინანსების დროული და სტაბილური მიწოდება;

- ქალაქ-დაგეგმარებისა და მშენებლობის სამსახურებმა ადგილობრივი მმართველობის სტრუქტურებთან ერთად უნდა უზრუნველყონ ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო და კომფორტული საცხოვრებელი გარემო, აგრეთვე მაქსიმალურად შეუწყონ ხელი ისეთი პირობების შექმნას, რომლებიც მოსახლეობას მისცემს ყოველდღიური ფიზიკური ვარჯიშისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის განხორციელების საშუალებას;
- არასამთავრობო ორგანიზაციებმა დიდი როლი უნდა ითამაშონ იმ პრობლემათა გადაჭრაში, რაც სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების შესაძლებლობების მიღმა რჩება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მათი მონაწილეობა მოსახლეობის ინფორმირებასა და განათლებაში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით და თვითდახმარების სისტემის ჩამოყალიბებასა და განმტკიცებაში;
- საინფორმაციო საშუალებებმა უნდა უზრუნველყონ მოსახლეობის ინფორმირება და განათლება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე;
- მეწარმეებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ სამომხმარებლო მოთხოვნათა ცვლილებებს, კრიტიკულად შეაფასონ საკუთარი პროდუქციის მოხმარების გზები და საშუალებანი, რათა ხელი შეუწყონ ჯანმრთელობისა და გარემოს გაუმჯობესებას, უნდა უზრუნველყონ დასაქმებულთათვის ჯანსაღი და უსაფრთხო სამუშაო გარემო და სამედიცინო დაზღვევა;
- მნიშვნელოვანი პარტნიორის როლში გამოდის თვით მოსახლეობა, როგორც ცალკეულ მოქალაქეთა და მათ გარშემომყოფთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მიმართულ ღონისძიებათა უშუალო მოქმედი პირი და აგრეთვე არასამთავრობო ორგანიზაციების წევრი ან კომუნალურ-სათემო დონის ჯანდაცვითი პროგრამების მონაწილე.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვა და რეალიზაცია საერთო სახელმწიფოებრივი საქმეა, ამიტომ მისი მართვა უნდა განხორციელდეს მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით.

სახელმწიფო დონეზე ქვეყნის პრეზიდენტის ხელმძღვანელობით შეიქმნება სპეციალური ეროვნული კომიტეტი, რომელიც შეასრულებს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული მართვისა და კოორდინაციის უმაღლეს ფუნქციას. ანალოგიური სტრუქტურები შეიქმნება პირველი პირების ხელმძღვანელობით რეგიონულ და მუნიციპალურ დონეებზე.

ყოველწლიურად, ბიუჯეტის დამტკიცების წინ, პარლამენტს „მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“ მოხსენებასთან ერთად წარედგინება ანგარიში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის მდგომარეობის შესახებ. ანალოგიური დოკუმენტი მომზადდება რეგიონულ და მუნიციპალურ დონეებზე და წარედგინება შესაბამის ორგანოებს ფინანსური უზრუნველყოფისათვის.

**საქართველოს
ჯანმრთელობის დაცვის
განვითარების
სტრატეგიული გეგმა
(2000-2009)**

თბილისი
1999

სარჩევი

1. შესავალი	623
2. ზოგადი მიმოხილვა	626
3. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაგეგმვა	629
3.1. სტრატეგიის კონცეფცია	629
3.2. დაგეგმვის პროცესი	631
3.3. სამოქმედო გეგმა	635
4. ჯანმრთელობის დაცვის არსებული მდგომარეობა	640
4.1. მოსახლეობის ჯანმრთელობა	640
2.6. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	652
5. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი პოლიტიკა	664
5.1. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ხედვა 21-ე საუკუნეში	664
5.2. ჯანმრთელობის ბიოლოგიური საფუძველი	665
5.3. ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობა	667
5.4. ჯანსაღი და უსაფრთხო ფიზიკური გარემო	667
5.5. ჯანმრთელობის ხელშეწყობი დაწესებულებები	668
5.6. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა	669
6. ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის განხორციელება	679
6.1. ხედვიდან მოქმედებისკენ	679
6.2. სტრატეგიული გეგმის განხორციელების კოორდინაცია	684
6.3. ფინანსური რესურსები	686
6.4. დონორული თანამშრომლობა	688
6.5. მონიტორინგი და შეფასება	689
7. დანართები	
7.1. სტრატეგიები, ღონისძიებები და პასუხისმგებელი შემსრულებლები	694
7.2. მონიტორინგი (მიზნების რეალიზებასთან დაკავშირებული ძირითადი მაჩვენებლები)	721
7.3. ფინანსური ანალიზი	738

1. შესავალი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა წარმოადგენს იმ ეფექტურ იარაღს, რომლის მეშვეობითაც მთავრობამ უნდა გაზარდოს თავისი როლი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დაგეგმვაში, დაფინანსებასა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის დეტალური სტრატეგიები, წინამდებარე გეგმის თანახმად, მოიცავს 2000-2009 წლების პერიოდს. გეგმა განსაზღვრავს ჯანდაცვის პრიორიტეტულ მიმართულებებს და არსებული პრობლემების გადაჭრის გზებს. ის ითვალისწინებს ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობას და ჯანდაცვის სისტემის რესურსებს, რომლებიც სამართლიანად და ეფექტურად უნდა გადანაწილდეს.

დოკუმენტის ყურადღების ცენტრშია რიგი ურთიერთდაკავშირებული საკითხები: მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაგეგმვა, სიტუაციური ანალიზი, 21-ე საუკუნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხედვა, სტრატეგიის დანერგვა. მისი მიზანია პოლიტიკის შემმუშავებლებისა და პროგრამების დამგეგმარებლების სტრატეგიული გზით წარმართვა, რათა გაუმჯობესდეს პოლიტიკის წარმატებული დანერგვის შესაძლებლობები.

სტრატეგიულ გეგმაში მოცემულია ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის სპეციფიკური მიზნების განსაზღვრა. განხილულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ჯანდაცვითი ღონისძიებების გავლენისა და ეფექტურობის შეფასების პრობლემები. ეს არის პირველი ყოვლისმომცველი დოკუმენტი, რომელიც საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკას და მისი განხორციელების სტრატეგიას პრაქტიკულ საქმიანობად გადააქცევს.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიულ გეგმაში ჯანდაცვის პოლიტიკის ანალიზი განხორციელდა გარკვეული მეთოდოლოგიის საფუძველზე და გათვალისწინებულ იქნა შემდეგი მოსაზრებები:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სამედიცინო და ჯანდაცვითი მოდელების განცალკევება;

- ძირითადი ორიენტაციის წარმოებიდან (სამედიცინო მომსახურების მიწოდება) მარკეტინგზე (მოსახლეობის სამედიცინო მოთხოვნილებების დადგენა და მათი დაკმაყოფილება) გადატანა;
- სტრატეგიული დაგეგმვა არ იწყება ჯანმრთელობის დაცვის ინსტიტუციონალური მნიშვნელობისა და მიზნების განსაზღვრით, იგი ეფუძნება სისტემის დაწვრილებით (როგორც საგარეო, ისე საშინაო) შეფასებას მისი ყველა ასპექტის გათვალისწინებით;
- ჯანდაცვით და სოციალურ შედეგებს (თანასწორობა, ეფექტურობა, დაკმაყოფილება), ჯანდაცვის სამსახურებსა (ხელმისაწვდომობა, ხარისხი, უტილიზაცია) და რესურსებს (მატერიალური, საკადრო, ფინანსური, დროის) შორის არსებული შეფარდება;
- სათანადო შედეგების მიღება სხვადასხვა აკადემიური დისციპლინებიდან: ეპიდემიოლოგია, ჯანდაცვის ეკონომიკა, პოლიტიკური მეცნიერება, ორგანიზაციული ქცევა, მენეჯმენტი და სოციალური მარკეტინგის თეორია;
- დაგეგმვა ეფუძნება ჯანმრთელობის თანამედროვე კონცეფციას და შეიცავს იმ პრინციპებს, რომლების მოცემულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამაში „ჯანმრთელობა 21 – ჯანმრთელობა ყველასათვის 21-ე საუკუნეში“;
- გეგმის მომზადების და მისი დანერგვის პროცესი, რომელიც ამავე დროს სწავლის პროცესიც არის, შეიცავს სამ შესაძლებლობას: კრიტიკული და შემოქმედებითი აზროვნების, იდეებისა და კონცეფციის დაკავშირებისა და საქმიანობის პერიოდში სხვა ადამიანებთან თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის დოკუმენტი დაყოფილია ექვს თავად, შესავალისა და ზოგადი მიმოხილვის ჩათვლით. მესამე თავში მოცემული ანალიზი გამომდინარეობს სტრატეგიული დაგეგმვის თეორიიდან, რომელიც აუცილებელია ჯანდაცვის დაგეგმვისადმი ეროვნული მიდგომის შესამუშავებლად. მეოთხე თავში მოცემულია სიტუაციური ანალიზი. მეხუთე თავი შეიცავს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომავალ ხედვას, რომელიც ეფუძნება ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის ძირითად მიზნებს და ღირებულებებს. რეფორმის განხორციელების პროცესში წარმოქმნილი პრობლემების გადაჭრისათვის აუცილებელი ქმედებები მოცემულია მეექვსე

თავში. დანართებში ასახულია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნების მიღწევისათვის აუცილებელი ღონისძიებები, მათი განხორციელების ვადები, საჭირო ფინანსური რესურსები და პასუხისმგებელი შემსრულებლები.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა მომზადებულია პოლიტიკის შემუშავებული პირებისთვის, ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, სხვა სექტორების წარმომადგენლებისა და სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლებისთვის. მასში მოცემული მაჩვენებლები დაეხმარება საერთაშორისო საზოგადოებრიობას მომავალი ინვესტიციების მიმართვაში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის საჭიროებათა შესაბამისად, ვინაიდან დონორთა კოორდინირებულ დახმარებას დიდი წვლილის შეტანა შეუძლია საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პერსპექტივებში.

2. ზოგადი მიმოხილვა

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა ასახავს საკონსულტაციო რესურსებს და ჩარჩოებს ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო და კერძო სექტორების საქმიანობისათვის. იგი განსაზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისა და მისი მიმწოდებლების პოლიტიკას და მოიცავს სხვადასხვა სექტორებს. სამოქმედო გეგმის ფორმულირება, გვიჩვენებს რა მიზნების განხორციელების ოპტიმალურ გზას, უზრუნველყოფს წესრიგს თითოეული ღონისძიების ორგანიზაციაში. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, სტრატეგიული გეგმა წარმოადგენს ყოვლისმომცველ განაცხადს (ა) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მისიისა და მომავალი მიმართულებების, (ბ) უახლოესი და გრძელვადიანი მიზნების და (გ) გეგმის დანერგვისა და მისი შეფასების მექანიზმების შესახებ.

დაგეგმვის პროცესი იწყება სიტუაციური ანალიზით, რომელსაც მივყავართ უმნიშვნელოვანესი საკითხების განსაზღვრამდე. ამ საკითხების განხილვის საფუძველზე ჩნდება სტრატეგიული ალტერნატივები.

უკანასკნელ ათწლეულში განვითარებულმა მნიშვნელოვანმა სოციალურ-ეკონომიკურმა კრიზისმა, სამოქალაქო ომმა, ლტოლვილთა ნაკადმა, გაზრდილმა უმუშევრობამ და მოსახლეობის უდიდესი ნაწილის ცხოვრების პირობების გაუარესებამ უარყოფითი გავლენა იქონია მოსახლეობის ქცევასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ყოველივე ამან ქვეყანა მიიყვანა დეპოპულაციის პროცესის დაწყებამდე. დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის მატება, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, გულისხმობარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებები, ტრავმატიზმი, ფსიქიკური ჯანმრთელობა და გადამდები დაავადებები განიხილება როგორც საქართველოს უმთავრესი პრობლემები.

დამოუკიდებლობის გამოცხადების შემდეგ საქართველოს არ გააჩნდა სათანადო რესურსები უფასო ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად. სამედიცინო დაწესებულებებში საწოლთა და ექიმთა რიცხვი გაცილებით სჭარბობდა ქვეყნის მოთხოვნილებას. მედპერსონალის სახელმწიფო ხელფასები ძალზედ დაბალი იყო, რამაც გამოიწვია მნიშვნელოვანი ფორმალური და არაფორმალური მოთხოვნების წაყენება ავადმყოფთა მიმართ. გაჩანაგებული ეკონომიკის პირობებში ავადმყოფებს აღარ ჰქონდათ

სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდის საშუალება და მათ უბრალოდ ზურგი შეაქციეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას. შედეგად მკვეთრად შემცირდა სამედიცინო დაწესებულებების დატვირთვა, გაიზარდა პაციენტთა უკმაყოფილება მომსახურების სახეების, მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით უზრუნველყოფის შეზღუდვის გამო. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შეჩერებისა და დარგში არსებული ადამიანური და მატერიალური რესურსების შენარჩუნების მიზნით საქართველოს მთავრობამ 1995 წელს დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა.

საქართველოს 21-ე საუკუნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხედვა ეფუძნება სამართლიანობის, თანასწორობის და ხელმისაწვდომობის პრინციპებს. იგი კონცენტრირებულია არა მარტო ავადობის, ინვალიდობის და სიკვდილობის შემცირებაზე, არამედ ასევე პიროვნების, ოჯახების და მთელი საზოგადოების სოციალურ, ფიზიკურ და ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში დასახული მიზნები გულისხმობს ძირითადად სამი სახის საქმიანობას, რომელიც მიმართული იქნება ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე, სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფაზე და სოციალური რესურსების მობილიზებაზე ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ინტერესების შესაბამისად. სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევით მოცული მოსახლეობის ეტაპობრივი ზრდა 2005 წლამდე მიგვიყვანს 2009 წლისათვის მთელი მოსახლეობის დაზღვევამდე. ასევე გათვალისწინებულია ადამიანური რესურსებისა და ფიზიკური ინფრასტრუქტურის მუდმივი განვითარება და საინფორმაციო მხარდაჭერა.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის განხორციელებამ 21-ე საუკუნის ჯანდაცვის ხედვა რეალობად უნდა აქციოს. არჩეული სტრატეგიული მიდგომა უზრუნველყოფს კოორდინირებულ და სინქრონულ საქმიანობას გეგმის ფარგლებში. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელების პროცესის მართვისა და კოორდინაციის სახელმწიფო კომისია, რომელიც შეიქმნა საქართველოს პრეზიდენტის ხელმძღვანელობით, შეასრულებს უმაღლესი კოორდინატორის ფუნქციას. გეგმის დანერგვაზე ძირითადი პასუხისმგებლობა აკისრია ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს და მის

ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონის მჭიდრო თანამშრომლობის უზრუნველყოფას იმისათვის, რომ სხვა სექტორების წარმომადგენლებს მიეცეთ ახალი მოვალეობებისადმი ადაპტაციის საშუალება.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ გაითვალა ის დამატებითი ხარჯები, რომლებიც აუცილებელია ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის დანერგვისათვის. გეგმის განხორციელებისათვის აუცილებელი იქნება დონორების დახმარება და ეს დახმარება საჭიროებს კარგ კოორდინაციას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მისი მაქსიმალური სარგებლობით გამოყენება.

გეგმაში განსაზღვრული მიზნებისა და ამოცანების მიღწევა საჭიროებს საქმიანობის პერიოდულ დეტალურ მონიტორინგს. ასეთი მონიტორინგის მიზანია არა რეფორმის წარმატებისა თუ წარუმატებლობის გაცხადება, არამედ დასკვნების გაკეთება მომავალი საქმიანობისათვის, თვით გეგმის პერიოდული რევიზიის ჩათვლით.

შემდგომში განხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის უფრო ღრმა მონიტორინგი და შეფასება. ამ მიზნით თითოეული კომპონენტის, პროგრამისა და პროექტისთვის შეიქმნება შესაბამისი მექანიზმები, რაც ხელს შეუწყობს პროცესში ჩართული მხარეების პასუხისმგებლობის ამაღლებას.

3. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაგეგმვა

3.1. სტრატეგიის კონცეფცია

მთავრობის სოციალური პოლიტიკა, რომელიც პირველ რიგში ჰუმანურობის პრინციპის განმტკიცებას უნდა ემსახურებოდეს, სხვადასხვა მიზეზების გამო სრულად ვერ ასახავს ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სფეროს ხელშეწყობის, გარემოს დაცვის, ადამიანთა კეთილდღეობის მკვეთრი ამადლების ღონისძიებებს. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის წარმატებით განხორციელებისთვის კი ეს საკითხები უნდა წარმოადგენდეს საქართველოს სოციალ-ეკონომიკური პოლიტიკის ძირითად ბირთვს.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიის კონცეფციის ჩამოყალიბების პროცესში აუცილებელია სისტემის რესურსების შეფასება სხვადასხვა სექტორში არსებული შესაძლებლობებისა და საშიშროებების გათვალისწინებით. გარემო, რომელშიც მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ზედმიწევნით ცვალებადია. ამიტომ ეფექტური სტრატეგიის შემუშავება მოითხოვს სისტემის დაგეგმვის პროცესში შესაბამისი ცვლილებების გათვალისწინებას როგორც მის შიგნით, ისე მის გარეთ.

ბოლო პერიოდის პოლიტიკურმა და სოციალ-ეკონომიკურმა ცვლილებებმა დამანგრეველი ზეგავლენა მოახდინეს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე. ამასთან დაკავშირებით ძირეულად შეიცვალა წინა წლებში მოქმედი კრიტერიუმები, რომლითაც ფასდებოდა დაწესებულებების წარმატებები და მიღებული შედეგები. ამიტომ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო იძულებული გახდა გადაეხედა სამედიცინო მომსახურების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მხარეებისათვის.

ამ კუთხით ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მიღწევას წარმოადგენს ჯანდაცვის დაგეგმვის არსის შეცვლა, რამაც ხელი შეუწყო სისტემის შემდგომ განვითარებას. ამის შედეგად ისეთი სტრატეგიული საკითხების გადაწყვეტა, როგორცაა საწოლებისა და პერსონალის რაოდენობის ოპტიმიზაცია, უშუალოდ დაწესებულებებში ხორციელდება.

სტრატეგიული დაგეგმვა არ წარმოადგენს მხოლოდ დამატებითი მოსაზრებების გათვალისწინებას. ეს სრულიად განსხვავებული მიდგომაა, რომელიც საყოველთაოდ მიღებული დაგეგმვის პროცესისგან განსხვავებით ითვალისწინებს ოთხ ძირითად ასპექტს:

- სამედიცინო მომსახურების წარმოების აქცენტი გადატანილია მოსახლეობის რეალურ საჭიროებებზე;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დანიშნულება განისაზღვრა, როგორც უცხოელი, ისე ადგილობრივი ექსპერტების შეფასების შემდეგ;
- აღიარებულია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაგეგმვა პირველ რიგში წარმოადგენს პოლიტიკურ პროცესს და არა მხოლოდ ტექნიკურ სამუშაოს;
- დაგეგმვა წარმოადგენს მმართველობითი საქმიანობის განუყოფელ ნაწილს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ თავისი მომავალი პოლიტიკის სტრატეგიული დაგეგმვის პროცესში უნდა გაითვალისწინოს რამდენიმე პრინციპული მოსაზრება:

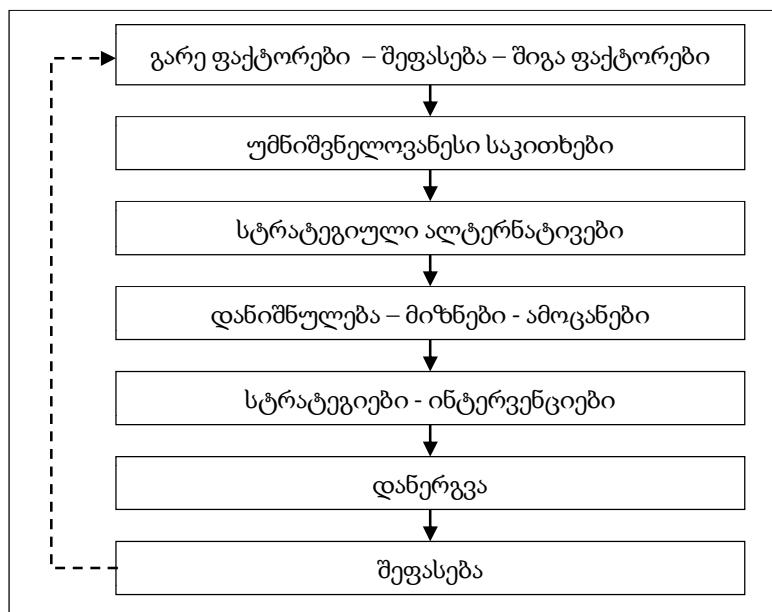
- დაგეგმვა უნდა დაიწყოს უშუალოდ მომხმარებლის საჭიროებების დადგენით, რაც დღესდღეობით ნაკლებადაა გათვალისწინებული და არა სამედიცინო დაწესებულებების და მათში მომუშავე პერსონალის შესაძლებლობებისა და სურვილების დაკმაყოფილებით. მხედველობაშია მისაღები მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების (პაციენტები, საზოგადოებრიობა, დაქირავებულები, მენეჯერები, პოლიტიკოსები და ა.შ.) ინტერესები. სტრატეგიული დაგეგმვის მთავარი მიზანია გაუმჯობესდეს მენეჯმენტი, განსაზღვროს “ბაზრის” სხვადასხვა სეგმენტების საჭიროება;
- უნდა ჩატარდეს როგორც სისტემის ძლიერი და სუსტი მხარეების, ისე მის გარეთ არსებული შესაძლებლობების და საშიშროებების ანალიზი;
- სტრატეგიული დაგეგმვის დაწყება მოითხოვს სისტემაში შემავალი ყველა ელემენტის განისაზღვრას, მათ წინასწარ და მრავალმხრივ შეფასებას;
- რეალური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე უნდა გაკეთდეს არა მხოლოდ რაოდენობრივი, არამედ ხარისხობრივი შეფასებაც. პოლიტიკურად გამართლებულმა გადაწყვეტილებამ უნდა დაიკავოს ცენტრალური ადგილი ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტული

მიმართულებების განსაზღვრაში. ეფექტური გეგმის შემუშავება თავის მხრივ გულისხმობს მიმდინარე პოლიტიკური პროცესების გათვალისწინებას;

- ვიდრე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველა მნიშვნელოვანი რგოლი სათანადოდ არ იქნება ჩართული რესურსების განაწილებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული დაგეგმვა ვერ გახდება ჯანდაცვის მენეჯმენტის განუყოფელი ნაწილი.

3.2. დაგეგმვის პროცესი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის შემუშავებისადმი კონცეფტუალური მიდგომა, რომელიც აერთიანებს ზემოთ მოყვანილ მახასიათებლებს, ნაჩვენებია ნახ. 1-ზე.



ნახ. 1. ჯანდაცვის სტრატეგიული დაგეგმვის ციკლი.

დაგეგმვის პროცესი იწყება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სიტუაციური ანალიზით (იხ. თავი 4). პრობლემების ანალიზის შედეგად იქმნება სტრატეგიული ალტერნატივები. საგარეო და საშინაო პრობლემების ანალიზი იძლევა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიზნისა და როლის ჩამოყალიბების და მისი რეორიენტაციის ინფორმაციულ საფუძველს. ფუნქციის განსაზღვრა იმდენად ფართო უნდა იყოს, რომ უზრუნველყოს პრობლემის შემოქმედებითი ხედავა და წარმოადგენდეს სახელმძღვანელოს დაწესებულებების მენეჯერებისთვის და პროფესიონალებისთვის.

შემდგომ ყალიბდება მიზნები, ამოცანები და მათთან დაკავშირებული ქმედებები. მიზნების ჩამოყალიბებისთვის საჭიროა მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრიორიტეტების დადგენა, სოციალურ-ეკონომიური, პოლიტიკური, საგანმანათლებლო და სხვა მნიშვნელოვანი ასპექტების განხილვა. ამის შედეგად განისაზღვრება ის მიზნები, რომელთა მიღწევაც სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა (ცხრილი 1).

ცხრილი 1. ჯანდაცვის პრიორიტეტული მიზნები.

N	ინდიკატორები	მიზნები
1.	დედათა სიკვდილობა	შემცირება 20 შემთხვევამდე წელიწადში
2.	ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობა	შემცირება 15%-ით 1000 დაბადებულზე
3.	მკვდრადშობადობა	შემცირება 25%-ით 1000 დაბადებულზე
4.	გულის იშემიური დაავადებებითა და ინსულტით გამოწვეული სიკვდილობა	შემცირება 15%-ით 1000 დაბადებულზე
5.	გულისა და თავის ტვინის მწვავე სისხლ-მარღვოვანი შეტევების შემდეგ ცოცხლად დარჩენილი პირები	რაოდენობის გაზრდა
6.	მწვავე პერიოდში ცოცხლად დარჩენილთა და სტაბილური ან ქრონიკული ფორმებით დაავადებულთა ცხოვრების დონე და სიცოცხლის ხანგრძლივობა	გაუმჯობესება
7.	ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი პროფილაქტიკა	გაუმჯობესება
8.	კიბოსწინარე დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკა	გაუმჯობესება

N	ინდიკატორები	მიზნები
9.	ონკოლოგიურ დაავადებათა სპეციფიკური მკურნალობა და რეაბილიტაცია	გაუმჯობესება
10.	არაგანზრახი დაშავება-დაზიანებები	შემცირება 29.3-მდე 100 000 მოსახლეზე
11.	ავტოკატასტროფები და მათ შედეგად გამოწვეული სიკვდილობა	შემცირება 16.8-მდე 100 000 მოსახლეზე
12.	საყოფაცხოვრებო ტრავმები და მათ შედეგად გამოწვეული სიკვდილობა	შემცირება 2.3-მდე 100 000 მოსახლეზე
13.	საწარმოო ტრავმები და მათ შედეგად გამოწვეული სიკვდილობა	შემცირება 4-მდე 100 000 მოსახლეზე
14.	დამწვრობით გამოწვეული სიკვდილობა	შემცირება 1.2-მდე 100 000 მოსახლეზე
15.	წყალში დახრჩობით გამოწვეული სიკვდილობა	შემცირება 1.3-მდე 100 000 მოსახლეზე
16.	მოწამვლების არაფატალური შემთხვევები	შემცირება არა უმეტეს 88 გადაუდებელი დახმარების შემთხვევისა 100 000 მოსახლ.
17.	მოსახლეობის განათლება დაავადებათა პროფილაქტიკის შესახებ	გაუმჯობესება
18.	პრეჰოსპიტალურ, ჰოსპიტალურ და რეაბილიტაციურ მომსახურებათა შემკავშირებელი სისტემების ჩამოყალიბება ტრავმით გამოწვეული სიკვდილობის და ხანგრძლივი შრომის უუნარობის პროფილაქტიკის უზრუნველყოფისთვის	გაუმჯობესება
19.	პოლიომიელიტის შემთხვევები	აღმოფხვრა
20.	ახალშობილთა ტეტანუსის შემთხვევები	რადიკალური აღმოფხვრა
21.	წითელას შემთხვევები	ლიკვიდაციის სერტიფიცირ.
22.	დიფთერიის შემთხვევები	შემცირება 0,1-მდე 100 000 მოსახლეზე
23.	B ჰეპატიტის ახალი შემთხვევები	შემცირება 80%-ით
24.	ეპიდემიური პაროტიტისა და ყვიანახველას შემთხვევები	შემცირება 0,1-მდე 100 000 მოსახლეზე
25.	თანდაყოლილი წითურის შემთხვევები	შემცირება 0,01-მდე 1000 ცოცხლად შობილზე
26.	მალარიის გავრცელების მაჩვენებელი	შემცირება 5-მდე 100 000 მოსახლეზე
27.	წყლითა და საკვებით გადაცემადი ინფექციები	შემცირება
28.	მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით ავადობა	შემცირება 50-60-მდე 100 000 მოსახლეზე

N	ინდიკატორები	მიზნები
29.	გადამდებ დაავადებებთან, განსაკუთრებით მწვავე რესპირატორულ და დიარეულ ინფექციებთან დაკავშირებული ბავშვთა სიკვდილობა	შემცირება
30.	თანდაყოლილი სიფილისის გავრცელება	შემცირება 0,01-მდე 1000 ცოცხლად შობილზე
31.	სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და შიდსის პრევენცია	გაუმჯობესება
32.	თვითმკვლელობათა რიცხვი	შემცირება 10.5-მდე 100 000 მოსახლეზე
33.	ბავშვებსა და მოზარდებს შორის ფსიქიკური აშლილობა	შემცირება 10%-მდე
34.	ზრდასრულ პირებს შორის ფსიქიკური აშლილობა	შემცირება 10.7%-მდე
35.	თამბაქოს მოხმარება	შემცირება 20%-მდე (მამაკაცები), 30% (ქალები)
36.	ალკოჰოლისა და წამლების მოხმარება	შემცირება
37.	ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	ფართო მოცვა
38.	ფიზიკური აქტივობა	ფართო მოცვა
39.	დაავადებათა კონტროლი	ფართო მოცვა
40.	კონსტიტუციური უფლება - ჯანმრთელობისთვის უვნებელ გარემოში ცხოვრება	სრული მოცვა
41.	სოციალური დაცვა და თანადგომა	გაუმჯობესება
42.	საწარმოო რისკ-ფაქტორების ზემოქმედება, სტრესული სიტუაციები	შემცირება
43.	ცხოვრების წესისა და ქცევის ინდივიდუალური არჩევა	გაუმჯობესება
44.	ატმოსფერული ჰაერის და წყლის დაბინძურებისგან დაცვა	გაუმჯობესება
45.	ჯანმრთელი და უსაფრთხო საკვებისადმი ხელმისაწვდომობა	ფართო მოცვა
46.	ნარჩენების მოშორების მოცულობა	შემცირება
47.	მაიონბელი და არამაიონბელი გამოსხივების ზემოქმედება	გაზრდილი დაცვა
48.	ჯანსაღი და უსაფრთხო სამუშაო პირობები	გაუმჯობესება
49.	ბუნებრივი კატასტროფების ან ომის დროს სამედიცინო მომსახურება	სავალდებულო მოცვა
50.	რადიაციული და ქიმიური კატასტროფების დროს სამედიცინო მომსახურება	სავალდებულო მოცვა

მიზნების მნიშვნელობა განისაზღვრება შემდეგი ტიპების მიხედვით:

- უმნიშვნელოვანესი მიზნები (რაც აუცილებელია მიმდინარე პროცესისთვის);
- პრობლემის გადაჭრის მიზნები (სათანადო ან სასურველი პირობების შეთავაზება. მაგალითად, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სიცოცხლისუნარიანი სისტემის შექმნის მიზანია არსებული ფინანსური პრობლემების გადაჭრა);
- ინოვაციური მიზნები (შეიძლება შეიცავდეს ისეთ ამოცანას, როგორცაა პოლიომიელიტის აღმოფხვრის შენარჩუნება).

„SMART“-ის ელემენტები (სპეციფიკური, გაზომვადი, ქმედებაზე ორიენტირებული, რეალისტური) აერთიანებენ იმ სპეციფიკურ სტრატეგიებს, რომლებიც უნდა დაინერგოს. ამის შემდეგ დგინდება, შეესაბამება თუ არა გატარებული ღონისძიება საქმიანობის გეგმას და აღწევს თუ არა იგი სასურველ შედეგს. დაგეგმვის ციკლის ხანგრძლივობა 2 წელიწადს არ უნდა აღემატებოდეს (სასურველია იყოს უფრო ხანმოკლე).

3.3. სამოქმედო გეგმა

სამოქმედო გეგმა აერთიანებს საზოგადოებრივი და კერძო სექტორების რესურსების საქმიანობას ჯანდაცვის სფეროში. იგი განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვისა და მისი სამსახურების პოლიტიკას და აერთიანებს სხვადასხვა სექტორებს. საქმიანობის გეგმის ფორმულირების მიზანია თითოეული ამოცანის განხორციელებისთვის სათანადო წესრიგის უზრუნველყოფა.

ჯანდაცვის რეფორმამდე აქცენტი კეთდებოდა სამედიცინო მოდელის განვითარებასა და მკურნალობის ხარჯების განსაზღვრაზე, რაც ნაკლებად ითვალისწინებდა დაავადებათა პრევენციას. ასეთი მოდელი ძვირადღირებული იყო, ვინაიდან რესურსები ძირითადად იხარჯება ისეთი შედეგების აღმოფხვრაზე, რომელთა მიზეზების პროფილაქტიკა შესაძლებელია. ამ მიმართულებით უკვე გადაიდგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები, რაც გამოიხატება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის და მისი

რეგიონული სტრუქტურების შექმნაში, სახელმწიფოს მიერ 10 პროფილაქტიკური პროგრამის დაფინანსებაში.

სტრატეგიული გეგმა უნდა ეფუძნებოდეს ჯანმრთელობის პოზიტიური, ჰოლისტიკური ხედვის განმტკიცებას, პიროვნების ჯანმრთელობის (როგორც ადამიანის ძირითადი უფლების) გაუმჯობესების აუცილებლობის აღიარებას, რაც დაკავშირებულია არა მხოლოდ ფიზიკურ და ფსიქიკურ მდგომარეობასთან, არამედ სოციალურ და ეკონომიკურ ურთიერთობებთანაც. ამიტომ ჯანდაცვის სამსახურების როლი თანამედროვე საზოგადოებაში არ უნდა განიხილებოდეს როგორც მხოლოდ არაჯანმრთელი ადამიანის ფუნქციონირების აღდგენაზე მიმართულ საქმიანობად. საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ორიენტირებული მიდგომა (თანასწორობის, პირველადი ჯანდაცვის პრინციპების და “ჯანმრთელობა ყველასათვის” სტრატეგიის კონცეფციები) გულისხმობს ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე მიმართული საქმიანობის გაფართოებას, საზოგადოების ყოველი წევრის უფლებების გაზრდას, სიღარიბით განპირობებული უთანასწორობის აღმოფხვრას, ინტერსექტორალურ თანამშრომლობას (იხ. თავი 5).

სტრატეგიული მიზნების განსაზღვრის პროცესში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის მონაცემებისა და ფიზიკური და სოციალ-ეკონომიკური გარემოს გათვალისწინება ხელს შეუწყობს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებისთვის აუცილებელი წინადადებების (მიზნების, ამოცანების, ღონისძიებების) ჩამოყალიბებას. მათი ეტაპობრივი დანერგვა გამოვლენილი საჭიროებების გათვალისწინებით ხელს უწყობს საბოლოო შედეგის მიღწევას.

სამოქმედო გეგმის შექმნას წინ უძღვის სხვადასხვა ეტაპები, რომლებიც წარმოადგენენ ციკლურ, დინამიურ პროცესს და გულისხმობენ მის პერიოდულ განხილვას.

ეტაპი 1. აღწერა

მიზანთან დაკავშირებული სამოქმედო გეგმის შექმნის პირველი ეტაპი წარმოადგენს ინფორმაციის განხილვას, მისი ადეკვატურობის, სისრულის, რეალურობის შეფასებას. აღწერა გულისხმობს იმ პრობლემების, რისკ-ფაქტორების, რისკ-ჯგუფების და ხელისშემშლელი ფაქტორების დაწვრილებით შესწავლას, რომლებიც სავარაუდოდ თან სდევს დასმული

მიზნის განხორციელებას. აღწერის დროს მიღებული მონაცემები თავის მხრივ შესაძლოა საფუძვლად დაედოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოქმედი დაწესებულებებისა და ორგანიზაციული სტრუქტურების საქმიანობის სრული სურათის შედგენას.

ეტაპი 2. შეფასება

მეორე ეტაპი მოიცავს იმის დადგენას, თუ რა პრობლემებს, რისკ-ჯგუფებს თუ საორგანიზაციო ქმედებებს უნდა მიენიჭოს პრიორიტეტი. ჯანდაცვის პრიორიტეტული პრობლემების იდენტიფიცირებისა და სამოქმედო გეგმაში მათი ჩართვის კრიტერიუმებს წარმოადგენს:

- მათი მოცულობა და სიმწვავე;
- სოციალური მნიშვნელობა;
- ეკონომიკური გავლენა საზოგადოებაზე და დასახული მიზნის შესრულებაზე.

პრიორიტეტების განსაზღვრა მოიცავს ასევე მოსახლეობის სოციალურად მნიშვნელოვანი ჯგუფების შერჩევას (მოხუცები, ინვალიდები, ორსულები, ტუბერკულოზით დაავადებულები, დიაბეტიანი ავადმყოფები, 1 წლამდე ასაკის ბავშვები და სხვ.).

ეტაპი 3. მოქმედება

მესამე ეტაპი გულისხმობს პრიორიტეტების ჩამოყალიბებას ცალკეულ პროგრამებად, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელი გახდება პროექტების, კამპანიების, ორგანიზაციული და პოლიტიკური ღონისძიებების დაგეგმვა და განხორციელება. ამ მიმართულებით ჩატარებული მუშაობა საშუალებას იძლევა არა მარტო განისაზღვროს ღონისძიებების ეფექტურობა, არამედ მოხდეს მათი საბოლოო წარმატების პროგნოზირება, მსჯელობა ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა:

- ღონისძიების პრაქტიკული ღირებულება;
- მისი დადასტურებული სარგებლიანობა (ხარჯთეფექტურობა);
- სავარაუდო ეფექტი ჯანდაცვის მიზნების მიღწევის თვალსაზრისით;
- პროდუქტის და პროცესის მონიტორინგის შესაძლებლობა.

სტრატეგიული გეგმის განხორციელების პროცესში ჩართული ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ექსპერტები თავის მხრივ

ახორციელებენ ცალკეული პროცედურის შემუშავებას, კოდირებას და კონვერსიას.

კოდირება ნიშნავს ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიის დაზუსტებას და ადაპტირებას, რათა იგი ნათელი გახდეს შემსრულებლისთვის, მისი დანერგვა კი მოხდეს მართვის ყველა დონეზე.

შემუშავება ნიშნავს კოდირებული სტრატეგიის დაყოფას ქვესტრატეგიებად და ქვეპროგრამებად და გულისხმობს ყოვლისმომცველი ინდივიდუალური გეგმების დამუშავებას, რომლებიც განსაზღვრავენ, თუ რა უნდა გაკეთდეს თითოეული სტრატეგიის რეალიზაციისთვის (მაგალითად, უმწეოთა სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის გაფართოება).

კონვერსია გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გატარებული ცვლილებების ზეგავლენის გათვალისწინებას მის ოპერატიულობაზე. მაგალითად, სამედიცინო საქმიანობის კონტროლის სისტემაში ცვლილებათა შეტანის ეფექტის გათვალისწინებას ბიუჯეტის შედგენისას. ამ შემთხვევაში საჭიროა ბიუჯეტის განახლება, პოლიტიკის და სტანდარტული ოპერატიული პროცედურების ხელახალი გადახედვა, ცალკეული ცვლილებების შედეგების მხედველობაში მიღება. ზოგჯერ ექსპერტები აყალიბებენ მოქნილ სტრატეგიას, რათა იგი მისადაგოს ცვალებად გარემოს. მაგალითად, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ დეტალური საკადრო გეგმების შემუშავების ნაცვლად გადაწყვიტა სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის შემცირება საბაზრო მექანიზმების ამოქმედებისა და სათანადო საკანონმდებლო ბაზის შექმნით (ჯანდაცვის ობიექტების ლიცენზირება, სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება, სასწავლო დაწესებულებების აკრედიტაცია, ანაზღაურების მექანიზმებში ცვლილებების შეტანა).

განსახორციელებელი ღონისძიებების წარმატებისთვის საჭიროა პარტნიორებს შორის მოვალეობების გამიჯვნა, რითაც ძლიერდება მულტისექტორული ღონისძიებების განხორციელება. პარტნიორობა გულისხმობს თანამშრომლობას კონკრეტული მიზნის მისაღწევად. ამავე დროს, პასუხისმგებელმა ორგანომ კოორდინაცია უნდა გაუწიოს არა მარტო პარტნიორების მობილიზებას, არამედ მათ შორის მოვალეობათა განაწილების პროცესსაც.

ამ კუთხით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო აპირებს გააფართოოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა, მომხმარებელთა და უშუალოდ მოქალაქეთა მიერ შექმნილი არასამთავრობო ორგანიზაციების (დიაბეტით ავადმყოფთა, ჰემოფილით დაავადებულთა, ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვთა ასოციაციები და სხვ.) მონაწილეობა სტრატეგიული სამოქმედო გეგმის მომზადებაში, დანერგვასა და განახლებაში და ამით ტრადიციულად დამკვირვებლის როლში მყოფი ორგანიზაციები და უწყებები ჯანდაცვის ახალი სტრატეგიების განხორციელების აქტიურ მონაწილეებად გადააქციოს.

საქმიანობის დაწვრილებითი აღწერისა და პასუხისმგებელი ორგანოების ჩამონათვალის დაზუსტება საშუალებას იძლევა შეიქმნას სრული სურათი იმისა, თუ ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის რომელ კომპონენტში რა სახის ღონისძიება უნდა განხორციელდეს, როდის და ვის მიერ (დანართი 1).

მომავალი საქმიანობის დაგეგმვის გარდა, ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა მოიცავს განაწილების დაგეგმვასაც, რომელიც გადაწყვეტილების მიღებასთან რესურსების დახარჯვის თვალსაზრისით არის დაკავშირებული. შედგენილია ყველა საჭირო რესურსის ნუსხა და მათი მოძიების გზები. ეს ნაწილი მოიცავს სუბსიდიებს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და კერძო ფონდებიდან, დონორულ გრანტებს, სესხებს და ა.შ. სამოქმედო გეგმის ზუსტი ბიუჯეტი წარმოდგენილია სპეციალური ფორმით, სადაც მოყვანილია დაგეგმილი ღონისძიებებისთვის საჭირო დაფინანსება 2009 წლამდე (დანართი 3).

ჯანდაცვის სტრატეგიული დაგეგმვის უკანასკნელი ეტაპია ახალი ხედვის დანერგვა როგორც მის შემსრულებელთა, ისე საზოგადოების სხვადასხვა ფენების წარმომადგენელთა შორის. გათვალისწინებულია გატარებული ღონისძიებების პერიოდული მონიტორინგის კრიტერიუმები, რათა მოხდეს გაწეული საქმიანობის შედეგების შეფასება (იხ. თავი 4).

4. ჯანმრთელობის დაცვის არსებული მდგომარეობა

4.1. მოსახლეობის ჯანმრთელობა

4.1.1. მოსახლეობის დინამიკა

1990 წლის მონაცემებით საქართველოში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 68.1 წელს მამაკაცებში და 75.7 წელს ქალებში (დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში საშუალოდ შესაბამისად 71 და 78). მნიშვნელოვანმა სოციალ-ეკონომიკურმა კრიზისმა, სამოქალაქო ომმა, ლტოლვილთა ნაკადმა, გაზრდილმა უმუშევრობამ და მოსახლეობის დიდი ნაწილის ცხოვრების პირობების გაუარესებამ უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე უარყოფითი გავლენა მოახდინა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ზემოაღნიშნულმა მრავალფაქტორულმა ზეწოლამ განაპირობა ახალი დემოგრაფიული სიტუაციის წარმოქმნა - დეპოპულაციის პროცესის დაწყება (ცხრილი 2).

ცხრილი 2. საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა, 1989-1998 (ათასი).

წლები	საშუალო წლიური	წლის დასაწყისში
1989	5 405.9	5 400.8
1990	5 417.6	5 413.5
1991	5 420.9	5 421.6
1992	5 412.4	5 420.3
1993	5 397.7	5 404.6
1994	5 383.0	5 390.9
1995	5 374.3	5 375.1
1996	5 377.2	5 373.4
1997	5 388.5	5 381.0
1998	5 398.2	5 392.0

მყამად საქართველოს მოსახლეობის 53% ქალებია, ამასთან, როგორც ახალდაბადებულთა შორის, ასევე უფროსი ასაკის მოსახლეობაშიც უმრავლესობას ქალები შეადგენენ.

მოსახლეობის უკანასკნელი აღწერა ჩატარდა 1989 წელს. მას შემდეგ არსებული სტატისტიკური ინფორმაცია არადაამაკმაყოფილებელია.

არსებული მონაცემების საფუძველზე შესაძლოა შეფასდეს მხოლოდ ტენდენციები და გასაწევი სამედიცინო მომსახურების საერთო მოცულობა.

მოსახლეობის დინამიკაში ყველაზე შემაშფოთებელია შობადობის უკიდურესი შემცირება (ცხრილი 3).

ცხრილი 3. ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები საქართველოში, 1992-1998 წლები.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
შობადობის კოეფიციენტი	14.9	12.6	11.8	11.6	11.1	10.7	9.1
საერთო სიკვდილობა	9.6	10.0	8.6	7.8	7.7	7.5	7.6
ბუნებრივი მატება	5.3	2.6	3.2	3.8	4.0	3.2	1.5

ფერტილობის კოეფიციენტი შემცირდა 2.20-დან (1990) 1.35-მდე (1996), რაც მატების დონეზე ბევრად დაბალია. მნიშვნელოვნად შემცირდა ქორწინებათა რიცხვი: 37.000-დან (1990) 17.000-მდე (1997). შობადობის კლების მიზეზი არა მარტო ქორწინებათა რიცხვის შემცირებაა, არამედ ბავშვის დაბადების გადავადებაც უკეთესი დროის მოლოდინით.

სიკვდილობის მაჩვენებელმა უმაღლეს წერტილს მიაღწია 1993 წელს, ალბათ, საქართველოსთვის ყველაზე მძიმე დროს. იგი კვლავ გაიზარდა 1998 წელს, შესაძლოა გაზრდილი სტრესული სიტუაციების შედეგების დაგვიანებული გამოვლინების, არაადეკვატური სამედიცინო მომსახურების ან რეგისტრაციის სისტემის გაუმჯობესების გამო. ოფიციალური მონაცემებით 1990 წლიდან მიგრაციამ მიაღწია დაახლოებით 220000 (უმთავრესად ყველაზე დინამიური და განათლებული მოსახლეობის ხარჯზე), თუმცა შესაძლოა ის უფრო მაღალიც იყოს. ამგვარად, მოსახლეობის მატების კოეფიციენტი 1980 წლიდან მკვეთრად შემცირდა.

საქართველოს დემოგრაფიული სიტუაციის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ნიშანია მოსახლეობის დაბერება – მოხუცებულთა ხვედრითი წილის ზრდა მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში. ამ პროცესის სისწრაფე უფრო მაღალია ზოგიერთი მეზობელი ქვეყნის მაჩვენებელთან შედარებით (ცხრილი 4).

ცხრილი 4. 65 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი (%) საქართველოში და სხვა ქვეყნებში.

	1980	1990	1995
საქართველო	11,0	12,0	12,5
აზერბაიჯანი	5,4	5,6	5,7
სომხეთი	7,3	7,7	8,0
რუსეთი	11,7	12,0	12,3

ბავშვების რაოდენობა შემცირდა და ამჟამად 5 წლამდე ასაკის ბავშვების რაოდენობა 5%-ია, ხოლო 18 წლამდე ასაკის კი - 25%.

4.1.2. ჯანმრთელობის ტენდენციები

დედათა და ბავშვთა სიკვდილობა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, გულსისხლძარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებები, ტრავმატიზმი, ფსიქიკური ჯანმრთელობა და გადამდები დაავადებები განიხილება როგორც საქართველოს უმთავრესი პრობლემები.

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში დედათა სიკვდილობა საგანგაშოდ გაიზარდა (ცხრილი 5).

ცხრილი 5. დედათა სიკვდილობის კოეფიციენტი ყოველ 100 000 ცოცხლადშობაზე, 1993-1998 წლები.

1993	1994	1995	1996	1997	1998
32,4	39,6	55,0	59,88	71,13	68,6

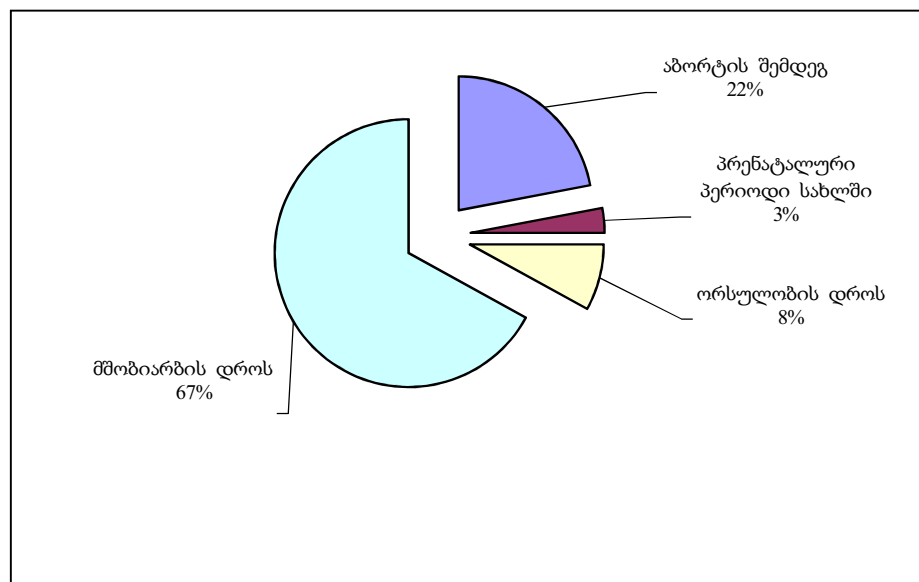
დედათა სიკვდილობის აბსოლუტური მაჩვენებელი არ გაზრდილა 1990 წლის დასაწყისიდან, მაგრამ შობადობის მკვეთრი შემცირების ფონზე 1998 წელს დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელმა მიაღწია 68.56-ს ყოველ 100000 ცოცხლადშობაზე, რაც ხუთჯერ აღემატება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ევროპის რეგიონისათვის განსაზღვრულ მაჩვენებელს, და თითქმის გაორმაგდა 1993 წლის შემდეგ (32.4).

დედათა სიკვდილობის ნახევარი 30 წლამდე ასაკის ქალებზე მოდის. სიკვდილობის ძირითადი მიზეზებია სისხლდენა (39%), ტოქსემია (923%) და

ექსტრაგენიტალური დაავადებები (13%). გარდაცვალების შემთხვევების დაახლოებით ერთი მეოთხედი პირველ ორსულობაზე და მშობიარობაზე მოდის.

ამ მაჩვენებლის სწრაფი ზრდის მიზეზები, რომელიც ასახავს როგორც ორსულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას და ქალთა ავადობას, ისე მეანების კვალიფიკაციის დონეს, შემდეგია (ნახ. 2):

- აბორტი რჩება კონტრაცეპციის ყველაზე გავრცელებულ ფორმად (45.3 აბორტი ყოველ 100 ცოცხლადშობაზე). აბორტების 22% მთავრდება გართულებებით;
- პათოლოგიური ორსულობების შემთხვევების ზრდა, რაც დაკავშირებულია არასათანადო პრენატალურ დანმარებასთან;
- ბინაზე მშობიარობის შემთხვევების ზრდა, რაც ეკონომიკური მიზეზებითაა განპირობებული და იწვევს სხვადასხვა სახის გართულებებს მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდებში;
- მეანების არასათანადო კვალიფიკაცია და თანამედროვე აღჭურვილობის ნაკლებობა სამშობიარო სახლებში.



ნახ. 2. დედათა სიკვდილობის სტრუქტურა საქართველოში (1997).

მიუხედავად იმისა, რომ ოფიციალური მონაცემებით ბავშვთა სიკვდილობა შედარებით დაბალია – 15.2 ყოველ 1.000 ცოცხლადშობაზე (1998), სავარაუდოა, რომ ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია, რადგანაც ქვეყანაში დემოგრაფიული მოვლენების ზუსტი აღწერა არ ხდება (ცხრილი 6). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ცოცხლადშობის განსაზღვრება ძალიან ნელა ინერგება და ბავშვთა სიკვდილის შემთხვევებიდან ნაწილი არ რეგისტრირდება.

ცხრილი 6. ბავშვთა სიკვდილობის კოეფიციენტი ყოველ 1000 ცოცხლადშობაზე, 1993-1998 წლები.

1993	1994	1995	1996	1997	1998
18.3	16.7	13.1	17.4	15.3	15.2

ვაჟების სიკვდილობა სისტემატურად აღემატება გოგონების სიკვდილობის მაჩვენებელს. სასურველია ბავშვთა სიკვდილობის შემდგომ შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებების გაფართოება, რათა საქართველო გაუთანასწორდეს დასავლეთ ევროპას.

უკანასკნელი 8 წლის განმავლობაში შეინიშნება ცვლილებები 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის კლინიკურ მიზეზებში. მაგალითად, მკვეთრად გაიზარდა პერინატალური მდგომარეობების წილი (58% 1998 წელს და მხოლოდ 41% 1990 წელს), მაშინ როდესაც რესპირატორული სისტემის მდგომარეობებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები შემცირდა (25% 1990 წელს და 11% 1998 წელს). ბავშვთა სიკვდილობის ორი ძირითადი მიზეზის შემდეგ 1998 წლიდან წინ წამოიწია ინფექციურმა და პარაზიტულმა დაავადებებმა (14%), ნერვული სისტემის დაავადებებმა (8%) და თანდაყოლილმა პათოლოგიებმა (5%).

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვები ძირითადად იღუპებიან ან მშობიარობის დროს, ან პირველი კვირის განმავლობაში მშობიარობის შემდეგ (ცხრილი 7).

საჭიროა იმის გათვალისწინება, რომ ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი დაახლოებით 5-7% შეადგენს. ახალშობილთა უმრავლესობა ხასიათდება დაბალი ფიზიოლოგიური წონით და სიგრძით.

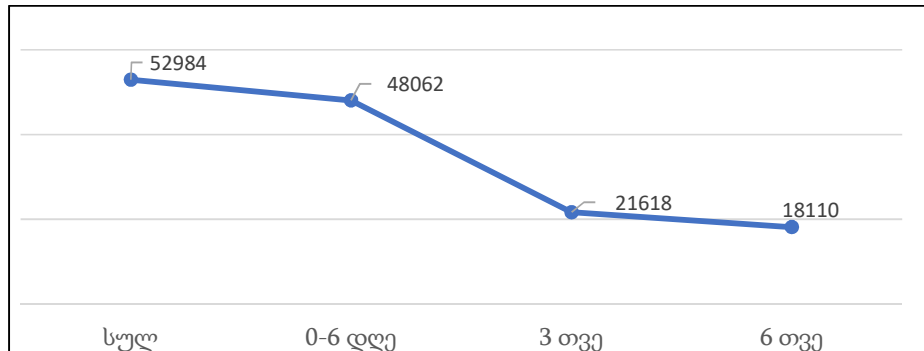
ცხრილი 7. ბავშვთა სიკვდილობა ყოველ 1000 ცოცხლადშობაზე ასაკისა და ქალაქის/სოფლის რეგიონების მიხედვით საქართველოში (1997).

ასაკი	სულ		ქალაქად		სოფლად	
	ბავშვთა სიკვდილობა	%	ბავშვთა სიკვდილობა	%	ბავშვთა სიკვდილობა	%
0-6 დღე	602	71,2	586	82,4	16	11,9
7-27 დღე	51	6,0	43	6,0	8	5,9
2-11 თვე	193		82		111	
1 თვე	31	3,7	19	2,7	12	8,9
2 თვე	22	2,6	7	1,0	15	11,1
3 თვე	24	2,8	9	1,3	15	11,1
4 თვე	15	1,8	4	0,6	11	8,1
5 თვე	20	2,4	8	1,1	12	8,9
6 თვე	18	2,1	6	0,8	12	8,9
7 თვე	24	2,8	12	1,7	12	8,9
8 თვე	12	1,4	6	0,8	6	4,4
9 თვე	11	1,3	4	0,6	7	5,2
10 თვე	7	0,8	2	0,3	5	3,7
11 თვე	9	1,1	5	0,7	4	3,0
სულ	846	100	711	100	135	100

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მონაცემების მიხედვით 1997 წელს რეგისტრირებულ იქნა 1079 მკვდრადშობადობის შემთხვევა. მათგან 801 (74.2%) დაიღუპა მშობიარობის დაწყებამდე. მკვდრადშობადობის რეგისტრაცია ცალკე ხდება და იგი არ შედის ბავშვთა სიკვდილობის

უნდა აღინიშნოს, რომ 1 წლამდე ასაკის პაციენტთა 72%-ის ჰოსპიტალიზაცია თბილისის ბავშვთა ინფექციურ საავადმყოფოში და ქუთაისის ბავშვთა საავადმყოფოში 36-48 საათის დაგვიანებით მოხდა. საექსპერტო შეფასების მიხედვით დროული სამედიცინო დახმარების შემთხვევაში გარდაცვლილ ბავშვთა მხოლოდ 60% იყო უიმედო. ამ მიმართებით ჯანდაცვის სისტემა სერიოზულ პრობლემებს აწყდება (ტრანსპორტისა და ინტენსიური ნეონატალური დახმარების აღჭურვილობის სიმცირე, არასაკმარისი ფინანსები, თვით-მკურნალობა, საავადმყოფოშიდა ინფექციები, რეგისტრაციასთან დაკავშირებული სირთულეები და ა.შ.).

მდგომარეობა კიდევ უფრო რთულდება ძუძუთი კვების პრაქტიკის სიმცირით, განსაკუთრებით 6 თვემდე ასაკის ბავშვებისთვის (ნახ. 3).



ნახ. 3. 6 თვემდე ასაკის ბავშვების ძუძუთი კვება საქართველოში, 1997.

გულსისხლძარღვთა დაავადებები და ავთვისებიანი სიმსივნეები ქვეყანაში სიკვდილობის ძირითად მიზეზებს წარმოადგენენ (ცხრილი 8).

ცხრილი 8. სიკვდილის ძირითადი მიზეზები, ყოველ 100.000 მოსახლეზე 1980-1998 წლები.

სიკვდილის მიზეზი	1980	1985	1990	1993	1996	1997	1998
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	540,3	566,3	544,2	730	493,7	529,61	541,82
ავთვისებიანი სიმსივნეები	91,5	97,9	100,0	90	71,5	75,58	84,05
რესპირატორული სისტემის დაავადებები	74,7	62,1	43,0	30	19,3	17,37	18,00
უბედური შემთხვევები და მოწამვლები	57,9	48,2	55,6	70	31,7	29,17	29,94
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	37,1	34,8	31,1	40	28,9	27,62	26,45
ინფექციური დაავადებები	17,5	23,1	19,7	20	9,2	10,46	7,41

1998 წელს რეგისტრირებული სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების საერთო რაოდენობა იყო 181 987, მათ შორის 51 628 ახალი შემთხვევა (ახალი შემთხვევების კოეფიციენტი 100 000 მოსახლეზე - 1000,6). 1992-1997 წლების

განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა გულის იშემიური დაავადებით და ჰიპერტენზიით დაავადებულთა რაოდენობა.

ეს ტენდენციები დაკავშირებულია შედარებით ახალი რისკ-ფაქტორების (უმუშევრობა, სილატაკე და მუდმივი სტრესი) წარმოშობასთან, რამაც გამოიწვია თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარების ზრდა, არაჯანსაღი კვება და ფიზიკური აქტივობის შემცირება.

ასევე გაიზარდა ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევების რაოდენობა. ძალიან ბევრი პაციენტი ამ პრობლემის გადასაჭრელად სამედიცინო დახმარებისათვის მიმართავს დაგვიანებით, რაც მიუთითებს ადრეული დიაგნოსტიკის გაუმჯობესების აუცილებლობაზე.

გაიზარდა ინფექციური დაავადებების რიცხვი, ძირითადად, სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის გაუარესების, სილატაკის გავრცელების და პროფილაქტიკური ღონისძიებების არასაკმარისად ჩატარების გამო. ამავე დროს საქართველოს ზოგიერთ მეზობელ ქვეყანაში შექმნილმა არასასურველმა ეპიდემიოლოგიურმა სიტუაციამ შეიძლება საფრთხე შეუქმნას ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობასაც. მაგალითად, 1990 წლიდან დღემდე დიფთერიის შემთხვევების რიცხვი გაიზარდა 54-ჯერ (286 შემთხვევა 1997 წელს). 1993 წელს დიფთერიის აფეთქების შემდეგ მდგომარეობის გაუმჯობესება შესაძლებელი გახდა მხოლოდ გეგმიური იმუნიზაციის პროგრამის განახლების შედეგად. გასულ წლებთან შედარებით ასევე აღინიშნება წითურას შემთხვევების რაოდენობის მატება.

ტუბერკულოზით ავადობა მცირდებოდა 1992 წლამდე, მაგრამ შემდეგ მისი შემთხვევები მკვეთრად გაიზარდა და ეროვნულ პრობლემად გადაიქცა. 1997 წელს რეგისტრირებულ იქნა ფილტვის ტუბერკულოზის 3789 შემთხვევა, აქედან ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი 105.2 ყოველ 100 000 მოსახლეზე. შემთხვევების დაახლოებით 85% ფილტვისმიერია. ტუბერკულოზი ძირითადი პრობლემაა ციხეებში, სადაც პატიმართა 5-10%-ია დაავადებული. შემთხვევების გამოვლენა პრობლემას წარმოადგენს, რადგანაც დაბალია ნაცხის მიკროსკოპიის, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევის დონე.

გაიზარდა ისეთი დაავადებების შემთხვევები, რომლებიც აღმოფხვრილად ითვლებოდა, მათ შორის მალარია (16 შემთხვევა 1998 წელს), ვისცერალური ლეიშმანიოზი (96 შემთხვევა 1996 წელს, 80 შემთხვევა 1997 წელს, 82 შემთხვევა 1998 წელს) და ცოფი.

სტატისტიკა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ არ ასახავს რეალურ მდგომარეობას, რადგან პაციენტების უმრავლესობა ანონიმური სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას ამჯობინებს. 1998 წლის ბოლოსათვის ქვეყანაში რეგისტრირებულია შიდსის/აივ ინფექციის 69 შემთხვევა. ზოგიერთი ექსპერტის შეფასებით ამჟამად საქართველოში დაახლოებით 1000 აივ-ინფიცირებული პირი ცხოვრობს. მოსალოდნელია აივ ინფექციის შემთხვევების სერიოზული ზრდა, რადგანაც არსებობს ერთჯერადი შპრიცებისა და სამედიცინო ინსტრუმენტების გარკვეული დეფიციტი, აივ ინფექციის შესახებ მოსახლეობის არასაკმარისი ინფორმირებულობა, პრევენციის გამოყენების იგნორირება, მზარდი მიგრაცია და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ზრდა.

რადიკალურმა პოლიტიკურმა და სოციალ-ეკონომიკურმა ცვლილებებმა გამოიწვია მასობრივი სოციალური სტრესი და აქედან გამომდინარე ფსიქოსოციალური და ქცევითი პრობლემების ზრდა. მოსახლეობის დიდმა ნაწილმა გამოიცვალა საცხოვრებელი ადგილი შეიარაღებული კონფლიქტების რეგიონებიდან უსაფრთხოებისა და თავშესაფრის ძიებაში. ადამიანთა აღნიშნული ჯგუფები და ლტოლვილები აწყდებიან მრავალ პრობლემას, რაც უარყოფითად მოქმედებს მათ ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. სწრაფად გაიზარდა რეაქტიული ფსიქოზების, ფსიქოსომატური დარღვევების და დეპრესიების მაჩვენებელი. უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში დაფიქსირებულია თვითმკვლელობების რაოდენობის სამმაგი ზრდა (377 შემთხვევა 1997 წელს). ფსიქიკური დარღვევების ახალი შემთხვევების რაოდენობა 1998 წელს (6932) ჭარბობს 1988 წლის მაჩვენებელს (5414), როდესაც უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში დაფიქსირებული იყო ფსიქიკური დარღვევების ყველაზე დიდი რაოდენობა.

4.1.3. ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი გარემო ფაქტორები

საქართველოს გააჩნდა სასმელი წყლისა და კანალიზაციის კარგად განვითარებული ინფრასტრუქტურა. ქალაქის მოსახლეობის დაახლოებით

97% და სოფლის მოსახლეობის დაახლოებით 72% სასმელ წყალს ცენტრალიზებული წყალმომარაგების სისტემით ღებულობდა. სოფლის მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილი იყენებდა როგორც დაცულ, ისე დაუცველ წყაროებს. ფინანსების ნაკლებობამ უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში შეუძლებელი გახადა არსებული ინფრასტრუქტურის წესრიგში შენარჩუნება და სისტემა სერიოზულად მოიშალა. ქვეყნის წყალგაყვანილობის სისტემის 80% საჭიროებს სერიოზულ შეკეთებას. წყლის მიწოდების წყვეტილობა სერიოზულად აუარესებს ხარისხს და ზრდის წყლის დაბინძურების დონეს.

უკანასკნელ პერიოდში წყლით გამოწვეული ინფექციური დაავადებების რამდენიმე აფეთქებას ჰქონდა ადგილი (დიზენტერიის – რუსთავში, (1997), ამებიანი თბილისში (1998), კუჭ-ნაწლავის დაავადებები სამხრეთ საქართველოში და დევნილებს შორის ზუგდიდში). წყლის სინჯების შედეგები შემამოთხებელია: სინჯების 65%-ში მთელი საქართველოს მასშტაბით კოლიტიტრი აღემატება სტანდარტის ნორმებს; არსებობს საფუძველი ვივარაუდოთ, რომ ხდება წყლის დაბინძურება ნიადაგიდან გამოჟონილი ნიტრატებით, ფოსფატებით, სხვა პესტიციდებით.

საკანალიზაციო სისტემა (სოფლის მოსახლეობის 21% და ქალაქის მოსახლეობის 81% უზრუნველყოფილია საზოგადოებრივი სანიტარული მომსახურებით) უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში სერიოზულად დაზიანდა და წარმოადგენს უმთავრეს რისკს სასმელი წყლისათვის, რადგანაც ხდება კანალიზაციის გაჟონვა სასმელი წყლის მიწებში. წყალმომარაგების და კანალიზაციის სისტემების რეაბილიტაცია წარმოადგენდა სოციალური ინვესტიციების ფონდის ძირითად მიზანს 1996-1998 წლებისათვის, რომელიც განისაზღვრა მსოფლიო ბანკის მიერ (35 მილიონი აშშ დოლარი).

თბილისში სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ატმოსფეროს დაბინძურება დიოქსინით, გოგირდით, ანჰიდრიდით, ტყვიით და კადმიუმით, რაც დიდ როლს თამაშობს დედაქალაქში რესპირატორული დაავადებების გავრცელებაში. საზოგადოებრივი სამსახურების გაუმართავი მუშაობის გამო დაგროვდა ნაგვის დიდი რაოდენობა, რაც საფრთხეს უქმნის მოსახლეობის ჯანმრთელობას.

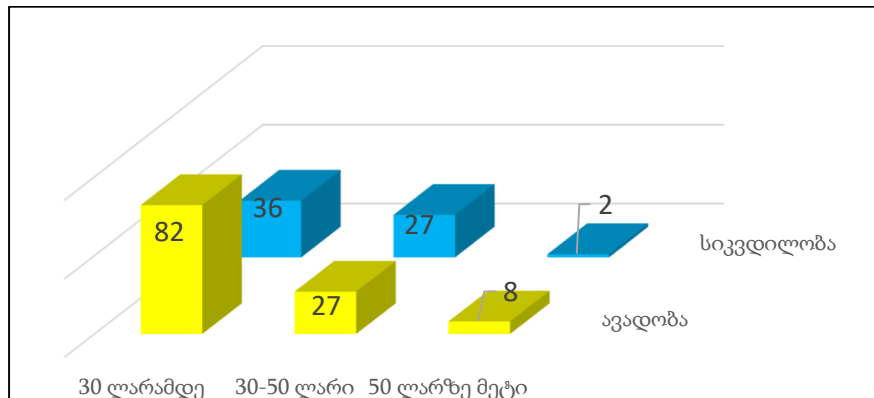
4.1.4. ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი სოციალ-ეკონომიკური ფაქტორები

ჯანმრთელობა უაღრესად მგრძნობიარეა სოციალ-ეკონომიკური ფაქტორების მიმართ (შემოსავალი, განათლება, დასაქმება). ზოგიერთი გამოკვლევით დაავადებების ნახევარზე მეტი სწორედ ამ ფაქტორებით არის გამოწვეული.

1998 წლისთვის სილატაკის ზღვარი და სამომხმარებლო კალათა საქართველოში შეადგენდა 102 ლარს ერთ მოზრდილ მოსახლეზე. ოჯახების 49.6% გაცილებით ნაკლებს მოიხმარს და აქედან გამომდინარე ისინი ღარიბებად ითვლებიან. 1996 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით მოზრდილი მოსახლეობიდან მხოლოდ 37% იყო ოფიციალურად დასაქმებული. იგივე ციფრი 1997 წლისათვის შეადგენდა 24%. კერძო სექტორში მომუშავეთა დიდი უმრავლესობა თვითდაქირავებულია. უმუშევართა საერთო წილმა 1998 წელს 15.8% შეადგინა.

საქართველოს ბევრ რეგიონებში მოსახლეობის განათლების სტანდარტები ძალიან მაღალია. ხელმისაწვდომმა და თითქმის საყოველთაო უფასო განათლებამ განაპირობა კარგად განვითარებული ადამიანური ფაქტორის ჩამოყალიბება,

განსხვავებული შემოსავლების მქონე მოსახლეობას შორის ავადობისა და სიკვდილობის კოეფიციენტი გვიჩვენებს, რომ მდიდრებს უკეთესი ჯანმრთელობა აქვთ ღარიბებთან შედარებით (ნახ. 4).



ნახ. 4. განსხვავებული შემოსავლების მქონე მოსახლეობას შორის ავადობისა და სიკვდილობის კოეფიციენტი (1997).

4.1.5. ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ქცევითი ფაქტორები

უკანასკნელ პერიოდში საქართველოში მკვეთრად შეიცვალა საკვები პროდუქტების მოხმარების რეჟიმი. მოსახლეობის დიდი ნაწილის დღიურ რაციონში მკვეთრად გაიზარდა პურისა და პურპროდუქტების (სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებისათვის 65%-დან 85%-მდე) და კარტოფილის (8%-14%) მოხმარება რძის პროდუქტების (2%-8%), ხორცისა და ხორცის პროდუქტების (5%-12%) მოხმარების შემცირების ხარჯზე. შეინიშნება მოსახლეობის დღის რაციონის კალორიულობის კლება. დაუბალანსებელმა კვებამ და ცხოველური ცხიმების უკმარისობამ საბოლოოდ შეიძლება გამოიწვიოს მეტაბოლური დარღვევების (განსაკუთრებით შაქრიანი დიაბეტის) და ანემიის ფართოდ გავრცელება.

თამბაქოს მოხმარება როგორც მთლიანად მოსახლეობაში, ასევე მოზარდებში დიდ პრობლემას წარმოადგენს. საქართველოში 10-დან 74 წლამდე ასაკის მამაკაცების 53% და ქალების 15% თამბაქოს მოხმარებელია (თამბაქოს საწინააღმდეგო ეროვნული ცენტრის 1998 წლის მონაცემები). 1985 წელთან შედარებით ეს ციფრი 10%-ით გაიზარდა ორივე სქესისთვის. გამოკვლევის შედეგების მიხედვით, თამბაქოს მოიხმარს 12-17 წლის 220 ბავშვიდან ვაჟების 55% და გოგონების 45%. 17-25 წლის ორსული ქალების 28% თამბაქოს მოხმარებელია. თამბაქოს მოხმარების ასეთი ფართო გავრცელება პირდაპირ კავშირშია კიბოთი, გულსისხლძარღვთა და რესპირატორული დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლების ზრდასთან.

რთული ეკონომიკური მდგომარეობის, ცხოვრების პირობების გაუარესების, საერთო გულგრილობისა და პესიმიზმის ფონზე მკვეთრად გაიზარდა როგორც მთლიანად მოსახლეობაში, ასევე მოზარდებში ქრონიკული ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის შემთხვევები. ამასთან ერთად საქართველო გადაიქცა აზიიდან ევროპაში ნარკოტიკების გადატანის ტრანზიტულ ქვეყანად. ოფიციალურად რეგისტრირებული ნარკომანების საერთო რაოდენობა 1996 წელს შეადგენდა 910 პაციენტს და ზედამხედველობის ქვეშ იმყოფებოდა 4873, რომელთაგან 4767 მამაკაცი იყო, ხოლო 97 ქალი.

4.2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა

4.2.1. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა

დამოუკიდებლობის გამოცხადების შემდეგ საქართველოს არ გააჩნდა სათანადო რესურსები უფასო ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად. ქვეყანაში ჭარბი რაოდენობის ექიმი და სხვა მედპერსონალი იყო არაადეკვატურად მცირე სახელმწიფო ხელფასებით. ამან გამოიწვია მნიშვნელოვანი ფორმალური და არაფორმალური მოთხოვნების წაყენება მომხმარებელთა მიმართ. გაჩანაგებული ეკონომიკის პირობებში ავადმყოფ ხალხს აღარ ჰქონდა იმის საშუალება, რომ გადაეხადა სამედიცინო მომსახურების ღირებულება და მათ უბრალოდ ზურგი შეაქციეს ჯანდაცვის სისტემას. ამის შედეგად სამედიცინო დაწესებულებების დატვირთვა მკვეთრად შემცირდა, გაიზარდა პაციენტთა უკმაყოფილება მომსახურების სახეების, სამედიცინო დანიშნულების საგნებითა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის შეზღუდვის გამო.

იმისათვის, რომ შეჩერებულიყო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, საქართველოს მთავრობამ 1995 წელს დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა. მისი მიზანი იყო გარდამავალ პერიოდში ჯანდაცვის სისტემის ისეთი მოდელის შექმნა და დანერგვა, რომელიც უზრუნველყოფდა დარგში ახალი ეკონომიკური ურთიერთობების დანერგვას, ადამიანის უფლებების დაცვას და დემოკრატიული მექანიზმების გამოყენებას ჯანდაცვის სახელმწიფო მართვისა და რეგულირების საქმეში.

რეორიენტაციის კონცეფციის თანახმად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ახალ მოდელს უნდა დაეკმაყოფილებინა შემდეგი ძირითადი მოთხოვნები:

- იგი შესაბამისობაში უნდა ყოფილიყო ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიასთან;
- სამუშაოს მოცულობა დაბალანსებული უნდა ყოფილიყო მისი შესრულებისათვის აუცილებელ რესურსებთან;
- სისტემა უნდა ყოფილიყო რეგულირებადი და გამიზნული რესურსების რაციონალურ ხარჯვაზე.

რეფორმის ძირითადი მიმართულებები იყო:

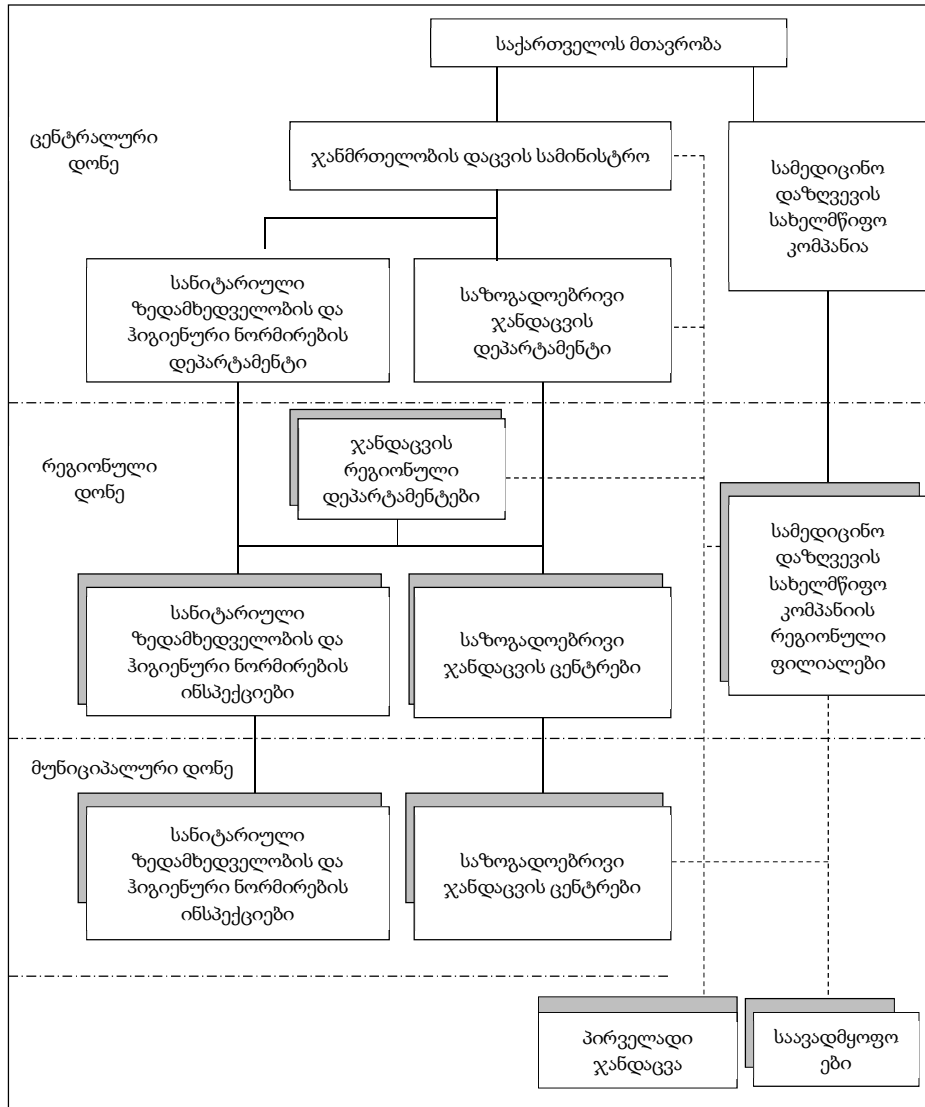
- ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;

- მართვის დეცენტრალიზაცია;
- ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა;
- პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- წამალთპოლიტიკის რეფორმა;
- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირების დანერგვა;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა;
- მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვა.

მოკლედ რომ ითქვას, მთავრობა მიზნად ისახავს გაზარდოს კერძო სექტორის მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და გააფართოვოს სახელმწიფოს როლი ისეთ სფეროებში, როგორცაა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, იმუნიზაცია, მარეგულირებელი ბაზის შექმნა, აკრედიტაცია-ლიცენზირება, მეცნიერება და განათლება. იგი აგრეთვე უზრუნველყოფს სოციალურად დაუცველი ჯგუფების ხელმისაწვდომობას საბაზისო მომსახურებაზე.

4.2.2. ადმინისტრაციული სტრუქტურა და დაფინანსება

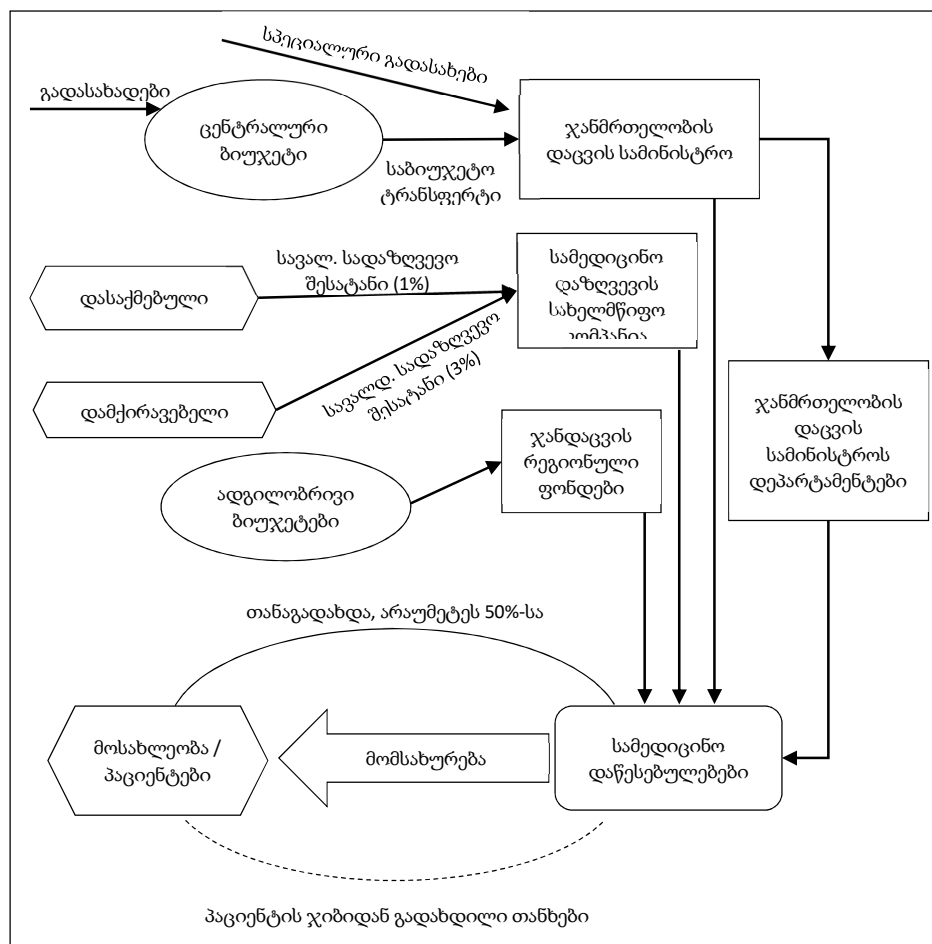
დეცენტრალიზაცია წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის ერთ-ერთ ძირითად ელემენტს. ადმინისტრაციული დეცენტრალიზაცია დაიწყო საქართველოს 12 რეგიონში ჯანდაცვის დეპარტამენტების ჩამოყალიბებით, რომლებიც ითვალისწინებენ ჯანდაცვის სტრატეგიებს და ადგილობრივ პრიორიტეტებს (ნახ. 5). სამედიცინო დაწესებულებებს რეალურად გადაეცათ უფლებამოსილებები, რომელთა თანახმად ისინი თვითონ გახდნენ პასუხისმგებელნი საკუთარ საფინანსო მდგომარეობაზე, რაც უპრეცედენტო შემთხვევას წარმოადგენს. განხორციელდა ავთიაქებისა და სტომატოლოგიური პოლიკლინიკების პრივატიზაცია და ამით ისინი გამოვიდნენ მთავრობის მფარველობიდან.



ნახ. 5. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა.

ჯანდაცვის დაფინანსება საქართველოში ეფუძნება სამი მხარის ურთიერთობებს. ესენია: სახელმწიფო, დამქირავებელი და ადამიანი. სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანების გადაწყვეტა - პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და უმწეო მოსახლეობაზე ზრუნვა.

დამქირავებელმა იტვირთა დაქირავებულთა სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსება. ამავე დროს შეიცვალა თითოეული პიროვნების ფუნქციაც - ადამიანმა დაიწყო თავის ჯანმრთელობაზე ფიქრი და მასზე ზრუნვა მკურნალობისათვის საჭირო ხარჯების თავიდან ასაცილებლად.



ნახ. 6. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსება.

ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებას როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სტრუქტურების საშუალებით. ჯანდაცვის სამსახურების დაფინანსება (1998 წლის ჯანდაცვის ბიუჯეტი შეადგენდა 54.2 მილიონ ლარს) სხვადასხვა გზით ხდება (ნახ. 6):

- სახელმწიფო პროფილაქტიკური პროგრამები;
- სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამები;
- სხვა ჯანდაცვითი პროგრამები;
- მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამები;
- სხვა სექტორების ჯანდაცვითი პროგრამები;
- ფასიანი სამედიცინო მომსახურება, ე.წ. „შიდა სტანდარტები“.

თითოეულ ამ შემთხვევაში ფინანსური რესურსების მობილიზების წყაროები და მართვა განსხვავებულია, მაგალითად:

- პროფილაქტიკური პროგრამების დაფინანსება ხორციელდება ცენტრალური ბიუჯეტიდან გადმორიცხული თანხებით, რომელსაც განკარგავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი მიზნობრივი პროგრამების დასაფინანსებლად (იმუნიზაცია, ინფექციური დაავადებების, მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების და შიდსის პროფილაქტიკა, ენდემური ჩიყვის პროფილაქტიკა, ნარკომანიის პროფილაქტიკა, საინფორმაციო სამსახურების განვითარება, უსაფრთხო სისხლი, მოსახლეობის ავადობის აქტიური გამოვლინება და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვები და სხვა);
- სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის დაფინანსება ხდება სავალდებულო სადაზღვევო გადასახადების შეკრების გზით, რომელსაც იხდის დამქირავებელი (3%) და დაქირავებული (1%), მაგრამ ეს არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ სრულად დაფინანსდეს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამები (ფსიქიატრია, ფთიზიატრია, მეანობა, სამ წლამდე ასაკის ბავშვთა მკურნალობა, უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარება, ონკოლოგიურ პაციენტთა პროფილაქტიკა და მკურნალობა, ინფექციური დაავადებების მკურნალობა, ჰემოდიალიზი, გულის იშემიურ დაავადებათა მკურნალობა, ტრანსპლანტაცია, სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული მკურნალობა, სპეციფიურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, ბავშვთა კარდიოქირურგია და სხვა), ამიტომ დეფიციტის შევსება ხდება ცენტრალური ბიუჯეტიდან;
- სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსება (საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება, უმნიშვნელოვანეს სამედიცინო დაწესებულებათა რეაბილიტაცია, კატასტროფების და სამედიცინო რეზერვის შევსება-განახლება, სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობა და ჰიგიენური ნორმირება,

სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების ხელშეწყობა, სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის სამსახურის უზრუნველყოფა და სხვა) მთლიანად ცენტრალური ბიუჯეტიდან ხორციელდება;

- მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამების (მოსახლეობის გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარება, ონკონკურაბელურ ავადმყოფთა ტკივილგამაყუჩებლებით უზრუნველყოფა, მოსახლეობის სასწრაფო-სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა და სხვა) დაფინანსება ხდება ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან, რისთვისაც თითოეული რაიონი გამოყოფს არანაკლებ 2.5 ლარს ერთ სულ მოსახლეზე;
- თავდაცვის, შინაგან საქმეთა და უშიშროების სამინისტროების თანამშრომლების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა ხორციელდება პარალელური პროგრამების საშუალებით ცენტრალური ბიუჯეტიდან;
- მოსახლეობა უშუალოდ ფარავს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ისეთი სახეების ღირებულებას, რომლებსაც სახელმწიფო პროგრამები არ მოიცავენ.

ამჟამად საერთო ჯანდაცვის ხარჯების 80%-ს მოსახლეობა იხდის და მხოლოდ 20%-ს ფარავს სახელმწიფო. კვლავ პრაქტიკაშია ექიმებისთვის დამატებითი არაოფიციალური თანხების გადახდა. არსებული საგადასახადო კრიზისის გამო ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გადარიცხული თანხები ბევრად ჩამორჩება დაგეგმილს. გადაუხდელობის საკითხი დიდ სიმწველეს ქმნის ჯანდაცვის რეფორმის წარმატებით განხორციელებაში.

4.2.3. ჯანმრთელობის დაცვა და ხელშეწყობა

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს დაეკისრა პასუხისმგებლობა შემდეგი მიმართულებების განვითარებაზე:

- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ანალიზი და მართვა;
- დაავადებათა პროფილაქტიკისათვის ღონისძიებების ორგანიზება, კოორდინირება და დანერგვა;
- ინვალიდობისა და ნაადრევი სიკვდილობის შემცირება;
- სამედიცინო საინფორმაციო სისტემის ზედამხედველობა;

- სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების კოორდინირება ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის მიზნით;
- ამ სფეროებში საერთაშორისო თანამშრომლობის უზრუნველყოფა.

ჯანდაცვის სამინისტროს სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტს აკისრია იმ მოვალეობათა უმრავლესობის შესრულება, რომელსაც ადრე სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახური ასრულებდა (კომუნალური, კვების, შრომის, ბავშვთა და მოზრდილთა ჰიგიენა, საწარმოთა ჰიგიენური სერტიფიცირება და სხვა).

ამჟამად შეიძლება გამოვყოთ რამდენიმე სიმძლვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის რეფორმის გატარებაში:

- ორგანიზაციული და სტრუქტურული ცვლილებების ნელი ტემპი;
- კომუნიკაციის საშუალებების ნაკლებობა;
- სახელმწიფო პროგრამების არასრული დაფინანსება;
- ნაკლებად სრულყოფილი მატერიალ-ტექნიკური ბაზა;
- სტატისტიკური ინფორმაციის არასრულყოფილი შეგროვება;
- საქმიანობის საწყის ეტაპებზე კონსულტაციების დაგვიანება.

4.2.4. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სისტემა

პირველადი ჯანდაცვა

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა ყურადღებას ამახვილებს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობაზე. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების საქმიანობა (859 ამბულატორიული დაწესებულება, 114 ამბულატორიული განყოფილება საავადმყოფოებში, 53 სამედიცინო პუნქტი და 512 საფერშლო პუნქტი) ეფუძნება შემდეგ პრინციპებს:

- სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა თითოეული რეგისტრირებული პაციენტისათვის;
- ხელმისაწვდომი ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება;
- მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თანაფარდობა;
- შედეგიანი ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარებით უზრუნველყოფა;

- მომუშავე მოსახლეობის დახმარება სპეციალური ამბულატორიული მიღების განრიგის დაწესების გზით.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები უზრუნველყოფენ:

- მოსახლეობის სამედიცინო განათლებას;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას;
- იმუნიზაციას;
- ენდემური დაავადებების პროფილაქტიკას;
- გავრცელებული დაავადებებისა და ტრავმების მკურნალობას;
- ესენციალური მედიკამენტების განაწილებას.

ჩვეულებრივ, ამ დაწესებულებების მატერიალური ბაზა არ შეესაბამება თანამედროვე სანიტარიულ მოთხოვნებს შენობის, წყლით მომარაგების, კანალიზაციის, ელექტრომომარაგების, ტელეფონით უზრუნველყოფის და ა.შ. თვალსაზრისით. არასათანადო მათი მომარაგება აღჭურვილობით და სხვა სამედიცინო დანიშნულების საგნებით. პერსონალის ხელფასი ძალიან დაბალია, არ არსებობს მატერიალური წახალისების ფორმები და აქედან გამომდინარე მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტებთან ურთიერთობის გაღრმავების მისწრაფებაც ნაკლებია. 1998 წელს ჩატარებული გამოკითხვის თანახმად 830 რესპონდენტიდან დაახლოებით 60% უკმაყოფილოა ამბულატორიული მომსახურებით.

სტაციონარული მომსახურება

სტაციონარული დაწესებულებების რიცხვი 1998 წელს (272) უმნიშვნელოდ შემცირდა 1997 წელთან (287) შედარებით. თუმცა, თუ ახლანდელ მონაცემებს შევადარებთ 1988 წლის მონაცემებს (402 საავადმყოფო), შესამჩნევია მნიშვნელოვანი შემცირება. საქართველოს აქვს საავადმყოფო საწოლების ძალიან დიდი ფონდი (100.8/10000 მოსახლეზე), მაგრამ საავადმყოფოების უმრავლესობაში არ არსებობს აუცილებელი პირობები, არ არის საიმედო ელექტროენერგიით, წყლით და გათბობით მომარაგება. აღჭურვილობა ხშირად შესაკეთებელი და გამოუსადეგარია დენის, სათადარიგო ნაწილების, რენტგენის ფირების თუ რეაგენტების უქონლობის გამო. ძირითადი სარეაბილიტაციო პროგრამები ვერ ხორციელდება ფინანსური მხარდაჭერის არარსებობის გამო.

საავადმყოფო საწოლების უმრავლესობა წლების მანძილზე აშკარად დაუტვირთავია. არის შემთხვევები, როდესაც მძიმე დიაგნოზის დადგენის მიუხედავად, პაციენტები არ ბრუნდებიან სამკურნალოდ. გადახდისუნარიანი პაციენტების ნაკლებობის გამო ბევრ საავადმყოფოს არ შეუძლია ყველა ხარჯის დაფარვა.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო 1998 წელს საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი ძალიან დაბალი იყო (119.43 დღე). ამავე დროს საავადმყოფოში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა შეუსაბამოდ დიდია (11.77 დღე), განსაკუთრებით ფსიქიატრიულ საწოლებზე (124 დღე). მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს ფსიქიატრიული პაციენტების ჰოსპიტალიზაციას ყველა შემთხვევაში, მწირი და არარეგულარული დაფინანსების გამო ეს დაწესებულებები ვერ უზრუნველყოფენ სათანადო კვებას, კომუნალურ მომსახურებას, ხშირად კი მედიკამენტებით უზრუნველყოფასაც.

სამკურნალოწამლო საშუალებები

საქართველოში მედიკამენტებზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილება ყოველთვის იმპორტის ხარჯზე ხდებოდა. დამოუკიდებლობის გამოცხადებიდან 1995 წლამდე ფარმაცევტული ბაზარი სრულიად არარეგულირებადი იყო. ამჟამად ბაზარი მოიცავს 70-80 მილიონ აშშ დოლარს და უფრო ეფექტურად რეგულირდება. მისი მომარაგება ხდება კერძო და სამთავრობო იმპორტიორების მიერ (29%), ჰუმანიტარული დახმარებით (41%) და ჩრდილოვანი ბაზრის მიერ (30%). არალეგალურად შემოტანილ მედიკამენტებს არ გააჩნიათ ხარისხის სერტიფიკატი, ხშირად არ არის რეგისტრირებული, მაგრამ მათი ფასი გაცილებით დაბალია, ვიდრე ავთიაქებსა და ფარმაცევტულ ბაზებში, რომლებიც მთლიანად პრივატიზებულია. შარშანდელთან შედარებით 87%-ით გაიზარდა წამლების იმპორტზე გაცემული ლიცენზიების რაოდენობა. ჯანდაცვის სამინისტრომ დაადგინა იმპორტირებული მედიკამენტების საერთო საკონტრაქტო ღირებულება სახელმწიფო და კერძო იმპორტირებიათვის (24 მილიონი აშშ დოლარი) და ჰუმანიტარული დახმარებისათვის (3,7 მილიონი აშშ დოლარი). გასულ წელთან შედარებით ოფიციალურად იმპორტირებული მედიკამენტების ღირებულება 130%-ით გაიზარდა.

სახელმწიფო და კერძო იმპორტიორების საქმიანობა რეგულარული ხასიათისაა (1,5-2.0 მილიონი აშშ დოლარი თვეში). ჰუმანიტარული დახმარებით უზრუნველყოფა შედარებით არასტაბილურია და ხშირად არაპერმანენტული ხასიათისაა. 38 ჰუმანიტარული ორგანიზაციის იმპორტი 33 მილიონ აშშ დოლარს შეადგენს.

1997 წელს საქართველოში მედიკამენტების იმპორტი 46 ქვეყნიდან ხორციელდებოდა (1996 წელს 30 ქვეყნიდან). ძირითადი ექსპორტიორებია უკრაინა (19%), გერმანია (10%), საფრანგეთი (9%), პოლონეთი (7%), რუსეთი (6%).

1992 წელს საბჭოთა კავშირის დროს რეგისტრირებული მედიკამენტების შემოტანა გახანგრძლივდა 1998 წლამდე და ამჟამად აქტიურად მიმდინარეობს ახალი რეგისტრაციის პროცესი. 1997 წელს საქართველოში შემოდიოდა 3139 დასახელების მედიკამენტი, რომელთაგან 187 შეესაბამებოდა ესენციალური წამლების ეროვნული სიის 147 გენერიკულ წამალს.

ზოგიერთი წამლის ზედმეტად მიღება დაკავშირებულია ექიმების გადამეტებულ დანიშნულებებთან. განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს რეზისტენტულობა ანტიბიოტიკების მიმართ. ამავე დროს ჩატარებული სოციოლოგიური კვლევით დადგინდა, რომ რესპონდენტთა თითქმის ერთ მესამედზე მეტს არ შეუძლია იმ წამლების შექმნა, რომლებიც მათ ესაჭიროებათ. ამჟამად დაგეგმილია ფასების რეგულირება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ფარმაცევტული სექტორის რეფორმის შესახებ შემუშავებული რეკომენდაციების შესაბამისად.

4.2.5. ადამიანური რესურსები

საქართველოში ექიმების ჭარბი რაოდენობაა. 1998 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ექიმთა რაოდენობა 10000 მოსახლეზე (40.3) ბევრად აღემატებოდა იგივე მაჩვენებელს აშშ-ში (1.9-ჯერ), გერმანიაში (1.8-ჯერ), კანადასა (2.2-ჯერ) და ინგლისში (4.8-ჯერ). ეს შეფარდება უფრო მაღალია, თუ გავითვალისწინებთ სხვა სამინისტროების (ტრანსპორტის, თავდაცვის, შინაგან საქმეთა და უშიშროების) სამედიცინო სამსახურების სისტემაში მომუშავე კადრებს. ექიმთა მუშაობის პროდუქტიულობა დაბალია, რადგან

ისინი ხშირად ასრულებენ ისეთ ფუნქციებს, რომლებსაც მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ექთნები ან სხვა პარამედიკოსი პერსონალი ასრულებს. დამხმარე პერსონალის რაოდენობა მცირეა დასავლეთ ევროპის და სხვა მაღალგანვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით. მაგალითად, ექიმების ექთნებთან შეფარდება საქართველოში დაახლოებით 3-ჯერ დაბალია, ვიდრე კანადაში ან ევროპის ქვეყნებში.

ექიმების ჭარბი რაოდენობის შემცირებისა და სამედიცინო განათლების დონის ამაღლების ხელშეწყობის მიზნით, საქართველოს განათლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროების გაფართოებული კოლეგიის გადაწყვეტილებით დაიწყო უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების ატესტაციის პროცესი (58 კერძო სასწავლებლის ჩათვლით, რომელთა უმრავლესობას არ გააჩნია კვალიფიცირებული პედაგოგები, ბიბლიოთეკა, აღჭურვილობა და პაციენტთა ფართო სპექტრი კლინიკური მომზადების უზრუნველსაყოფად).

შემუშავებულია სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიხედვითაც 6 წელი ეთმობა აკადემიურ განათლებას და შემდეგ მინიმუმ ორი წელი ზოგად რეზიდენტურას. როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო ინსტიტუტებში სტუდენტებისთვის სავალდებულოა საბოლოო სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარება. 1998 წელს კერძო ინსტიტუტების 1500 კურსდამამთავრებელიდან მხოლოდ 374 გამოვიდა ასეთი გამოცდის ჩასაბარებლად, რომელთაგან გამოცდა ჩააბარა 152-მა.

4.2.6. სამედიცინო მეცნიერება

სამედიცინო პროფილის ყველა სამეცნიერო ინსტიტუტი მეცნიერებათა აკადემიას და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ექვემდებარება. ეს უწყებები კოორდინირებას უწევენ და აფინანსებენ მთელ სამედიცინო მეცნიერებას საქართველოში. უკანასკნელ წლებში მკვეთრად შემცირდა ყველა სახის, მათ შორის, სამედიცინო სამეცნიერო კვლევების დაფინანსება. ზოგიერთი ინსტიტუტი შეეცადა გადასულიყო თვითდაფინანსებაზე და შეექმნა პატარა ფარმაცევტული ქარხნები, დიაგნოსტიკური ლაბორატორიები და აფთიაქები. სოროსის ფონდმა და სხვა უცხოურმა ორგანიზაციებმა უზრუნველყვეს გრანტებით ყველაზე უფრო იმედისმომცემი კვლევები. 1997 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოიყო 670000 ლარი კონკურსის

საფუძველზე 26 ინსტიტუტის 52 თემის გრანტული წესით დასაფინანსებლად, თუმცა გრანტების გადარიცხვა დაგვიანებით და ნაწილობრივ ხდება. ბევრი მკვლევარი იძულებული გახდა შეეწყვიტა სამეცნიერო საქმიანობა, გადასულიყო კერძო სექტორში ან დაეტოვებინა ქვეყანა.

მიუხედავად ამკარა სირთულეებისა, უკანასკნელ წლებში შესამჩნევად იმატა სამეცნიერო პუბლიკაციების რაოდენობამ და საერთაშორისო კონფერენციებში ქართველი მეცნიერების მონაწილეობამ. უმაღლესი სამეცნიერო ხარისხების მიმნიჭებელ საბჭოებს მოემატა დამოუკიდებლობა და ავტორიტეტი, სათანადოდ გაიზარდა მათი მოთხოვნებიც სამეცნიერო ხარისხის მაძიებელთა მიმართ.

5. ჯანმრთელობის დაცვის ახალი პოლიტიკა

5.1. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ხედვა 21-ე საუკუნეში

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური პოლიტიკის განუყოფელი ნაწილია. იგი წარმოადგენს შეთანხმებას სახელმწიფოსა და სხვადასხვა პოლიტიკურ ძალებს შორის 2010 წლამდე მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების სტრატეგიის შესახებ. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია, რომლის კონცეფცია მომზადდა ქვეყნის ანტიკრიზისული მდგომარეობიდან გამოყვანისა და სტაბილიზაციის პროგრამის ფარგლებში და რომელიც შევიდა საქართველოს საპრეზიდენტო პროგრამაში „ახალი დემოკრატიული საქართველოსათვის“, წარმოადგენდა რეფორმისტული გარდაქმნების ორგანულ შემადგენელ ნაწილს და გამომდინარეობდა ამ უკანასკნელის მიზნებისა და ამოცანებისგან – მინიმალური დანაკარგებით და მაქსიმალურად მოკლე დროში ცივილიზებული დემოკრატიული საზოგადოების აშენება და შესატყვისი საზოგადოებრივი ურთიერთობების დამკვიდრება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა არ გულისხმობს მხოლოდ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას, არამედ ერის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის ისეთი უმნიშვნელოვანესი ღონისძიებების გატარებასაც, როგორცაა უსაფრთხო გარემოს, სასმელი წყლის და საკვების უზრუნველყოფას, გონიერული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობას და სხვ. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის XXI საუკუნის მოდელი უნდა ეყრდნობოდეს სამართლიანობის, ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპებს. ამასთან, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება უნდა ხორციელდებოდეს არა მხოლოდ ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლებით, არამედ პიროვნების, ოჯახისა და მთლიანად საზოგადოების სოციალური, ფიზიკური და ფსიქიკური კეთილდღეობითაც.

პრიორიტეტების შერჩევა და სტრატეგიების ჩამოყალიბება ემყარება შემდეგ ძირითად ფასეულობებსა და პრინციპებს:

- ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოების სოციალური განვითარების მთავარი მიზანი;

- თანასწორუფლებიანობა და სოლიდარობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში;
- პიროვნებაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარება;
- მეცნიერული დასაბუთება, გულისხმიერება და ანგარიშგება, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შესამუშავებელ და განსახორციელებელ ღონისძიებათა ეთიკური საფუძველი;
- ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიათა მდგრადობა.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგია გულისხმობს სამ ძირითად მიმართულებას:

- ავადობისა და ტრავმების თავიდან აცილებას და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის გამიზნული ღონისძიებანი;
- ავადმყოფებისა და ტრავმირებულებისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
- ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ინტერესებიდან გამომდინარე საზოგადოების რესურსების მობილიზების ახალი მექანიზმის ჩამოყალიბება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გულისხმობს ამ საქმეში მთელი საზოგადოების მონაწილეობას. აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის ძირითად ეტაპებს უნდა წარმოადგენდეს:

- ისეთი სტრუქტურების შექმნა, რომლებიც უზრუნველყოფენ მულტისექტორულ და ორგანიზაციულ თანამშრომლობას და კოორდინაციას;
- სხვადასხვა დაწესებულებების, ორგანიზაციების და მთელი საზოგადოების ინფორმირება იმის შესახებ, თუ რა ღონისძიებების გატარებაა საჭირო ყოველი მოქალაქის თუ მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის;
- სათანადო კვლევებისა და საინფორმაციო სისტემების განვითარება ჯანმრთელობის დაცვის დაგეგმვის, ცალკეული პროგრამების რეალიზაციისა და მათი შეფასების ორგანიზების მიზნით;
- ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებისათვის ფართო სპექტრის პარტნიორული ურთიერთობების დამყარება.

5.2. ჯანმრთელობის ბიოლოგიური საფუძველი

ერის გენეტიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და მომავალი თაობებისთვის ჯანმრთელი გენოფონდის შენარჩუნების პრიორიტეტულ მიმართულებებს წარმოადგენს:

- თანდაყოლილი ფსიქიკური ანომალიების დროული დადგენა;
- ორსულ ქალებში თანდაყოლილი ანომალიების პრენატალური დიაგნოსტიკა;
- მემკვიდრეობითი და თანდაყოლილი ნეონატალური მეტაბოლური დარღვევების სელექცია;
- გენეტიკური დაავადებების რეგისტრის შექმნა;
- მაღალკვალიფიციური კადრების მომზადება;
- გარემოს კონტროლის გაძლიერების მიზნით მულტისექტორული თანამშრომლობის გაფართოება.

5.3. ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობა

აქცენტი გადატანილი იქნება მოსახლეობის ცხოვრების წესის შეცვლაზე, რის შედეგადაც მოსალოდნელია მავნე პროდუქციის (თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკები) მოხმარების შემცირდება, მოსახლეობის ჯანსაღი კვებით უზრუნველყოფა და მისი ფიზიკური აქტივობის ამაღლება. გათვალისწინებულია აგრეთვე საგანმანათლებლო მუშაობის გაშლა, სამედიცინო რეაბილიტაციაზე და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე მიმართული ღონისძიებების გაფართოება. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაზე ორიენტირებული პოლიტიკა ითვალისწინებს რამდენიმე პრინციპული მიმართულების განვითარებას:

- მოსახლეობაში სათანადო მუშაობის გაშლა თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების წინააღმდეგ;
- მავნე პროდუქტების წარმოებასა და ვაჭრობაზე სამთავრობო კონტროლის გაძლიერება;
- არამწველთა უფლებების დაცვა;
- ალკოჰოლსა და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირთა აქტიური სამედიცინო მკურნალობა და რეაბილიტაცია;

- მულტისექტორული თანამშრომლობის საფუძველზე ნარკომანიისა და ნარკოტიკების იმპორტის კონტროლის გაძლიერება;
- დევიანტური ქცევის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების მიზნობრივ ჯგუფებთან სათანადო მუშაობის გაძლიერება;
- მოსახლეობის და განსაკუთრებით ახალგაზრდობის ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა სათანადო ინფორმაციის ეფექტური გამოყენებით, სასწავლო პროგრამებში სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების ჩართვით, სპორტული კომპლექსების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფით და სხვ.;
- მოსახლეობაში სათანადო ახსნა-განმარტებითი მუშაობის ჩატარება მიკროელემენტებით მდიდარი და ნაკლებად ცხიმოვანი რაციონალური კვების დანერგვის უპირატესობების შესახებ;
- სხვა სექტორებთან თანამშრომლობა საკვების უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად.

5.4. ჯანსაღი და უსაფრთხო ფიზიკური გარემო

საქართველოში ჯანდაცვის სტრატეგიული დაგეგმვის ერთ-ერთი ძირითადი მიზანია მოსახლეობის კონსტიტუციური უფლების უზრუნველყოფა იცხოვროს ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოში.

მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე და საშიში გარემო ფაქტორების თავიდან აცილება შეიძლება განხორციელდეს შემდეგი ძირითადი საშუალებებით:

- ეროვნულ, რეგიონულ და ადგილობრივ დონეებზე გარემოს გაჯანსაღების სამოქმედო გეგმის შემუშავება;
- ოპტიმალური ტექნოლოგიების გამოყენება, რომელიც ხელს შეუწყობს ბუნებრივი რესურსების რაციონალურ გამოყენებას;
- სპეციალური გადასახადების შემოღება გარემოს დაცვის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნების უზრუნველყოფის მიზნით;
- საზოგადოებრივი აზრის მობილიზება მასმედიის საშუალებით;

- გარემოსა და ადამიანის ჯანმრთელობის დასაცავად ინტერსექტორული მუშაობის გაშლა სპეციალური საბჭოების ჩამოყალიბებით ეროვნულ და რეგიონულ დონეებზე;
- არასამთავრობო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის გაშლა საჭირო ცვლილებების მხარდასაჭერად;
- ადგილობრივი ხელისუფლების, ჯანმრთელობის დაცვის, სოციალური და განათლების სექტორების, პროფესიული კავშირების, მასმედიის და მოსახლეობის აქტიური მონაწილეობით “ჯანმრთელი ქალაქისა და საზოგადოების” კონცეფციის დანერგვა;
- წყლის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის ახალი ნორმებისა და სტანდარტების შემოღება; საწარმოო გამონაბოლქვებზე კონტროლის გაძლიერება; მეორადი ნედლეულის გადამუშავებაზე მიმართული პროექტების ფინანსური ხელშეწყობა;
- ინტეგრირებული სისტემის შექმნა ბუნებრივი კატასტროფების, საომარი მოქმედების შედეგების, რადიაციული, ქიმიური და გარემოს სხვა სახის დაბინძურების შემთხვევაში მოსახლეობისათვის გადაუდებელი დახმარების უზრუნველსაყოფად.

5.5. ჯანმრთელობის ხელშემწყობი დაწესებულებები

საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ ადამიანს აქვს ინდივიდუალური არჩევანის უფლება, შეეხება ეს მის ქცევას სახლში, სასწავლო დაწესებულებაში, სამუშაო ადგილზე თუ საზოგადოებაში.

აქედან გამომდინარე, დაგეგმვა უნდა მოიცავდეს ისეთ ასპექტებს, როგორცაა საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესება, მოსახლეობის სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესების პროცესის შეჩერება. ჯანმრთელი საცხოვრებელი გარემოს უზრუნველსაყოფად აუცილებელია ადეკვატური ჯანდაცვითი, სოციალური, სატრანსპორტო, სავაჭრო და რეკრეაციული სამსახურების არსებობა.

შრომის უსაფრთხოება თავის მხრივ მოიცავს სამუშაო პირობებზე კონტროლის დაწესებას და პროფესიული რისკ-ფაქტორებისა და დაავადებების სკრინინგს. გასათვალისწინებელია ინვალიდების

საცხოვრებელი, სამუშაო და სოციალური პირობების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, რათა ეს კონტინგენტი სრულად იყოს ინტეგრირებული საზოგადოებაში.

საჭიროა სასწავლო დაწესებულებებში ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდაზე მიზანმიმართული ღონისძიებების მაქსიმალური ხელშეწყობა. მასწავლებლები, მშობლები და თვით მოსწავლეები პარტნიორები უნდა გახდნენ ამ კუთხით გატარებული ღონისძიებების შემუშავებაში, დანერგვასა და შეფასებაში.

5.6. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა

5.6.1. სტრატეგიული ხედვა

არსებული სოციალური მოთხოვნებისა და ეკონომიკური პირობების გათვალისწინებით ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა დაეფუძნება თანამედროვე მეცნიერების მიღწევებს, პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ძლიერ ქსელს, სადაზღვევო ურთიერთობებს და სამედიცინო დაწესებულებების დიფერენცირებას მათი ღონისა და ეფექტურობის მიხედვით. სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს პრობლემის სიმწვავე და ავადობის სტრუქტურა, აქცენტი გადატანილ უნდა იქნეს ადრეულ დიაგნოსტიკაზე, დაავადებების პროფილაქტიკაზე, ყოვლისმომცველ და მაღალხარისხოვან მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე.

5.6.2. ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების ორგანიზაციისა და მართვის გაუმჯობესება

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის კოორდინატორის უმაღლეს ფუნქციას შეასრულებს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელების პროცესის მართვისა და კოორდინაციის სახელმწიფო კომისია საქართველოს პრეზიდენტის ხელმძღვანელობით. ანალოგიური სტრუქტურები შეიქმნება რეგიონულ და მუნიციპალურ დონეებზეც.

სტრატეგიული გეგმის განხორციელებაში წამყვანი როლი ენიჭება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს. ჯანდაცვის რეგიონული სამმართველოები დაექვემდებარებიან შემდგომ რესტრუქტურისაგან მულტისექტორული თანამშრომლობის გაუმჯობესების და მათი ახალი როლისა და მოვალეობების შესასრულებლად.

ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების რეორგანიზაციისა და მართვის გაუმჯობესებისათვის საჭიროა ჯანდაცვის მენეჯერების ავტონომიის გაფართოება, რისთვისაც აუცილებელი იქნება ჯანდაცვის მენეჯერების ინტენსიური მომზადების უზრუნველყოფა. მოქმედი საინფორმაციო სისტემა მოითხოვს გაუმჯობესებას საერთაშორისო სტანდარტებთან (დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადახედვასთან) შესაბამისობაში მოსაყვანად.

5.6.3. ჯანმრთელობის დაცვის ინფრასტრუქტურის რეფორმირება

ჯანდაცვის დაფინანსება

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაფინანსება გაიზრდება მთლიანი შიდა პროდუქტის 4%-მდე 2005 წლისათვის და 6%-მდე – 2010 წლისათვის. მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პაკეტის უზრუნველყოფა მოხდება სახელმწიფო დაფინანსებით, ხოლო მის ზევით-კერძო, ნებაყოფლობითი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფონდების საშუალებით.

2005 წლამდე სამედიცინო სოციალური დაზღვევით მოცული მოსახლეობის წილი გაიზრდება ეტაპობრივად და 2010 წლისთვის იგი მოიცავს მთელ მოსახლეობას.

პროფილაქტიკური სამსახურების ადეკვატური დაფინანსების უზრუნველსაყოფად სამთავრობო ხარჯები უპირველესად გადანაწილდება პროფილაქტიკურ სამსახურებზე და პირველად ჯანდაცვაზე. მოსახლეობის მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე გაღებული თანხების ლეგალიზება გაზრდის სამედიცინო სამსახურების ეფექტურობას და შეამცირებს მომხმარებელთა ხარჯებს.

პირველადი ჯანდაცვა

რესურსების გადანაწილებისას უპირატესი ყურადღება მიექცევა პირველადი და პროფილაქტიკური სამსახურების განვითარებას. პროფილაქტიკური სამსახურები კვლავ დაფინანსდება სამთავრობო შემოსავლებიდან. პირველადი ჯანდაცვის შემდგომი გაუმჯობესება მოხდება ოჯახის ექიმისა და ბინაზე საექთნო მომსახურების ინსტიტუტის შემოღებით. ამ გზით მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების დიდი ნაწილის მიწოდება მოხდება სტაციონარების გარეთ, რაც უფრო მეტ საშუალებას იძლევა ადრეული დიაგნოსტიკისათვის, დაავადების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის, რაც საბოლოო ჯამში მნიშვნელოვნად ამცირებს ეროვნულ დანახარჯებს ჯანდაცვაზე.

მეტი ყურადღება მიექცევა ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობას. თითოეული მოქალაქისათვის ხელმისაწვდომი გახდება მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, გაუმჯობესდება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა ყველაზე გავრცელებული დაავადებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა. გაიზრდება იმუნიზაციით მოსახლეობის მოცვა, რაც ეკონომიკური თვალსაზრისით წარმოადგენს პროფილაქტიკის ყველაზე მომგებიან სახეს.

სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური სამსახურების რეფორმა

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პერიოდში ყოფილი საბჭოთა სანეპიდსამსახურის ფუნქციები გადანაწილდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტებზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს გააჩნია სათანადო ქვედანაყოფები მსხვილ ქალაქებში და რეგიონებში. იგი პასუხისმგებელია ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ანალიზისა და მის მართვაზე, დაავადებათა პროფილაქტიკის მიზნით სათანადო ღონისძიებების ორგანიზაციასა და განხორციელებაზე. დეპარტამენტის დაქვემდებარებაშია – დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის ცენტრი და სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი.

სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტი პასუხისმგებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოს ფაქტორების უარყოფითი გავლენის თავიდან აცილების, შრომის, ყოფაცხოვრების, კვების, რადიაციული და ქიმიური უსაფრთხოების სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების შემუშავებაზე და მათი დაცვის კონტროლზე.

ეფექტური სტაციონარული მომსახურება

ამჟამად მოსახლეობისთვის მიწოდებული სტაციონარული მომსახურების დიდი ნაწილი შეძლებისდაგვარად გადაინაცვლებს ამბულატორიულ დაწესებულებებში. მოხდება სტაციონარული მომსახურების რაციონალიზაცია, რაც შეამცირებს საავადმყოფო საწოლების რაოდენობას, ჰოსპიტალიზაციის კოეფიციენტს და დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობას. საავადმყოფო სისტემის ოპტიმიზაცია მოითხოვს ადამიანური და მატერიალური რესურსების ეფექტურ მართვას, რაც გამოიწვევს ზოგიერთი საავადმყოფოს ფუნქციების გადანაწილებას, საწოლთა შემცირებას, დაკონსერვებას ან გაუქმებას.

თვითდაფინანსებაზე მყოფ საავადმყოფოებს მიეცემათ მეტი ავტონომია საავადმყოფოს რესურსების მოხმარებაში. საავადმყოფოებს საშუალება ექნებათ თვითონ გადაწყვიტონ საკუთარი კადრების განაწილება მოქმედი წესებისა და დებულების საფუძველზე. საავადმყოფოს მენეჯერებს მეტი ავტონომია ექნებათ თანამშრომლების შრომის ანაზღაურების განსაზღვრისას და სხვა საფინანსო სახსრების განკარგვაში. შეიქმნება მრჩეველთა საბჭოები საავადმყოფოების მართვაში მოსახლეობისა და სხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართვის მიზნით. საავადმყოფოთა საინფორმაციო სისტემები გამოყენებულ იქნება სწორი დაგეგმვისა და მონიტორინგის წარმართვაში, ფინანსური და ტექნიკური რესურსების რაციონალურ გამოყენებაში.

ფარმაცევტული სექტორის რეფორმა

ფარმაცევტული სექტორის რეფორმის გატარების მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის უზრუნველყოფა უსაფრთხო, ეფექტური და მაღალხარისხიანი მედიკამენტებით, მათი სათანადო დანიშნითა და მიღებით. ამ მხრივ პაციენტზე ორიენტირებული პრიორიტეტებია:

- ხარისხიანი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა წარმოადგენს უმაღლეს პრიორიტეტს, რადგან იგი დაუყოვნებლივ მოქმედებს პაციენტზე და აქვს დიდი პოლიტიკური და სოციალური გავლენა. ყველა ძირითადმა მხარემ (ჯანდაცვის სამინისტრო, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები და წამლების მომმარაგებლები) თავისი წვლილი უნდა შეიტანოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრინციპების დამყარების საქმეში;
- მნიშვნელოვანია ფარმაცევტული სექტორის მართვის გაუმჯობესება, საქართველოში ფარმინდუსტრიის განვითარებისათვის შესაბამისი საინფორმაციო სისტემის შექმნა, რომელიც დიდ წვლილს შეიტანს უახლესი ინფორმაციის ურთიერთგაცვლაში მედიკამენტების გამოყენების, მათი რაციონალური შერჩევის და დანიშვნის შესახებ;
- ხარისხის კონტროლიდან აუცილებელია ხარისხის უზრუნველყოფაზე გადასვლა. დაგეგმილია „კარგი სამედიცინო პრაქტიკის“, „კარგი ფარმაცევტული პრაქტიკის“ და „კარგი დისტრიბუციის პრაქტიკის“ სტანდარტების დანერგვა;
- მედიკამენტების რაციონალური გამოყენების ხელშეწყობა მოიცავს სამკურნალო და პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ესენციალური წამლების სიის გამოყენებისათვის სიცოცხლისუნარიანი პროგრამის შემუშავებას. გათვალისწინებულია ჯანდაცვის სისტემაში ფარმაცევტების უფრო ეფექტური გამოყენება;
- ფარმაცევტული კადრებისათვის დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი განათლების სისტემის გაუმჯობესება ახლებურად განსაზღვრავს მათ ფუნქციებსა და როლს.

ადამიანური რესურსების განვითარება

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის წარმატებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივ და ხარისხობრივ ოპტიმიზაციას. ჯანდაცვის სამინისტრომ გადაწყვიტა არ გაეტარებინა მკაცრი ღონისძიებები კადრებთან დაკავშირებით. ეს პროცესი ეტაპობრივად წარიმართება საბაზრო პირობებში, რაც შეამცირებს ჭარბი სამედიცინო კადრების რაოდენობას. სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირების და სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირების უკვე

არსებული სისტემის საშუალებით ხდება იმ სამედიცინო კადრების შემცირება, რომლებსაც არ გააჩნიათ სათანადო პროფესიული ცოდნა ან არ არსებობს მათთვის შესაფერისი სამუშაო ადგილი.

ალტერნატივას წარმოადგენს გამონთავისუფლებული კადრების გადამზადება ზოგადი პრაქტიკის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმებად, ჯანდაცვის მენეჯერებად; პოლიკლინიკაში მომუშავე ექიმების გადამზადება ოჯახის ექიმებად.

ადამიანური რესურსების რაციონალიზაციის ერთ-ერთ ასპექტს წარმოადგენს კადრების გადანაწილება, მატერიალური წახალისების (ფინანსური და არაფინანსური, მაგალითად, მიზნობრივი მომზადება) სისტემის შექმნა იმ სფეროში მუშაობისთვის, სადაც მცირეა კადრების რაოდენობა, განსაკუთრებით სოფლად.

ოფიციალურად დაინერგება კონკურენციის პრინციპი ყველა იმ მედიკოსისთვის, ვინც განაცხადს აკეთებს ვაკანტურ თანამდებობაზე. თანამშრომელთა დაქირავების გამართული პროცესი საჭიროებს სამუშაო ადგილის შექმნის აუცილებლობის ანალიზს, სამუშაოს აღწერას, კანდიდატთა შეფასებას და მათთან გასაუბრებას. ანაზღაურების მექანიზმები დაეფუძნება შესრულებული სამუშაოს შეფასებას, რომელიც მოიცავს მომსახურების ხარისხის, შემთხვევათა სიმწვავის და პროფესიული კვალიფიკაციის მუდმივად ამაღლების ახალ კრიტერიუმებსა და ნორმებს. ამგვარად, ადამიანური რესურსების რაციონალური გამოყენება მიიღწევა უკეთესი მენეჯმენტის საშუალებით.

სამედიცინო კადრების მომზადების დონე წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ფუნდამენტურ პირობას. ამ მიმართულებით გასატარებელი ღონისძიებების მიზანია დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების მოწინავე ფორმებისა და მეთოდების დანერგვა, სასწავლო პროგრამების საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა. განსაზღვრული იქნება კურსდამთავრებულთა პროფესიული მომზადების სახელმწიფო სტანდარტები, სასწავლო პროგრამები სხვადასხვა სამედიცინო სპეციალობებში და პროფესიული დახელოვნების გზები.

ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანა უნდა გახდეს ექთნების როლის ამაღლება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებში და თვითდაფინანსებაზე მყოფ საავადმყოფოებში. ექთნების დახელოვნება ჯანდაცვის მართვის, ეპიდემიოლოგიის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში საშუალებას მისცემს მათ დამოუკიდებლად მიიღონ გადაწყვეტილებები და გახდნენ ექსპერტები საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში.

ფიზიკური ინფრასტრუქტურა

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება მოხდება სათანადო სამედიცინო და დიაგნოსტიკური აღჭურვილობის და უკეთესი ინფრასტრუქტურის საშუალებით. მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებების ქსელის ქვეყნის რეალური მოთხოვნილებისადმი შესაბამისობაში მოყვანა ყოვლისმომცველი სარეაბილიტაციო პროგრამების საშუალებით. მოხდება სამედიცინო დაწესებულებების დაპროექტების, მშენებლობისა და ექსპლუატაციის ნორმების კორექტირება შესაბამისი პირობების (კლიმატური, სეისმური და გეოლოგიური), საერთაშორისო სტანდარტების, სამედიცინო ტექნოლოგიების და ნორმატიული რეგულირების საშუალებით. სამედიცინო-ტექნიკური და ტექნოლოგიური ინფორმაციის სპეციალური მონაცემთა ბაზა გააუმჯობესებს ძირითადი აღჭურვილობისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების პრიორიტეტულ გამოყენებას. ამ პროცესის ხელშესაწყობად გათვალისწინებულია სამედიცინო აღჭურვილობის წარმოების განვითარება. საჭიროა შიგა და საგარეო ინვესტიციების მოზიდვა, რათა დაფინანსდეს სამედიცინო დაწესებულებების რეაბილიტაცია და მათთვის საჭირო აღჭურვილობის შეძენა.

სამედიცინო საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესება

სამედიცინო საინფორმაციო სისტემის ძირითადი მიზანია დარგის უზრუნველყოფა საჭირო ინფორმაციით, რათა: განისაზღვროს პოლიტიკა; დაიგეგმოს, დაინერგოს და გაკონტროლდეს სამედიცინო დახმარების მიწოდების ხარისხი; მიღებულ იქნეს ოპერატიული გადაწყვეტილებები და განაწილდეს რესურსები.

ზემოაღნიშნული მიზნების მისაღწევად სამედიცინო საინფორმაციო სისტემამ უნდა გადაჭრას შემდეგი ამოცანები:

- გააფართოოს საინფორმაციო მომსახურება ახლად გახსნილ სამედიცინო დაწესებულებებთან, სხვადასხვა სამინისტროებთან და დეპარტამენტებთან;
- ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის მიზნების შესრულების შეფასებისას გამოიყენოს ადეკვატური მაჩვენებლები;
- ჩამოაყალიბოს საინფორმაციო-ანალიზური სისტემა მომავალი მოთხოვნილებებისა და პრობლემების პროგნოზირებისათვის;
- შექმნას საინფორმაციო ბაზების ოთხი კატეგორია (სამედიცინო-სტრატეგიული, ეკონომიკური, მატერიალურ-ტექნიკური და სამედიცინო-სამეცნიერო);
- რეგიონალური და ეროვნული მონაცემთა ბაზების დასაკავშირებლად შექმნას საინფორმაციო ქსელი;
- შეიმუშაოს ცენტრალური და რეგიონული კომპონენტების დამაკავშირებელი ქსელი დისტანციური სწავლებისა და ტელემედიცინისათვის;
- უზრუნველყოს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან და სხვა საერთაშორისო სამედიცინო საინფორმაციო სისტემებთან ინფორმაციის ურთიერთგაცვლა და ინტეგრაცია.

მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ ასეთი სამედიცინო საინფორმაციო სისტემა „ინტერაქტიურია“ ანუ უზრუნველყოფს არა მხოლოდ ინფორმაციის შეტანას დისტანციური მომხმარებლისათვის, არამედ მის მიღებასაც საკუთარი მიზნებისათვის. ამ გზით მომხმარებელი მიიღებს უახლეს ინფორმაციას, რომელიც რეალურ დახმარებას გაუწევს არა მარტო მუშაობის გაუმჯობესებაში, არამედ სისტემაში მიმდინარე პროცესების და მათი შედეგების აღქმაში.

სამედიცინო მეცნიერების განვითარება

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელება საჭიროებს მეცნიერული ცოდნის მტკიცე საფუძველს. აქედან გამომდინარე საჭიროა მოხდეს ეროვნული სამედიცინო მეცნიერების განვითარების პოლიტიკის და სათანადო პროგრამების ფორმულირება და

მათი ორიენტირება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგიაზე “ჯანმრთელობა ყველასათვის”. უნდა დამყარდეს უფრო მტკიცე კავშირი გადაწყვეტილების მიმღებებსა და მეცნიერებს შორის. პრიორიტეტულ სფეროს წარმოადგენს სამედიცინო მეცნიერების, განათლების და პრაქტიკის ინტეგრაცია ისევე როგორც ცოდნის კორპორაციული მართვა.

სამედიცინო მეცნიერების პოლიტიკის განსაზღვრისას მხედველობაშია მისაღები არსებული სოციალური მოთხოვნები და ეკონომიკური მდგომარეობა. სამედიცინო მეცნიერების მიზნებს მიეკუთვნება:

- ახალი ცოდნის შექმნა ადამიანის ჯანმრთელობის, ავადობისა და ორგანიზმის შესაძლებლობების შესახებ;
- დაავადებათა პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ახალი მეთოდების ძიება, განვითარება და განხორციელება;
- პრაქტიკოსი ექიმების ჩართვა სამედიცინო-კვლევით საქმიანობაში;
- ცოდნის მართვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირების უზრუნველყოფა;
- მეცნიერულად დასაბუთებული სტანდარტების შექმნა და მათი შემდგომი დანერგვა.

მეცნიერების განვითარების ახალმა საკანონმდებლო ბაზამ უნდა დაიცვას ინტელექტუალური საკუთრების უფლება და უზრუნველყოს სამეცნიერო საქმიანობის შეფასების ახალი კრიტერიუმები, დააწესოს სახელმწიფო და გრანტული დაფინანსება. გასათვალისწინებელია საგარეო ფინანსური წყაროების მოზიდვა, ახალგაზრდა პერსპექტიული მეცნიერების მხარდაჭერა და ტელეკონფერენციების ჩატარება.

საკანონმდებლო ბაზა

ჯანმრთელობის დაცვის საკანონმდებლო ბაზის გაუმჯობესება მიმართულია თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის პრინციპების დანერგვაზე (თანასწორობა, ინფორმირებული თანხმობა, კონფიდენციალობა) და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესის ჰუმანურობის პრინციპებთან შესაბამისობაში მოყვანაზე.

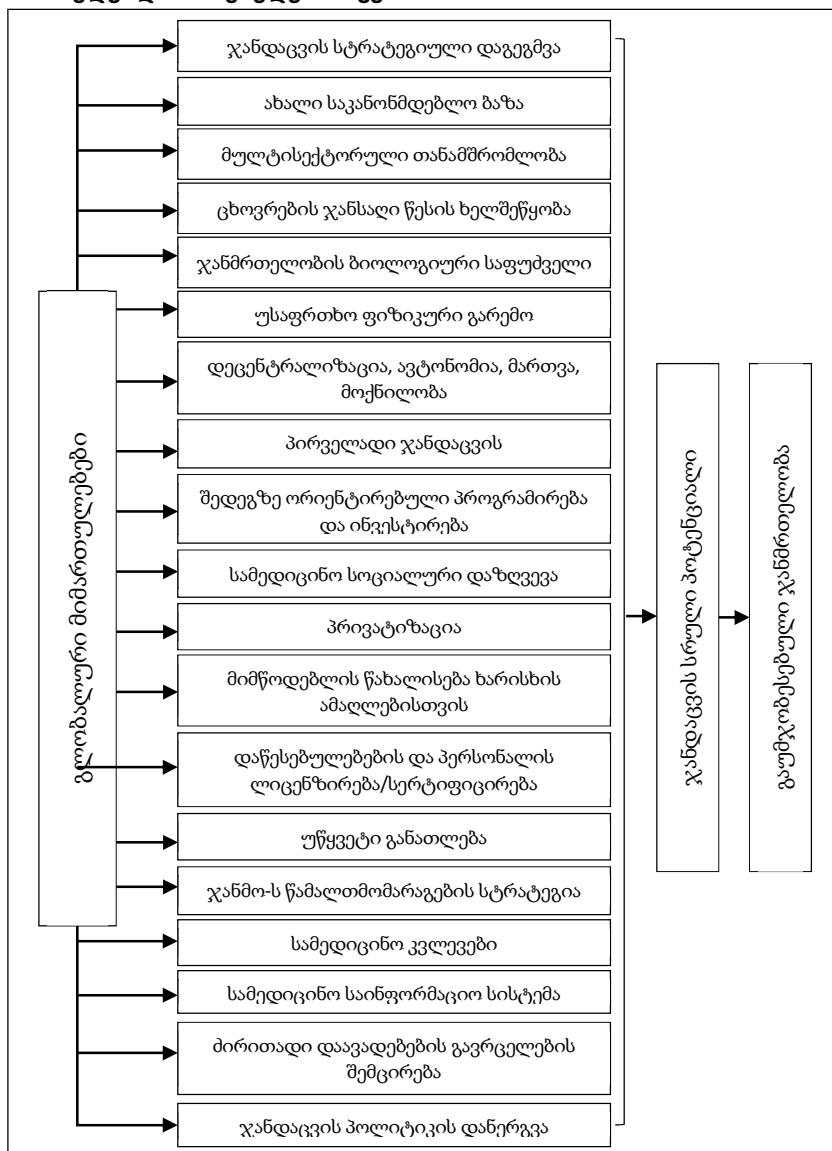
მომზადებულია ან მზადდება მთელი რიგი კანონებისა: კერძოდ, ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების და ქსოვილების აღების, შენახვისა და გადანერგვის; ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების; მოქალაქეთა უფლებების შესახებ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში; სამედიცინო საქმიანობის შესახებ.

მედიკოსები ჩართული იქნებიან ეთიკის კოდექსის მომზადებაში და ეთიკის კომიტეტის შექმნაში. შეიქმნება პაციენტთა დაცვისა და მათი დანახარჯების კონვენსაციის სისტემა.

საქართველოს ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიულ გეგმაში მოცემული პრინციპები აისახება სათანადო კანონებსა და საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებებში, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ბრძანებებში და სხვა კანონქვემდებარე აქტებში.

6. ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის განხორციელება

6.1. ხელვიდან მოქმედებისაკენ



ნახ. 7. საქართველოს 21-ე საუკუნის ჯანდაცვის ხედვა.

ეს არის დეტალური დაგეგმვის ეტაპი, როდესაც მომავალი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფართოდ ხედვა გარდაიქმნება სტრატეგიებად და დეტალურ გეგმებად (ნახ. 7), დაისახება ამოცანები და გადანაწილდება პასუხისმგებლობები.

სტრატეგიული დაგეგმვის ეს ფაზა მოიცავს არა მარტო მიზნის მისაღწევად საჭირო ქმედებებს, არამედ ისეთ ღონისძიებებსაც, რომლებიც დაკავშირებულია ცვლილებების გატარებასთან. ამგვარად, საქართველოს მთავრობა გეგმავს არა მარტო იმას, თუ რა უნდა გაკეთდეს, არამედ იმასაც, თუ როგორ უნდა შესრულდეს დაგეგმილი სამუშაო.

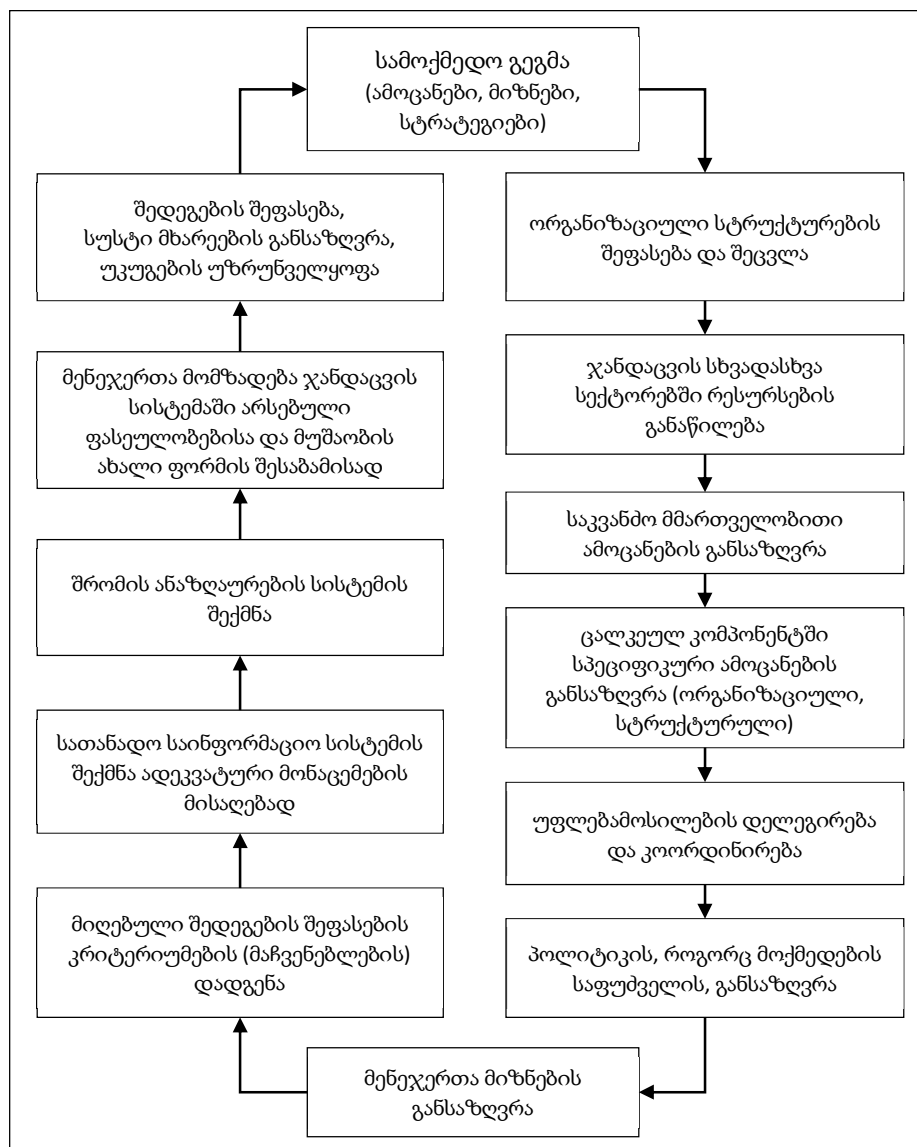
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის მიზანია რეალობად აქციოს 21-ე საუკუნის ჯანდაცვის ხედვა. ვინაიდან სტრატეგიული გეგმა მოიცავს საქმიანობის ფართო სპექტრს და ითვალისწინებს საკმაოდ დიდი რაოდენობის ცვლილებების გატარებას, ის საჭიროებს სამედიცინო დაწესებულებებისა და სხვა სექტორების თანამონაწილეობას ყველა იერარქიულ დონეზე.

გეგმის ყოვლისმომცველი დანერგვა არ წარმოადგენს არც ზუსტ მეცნიერებას და არც ავტომატურად მიმდინარე პროცესს. მასზე გავლენას ახდენს მრავალი ფაქტორი, როგორცაა ფინანსური მდგრადობა, კულტურული ღირებულებები, მმართველობითი და ტექნიკური შესაძლებლობების არსებობა, საზოგადოების ხელშეწყობა, საერთაშორისო მხარდაჭერა და ა.შ.

ამიტომაც რთული ცვლილებების გატარების დაგეგმვისას მთავრობამ გაითვალისწინა ქვეყნის ისტორია, რთული ეკონომიკური მდგომარეობა, დემოკრატიული მმართველობის მოთხოვნები, დაინტერესებული მხარეების მეტ-ნაკლები უფლებამოსილება და უზრუნველყო ამ პროცესის უწყვეტი ხასიათი. ასეთ საფუძველზე აგებული მიდგომა მიუთითებს ისეთი სტრატეგიის არსებობაზე, რომელმაც უკვე მოიტანა სათანადო ეფექტი ზოგიერთ ქვეყნებში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია, რომელიც უზრუნველყოფს კოორდინირებულ და სინქრონულ საქმიანობას, დაფუძნებულია შემდეგ პრინციპებზე:

- შემსრულებლებთან სათანადო კონსულტაციების ჩატარება იმის დასადგენად, თუ როგორ წარმოუდგენიათ მათ მოსალოდნელი ცვლილებების ზეგავლენა სისტემაზე;
- ფართო მხარდაჭერის მოსაპოვებლად საზოგადოების დეტალური ინფორმირება მოსალოდნელი ცვლილებების და დასახული მიზნების შესახებ, ვინაიდან საზოგადოებაში არსებული წარმოდგენები და რეალობა, შესაძლოა, იმდენად განსხვავებული იყოს, რომ გამოიწვიოს წინააღმდეგობა;
- დასახული გეგმის განხორციელების სათანადო მხარდაჭერისათვის პოლიტიკურ ძალებს შორის კონსენსუსის მიღწევა;
- ცვლილებების გატარება დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში, ვინაიდან მის გაზრდასთან ერთად იზრდება სადაო საკითხების წამოჭრის საშიშროებაც;
- გეგმის განხორციელების გაადვილებისათვის მისი დაყოფა ცალკეულ კომპონენტებად, რომლებსაც უნდა გააჩნდეს საკუთარი სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა;
- ცვლილებების ეფექტურობის შესაფასებლად და მიღწეული პროგრესის მონიტორინგისთვის სათანადო პროცედურის განსაზღვრა;
- ცვლილებების ადრეული უკუგება ზოგიერთ შემთხვევაში იძლევა აუცილებელი ღონისძიების სწრაფად გატარების საშუალებას;
- გეგმის განხორციელებისთვის საციცოცხლო მნიშვნელობა აქვს სათანადო ფინანსური რესურსების არსებობას;
- ამა თუ იმ სექტორში პოლიტიკის შემმუშავებლები არ უნდა შემოიფარგლონ მხოლოდ თავისი დარგის ანალიზით, არამედ უფრო ფართოდ შეხედონ სხვა სექტორებში მიმდინარე პროცესებს, რომელთაც შეიძლება ზეგავლენა იქონიონ მათ პრობლემებზე. სწორედ ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით უნდა შემუშავდეს პრობლემათა გადაჭრის გზები;
- დანერგვის პროცესი გულისხმობს მენეჯერებისა და დამგეგმარებლების ჩართვას ჯანდაცვის რეფორმის მიმდინარეობის მონიტორინგის და კონტროლის პროცესში, რაც ითვალისწინებს: ათვლის წერტილების დადგენას, საიდანაც იწყება პროგრესი; ბიუჯეტის და სხვა რესურსების ოპტიმიზაციას; შედეგების მონიტორინგს;



ნახ. 8. სამოქმედო გეგმის დანერგვის პროცესი.

6.2. სტრატეგიული გეგმის განხორციელების პროცესის კოორდინირება

სახელმწიფო კომისია

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის მართვისა და კოორდინაციის სახელმწიფო კომისია (სახელმწიფო კომისია), რომელიც შეიქმნა საქართველოს პრეზიდენტის ხელმძღვანელობით, ასრულებს ეროვნული ჯანდაცვის მართვისა და კოორდინაციის უმაღლეს ფუნქციას. იგი განსაზღვრავს სხვადასხვა სექტორების როლს დანერგვის პროცესში და აკონტროლებს მათზე დაკისრებული მოვალეობების შესრულებას. ანალოგიური სტრუქტურები შეიქმნება რეგიონულ და მუნიციპალურ დონეებზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო

სტრატეგიული გეგმის დანერგვაზე ძირითადი პასუხისმგებლობა აკისრია ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს. ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი წარმოადგენს დანერგვის პროცესის მთავარ კოორდინატორს.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო შემდგომში განავითარებს სტრატეგიული გეგმის ტექნიკურ ასპექტებს და აყალიბებს სამოქმედო გეგმებს და ქვეპროგრამებს რეგიონულ/მუნიციპალურ დონეზე (მაგალითად, შემუშავებულია ცალკეული გეგმები ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ეროვნული პროგრამისთვის; ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის პროექტი; ფარმაცევტული სექტორის რეფორმის სამოქმედო გეგმა და ა.შ.). საჭიროა ყველა ამ გეგმის, პროგრამის და პროექტის რეალიზაციის კოორდინაცია. სხვა სიტყვებით რომ ითქვას, ძირითად ამოცანას წარმოადგენს კომპლექსური პროცესების დინამიკის მართვა.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დეპარტამენტებმა წამყვანი როლი უნდა შეასრულონ მათ მოვალეობებთან დაკავშირებული საკითხების განხორციელებაში. მათ უნდა მოამზადონ სათანადო საკანონმდებლო ბაზა და ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის ფარგლებში ჩამოაყალიბონ ყოველწლიური და 10-წლიანი გეგმები, უზრუნველყონ საქმიანობის შედეგების შეტყობინება ჯანმრთელობის დაცვის

მინისტრისთვის და ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრისათვის ყოველწლიური შეფასების საფუძველზე.

ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი

აღნიშნული ცენტრი ხელმძღვანელობს ურთიერთობებს გადაწყვეტილების მიმღებებსა და შემსრულებლებს შორის. იგი:

- უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დეპარტამენტების და ჯანდაცვის რეგიონული და მუნიციპალური დეპარტამენტების კოორდინირებულ საქმიანობას;
- აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის ღონისძიებების დროულ დანერგვას;
- აფასებს ხარისხის სტანდარტების დაცვას დანერგვის პროცესში;
- აკონტროლებს და აფასებს დანერგვის პროცესს და მიღწეული შედეგების მიხედვით აზუსტებს არაეფექტურ გეგმებს;
- ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრთან კონსულტაციების საფუძველზე უზრუნველყოფს ინტერსექტორულ თანამშრომლობას;
- კოორდინირებას უწევს სტრატეგიული გეგმის დანერგვაში საერთაშორისო ორგანიზაციების მონაწილეობას;
- უზრუნველყოფს გატარებული ცვლილებების ორგანიზაციულ შინაარსს და ფსიქოლოგიურ გარემოს.

ჯანდაცვის რეგიონული ადმინისტრაციები

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის ფარგლებში მათ მოვალეობას წარმოადგენს რეგიონული გეგმების შემუშავება და განხორციელება. ჯანდაცვის რეგიონული დეპარტამენტების კომპეტენციაში შედის ყველა სახის საქმიანობის შეფასება და მათი შედეგების შეტყობინება (რეგიონულ კომიტეტს, ჯანდაცვის სამინისტროს და ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრს).

პარტნიორობა

სტრატეგიული გეგმის დანერგვის პროცესში კოორდინირებული მონაწილეობა უნდა მიიღონ სხვადასხვა პარტნიორებმა (პარლამენტის წევრები, მედიკოსები, მეცნიერები, განათლების სფეროს მუშაკები,

ფინანსური სტრუქტურები, ქალაქის დაგეგმვისა და მშენებლობის სამსახურები, მრეწველები, მასმედია, არასამთავრობო ორგანიზაციები, მოსახლეობა).

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველა დონის ეფექტურ ურთიერთობას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პარტნიორების ახალ მოვალეობებთან ადაპტირების პროცესში. ისინი უნდა იცნობდნენ ჯანმრთელობის დაცვის ახალ სტრატეგიებს და დაგეგმილ ცვლილებებს. ძირითად შემსრულებლებს დროულად უნდა ეცნობოთ მოსალოდნელი ცვლილებების შესახებ. მათი მომზადება უნდა ითვალისწინებდეს არა მხოლოდ პროფესიულ, არამედ კულტურულ და ფსიქოლოგიურ თავისებურებებსაც.

6.3. ფინანსური რესურსები

ექსპერტული გაანგარიშებით სტრატეგიული გეგმის საერთო ღირებულება 10 წლის მანძილზე (2000-2009) 2.543,7 მილიონ აშშ დოლარს შეადგენს (ცხრილი 10). ხარჯების დეტალური განაწილება მოცემულია დანართ 3-ში.

ინვესტირების ხარჯები მოიცავს მხოლოდ შენობების შეკეთებას. იგი არ არის გათვალისწინებული მშენებლობისთვის. ინვესტირების ხარჯების სხვა სახეებია: სამედიცინო აღჭურვილობის შეცვლა და ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება, ტრანსპორტი, საკომუნიკაციო სისტემები, ტრენინგი, ბეჭდვითი საქმიანობა, ტექნიკური დახმარება და სხვა.

ზედნადები ხარჯები გულისხმობს ხელფასებს, შენობის შენახვას, სამედიცინო აღჭურვილობის მოვლისა და ექსპლუატაციის ხარჯებს, სატვირთო და სასწრაფო დახმარების მანქანებს, საკომუნიკაციო სისტემებს.

საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროსთან შეთანხმებული გრძელვადიანი პროგნოზის საფუძველზე ჯანმრთელობის დაცვის განვითარებისთვის 2000-2009 წლიან პერიოდში სახელმწიფოს მიერ შესაძლოა მხოლოდ 1780 მლნ. აშშ დოლარის მობილიზება. ცხადია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის სრული განხორციელებისათვის აუცილებელია 763,674 მლნ. აშშ დოლარიანი დეფიციტის შევსების საშუალების მოძიება.

ცხრილი 10. სტრატეგიული გეგმის დანერგვის ყოველწლიური ხარჯები (1000 აშშ დოლარში)

N	ლონსიმიები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ
1	გენეტიკური ჯანმრთელობა	2425	2875	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	22900
2	დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	41900	42250	42500	42750	43200	43450	43700	43950	44200	44450	432350
3	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	8680	10340	6580	6780	7080	6780	6670	6970	8370	8170	76420
4	ონკოლოგიური დაავადებები	6350	6550	6910	7350	7850	8090	8670	9270	10000	10200	81240
5	ტრავმატიზმი	3570	5455	1445	2435	2335	3335	335	335	335	335	19915
6	გადამდები დაავადებები	1700	2950	2700	2450	2500	2400	2350	2150	2050	1850	23100
7	ფსიქიკური ჯანმრთელობა	152	472	778	1148	1448	1598	1718	2203	2203	2203	13923
8	ცხივების ჯანსაღი წესის დანერგვა	2870	3570	4010	4270	4670	4720	3700	4270	4330	4330	40740
9	ჯანსაღი და უსაფრთხო გარემო	10909	10420	10389	2204	1924	2034	1959	1839	1839	1839	45356
10	ჯანდაცვის დაფინანსება	30740	40580	55375	80110	100110	120055	150000	190000	235000	295000	1296970
11	პირველადი ჯანდაცვა	3150	2340	2280	2280	1950	1950	1810	1810	1810	410	19790
12	სტაციონარული მომსახურება	11460	11460	11900	12120	12120	12290	11960	11960	11960	11630	118860
13	ფარმაცევტული სექტორი	5541	4771	3268	2240	635	625	480	470	480	570	19080
14	ადამიანური რესურსების განვითარება	5100	4900	4500	4400	4200	4000	3800	3600	3400	3300	41200
15	ფიზიკური ინფრასტრუქტურა	5134	30143	45149	50150	20130	20129	20127	20127	20127	20127	251343
16	ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემა	1737	1690	1660	1756	1769	1844	1840	1968	2028	2158	18450
17	საკანონმდებლო ბაზა	212.5	283	487.5	234	315	406	497	588	469	360	3852
18	სამედიცინო მეცნიერება	1480	1535	1590	1660	1720	1810	1890	1970	2050	2150	17855
19	ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვა	85	45	55	45	55	45	55	45	55	45	530
	სულ	128165.5	169599	193756.5	218562	216191	237741	266741	310705	370896	431317	2543674
	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (როგორც მთლიანი შიდა პროდუქტის %)*	37000	56000	78000	99000	123000	160000	211000	252000	334000	430000	1780000
	დეფიციტი	91165.5	113599	115756.5	119562	120000	77741	55741	58705	36896	1317	763674

* განაწარმოებები იხილეთ დანართი 3ა-ში

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის ყველა ზედნადები და კაპიტალური ხარჯები შეიძლება დაფინანსდეს იმ შემთხვევაში, თუ ეკონომიკა შესაბამისად განვითარდება წინასწარი პროგნოზის მიხედვით და მოხდება ჯანდაცვის სექტორზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი დაფინანსების ზრდა მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში (4% – 2005 წელს და 6% – 2009 წელს), აგრეთვე იქნება რესურსების ისეთი წყაროები, როგორცაა კრედიტები, გრანტები, გაფართოვდება კერძო სექტორი და დაწესდება გადასახადი მომსახურების ისეთ სახეებზე, რომლებიც არ შედის სამედიცინო მომსახურების ძირითად პაკეტში და ა.შ.

6.4. დონორული თანამშრომლობა

სტრატეგიული გეგმის დანერგვის პროცესში აუცილებელი იქნება დონორი ორგანიზაციების დახმარება. ამ დახმარებას, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მხრიდან, ესაჭიროება სათანადო კოორდინირება მაქსიმალური ეფექტის მისაღებად.

დიდი მნიშვნელობა აქვს საქმიანობის დუბლირების თავიდან აცილებას და სინქრონული საქმიანობის პირობების შექმნას. უნდა გაიზარდოს არსებული და მოსალოდნელი დახმარების ეფექტურობა.

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ უნდა მოახდინოს საერთაშორისო და სამამულო ორგანიზაციების ინტერესების შერწყმა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის გატარების საქმეში. მოცემული სტრატეგიული გეგმა ხელს უწყობს ასეთი მცდელობის ეფექტურობას და შეიცავს სტრატეგიის დეტალურ კონცეფციას, დაგეგმილ ღონისძიებებს, მათი ღირებულების ანალიზს და განხორციელების დროს.

6.5. მონიტორინგი და შეფასება

სტრატეგიული გეგმის განხორციელების პროცესის შეფასება

სტრატეგიული გეგმის მიზნებისა და ამოცანების მიღწევა საჭიროებს გატარებული ღონისძიებების და მათი შედეგების პერიოდულ მონიტორინგს. მონიტორინგი ადასტურებს გატარებული ღონისძიებების ეფექტურობას დაგეგმილი შედეგების მისაღწევად. შედეგებისა და პროცესის მონიტორინგი საშუალებას იძლევა დავინახოთ, თუ რომელი ტაქტიკაა უკეთესი. ცვლილებების კონტროლი დროის გარკვეულ მონაკვეთში იძლევა მოსალოდნელი და რეალური შედეგების შედარების საშუალებას.

შეფასების მიზანი არ არის მხოლოდ აზრის გამოთქმა რეფორმის წარმატებისა თუ წარუმატებლობის შესახებ, მისი მეშვეობით ხდება დაშვებული შეცდომების გაანალიზება, დაგროვილი გამოცდილების გათვალისწინება მომავალ საქმიანობაში და საჭიროების შემთხვევაში, სტრატეგიული გეგმის გადახედვა. აქედან გამომდინარე, მონიტორინგის და შეფასების საკითხები არ უნდა განიხილებოდეს როგორც ერთჯერადი კამპანია, არამედ იგი უნდა წარმოადგენდეს უწყვეტ და რუტინულ პროცესს ცვლილებების გატარების მთელი პროცესის მანძილზე. მონიტორინგისა და შეფასების პროცესმა უნდა უზრუნველყოს გადაწყვეტილების მიღების ანალიტიკური საფუძველი მმართველობისა და პოლიტიკის განხორციელების ყველა დონეზე.

მონიტორინგის და შეფასების პროცესის მიზანია იმ ძირითადი ამოცანის შესრულება, რომელიც საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტში არის მოცემული – „პიროვნების ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ავადობისა და ტრავმატიზმის შემცირება და პაციენტებისათვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება“. ეს მიზანი შესაბამისობაშია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგიასთან „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, რომლის მიზნებია ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, თანასწორობა და ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესება.

პოლიტიკის მიზნების შესრულების მონიტორინგის პროცესში გათვალისწინებულ უნდა იქნეს შემდეგი საკითხები:

- პროცესის და შედეგების მუდმივი შეფასება;

- ხარისხობრივი და რაოდენობრივი ასპექტები;
- ყველა იმ დაინტერესებული მხარის მონაწილეობა, რომლებიც დაკავშირებული არიან ცვლილებების გატარებასთან (მთავრობა, ჯანდაცვის პროფესიონალები და მოქალაქეები).

პროგრესის მონიტორინგი

ძალიან მნიშვნელოვანია მონიტორინგის ქვაკუთხედის განსაზღვრა პრაქტიკულ და დაგეგმილ ინტერვალებს შორის. კალენდარული თარიღები ნათლად და ზუსტად უნდა იყოს განსაზღვრული, რათა გასაგები გახდეს განხორციელებაზე პასუხისმგებელი პირებისათვის. მონიტორინგის ფუნქცია ამოცანის განხორციელების ძალიან მნიშვნელოვანი ელემენტია, რადგანაც იგი მიუთითებს დანერგვის პროცესის ტემპებზე და მიზანსა ან სტრატეგიაში რაიმე ცვლილების შეტანის აუცილებლობაზე საბოლოო წარმატების მისაღწევად. დანართ 1-ში ასახულია ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის განხორციელების მონიტორინგის განაწილება დროში.

სტრატეგიული გეგმის დანერგვა უწყვეტი კონტროლის ქვეშ უნდა იყოს. პროგრესის მონიტორინგი შეიძლება 3 ეტაპად დაიყოს: სტანდარტების შემუშავება, მიღწეული შედეგების შედარება დადგენილ სტანდარტებთან და საჭირო ღონისძიებების გატარება სათანადო კორექტივების შესატანად.

საქმიანობის სტანდარტები გვიჩვენებს იმ რეალურ გზებს, რომლებიც დაგვეხმარება პროგრესის მონიტორინგის განხორციელებაში (ნახ. 12).

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის მიზნებისთვის შემუშავებულია პროგრესის სპეციფიური მაჩვენებლები (დანართი 2). გეგმა ასევე ასახავს მათი შეკრებისა და ანალიზის მექანიზმებს. სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების შედეგების შეფასების განხორციელება ადვილი არ იქნება. არ არსებობს მხოლოდ ერთი პასუხი, რადგანაც რეფორმა გულისხმობს ცვლილებების ფართო სპექტრს, რომელთაგან თითოეული გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სხვადასხვა კომპონენტებზე. უფრო მეტიც, დანერგვის პროცესში თითოეულმა პარტნიორმა შეიძლება შეფასების საკუთარი გზა განსაზღვროს. მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ სპეციფიკური ცვლილების ეფექტის იზოლირება მოითხოვს ყველა სხვა მდგომარეობების უცვლელად დატოვებას.

ვინაიდან საქართველოში ტარდება მრავალმხრივი სოციალურ-ეკონომიკური ცვლილებები, რთული იქნება იმის განსაზღვრა, გამოწვეულია თუ არა რაიმე კონკრეტული ცვლილება ცალკეული ღონისძიებების გატარებით.

მაგალითად, საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე ცალკეული ღონისძიებების გავლენა და შესაბამისად ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლების შეცვლა შეუძლებელია დროის მოკლე მონაკვეთში. რეფორმების შედეგები, როგორც წესი, თავს იჩენს გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ. ამიტომ აუცილებელია პერიოდულად მცირემასშტაბიანი ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება, რათა შეფასდეს მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობა. გეგმის დანერგვის საწყის ეტაპზე შესაძლებელია მხოლოდ ზოგიერთი ღონისძიებების, მაგალითად, გადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებული ცვლილებების, შეფასება.

გეგმის განხორციელების ძირითადი კოორდინატორისთვის მნიშვნელოვანია მენეჯერების, ჯანდაცვის პროფესიონალების და მოქალაქეების შეხედულებებისა და იმედების გათვალისწინება. ფართომასშტაბიანი ცვლილებების წარმატება დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ აღიქვამენ მთავარი შემსრულებლები რეფორმებს და როგორია მიღწეული შედეგებით მათი დაკმაყოფილების ხარისხი. სწორედ ამიტომ არის საჭირო პერიოდულად სოციოლოგიური კვლევების ჩატარება, რათა შესწავლილ იქნეს მიმწოდებლების და მომხმარებლების აზრი და დამოკიდებულება მიმდინარე ცვლილებებისადმი. ასეთივე გამოკითხვების ჩატარება საჭიროა სტრატეგიული გეგმის სხვადასხვა კომპონენტების შესაფასებლად. ასეთებია პირველადი ჯანდაცვა, სტაციონარული დახმარება, ადამიანური რესურსები, სამედიცინო საინფორმაციო სისტემა, მედიკამენტები და ა.შ. მსგავსი კვლევების განსაკუთრებულ სფეროს შეიძლება წარმოადგენდეს მულტისექტორული თანამშრომლობის მონიტორინგი და შეფასება. სხვადასხვა სექტორებიდან პარტნიორების საქმიანობის შედეგების შეფასება შეიძლება პერიოდული ანგარიშებით არჩევითი ორგანოებისადმი მასმედიის გამოყენებით. საზოგადოებრივი ანგარიშების ასეთი ფორმა გაწეულ საქმიანობაში აუცილებელი შესწორებების შეტანისა და ცვალებად პირობებთან ადაპტირების საშუალებას იძლევა.

მონიტორინგის პრიორიტეტული სფეროები

ჯანმრთელობის მონიტორინგი განხორციელდება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის მეშვეობით. ჯანდაცვის მიზნები, რომლებიც მოცემულია ცხრილი 1-ში (თავი 3), საფუძველს იძლევა შეფასდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რადგანაც მასში წარმოდგენილია იმ პრობლემების ჩამონათვალი, რომლებიც განაპირობებენ ავადობისა და სიკვდილობის მნიშვნელოვან ნაწილს.

არჩევანის გაკეთება უნდა ემყარებოდეს ადამიანის უფლებათა დეკლარაციით განსაზღვრულ ეთიკურ საფუძვლებს. უთანასწორობა სამედიცინო მომსახურების მიღებაში იზრდება სოციალურ-ეკონომიკური დიფერენცირების ზრდასთან ერთად. ამდენად, ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა უმაღლეს პრიორიტეტს ანიჭებს თანასწორობას. მისი მიზანია უზრუნველყოს ყველა სოციალური ჯგუფისათვის სამედიცინო და სოციალური სამსახურების ხელმისაწვდომობა, თანასწორი უფლებები განათლებისა და დასაქმების საკითხებში. იმის გასარკვევად, შენარჩუნებულია თუ არა თანასწორობის პრინციპი უმწეო მოსახლეობასთან მიმართებაში, აუცილებელია გარკვეული ინფორმაციის შეგროვება.

ეფექტურობა

ეფექტურობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის უნარს უზრუნველყოს დამაკმაყოფილებელი სამედიცინო შედეგები არსებული რესურსების ფარგლებში. “საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში” (4.9.3) სისტემის ეფექტურობა ერთ-ერთ მთავარ მიზნადაა მიჩნეული: “ადამიანური და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაცია”, “მთლიანი ხარჯების შემცირება დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკისა და პროფილაქტიკის გზით” და “მოსახლეობის ხარჯების შემცირება სწორი ფასწარმოქმნისა და რენტაბელობის პირობებში”. შემდგომი მიზნები აერთიანებს როგორც ასიგნებათა, ისე ტექნიკურ ეფექტურობას.

ამიტომაც, ძირითადი მონაცემები გამომდინარეობს როგორც სამედიცინო მომსახურების რაციონალიზაციისა და ფინანსური რეფორმის, ისე სამედიცინო დაწესებულებების დამოუკიდებლობისა და რესურსების ადეკვატური გამოყენების შესაძლებლობის შედეგებიდან.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

სახელმწიფო პოლიტიკა მიმართულია ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხის გაუმჯობესებაზე, რაც ნიშნავს „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას სამკურნალო სტანდარტებისა და მათი დაცვის სისტემის ჩამოყალიბების გზით, მაღალკვალიფიციური კადრების მომზადებასა და სამედიცინო მეცნიერული კვლევების ჩატარებას უახლესი მიღწევების პრაქტიკაში დანერგვის მიზნით“ (საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა, 4.12. ხარისხის უზრუნველყოფა). გათვალისწინებულია პაციენტთა მკურნალობის შედეგების ხარისხის ანალიზი შესაბამისი მაჩვენებლების მეშვეობით.

მონიტორინგისა და შეფასების პროცესის გაღრმავება

მომავალში დაგეგმილია ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის მონიტორინგის და შეფასების პროცესის გაღრმავება. ამ მიზნით თითოეული კომპონენტისთვის, პროგრამისა და პროექტისათვის შეიქმნება შესაბამისი მექანიზმები, რაც ხელს შეუწყობს პროცესში ჩართული მხარეების პასუხისმგებლობის ამაღლებას.

ეფექტური მონიტორინგისა და შეფასებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მიღწეული შედეგების ადეკვატურ მიწოდებას გადაწყვეტილებების მიმღებთათვის. მონიტორინგი შეიძლება ჩატარდეს ყოველ 6 თვეში ერთხელ. სტრატეგიული გეგმის მიზნების მიღწევისათვის ზოგჯერ შესაძლებელია სტრატეგიისა და ამოცანების გადახედვა, რადგანაც გატარებული ღონისძიებები და საქმიანობა ყოველთვის არ იძლევა დაგეგმილ შედეგებს.

დანართი 1

7.1. სტრატეგიები, ღონისძიებები და პასუხისმგებელი უმცირესობები

	ღონისძიებები	პასუხისმგებელი უმცირესობები	ღრის მონაკვეთი
1.	გეგმვა	პასუხისმგებელი უმცირესობები	2000-2009
1.1.	თანდაყოლილი ანომალიების რეგისტრის შექმნა ახალშობილთა შორის გვირგვინოვანი კვლევის და მათი ოჯახების სამედიცინო-გენეტიკური კონსულტაციების საფუძველზე	თანდაყოლილი ანომალიების რეგისტრის შექმნა ახალშობილთა შორის გვირგვინოვანი კვლევის და მათი ოჯახების სამედიცინო-გენეტიკური კონსულტაციების საფუძველზე	2000-2009
1.2.	ორსულებში ნაყოფის თანდაყოლილ ანომალიათა და მემკვიდრულ დაავადებათა პრენატალური დიაგნოსტიკის სისტემის ჩამოყალიბება	ორსულებში ნაყოფის თანდაყოლილ ანომალიათა და მემკვიდრულ დაავადებათა პრენატალური დიაგნოსტიკის სისტემის ჩამოყალიბება	2000-2009
1.3.	ახალშობილთა შორის მუცლის ღრუს დაზიანების მემკვიდრულ და თანდაყოლილ მიშლილოზათა მასობრივი სკრინინგი	ახალშობილთა შორის მუცლის ღრუს დაზიანების მემკვიდრულ და თანდაყოლილ მიშლილოზათა მასობრივი სკრინინგი	2000-2009
1.3.1.	ახალშობილთა შორის მუცლის ღრუს დაზიანების მემკვიდრულ და თანდაყოლილ მიშლილოზათა მასობრივი სკრინინგის სისტემის ჩამოყალიბება	ახალშობილთა შორის მუცლის ღრუს დაზიანების მემკვიდრულ და თანდაყოლილ მიშლილოზათა მასობრივი სკრინინგის სისტემის ჩამოყალიბება	2000-2009
1.3.2.	ახალშობილთა შორის მუცლის ღრუს დაზიანების მემკვიდრულ და თანდაყოლილ მიშლილოზათა მასობრივი სკრინინგის სისტემის ჩამოყალიბება	ახალშობილთა შორის მუცლის ღრუს დაზიანების მემკვიდრულ და თანდაყოლილ მიშლილოზათა მასობრივი სკრინინგის სისტემის ჩამოყალიბება	2000-2009
1.4.	ახალშობილთა მასობრივი სკრინინგ-პროგრამის, დაავადებულთა სელექციური სკრინინგის და სამედიცინო-გენეტიკური კონსულტაციების საფუძველზე გენეტიკური დაავადებების რეგისტრის შექმნა	ახალშობილთა მასობრივი სკრინინგ-პროგრამის, დაავადებულთა სელექციური სკრინინგის და სამედიცინო-გენეტიკური კონსულტაციების საფუძველზე გენეტიკური დაავადებების რეგისტრის შექმნა	2000-2009
1.5.	სამედიცინო გენეტიკის თანამედროვე საშუალებების გამოყენების და მემკვიდრული დაავადებების მონიტორინგის მიზნით	სამედიცინო გენეტიკის თანამედროვე საშუალებების გამოყენების და მემკვიდრული დაავადებების მონიტორინგის მიზნით	2000-2001
1.6.	საქვალბიური უმცირესობის მონიტორინგის მიზნით	საქვალბიური უმცირესობის მონიტორინგის მიზნით	2001-2009
1.7.	მემკვიდრულ და თანდაყოლილ დაავადებათა მასობრივი პროფილაქტიკის მიზნით გარემოს მკურნალობის (ტერაპიები და მუცლის) მოქმედებაზე მკაცრი კონტროლის დაწესება	მემკვიდრულ და თანდაყოლილ დაავადებათა მასობრივი პროფილაქტიკის მიზნით გარემოს მკურნალობის (ტერაპიები და მუცლის) მოქმედებაზე მკაცრი კონტროლის დაწესება	2000-2009
1.7.1.	მკურნალობის მიზნით	მკურნალობის მიზნით	2000-2009
1.7.2.	მემკვიდრული ანომალიათა მონიტორინგის მიზნით	მემკვიდრული ანომალიათა მონიტორინგის მიზნით	2000-2009

	ლონისიკები	აპსუხისმცემელი შემრელებლები	დროის მინაკვეთი
2.	დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა		
2.1.1.	პრე- და პერინატალური მეთვალყურეობის გაუმჯობესება მშობლების სახელმწიფო საქონელი პროგრამის გაუმჯობესების, ორსულთა მეთვალყურეობის და მკურნალობის სტანდარტების სრულყოფის ხარჯზე	საქონელი ჯანდაცვის სამინისტროს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო და სპორტის საქონელი კომპანია, ქალთა კონსულტაციები	2000-2009
2.1.2.	უჩაფრთხი მშობლობის უზრუნველყოფა	სამშობაო სახელების სამედიცინო პერსონალი	2000-2009
2.1.3.	სამედიცინო-გინეკოლოგიური კადრების უწყვეტი განათლების სისტემის შექმნა	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, მუხრან-გინეკოლოგიის და პერინატალური მედიცინის ინსტიტუტი, ადამიანის რეპროდუქციის ინსტიტუტი.	2000-2009
2.1.3.1.	მოკლევადიანი საგანმანათლებლო კურსებისა და ლექცია-სემინარების ორგანიზება (ქობულთა და საქართველოს რეგიონებში)	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, მუხრან-გინეკოლოგიის და პერინატალური მედიცინის ინსტიტუტი, ადამიანის რეპროდუქციის ინსტიტუტი	2000-2009
2.1.4.	ქალთა პროფლაქტიკური განათლების დონის ამაღლება	ჯანდაცვის სამინისტრო, განათლების სამინისტრო, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, მუხრან-გინეკოლოგიის და პერინატალური მედიცინის ინსტიტუტი, ადამიანის რეპროდუქციის ინსტიტუტი	2000-2009
2.1.5.	ოჯახის დამკვიდრება და რეპროდუქციული უნარიანი მამაკაცების განვითარება	ადამიანის რეპროდუქციის ინსტიტუტი	2000-2009
2.2.1.	პრე- და პოსტნატალური დიაგნოსტიკა, გემუტუკური კონსულტაციების ნატარების უზრუნველყოფა	სამშობაო სახელები, მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს სამედიცინო-გინეკოლოგიური განყოფილება, ბავშვთა საავადმყოფოები (განყოფილებები)	2000-2009
2.2.2.	ახალშობილთა ადგილზე საშვილო დაზარალების და მოულოდულო უსრუქელობის დაბადების შემთხვევა (ახალშობილთა სწორი სინტაქსური სქოქების ხელშეწყობა, სითბო, ბუქური კვება, იმუნოპროტექცია)	სამშობაო სახელები, მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს სამედიცინო-გინეკოლოგიური განყოფილება	2000-2009
2.2.3.	ბავშვთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის (ხრდა-განვითარების მონიტორინგი, მიკრონიტრიცული სუბსტანციებით უზრუნველყოფა)	ბავშვთა პოლიკლინიკები, ბავშვთა საავადმყოფოები (განყოფილებები)	2000-2009
2.2.4.	14 წლამდე ასაკის ბავშვთა საშვილო დაზარალების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო მხარდაჭერის პროგრამის და სპორტის მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა	ბავშვთა პოლიკლინიკები, სამშობაო სახელები, მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს სამედიცინო-გინეკოლოგიური განყოფილება, აბულოტორული-პოლიკლინიკური გაერთიანების ბავშვთა განყოფილება, სამკურნალო-პროფ. ცენტრების განყოფილება, საავადმყოფოები, ბავშვთა საავადმყოფოები	2000-2009
3.	ბუნებრივი დაცვის უზრუნველყოფა		
3.1.	შემოსავლიანი რეგიონების მთავრობების ინფორმაციის, უწყვეტი სიკვდილის, თაყვის ტენიის ინსულტის ქვედა ახალი შემთხვევის აღრიცხვა, დამკვიდრება და გამოკვლევა-რეგისტრის შექმნა	ჯანდაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი	2000-2009
3.2.	ბუნებრივი დაცვის უზრუნველყოფის პროგრამების შექმნა და განხორციელება	ჯანდაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი	2000-2009

	ლონისობები	პასუხისმგებელი შემსრულებლები	დროის მინიმუმი
3.3.	გულ-სისხლძარღვო დაავადების შეკვეთა და გადასახლება ფორმების პროფლაქტიკის, მეურნეობისა და რეაბილიტაციის პროგრამების შემუშავება და დანერგვა	ჯანდაცვის სამინისტრო, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი	2000-2009
3.4.	საქართველო კვების რაციონების რეკომენდაციების შემუშავება სხვადასხვა კატეგორიის ცხელ ავადმყოფოთა და ასაკობრივი ჯგუფებისათვის. კვების პროფლაქტიკის განხორციელებისათვის თანამშრომლობის ხარისხისთვის რეკომენდაცია	პეტეის ინსტიტუტი, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი	2000-2004
3.5.	მედიკამენტების, მისხლელების, სხვადასხვა გადასახლება სამსახურების (პოლიცია, მესხინი, ტრანსპორტის მუშაკი და სხვა) თანამშრომლების მომზადება ადგილზე პირველი დახმარების სამედიცინო დახმარების საქონლი სტანდარტების დონეზე ადამიანთან	სასურველია ჯანდაცვის დეპარტამენტი, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, გადასახლებული სამედიცინო დახმარების საქონლის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2000-2009
3.6.	გულ-სისხლძარღვოების სისტემის (ცხს) ბირთვით დაავადებების კლასიფიკაციის შემუშავება (არსებული გამოცდების და II-X გადახმარების საფუძველზე) ქვეყნის ადგილობრივი სოციალურ-ეკონომიკური ზედინარჩობის გათვალისწინებით და მათი საფასურებზე გამოყენება საქართველოს ტერიტორიაზე	ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, საქართველოს კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, საქართველოს ინტენსივობა სახელობის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო	2000, 2005
3.7.	ქობულთაში უხვდღეული ღონის კარდიოლოგიური ცენტრის შექმნა (კარდიოქირურგიული, კარდიოლოგიური რეაბილიტაციით და ა.შ.)	ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო	2000-2001
3.8.	ქობულთაში და ბათუმში ურევინებული კარდიოლოგიური ცენტრების ბაზაზე საკომუნიკაციო დაბრუნების შექმნა, სადაც შესაძლებელი იქნება კორინთული ანგიოპლასტიკის, ტრანსკატეტერიული ანგიოპლასტიკის ჩატარება და სტენტების იმპლანტაცია კორინთული არტერიებში	ჯანდაცვის სამინისტრო, ადგილობრივი მმართველობის ორგანოები	2004-2009
3.9.	თანამედროვე კარდიო-რეაბილიტაციის ცენტრის შექმნა	ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი	2002-2009
3.10.	სასწრაფო დახმარების ექიმთა კვალიფიკაციის ახდლება (დექიკა-სემინარები, საშუალო ადგილზე მოქმედება), ბრიგადების სრულყოფა შედიკამენტებითა და აპარატურით	კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, კარდიოლოგიური ცენტრები	2000-2009
3.11.	შეკვეთილი კარდიოლოგიის დროის საჭირო ავადმყოფთა პოსტიკალიფიკაციის უზრუნველყოფისათვის გადასახლება/ურევინებული კარდიოლოგიის ცენტრების აღჭურვა-დადასრულება. ცენტრების რაოდენობა თბილისში – 5, ქობულთაში – 2, სხვა ქალაქებში და რაიონულ ცენტრებში – თითოეული შესაბამისი სარეაბილიტაციო სტრუქტურის არსებობით	ჯანდაცვის სამინისტრო, ადგილობრივი მართვის ორგანოები	2000-2009
3.12.	სოფლის და რაიონული ცენტრის მდებარეობის მომზადება კარდიო-რეაბილიტაციაში	ჯანდაცვის სამინისტრო, კარდიოლოგიის ინსტიტუტი, სარეაბილიტაციო ცენტრები	2000-2009
3.13.	საქართველო ადამიანი მეურნეობის პროგრამების შემუშავება ხანდაზმულ პირთათვის	ჯანდაცვის სამინისტრო, კარდიოლოგიისა და გერიატრიის საერთაშორისო საბჭო	2000-2001
4.	თ. კელიძე		
4.1.	მისხლელების განაღობის დროის ახდლება სწორად დაბალანსებული კვების მიზნების შესახებ ინფორმაციის დასაცემად პროფლაქტიკაში	სასურველია ჯანდაცვის დეპარტამენტი	2000-2009
4.2.	მისხლელების ინფორმირება კიბოს მაღალი რისკის შესახებ სოციალური დახმარების დროს და ამ დახმარებათა პროფლაქტიკის სტრუქტურებს	სასურველია ჯანდაცვის დეპარტამენტი	2000-2009

	ლორის მინაგვითი	ასუხისმგებელი შემსრულებლები	ლორის მინაგვითი
5.9.	<p>მსხველპი საწარმოებში (200 სახეობა) ადგილზე მშენებლობის დასრულების შემდეგ, რიგგარეშე დაკომპლექტებული იქნებოდა მკაფიოდ აღჭურვილი სახეობის აპარატურა, აგრეთვე კომუნიკაციის, ტრანსპორტირების, დახარჯებული რეაგენტების და მათთვის პირველადი სამედიცინო დახმარების თანამედროვე საშუალებებით</p>	<p>დახარჯვის სამინისტრო, შინაგან საქმეთა სამინისტრო, ადგილობრივი მართვის ორგანოები.</p>	2000 – 2009
5.10.	<p>ფუნქციური სამსახურების შექმნა შედგა იმ წილისგან, რამაც მოხდა რიგგარეშე გამოიყენება მოსახლეობის დასაცემებისა და საწარმოებში სპორტის მიზნით.</p>	<p>შინაგან საქმეთა სამინისტრო, სპორტის დეპარტამენტი.</p>	2000 – 2009
5.11.	<p>ცერვის აუცილებელი სწავლების დანერგვა ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლებში და ამ პროგრამის განხორციელება</p>	<p>სპორტის დეპარტამენტი, განათლების სამინისტრო</p>	2000 – 2009
5.12.	<p>ტაბის საფარის, პროფილის, მინიშემებისა და განათების, სეზონის შემთხვევაში და ზოგად სააქტიურობის მდგომარეობის სერვისის მოწოდება-გაუქმების პროგრამის შემუშავება და ამ პროგრამის რეალიზაციის დაფინანსების უზრუნველყოფა.</p>	<p>შინაგან საქმეთა სამინისტრო, საავტომობილო გზების სამინისტრო</p>	2000
5.13.	<p>ქვეყნის მოქალაქეების ტერიტორიაზე საწარმოო დაწესებულებებსა და საცხოვრებელი სახლების ხანძარსა წინააღმდეგო, მათ შორის სასოფლის მეურნეობის ადგილების პროგრამების შემუშავება</p>	<p>შინაგან საქმეთა სამინისტრო</p>	2000
6.	გადამდები დაავადებები		
6.1	<p>მართვადი ინფექციების მიმართ მოსახლეობის იმუნური სტატუსის გაზრდა და განმტკიცება: ბუნებრივი პროფილაქტიკური აცრების წატარება</p>	<p>საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი</p>	2000
6.1.1	<p>ინფექციური დაავადებების იმუნოპროფილაქტიკის შესახებ სახელმწიფო კაბინის მიღება</p>	<p>საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, საქართველოს პარლამენტი</p>	2000
6.1.2	<p>პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის განახლება, ეპიდემიის ცენტრალური დახმარების წესით შეტყობის უზრუნველყოფა</p>	<p>საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი</p>	2000
6.1.3	<p>ქვეყნის მკვირივი დაავადებების კონტროლის მიზნით პროფილაქტიკური აცრების ნუსხაში ახალი დაავადებების შეტანა: (სიოფრა, აფთხილიუსი, ინფლუენცია)</p>	<p>საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი</p>	2000-2009
6.1.4	<p>პროფილაქტიკური აცრების დამზადების და წატარების შესახებ მეთოდური წერილის შედგენა, დამტკიცება: მკრისინაჯის ტრეინინგების წატარება, ყოველ რაიონში</p>	<p>დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი,</p>	2000-2002
6.1.5	<p>“ცოვი ვაქცინა” ავტორიზაციის ყოველწლიური ინვენტარიზაცია, საკონტროლო რაიონების ხე ყოველწლიური განაცხადების შედგენა, შეტყობა და განაცხადების</p>	<p>დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი ცენტრები</p>	2000-2009

	ლორისიბუები	პაპუხისძე, გუგუელი შემოღებულები	ღრისი მინაკეი 2001-2009
7.7.	ფსიქოტროის ფედერალური პროგრამით გათვალისწინებული ბავშვთა და მოზარდთა კაბინეტების სრულმსაშუაზიანი ამოქმედება	ჯანდაცვის სამინისტრო, სამედიცინო დახვედვის სახელმწიფო კომანია, რეგიონალური ფსიქონევროლოგიური დისპანსერები	2001-2009
7.8.	სახელმწიფოში არსებული ბავშვთა და მოზარდთა სტაციონარული ბავშვთა შეკრება – ამოქმედება	ჯანდაცვის სამინისტრო, სამედიცინო დახვედვის სახელმწიფო კომანია, ფსიქიატრიული საავადმყოფოები	2001-2009
7.9.	ბავშვთა დღის სტაციონარის შექმნა და ამოქმედება	ფსიქიატრიის ს.კ ინსტიტუტი	2000-2009
7.10.	ფსიქოტროიდ ინვალიდ ბავშვთა და მოზარდთა სარეაბილიტაციო ცენტრის ამოქმედება (დაბა კოჯორი)	ჯანდაცვის სამინისტრო, სამედიცინო დახვედვის სახელმწიფო კომანია, ქვლავის ფ.ნ. დისპანსერი	2003-2005
7.11.	გერიატრიული ფსიქიატრიული სამსახურის ამოქმედება	ჯანდაცვის სამინისტრო, სამედიცინო დახვედვის სახელმწიფო კომანია, რეგიონალური ფსიქონევროლოგიური დისპანსერები	2000-2009
7.12.	ფსიქო-რეაბილიტაციური სამსახურის ამოქმედება	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2001-2009
7.13.	ფსიქოლოგიური დახმარების კაბინეტის შექმნა “შიომის პირფორმის”	სამედიცინო დახვედვის სახელმწიფო კომანია, რეგიონალური ფსიქონევროლოგიური დისპანსერები	2001
7.14.	გადამდებელი ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურის ამოქმედება	სოც.ურეგულაციის სამინისტრო, ჯანდაცვის სამინისტრო	2002
8.	ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვა		
8.1	ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაცია მოსახლეობაში	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.1.1	ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაცია და მსობითი პროპაგანდა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.1.2	ჯანსაღი გარემოს ხელშეწყობის მოსახლეობის ეკოლოგიური განათლებით	გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.1.3	არაჯანსაღი ცხოვრების წესის მხედვართა საზოგადოებრივი კრიტიკა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.1.4	ჯანმრთელობისთვის მჯენე წყვეტის აღმოსაფხვრელად აღტყინატური ღებების ჩამოყვლიბება მოსახლეობის სხედასხედა ჯანყვებისათვის	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.1.5	სოციალური შეუბკის ინსტიტუტის შემოღება და ამოქმედება	საქონეულოს მთავრობა	2002-2009
8.1.6	„ჯანსაღი ქვლავის“ ქვლავის შექმნა და განყოფილება	საქონეულოს მთავრობა	2001-2009
8.1.7	ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საქვებო პროგრამების შემუშავება და დანერგვა	საქონეულოს მთავრობა	2000-2009
8.1.8	საჯალდებულო სამედიცინო-პროფილაქტიკური სასწავლო პროგრამების შემუშავება სკოლის და სკოლამდელი საგანმანათლებლო დაწესებულებების დაწესებულებების პედაგოგებისათვისა და უმაღლესი პედაგოგიური სასწავლებლებისათვის	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2002
8.1.9	საჯალდებულო სამედიცინო-პედეგოგიული სასწავლო კურსების ორგანიზება სკოლის და სკოლამდელი საგანმანათლებლო დაწესებულებების პედაგოგებისათვისა და უმაღლესი პედაგოგიური სასწავლებლებისათვის	განათლების სამინისტრო	2003-2009
8.1.10	„ჯანსაღი სკოლები“ პროგრამის ქვლავის ჩამოყვლიბება და განყოფილება	განათლების სამინისტრო	2000-2005

	დონისებები	ასესისებები	დონის მონაკვეთი
8.1.11	ჯანმრთელობის კომპლექსური სასკოლო საგანმანათლებლო პროგრამის შემუშავება და დანერგვა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2001
8.1.12	ახალგაზრდა პროფესორთა ცხოვრების წესის რევიზია და განხილვა	ახალგაზრდობის საქმეთა სახელმწიფო დეპარტამენტი	2000-2009
8.2	თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო ღონისძიებები	საქართველოს მთავრობა	2000-2009
8.2.1	სახოცების გამოყენების შედეგად თამბაქოს მოხმარების შემცირება	საქართველოს მთავრობა	2000-2001
8.2.2	თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო ფართო საზოგადოებრივი კამპანია	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.2.3	თამბაქოს პროდუქციის რეგულაციის შემუშავება (არახელსაყრელი პროდუქტების შემცირება)	საქართველოს მთავრობა	2000-2001
8.2.4	თამბაქოს ნაწარმის საწინააღმდეგო საგანმანათლებლო პროგრამის შემუშავება	საქართველოს მთავრობა	2000
8.2.5	თამბაქოს წვეთის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელება	განათლების სამინისტრო	2000-2009
8.2.6	რეგიონებში თამბაქოს წვეთის პროფილაქტიკის საკოორდინაციო საბჭოს ჩამოყალიბება	აფილიბრევი თეთსართველი ორგანიზაცია	2000
8.2.7	თამბაქოს წვეთის გავრცელების შესახებ სრული სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება და მოწოდება	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2000-2009
8.2.8	არამწკნელი უფლებების დაცვა, მათი სოციალური სტრუქტურის შეფასება	საქართველოს მთავრობა	2002-2009
8.2.9	არამწკნელი უფლებების დაცვა, მათი სოციალური სტრუქტურის შეფასება	საქართველოს მთავრობა	2000-2004
8.3	ნარკოტიკებისა და ტოქსიკომანიის საწინააღმდეგო ღონისძიებები	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.3.1	წამლების ბოროტად გამოყენების შემცირების შესახებ ახალგაზრდობის, მშობლებისა და პედაგოგების პროფილაქტიკური განათლების პროგრამების შემუშავება და დანერგვა	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2000-2005
8.3.2	უზღვევის და სპეციალური სასაქონლო საწინააღმდეგო ბოროტად გამოყენების შემცირებისა და პროფილაქტიკის კერძობის დანერგვა	განათლების სამინისტრო	2000-2002
8.3.3	წამლების ბოროტად გამოყენების პროფილაქტიკური განათლება და ინფორმაციის დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრიდან	ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი	2000-2009
8.3.4	წამლებზე დამოკიდებულების შემცირებისა და სრული რეაბილიტაციის (მათ შორის სოციალური) კამპანიების და ცენტრების ამოქმედება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2005
8.3.5	წამლობილიტიზაციის გავრცელების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება, ანალიზი და მოწოდება	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2000-2009
8.3.6	წამლების ბოროტად გამოყენების საწინააღმდეგო ფართო საზოგადოებრივი კამპანია	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.4	ალკოჰოლის ჰარტიზაციის შემცირების ღონისძიებები	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.4.1	ალკოჰოლის მავალბოროტად გამოყენების შემცირების ღონისძიებები (არაჟი, კონიაკი, ვისკი და ა.შ.) მოხიბობით დაავადების შემცირება	ფინანსთა სამინისტრო	2000
8.4.2	ალკოჰოლზე დამოკიდებულების შემცირებისა და რეაბილიტაციის დასაწყისების ქსელის გაფართოვება და ხელშეწყობა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2002
8.4.3	ალკოჰოლის ჰარტიზაციის შემცირების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება, ანალიზი და მოწოდება	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2000-2009

	ლორისობები	პასუხისმგებელი შემსრულებლები	დროის მონაკვეთი
8.4.4	აღკაობის უარი მოხსარების მკერძობის შესახებ მოსახლეობის თვითმობების ყველაზე მეტნიობის გამოყენება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.5	სწრაფი კვების წყვეტის დახურვა მოსახლეობაში	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.5.1	ჯანდაცვა კვების რაციონის ნორმების და პოეტიური სტანდარტების შემუშავება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2001
8.5.2	სამაშობლო წარმოების საკვებ პროდუქტებზე ქიმიური შეტყუანლობის და ქურგობრივი უმცველობის საკვადიკული მოთხოვნის შემოღება	სოფლის მეურნეობისა და სურსათის სამინისტრო	2000
8.5.3	თანსწორი კვების მკერძობის განხორციელება და ჯანსაღი კვების პოპულარიზაცია მოსახლეობაში	სამედიცინო-პროფილაქტიკური განათლების ცენტრი	2000-2009
8.5.4	ჯანმრთელობისთვის აუცილებელი საკვები ელემენტების დეფიციტის შესახებ ინფორმაციის შექმნა, ახალი და ძველი	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2000-2009
8.5.5	ჯანსაღი რაციონის საზოგადოებრივი კვების ქსელების ამოქმედება	ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები	2002-2005
8.6	ქსელების და მსხვილ დანახვებებში სქესობრივი უბოი გადახდები დაავადებებისა და შიდასი პრევენციული ღონისძიებები	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.6.1	სუად/შიდსის თავიდან აცილების შესახებ ახალგაზრდების, მშობლებისა და პედაგოგების პროფილაქტიკური განათლების პროგრამების შემუშავება და დანერგვა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2005
8.6.2	აზიომური საკონსულტაციო და სალოგონისტიკო კაბინეტებისა და ცენტრების ამოქმედება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2002-2005
8.6.3	რისკ-ჯგუფებში „თანასწორი თანასწორთან“ მოხელის შემუშავება და ფართოდ დანერგვა	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2002-2007
8.6.4	სუად/შიდსის აფრიბისა და დაავადების შესახებ სრული სტატისტიკური ინფორმაციის შექმნა, ახალი და ძველი	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2000-2009
8.7	ოჯახის დაავადებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.7.1	აბორტის საწინააღმდეგო ღონისძიებების შემუშავება და გაზარება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.7.2	ოჯახის დაავადების თანამედროვე საშუალებების შესახებ სწორი ინფორმაციის გავრცელება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.7.3	აბორტებისა და თანამედროვე კონტრაცეპციების გავრცელების შესახებ სრული სტატისტიკური ინფორმაციის შექმნა, ახალი და ძველი	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2000-2009
8.7.4	რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კაბინეტებისა და ცენტრების ქსელის ხელშეწყობა და გაფართოება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2001-2005
8.8	ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
8.8.1	ფიზიკური აქტივობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ნორმების შემუშავება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2001
8.8.2	სპორტულ-განსახალისებელი კომპლექსების ქსელის ხელშეწყობა და გაფართოება	ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები	2000-2009
8.8.3	სამუშაო ადგილების შესაძრისად ჯანმრთელობის ხელშეწყობად საკორი ფიზიკური აქტივობის მეთოდების შემუშავება და დანერგვა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2002-2009
8.8.4	პოლიანამიისა და მის მიერ გამოწვეული ავადობის სტატისტიკური ინფორმაციის შექმნა, ახალი და ძველი	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი	2000-2009

	ლორისიბეგები	პასუხისმგებელი შემსრულებლები	დროის მინიჭებით
8.8.5	ფიზიკური აღზრდის მოცულობის ოპტიმიზაცია და ხელშეწყობა საგანმანათლებლო დაწესებულებებში	განათლების სამინისტრო	2000-2009
9.	ჯანსაღი და უსაფრთხო გარემო		
9.1.	საქართველოს გარემოს პოეტის მოქმედებათა პროექტი გეგმის შემუშავება	ჯანდაცვის სამინისტრო, სანიტარული ზედამხედველობის დეპარტამენტი	2000
9.2.	გარემოს პოეტის მოქმედებათა გეგმის შემუშავება რეგიონულ და ადგილობრივ დონეებზე	ჯანდაცვის სამინისტრო, სანიტარული ზედამხედველობის დეპარტამენტი	2000
9.3.	ადგილობრივი დონეებზე მოსახლეობის განმრთობისა და გარემოს დაცვის საშუალებათა მართვის საბჭოს შექმნა პროექტი და რეგიონულ დონეებზე	საქართველოს მთავრობის დაქვემდებარებაში	2000
9.4.	ქვეყნის პირობების და საერთაშორისო მოთხოვნების გათვალისწინებით ადამიანის განმრთობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის (წყალი, ჰაერი, ნიადაგი, ფიზიკური ფაქტორები და ა.შ.) სტანდარტების სანიტარულ-პოეტური და ეპიდემიოლოგიური წესების და ნორმების, სხვა ნორმატიული და მეთოდური დოკუმენტების შემუშავება და გამოცემა	ჯანდაცვის სამინისტრო, სანიტარული ზედამხედველობისა და პოეტური ნორმების დეპარტამენტი	2000-2009
9.5.	არესპუბლიკების და სამხარეო სანიტარული სამსახურის 10 ლაბორატორიის მოწყობა-აღჭურვა თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად და ადამიანის განმრთობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა ხე სახელმწიფო სანიტარული კონტროლის დაცვაზე	ჯანდაცვის სამინისტრო, სანიტარული ზედამხედველობისა და პოეტური ნორმების დეპარტამენტი	2000-2009
9.6.	განსაკუთრებული როლი და საინტერესო გამოკვლევებისათვის ჯანდაცვის სამინისტროს სანიტარული სამსახურის ცენტრალური ლაბორატორიის მოწყობა-აღჭურვა თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად და ადამიანის განმრთობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა ხე სახელმწიფო სანიტარული კონტროლის დაცვაზე	ჯანდაცვის სამინისტრო	2001-2009
9.7.	პროფილაქტიკური მედიცინის პროფილის სპეციალისტების მომზადება რეზიდენტურაში (ყოფილ ქუთაისში) 10 სპეციალისტზე	ჯანდაცვის სამინისტრო, თსუ	2000-2009
9.8.	პროფილაქტიკური მედიცინის პროფილის კურსდამთავრებულების ასპირანტურაში სწავლება (ყოფილ ქუთაისში) 2 ასპირანტი	ჯანდაცვის სამინისტრო, თსუ, პროფილაქტიკური სპეციალისტების ინსტიტუტები	2000-2009
9.9.	სანიტარული სამსახურის ექიმ-სპეციალისტების კვალიფიკაციის ამაღლება კვალიფიკაციის ამაღლების კურსებზე (ყოფილ ქუთაისში) 80 სპეციალისტი, 1.5-2 თვიანი ციკლი	ჯანდაცვის სამინისტრო, თსუ	2000-2009
9.10.	საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სანიტარული სამსახურის სხვადასხვა დარგის სპეციალისტების სახელმწიფო პროექტის ფარგლებში სწავლება (ყოფილ ქუთაისში) 4 სპეციალისტი	ჯანდაცვის სამინისტრო, თსუ, პროფილაქტიკური სპეციალისტების ინსტიტუტები	2000-2009
9.11.	საქართველოს შავდამთავრების რეგიონების სოფლებში მომუშავე საუბნო საჯაროებების და აბაჯაროების ექიმების სტაჟირება პროფილაქტიკური მედიცინის დარგში (ყოფილ წყლის 50 კმ-ში, ერთი კვირის ციკლი)	ჯანდაცვის სამინისტრო, თსუ	2000-2009
9.12.	საქართველოს შიდა ქვეყნების მისახლეობის უზრუნველყოფა უსაფრთხო სასმელი წყლით, წყაროებისა და საკანალიზაციო სისტემების რეაბილიტაცია-შემკვებლობის და კვალიფიკაციის მომსახურე პერსონალის მომზადების გზით	საქართველოს მშენებლობისა და ურბანისტიკის სამინისტრო, ადგილობრივი თემთა მთავრობებისა და მხარეთმცოდნეობის ორგანიზაციები	2000-2009

	ლორისიბეები	აპსუსიმტკეპლო შემსრულებლები	ორთის მონაცემი
	და კილოფიური შესწავლა, მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და გარემოზე მათი როლის შესახებ	აპსუსიმტკეპლო შემსრულებლები	2000-2009
9.26.	არამატირებელი ვაბისიბეების მოსახლეობაზე ზემოქმედების იტენსივობის შესწავლა სათანადო ნორმატიული, ორგანიზაციული, ადმინისტრაციული, საკანონმდებლო და სხვა საშუალებებით. გამოისიბეების დონეზე სახელმწიფო ხანიტარული კონტროლის დაცვა	ჯანდაცვის სამინისტრო, სანიტარული ხელმძღვანელობისა და პოეფიური ნორმატივის დეპარტამენტი, შუსაბისი ხელმძღვანელები	2000-2009
9.27.	დასაქმებულ მოსახლეობის საბულო გარემოს ბავახსნაება და მენეჯმენტი პროფესიულ ვაქცინაციის დაცვითი ავადობისა და ტრანსპორტის მანეჯმენტის შესწავლა და მათი ჯანმრთელობის მდობრების გეგმობრივი გაუმჯობესება. საბულო გარემოს ხარისხზე სახელმწიფო ხანიტარული კონტროლის დაცვა	აპსუსიმტკეპლო შემსრულებლები, ჯანდაცვის სამინისტრო, სანიტარული ხელმძღვანელობისა და პოეფიური ნორმატივის დეპარტამენტი	2000-2009
9.28.	ქვეყანაში პროფესიული დავადებების, საწარმოსთან დაკავშირებული ინფექციების და ტრანსპორტის გამოკვლევის, რეგულაციის, აღრიცხვის და ახალი ხის ენთისის სისტემის ხანოვლობისა და მონაცემთა ბაზის შექმნა	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
9.29	საწარმო გარემოს სხვადასხვა რისკფაქტორების მომუშავე პროფესიული კონტრეტისათვის მონიტორი, წინასწარი და პერიოდული სამედიცინო გასინჯვების წარება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
9.30	რადიაციული უსაფრთხოება		2000-2009
9.30. 1.	რადიაციული ფონის განსაზღვრა საქართველოს მიუღ ტერიტორიაზე გარემოს იმიტებში, ავადობრივი წარმოების და იმპორტულ სამედიცინო მასალებში, საშენ მასალად გამოყენებულ წარმოების ნარჩენებში, მოხაობიკობულ მასალებსა და გზის საფარში, საკვებ პროდუქტებში, საკონსტრუქციო მკვანტეებისა და მათთან დაზარალებულ წამლებში რადიონუკლიდების რადიონობრივი და თვისობრივი იტენსივობისა. რადიონუკლიდების შემცველობის ნორმების დაცვა. საქართველოს რადიონუკლიდური რეგულირების შედგენა	ჯანდაცვის სამინისტრო, გარემოს და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემია, საქართველოს ტერიტორიის რადიაციული და ქიმიური უსაფრთხოების საქველათმობრივი კომისია (შემდგომში საქველათმობრივი კომისია)	2000-2009
9.30. 2.	რეგულაციის სტრატეგიისა და სარეგულირებელი ღონისძიებების შემუშავება მასალადრევი ავადობის სტრატეგიის ხერხობილის აქის ავადობის დროს და შემდგომში გამოყენებული მეთოდების გამოყენებისათვის	ჯანდაცვის სამინისტრო, გარემოს და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო, საქველათმობრივი კომისია	2000-2009
9.30. 3.	წინადაცან სასოფლო-სამეურნეო პროდუქტებისა და საკვებ ნარჩენებში რადიონუკლიდების გადასვლის კონტრასტუალბათისა და საკვებ პროდუქტებში და საკონსტრუქციო მასალებში კაბონატი დავადობის რადიონუკლიდების ორგანიზმში გადასვლის კონტროლისთვის შემუშავება	ჯანდაცვის სამინისტრო, გარემოს და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო, საქველათმობრივი კომისია	2000-2009
9.30. 4.	რადონის კონცენტრაციის განსაზღვრა ყველა სახის მალბარში, მკვანტეში, ფუნქციონირებად მკვანტეში, ღვინის სარდალებში, თრამბლურ წლებზე მიქცულ სათბურებში, სხვადასხვა ფუნქციონირებად დანიშნულების შენობებში. რადონის მომეტებული კონცენტრაციების სფეროში მომუშავე პირთა და მათი შობამავლობის ჯანმრთელობის მდობრების შესახებ, საკონსტრუქციო პროფესიული ღონისძიებების შემუშავება და გატარება	ჯანდაცვის სამინისტრო, გარემოს და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო, საქველათმობრივი კომისია	2000-2009

	ლორისიხებები	პასუხისმგებელი შემსრულებლები	დროის მონაკვეთი
10.5.	ჯანდაცვის მომსახურების საბაზისო პაკეტისათვის საკანონმდებლო და მარეგულირებელი საბაზისის მომზადება	საქართველოს პარლამენტი, ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი	2000-2002
10.6.	ჯანმრთელობის კერძო სექტორში მუშაობისთვის საკანონმდებლო ბაზის გაუმჯობესება	საქართველოს პარლამენტი, ჯანდაცვის სამინისტრო, სადაზღვევო უკუამხმარებლობის სახელმწიფო სააგენტო	2000-2001
10.7.	სამედიცინო დაწესებულებების ფინანსური და საბუღალტრო მენეჯმენტის გაუმჯობესება	ჯანდაცვის სამინისტრო, შრომითი ბანკის საქართველო	2000-2002
10.8.	აღსრულებული ფინანსური მექანიზმების ჩამოყალიბება და დანერგვა ჯანდაცვის უზრუნველყოფაში საბიუჯეტო მონაწილეობისა და დამსახურებელი წესების გაზრდისათვის	ჯანდაცვის სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო, საქართველო ბუღალტერთა ასოციაცია	2000-2005
10.9.	სამედიცინო დაწესებულებების მმართველობითი შესაძლებლობების გაუმჯობესება	ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრი	2000-2009
11.	პირველადი ჯანდაცვა		
11.1.	ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ეროვნული და რეგიონალური სწავლების ცენტრების შექმნა	ჯანდაცვის სამინისტრო; ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი; ჯანდაცვის პროექტის საკოორდინაციო ბიურო	2000-2003
11.2.	პირველადი ჯანდაცვის ქსონების ეროვნული და რეგიონალური სწავლების ცენტრების შექმნა	ჯანდაცვის სამინისტრო; ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი; ექიმების ასოციაცია; შრომითი ბანკის საქართველო	2000-2003
11.3.	პირველადი ჯანდაცვის საკანონმდებლო უზრუნველყოფა	საქართველოს პარლამენტი; ჯანდაცვის სამინისტრო; ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი	2000-2005
11.4.	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მატერიალურ-თექნიკური ბაზის გააძლიერება	ჯანდაცვის სამინისტრო; შრომითი ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პროექტის საკოორდინაციო ბიურო	2000-2008
11.5.	პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების ოპტიმალური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო; ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი; ქობულძის ჯანდაცვის დეპარტამენტი; შრომითი ბანკის საქართველოს ჯანდაცვის პროექტის საკოორდინაციო ბიურო	2000-2005
11.6.	პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის თესობრივად და ხარისხობრივად ახალი ტიპის კადრებით ჩანაცვლება	ჯანდაცვის სამინისტრო; ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი	2000-2009
12.	სტაციონარული მომსახურება		
12.1.	თბილისში საწოლთა ჭარბი ფონდის შემცირება	საქართველოს მთავრობა; ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი	2000-2005
12.2.	საქართველოს ძირითად ქალაქებში საწოლთა ჭარბი ფონდის შემცირება	საქართველოს მთავრობა; ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი	2002-2008
12.3.	საქართველოს სოფლებში სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარების ქსელის გახეითარება	აღმოსავლეთი ხელისუფლება ჯანდაცვის სამინისტრო, ადგილობრივი ხელისუფლება	2003-2009

	დონისხეებები	ასახისხეებელი შემსრულებლები	ფრის მინ. კვირა 2000-2009
13.1	1. ვაშლის შესახებ ობიექტური ინფორმაციის სისტემის შექმნა და ინფორმაციის ეფექტური გავრცელება სამედიცინო დაზიანების შემთხვევების და მისი ხელშეწყობის (არარეგისტრირებული, უხარისხი, ფელსოციტოგენული) შემთხვევების მიხედვით. თანდათან ავადმყოფების მიხედვით (საქართველო და გარეუბრის შემთხვევები)	ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2009
13.13.	სამკურნალო საშუალებების რეგისტრაცია, სახელმწიფო რეგისტრაციის შემთხვევა და გამოცემა	ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2009
13.14.	ვაშლის მიმართული ინფორმაციის მონიტორინგის შექმნა, ათვისება (სთანადო მკურნალობა-ტექნიკური ბაზის, სწავლება-სემინარების ორგანიზაცია და სტრატეგიული კვლევა-კვლევების მომზადება)	ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2009
13.15.	1. საქართველოს კანონის "საქართველოს დაქვემდებარებული სამკურნალო საშუალებების წარმოების და მიმოქცევის შესახებ" მიღების შემდეგ მოქმედი კანონმდებლობის აქტების მასთან შესაბამისობაში მოყვანა და გამოცემა	ჯანდაცვის სამინისტროს ნარკოტიკებზე კონტროლის ინსპექცია	2000-2002
13.15.	2. სრულყოფილი საინფორმაციო სისტემის შექმნა ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების და პრეკურსორების ლეგალურ ბრუნვაზე საიმედო კონტროლის განხორციელებისთვის	ჯანდაცვის სამინისტროს ნარკოტიკებზე კონტროლის ინსპექცია	2000-2009
13.16.	ულტრაბიო დაწესებულებებში, ბაზრების და ბაზრობებში ვაშლის რეგისტრაციის აღკვეთა	საქართველოს პარლამენტი, მედიცინის სამინისტრო და სამართალდამცავი ორგანოები, ჯანდაცვის სამინისტრო, ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2002
13.17.	"კარგი საწარმო პრაქტიკის" () "კარგი დისტრიბუციის პრაქტიკის" () "კარგი საფუძვლიანი პრაქტიკის" () "კარგი ლაბორატორიული პრაქტიკის" () პროცესების შემუშავება და დამოუკიდებელი დანერგვა	ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2009
13.18.	ფარმაკოეპიდემიოლოგიის დაწესებულებების აკრედიტაცია (ფარმაკოეპიდემიოლოგიის ბაზრობის ანაგნოზირებული დაწესებულებების გამოდევნის მიხედვით)	ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2009
13.19.	ვაშლის ხარისხის უზრუნველყოფის სახელმწიფო სისტემის შექმნა-სამკურნალო საშუალებების სტანდარტიზაციის და ხარისხის კონტროლის ინსტიტუტის (ლაბორატორიის) დაარსება და აღჭურვა თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2002
13.20.	სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლის მოქმედი ლაბორატორიის გადართობა და მიდინობის ხელშეწყობა	ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2005
13.21.	ფელსოციტოგენული, კონტრინატიული სამკურნალო საშუალებების გავრცელების საწინააღმდეგო სისტემის შექმნა მარკეტების თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით	ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2009
13.22.	სახელმწიფო ფარმაკოეპიდემიოლოგიის შემუშავება-გამოცემა (ცოცხლების მიხედვით)	ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2001 და 2009
13.23.	პირითი დავალებების მკურნალობის, კვანძური და ალკოჰოლი სამკურნალო საშუალებების შექმნის მეთოდური სახელმძღვანელოების შექმნის მიზნით საფუძვლად დასაყრდენი შემუშავება და გამოცემა	ჯანდაცვის სამინისტრო, ვაშლის და ფარმაკოეპიდემიოლოგიის საქმედების დეპარტამენტი	2000-2009

	ლორისიბები	ლორისიბები	ასუქისიბები შექმნილი უკმარისებები	ლორისიბები
I3.24	შემოსულების ინსტიტუტის აღდგენა, წამლის დანიშნის პროექტის მონიტორინგის ჩატარება	ლორისიბები	წინადაცვის სამინისტრო, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
I3.25	სამკურნალო საშუალებების ფორმულარების შექმნა და გამოცემა	სამკურნალო საშუალებების ფორმულარების შექმნა და გამოცემა	წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
I3.26	ექსპერტული წამლის ნუსხის შექმნა, მისი რევიზია 2 წელიწადში ერთხელ	ექსპერტული წამლის ნუსხის შექმნა, მისი რევიზია 2 წელიწადში ერთხელ	წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
I3.27	მედიცინის მუშაკებისთვის უახლესი ინფორმაციის გავრცელების მიზნით სადამკო და საინფორმაციო პუნქტების და სემინარების მოწოდება, კონფერენციების ჩატარება	მედიცინის მუშაკებისთვის უახლესი ინფორმაციის გავრცელების მიზნით სადამკო და საინფორმაციო პუნქტების და სემინარების მოწოდება, კონფერენციების ჩატარება	წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
I3.28	წამლისა და ფარმაცევტული ინდუსტრიის დარგში სპეციალური ბიბლიოთეკის შექმნა და ფუნქციონირება	წამლისა და ფარმაცევტული ინდუსტრიის დარგში სპეციალური ბიბლიოთეკის შექმნა და ფუნქციონირება	წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
I3.29	ტრადიციული საშუალებების უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის შესწავლის მიზნით მკვლევარულ და სემინარულ პროექტების განხორციელება და მათი კლინიკური გამოცდის ორგანიზაცია	ტრადიციული საშუალებების უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის შესწავლის მიზნით მკვლევარულ და სემინარულ პროექტების განხორციელება და მათი კლინიკური გამოცდის ორგანიზაცია	წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
I3.30	უბაღესი და საშუალო ფარმაცევტული საწარმოების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარება-განვითარება საბაზის პროგრამების შედგენა	უბაღესი და საშუალო ფარმაცევტული საწარმოების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარება-განვითარება საბაზის პროგრამების შედგენა	თსსუ, ფარმაცევტული საწარმოები, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
I3.31	სპეციალისტების დიპლომის შემოღება მომზადების თანამედროვე მეთოდების შესაბამისი პროგრამების შედგენა და დანერგვა; სახელმძღვანელოების გამოცემა	სპეციალისტების დიპლომის შემოღება მომზადების თანამედროვე მეთოდების შესაბამისი პროგრამების შედგენა და დანერგვა; სახელმძღვანელოების გამოცემა	თსსუ, ფარმაცევტული საწარმოები, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
I3.32	პროფესორ-მასწავლებლების კვალიფიკაციის ამაღლება თანამედროვე მეთოდების და წიგნების წაყვების მიზნით	პროფესორ-მასწავლებლების კვალიფიკაციის ამაღლება თანამედროვე მეთოდების და წიგნების წაყვების მიზნით	წინადაცვის სამინისტრო, თსსუ, სამედიცინო აკადემია	2000-2009
I3.33	ფარმაცევტული კადრების მფლობელობა უცხოეთში სტაჟირებისთვის	ფარმაცევტული კადრების მფლობელობა უცხოეთში სტაჟირებისთვის	წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტი	2000-2009
14.	ადამიანური რესურსების განვითარება	ადამიანური რესურსების განვითარება	ადამიანური რესურსების განვითარება	
I4.1.	სტატორარული დაწესებულებებში მომუშავე კადრების ობიექტური და დინამიური კონსტრუქციის განხორციელება, ადგილობრივი ახალგაზრდა რეალური მოთხოვნილებების და საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით	სტატორარული დაწესებულებებში მომუშავე კადრების ობიექტური და დინამიური კონსტრუქციის განხორციელება, ადგილობრივი ახალგაზრდა რეალური მოთხოვნილებების და საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით	წინადაცვის სამინისტრო, უწყებრივი დაქვემდებარების სამედიცინო სამსახურები	2000-2009
I4.2.	პირველადი წინადაცვის რეალური დასაქმებულ კადრების ობიექტური და დინამიური კონსტრუქციის განხორციელება, ადგილობრივი ახალგაზრდა რეალური მოთხოვნილებების და საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით	პირველადი წინადაცვის რეალური დასაქმებულ კადრების ობიექტური და დინამიური კონსტრუქციის განხორციელება, ადგილობრივი ახალგაზრდა რეალური მოთხოვნილებების და საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით	წინადაცვის სამინისტრო, უწყებრივი დაქვემდებარების სამედიცინო სამსახურები	2000-2009
I4.3.	გამონათქვამულ კადრების კადრების განვითარება სისტემაში არსებული მოთხოვნილების დაკმაყოფილების მიზნით	გამონათქვამულ კადრების კადრების განვითარება სისტემაში არსებული მოთხოვნილების დაკმაყოფილების მიზნით	წინადაცვის სამინისტრო, უწყებრივი დაქვემდებარების სამედიცინო სამსახურები	2000-2009
I4.4.	სისტემაში განვითარებული უფლებები სამედიცინო კადრების გადამზადება სახალხო მეურნეობის სხვა დარგებში დასაქმების მიზნით	სისტემაში განვითარებული უფლებები სამედიცინო კადრების გადამზადება სახალხო მეურნეობის სხვა დარგებში დასაქმების მიზნით	წინადაცვის სამინისტრო, უწყებრივი დაქვემდებარების სამედიცინო სამსახურები	2000-2009
I4.5.	სისტემაში განვითარებული უფლებები სამედიცინო კადრებისთვის სოციალური დახმარების გაწევა (მათი გადამზადების ან სხვა დარგში დასაქმებით 1 წლის განმავლობაში)	სისტემაში განვითარებული უფლებები სამედიცინო კადრებისთვის სოციალური დახმარების გაწევა (მათი გადამზადების ან სხვა დარგში დასაქმებით 1 წლის განმავლობაში)	წინადაცვის სამინისტრო, უწყებრივი დაქვემდებარების სამედიცინო სამსახურები	2000-2009

	დონისიბუბები	ასახვისსეგმელო უმცირესელები	დროის მონაკვეთი 2000-2009
14.6.	მოქმედი უმაღლესი და საშუალო საშეღიანი სასწავლო დაწესებულებების მუშაობის საერთაშორისო სტანდარტებისადმი მიახლოების მიზნით მათი სასწავლო ბაზების, პროგრამების და კვალიფიკაციის კერძონადლის დოკუმენტაციის და აკრედიტაციის პროცესის გაკაცრება და სასწავლო ბაზების გაუმჯობესების ხელშეწყობა	განათლების სამინისტრო, ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
14.7.	მოქმედი უმაღლესი და საშუალო საშეღიანი სასწავლო დაწესებულებებში სტუდენტთა მისაღები კონტინენტის ქვეინისათვის ოპტიმალურ დონეზე დაცვა	განათლების სამინისტრო, ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
14.8.	დოკუმენტაციის და აკრედიტაციის ცენტრალური და რეგიონალური ბიუროებს შექმნა და მათი სათანადო აღკვერა	ჯანდაცვის სამინისტრო, უწყებრივი დაქვემდებარების სამდივინო სამსახურები, საზოგადოებრივი ორგანიზაციები და ასოციაციები	2000-2009
14.9.	საექიმო და საექიმო კადრების გადამზადების ცენტრალური და რეგიონალური ბიუროის შექმნა და მათი სათანადო აღკვერა	ჯანდაცვის სამინისტრო, შრომის, დასაქმების და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო	2000-2009
14.10.	სამედიცინო კადრების შრომის ანაზღაურების პოლიტიკის შეცვლა, მისი მჭიდრო დაკავშირება შესრულებული სამუშაოს მოცულობასა და ხარისხთან	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
14.11.	სამედიცინო პერსონალის საკონკრეტო წესით შერჩევის სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
14.12.	საექიმო და საექიმო კადრების უფრო რაციონალურად გამოყენების მიზნით ინტენსიური მეურნეობის, ხანგრძლივი დაკონტინების საკადმეოვი დაწესებულებების, საექიმო სახლების, დღის სტაციონარების ჩამოყალიბების ხელშეწყობა	ჯანდაცვის სამინისტრო, შრომის, დასაქმების და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო	2000-2009
14.13.	ქვეინის ჯანდაცვის სისტემის წინაშე წამოჭრილი ახალი ამოცანებიდან გამომდინარე მოქმედი და ახლად შექმნილი სასწავლო ბაზებზე სპეციალისტების მომზადება და გადამზადება (ჯანდაცვის კოინიტიკა, მენეჯმენტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, მარკეტინგი და სხვ.)	განათლების სამინისტრო, ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
15.	ფიზიკური ინფრასტრუქტურა		
15.1.	სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის ქვეინის რეალურ მოთხოვნებთან შესაბამისობაში მოყვანა	ჯანდაცვის სამინისტრო, უწყებრივი დაქვემდებარების სამსახურები	2000 - 2002
15.2.	ჯანდაცვის ობიექტების რეაბილიტაციის პროგრამების შემუშავება	ჯანდაცვის სამინისტრო, უწყებრივი დაქვემდებარების სამსახურები	2000 - 2002
15.3.	სამედიცინო ტექნიკური ნაკრებების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხის და უსაფრთხოების სტანდარტების შემუშავება, დანერგვა და მათ დაცვაზე კონტროლის უზრუნველყოფა	ჯანდაცვის სამინისტრო, სტანდარტიზაციის, მეტროლოგიისა და სერტიფიკაციის სახელმწიფო დეპარტამენტი, უწყებრივი დაქვემდებარების სამსახურები	2000 - 2009
15.4.	სამედიცინო ტექნიკური ნაკრებების დამუშავების, ვარშობის, მეტროლოგიური უზრუნველყოფის, კვლავუტაციისა და უსაფრთხოების სფეროებში აუცილებელი ნორმატიული-ტექნიკური დოკუმენტაციის შემუშავება და მათი შესაბამისობაში მოყვანა ქვეინაში მოქმედი კანონმდებლობასთან და მსოფლიოში მდებარე ნორმებთან	ჯანდაცვის სამინისტრო, მრეწველობის სამინისტრო, სტანდარტიზაციის, მეტროლოგიისა და სერტიფიკაციის სახელმწიფო დეპარტამენტი	2000 - 2003

	ლორისიბეჭები	პასუხისმგებელი შემსრულებლები	დროის მონაკვეთი
15.5.	სამედიცინო ტექნიკის მომსახურების ორგანიზაცია ლოგოტიყნიკებულთა დონების შესაბამისად	ჯანდაცვის სამინისტრო, შსწმბრეო დაქვემდებარების სამსახურები	2000 - 2003
15.6.	სამედიცინო ხელსაწყოთმშენებლობის განვითარებისა და ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობებით აღჭურვისათვის პრობლემატიკის მიმართულებების განსაზღვრა, ოპტიმალური პროგრამების შემუშავება, ინვესტიციების მოძიების ორგანიზაცია და მართვა	ჯანდაცვის სამინისტრო, შსწმბრეო დაქვემდებარების სამსახურები	2000 - 2009
15.7.	სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების მომსახურებულ შემკეთებელი და დამამუშავებელი პერსონალის მომხალაგება-გადამხადების სისტემის ორგანიზაციის ხელშეწყობა	ჯანდაცვის სამინისტრო, განათლების სამინისტრო, სტანდარტიზაციის, მეტროლოგიისა და სერტიფიკაციის სამსახურები	2000 - 2005
15.8.	სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების და სამედიცინო ტექნოლოგიების საბაზისო რეკონსტრუქციის შექმნა და მისი მუდმივი განახლება	ჯანდაცვის სამინისტრო, შსწმბრეო დაქვემდებარების სამსახურები	2000 - 2009
15.9.	სამედიცინო ტექნიკის დარგის საკონსტრუქციო უზრუნველყოფის საკითხების შემუშავება	ჯანდაცვის სამინისტრო, სტანდარტიზაციის, მეტროლოგიისა და სერტიფიკაციის სამსახურები	2000 - 2003
15.10.	სამედიცინო ტექნიკის განვითარებისა და ტექნოლოგიების დანერგვის ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი, სპეციალურ მონაცემთა ბაზის შექმნა, კოდირების სისტემის შემუშავება	ჯანდაცვის სამინისტრო, სტანდარტიზაციის, მეტროლოგიისა და სერტიფიკაციის სამსახურები	2000 - 2002
16.	ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემა		
16.1.	პირველად ინფორმაციის წარმოების გაერთიანება (ზოგადი პრაქტიკის კმბი, კმბი სამედიცინო დაწესებულებები)	ჯანდაცვის სამინისტრო, ლოგოტიყნიკების დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი	2000-2009
16.1.1	ზოგადი პრაქტიკის კმბების და კმბი სამედიცინო დაწესებულებების კმბების და სტატისტიკის მონაცემთა	ჯანდაცვის სამინისტრო, სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრი, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი	2000-2009
16.2.	სამედიცინო სამსახურებისათვის და პროგრამებისათვის სათანადო სტატისტიკური დოკუმენტაციის შექმნა და დანერგვა (მთიანეთის რაიონის გარეუბანში)	ჯანდაცვის სამინისტრო, სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრი	2000-2009
16.3.	წლიური (რეგულარული) სამედიცინო სტატისტიკის წარმოება	სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი	2000-2009
16.4.	ყოველიოთხედი (ოპერატიული) სამედიცინო სტატისტიკის წარმოება	სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.5.1	ჯანდაცვის ინტეგრირებულ და დანაწილებულ მონაცემთა ბაზის შექმნა თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.5.1 .1.	პროგრამული უზრუნველყოფის დამუშავება სამხარეო დონის ბაზებისათვის	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2002

	ლონისებები	დახარჯვის მიზანობები	დროის მონაცემი
16.5.1 2.	სამხარეო დონის მონაცემთა ბაზის ჩამოყალიბება	პასუხისმგებელი უმჯობესებები	2000-2009
16.5.1 3.	ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის ეტაპობრივი დანერგვა სამხარეო და რაიონულ დონეზე	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.5.1 4.	სისტემასთან მომუშავე პერსონალის მომზადება ყველა იერარქიულ დონეზე	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.5.1 5.	სისტემის ადაპტაცია მომხმარებლის მოთხოვნების გათვალისწინებით	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.5.1 6.	ზედამხედველობა სისტემის ფუნქციონირებაზე	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.5.1 7.	მონაცემთა ხარისხის კონტროლი	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.5.1 8.	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამხარეო და რაიონული ცენტრების უზრუნველყოფა შესაბამისი კომპიუტერული ტექნიკით	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.6.	ჯანდაცვის სრულყოფილი საინფორმაციო სისტემის დანერგვა სამ იერარქიულ დონეზე (რაიონი, მხარე, ქვეყანა)	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურ-რაიონული ცენტრები	2000-2009
16.6.1	ნაციონალური დონის სისტემისათვის ინტერნეტის გამოყოფილი საზის თვარა	ჯანდაცვის სამინისტრო, ეროვნული საინფორმაციო სასაქონლო ცენტრი	2000-2009
16.6. 2.	ინფორმაციული ქსელის შექმნა სამხარეო და ქვეყნის მონაცემთა ბაზების დასაკავშირებლად	ჯანდაცვის სამინისტრო, ეროვნული საინფორმაციო სასაქონლო ცენტრი	2000-2005
16.6. 3.	ჯანდაცვის სისტემის ერთიანი კომპიუტერული ქსელის და კომპოზიტული ბაზის შემართების საფუძველზე ტელეკონფერენციის და დისტანციური სწავლების ცენტრალური და რეგიონული კომპონენტების შექმნა	ჯანდაცვის სამინისტრო, ეროვნული საინფორმაციო სასაქონლო ცენტრი	2005-2009

	დროის მონაკვეთი	
	<p>ასპექტის მსგებელი შემრეულელები</p>	
16.8.1	<p>ლინისხეულები</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, აპნადაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, საზოგადოებრივი აპნადაცვის დეპარტამენტი</p>
16.8.2	<p>სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზის შექმნა აპნადაცვის მსოფლიო და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებისათვის</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი, აპნადაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, საზოგადოებრივი აპნადაცვის დეპარტამენტი</p>
16.9	<p>ინფორმაციის გაცემა სხვა სექტორებთან</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, შრომის, დასაქმების და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი</p>
16.9.1	<p>ინფორმაციის გაცემა სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტთან</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი</p>
16.9.1.1	<p>სტატისტიკის დეპარტამენტის სოციალისტური მონაცემთა ბაზის კონტროლი და ახალი</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი</p>
16.9.2	<p>ინფორმაციის გაცემა შრომის, დასაქმების და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროსთან</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, შრომის, დასაქმების და სოციალური დაცვის სამინისტრო</p>
16.9.2.1	<p>შრომის, დასაქმების და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, შრომის, დასაქმების და სოციალური დაცვის სამინისტრო</p>
16.9.3	<p>ინფორმაციის გაცემა რეგიონების ახალი</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, შრომის, დასაქმების და სოციალური დაცვის სამინისტრო</p>
16.9.3.1	<p>სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრის ტექნიკური განვითარება</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო</p>
16.9.4	<p>სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის სარეაბილიტაციო ღონისძიებები</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო</p>
17.	საკანონმდებლო ბაზა	
17.1.	<p>ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მარეგულირებელი მოქმედი საკანონმდებლო აქტების სრულყოფა</p>	<p>აპნადაცვის სამინისტრო, აპნადაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი</p>
17.2.	<p>ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მარეგულირებელი ახალი საკანონმდებლო აქტების მომზადება და პარლამენტში წარდგენილი კანონპროექტების დებულებების სოციალური მარკეტინგი (საინფორმაციო მხარდაჭერა)</p>	<p>აპნადაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი</p>
17.2.1	<p>კანონი ადამიანის ორგანიზმის ტრანსპლანტაციის შესახებ</p>	<p>აპნადაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი</p>
17.2.2	<p>კანონი ბავშვთა ბუნებრივი კვების ხელშეწყობის, ბავშვთა ხელოვნური კვების მომზადებისა და პარლამენტში წარდგენილი კანონპროექტების დებულებების სოციალური მარკეტინგი (საინფორმაციო მხარდაჭერა)</p>	<p>აპნადაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი</p>
17.2.3	<p>კანონი აკრედიტაციის უწყებების შესახებ</p>	<p>აპნადაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი</p>
17.2.4	<p>კანონი ადამიანზე წამორეგულირებელი საბიოლოგიური ბიოლოგიური კვლევის შესახებ</p>	<p>აპნადაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი</p>

	დონის მისიკოპი 2000
I7.2.5.	კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ
I7.2.6.	კანონი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ასოციაციების შესახებ
I7.2.7.	კანონი აბორტის შესახებ
I7.2.8.	კანონი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ
I7.2.9.	კანონი სქესობრივად გადადები დაავადებების შესახებ
I7.2.10.	კანონი საექიმო შეცდომის დახვედვის შესახებ
I7.2.11.	კანონი გენეტიკური კონსულტაციის შესახებ
I7.2.12.	კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ
I7.2.13.	კანონი ბუნური ინჟინერიის სამედიცინო სფეროში გამოყენების შესახებ
I7.2.14.	კანონი ტრადიციული მედიცინის შესახებ
I7.3.	სამედიცინო პერსონალის განათლება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს კანონმდებლობას და სამედიცინო ეთიკის საკითხებში
I7.3.1.	დოქტორის/შემგებში უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის ფარგლებში ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის სასწავლო კურსის პროგრამის მიმზადება
I7.3.2.	დოქტორის/შემგებში უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის ფარგლებში ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის სასწავლო კურსის მიმზადება
I7.3.3.	მასწავლებლების მიმზადება ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის სწავლების საკითხებში
I7.3.4.	უმჯობესების/შემგებში უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის ფარგლებში ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის სასწავლო კურსის ფინანსური და ტექნიკური უზრუნველყოფა
I7.3.5.	დოქტორის/შემგებში უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის ფარგლებში თანამდებროვნ სამედიცინო ეთიკის სასწავლო კურსის პროგრამის მიმზადება
I7.3.6.	დოქტორის/შემგებში უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის ფარგლებში თანამდებროვნ სამედიცინო ეთიკის სასწავლო მთავრობის მიმზადება
I7.3.7.	მასწავლებლების მიმზადება სამედიცინო ეთიკის სწავლების საკითხებში
	ლინისტიკები
	პასუხისმგებელი შემსრულებლები
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი
	ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი

	დონისებები	ლონისებები	პასუხისმგებელი შემსრულებლები	დროის მინაშენი
17.3. 8.	დადღობის შემდგომ უწინააღრესად სამედიცინო განათლების პროგრამის ფარგლებში თანამედროვე სამედიცინო კოიკის სასწავლო კურსის ფინანსური და ტექნიკური უზრუნველყოფა.	კოიკური კონსტრუქციის მომზადება, კოიკის კომისიის ინსტრუქტის ჩამოყალიბება საქართველოს კანონის საფუძველზე.	ჯანდაცვის სამინისტრო	2004-2009
17.4.		კოიკური კონსტრუქციის მომზადება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2005
17.4.1		საქართველოს კანონის საფუძველზე	ჯანდაცვის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2000
17.4. 2.		სამედიცინო დაწესებულებების კოიკური კომისიების წესდების მომზადება	ჯანდაცვის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2000
17.4. 3.		სამედიცინო დაწესებულებების კოიკური კომისიების ჩამოყალიბება დიდ საქალაქო და რეგიონულ სამედიცინო დაწესებულებებში	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2002
17.4. 4.		სამედიცინო დაწესებულებების კოიკური კომისიების ჩამოყალიბება საშუალო საქალაქო და სართლიანი სამედიცინო დაწესებულებებში	ჯანდაცვის სამინისტრო	2003-2007
17.5.		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში ზონალის მიყვანის კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2005
17.5.1		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2000-2002
17.5. 2.		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2002-2004
17.5.3		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2005-2008
17.5. 4.		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2000-2002
17.5. 5.		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2002-2004
17.5. 6.		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის მართვის საერთაშორისო ცენტრი	2009-2008
17.6.		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2002
17.6.1		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2002
17.7.		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
17.7.1		პაციენტის აღმოჩენის და მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში კომპლექსური სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2002-2004

	ლონისბიუჯეტი	პასუხისმგებელი შემსრულებლები	ღრის მონაცემი
18.	სამედიცინო მეცნიერება		
18.1.	სამედიცინო ცოდნის მართვა	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000-2009
18.1.1	კორპორაციული სამედიცინო ცოდნის მართვის სისტემის შექმნისათვის მეთოდოლოგიისა და ნორმების შემუშავება	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000-2009
18.1.2	სამედიცინო ცოდნის მართვის სისტემის განვითარება	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000-2009
18.1.3	სისტემური უზრუნველყოფა (მეცნიერული, ორგანიზაციული, კომერციული, საკანონმდებლო, ინფორმაციული, ლინგვისტიკური, ფინანსური, მარტივადი, ტექნოლოგიური, საკადრო, ფსიქო-სოციალური, ფსიქო-ფიზიოლოგიური, პედაგოგიური, მეთოდოლოგიური)	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000-2009
18.1.4	ცოდნის მართვის პროფესიონალების მომზადება	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000-2009
18.1.5	სისტემის უზრუნველყოფის ღონისძიებათა პერმანენტული გატარება	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000-2009
18.2.	ჯანდაცვის სფეროში სამეცნიერო კვლევების ხელშეწყობის ფონდის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000-2009
19.	ჯანმრთელობის დაცვის ერთეული პოლიტიკის დანერგვა		
19.1.	მონიტორინგის მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზის სისტემის ჩამოყალიბება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
19.2.	ორ წელიწადში ერთხელ ინტერსექტორალური კონფერენციების მოწოდება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
19.3.	პრობლემის გადაწყვეტილი საშუალო შესყიდვების მოწოდება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2000-2009
19.4.	დაბოთეტივები საექსპერტო ჯგუფების მიერ სოციოლოგიური კვლევების ჩატარება	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000-2009
19.5.	ჯანდაცვის პოლიტიკის ინგლისურ-ქართული განმარტებითი ლექსიკონის მომზადება და გამოქვეყნება (5000 მხმკვლარი)	ჯანდაცვის სამინისტრო,	2000

დანართი 2

7.2. მონიტორინგი (მიზნების რეალიზების სიხშირის დაკავშირებული ძირითადი მაჩვენებლები)

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია			პროცენტი	
		1997	1998	2000	2009	
1.	გეგმვა, კური ჯანმრთელობა					
1.1.	თანდაყოფილი ანომალიათა აღრიცხვისა და რეგისტრში შეტანის %			30%	90%	
1.2.1.	ორსულის მოვლის %	8%	10%	30%	90%	
1.2.2.	დიაგნოსტიკის ვეგეტაცია (პრე და პოსტნატალურ პერიოდებში დიაგნოზების თანხვედრის შეფარდება)		50%	60%	95%	
1.3.1.	ახალშობილთა მოვლის %		16%	20%	95%	
1.3.2.	ახალშობილთა მოვლის %		0	5%	95%	
1.4.	გეგმვა, კური დაავადებათა აღრიცხვისა და რეგისტრში შეტანის %			10%	80%	
1.5.	ცენტრის არსებობა			1	1	
1.6.	მომზადებული/გადაზღვეული კადრების %			1%	100%	
1.7.	მაგნი ფაქტორების %, რომელიც ქვემოთაა აღნიშნული			20%	90%	
2.	დღეიანა და ბეჭედი ჯანმრთელობა					
2.1.1	- აღრიცხვაზე აყვანილი და მოვალეფერების ქვეშ მყოფი ორსულთა რაოდენობა, პრე და პერინატალურ პერიოდში - მოვალეფერების ქვეშ მყოფი ორსულების შესრულებული ვიზიტების რაოდენობა - ორსულის მიერ შესრულებული ვიზიტის მოცულობა - რისკის ჯგუფის ორსულებში დამატებითი ვიზიტების და სტაციონარული მკურნალობის რაოდენობა		64%	68-70%	90%	
			79,6%	82%	95%	
				70%	90%	
				70%	90%	
2.1.2	- ფიზიოლოგიური მშობიარობის რაოდენობა (%) - საკმისი კმეისი %-ული წილი მშობიარობის საერთო რაოდენობაში - სამშობიარო ტრავმით დაზარალებული ახალშობილთა რაოდენობა - მკვდარდამბადობის რაოდენობა ინტრანატალურ პერიოდში - კეისარული მშობიარობის რაოდენობა	75,8% 8,9%	77,2% 8,1%	78% 8%	82% 6-8%	
		20,4% ⁶⁰	3,2% ⁶⁰ 17,2% ⁶⁰ 7%	2% ⁶⁰ 16% ⁶⁰ 6%	1-2% ⁶⁰ 14% ⁶⁰ 5-6% ⁶⁰	
2.1.3.	წლის განმავლობაში კვლევისთვის ამჟღავნების კურსებზე ნაშრომის რაოდენობა	200	250	300	1000	
2.1.3.1	ქობილისა და რეგისტრში სამედიცინო-გენეტიკური საკითხებზე ლექციების რაოდენობა	18	20	25	100	
2.1.4.	- მიზნობრივი და ქალთა პროფ. განათლების დონის განსაზღვრა სოციალური გამოკითხვით - მიზნობრივი და ქალთა პროფ. განათლების მიხედვით ჩატარებული სემინარების რაოდენობა - მიზნობრივისთვის პროფ. განათლების მიხედვით ჩატარებული სემინარებით მოცული სკოლებისა და უმაღლეს სასწავლებლების რაოდენობა	18	22	30	100 20 სკოლა და 5 უნივერ- სიტეტი	
2.1.5.	წლის განმავლობაში რეგისტრირებული ხელმოწერილი აბორტის რაოდენობა	23403	22997	20000	15000	

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია			პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2000	2009
2.15.1.	ქვეყანაში გახსნილი რეპროდუქციონოლოგიური კაბინეტების რაოდენობა		20	35		64
2.15.2.	აბორტების მაჩვენებლის შესახებ წლის განხილვაში ჩატარებული მოკვლევიანი დიპლომატიური შეხვედრების რაოდენობა	12	16	25		75
2.15.3.	ოჯახის დაგეგმვის და კონტრაცეპციის თაობაზე რეკლამების, სემინარების, სემინარების, სემინარების რაოდენობა	14	18	20		40
2.2.1.	გამოქვეყნებული სტატიების რაოდენობა					
2.2.2.	იმ ახალშობილთა რაოდენობა, რომელთაც ჩატარდა ნეონატალური სარეზერვუარო სახლში - იმ ახალშობილთა რაოდენობა, რომლებიც დაიბადნენ ავადმყოფობი ან ავად გახდნენ დაბადებისთანავე და გაეწერნენ სამშობილო სახლიდან (ან გადაიყვანილნენ იქნენ სხვა სტაციონარში) - დაბადების პირველ საათში ტიპზე მიყვანილ ახალშობილთა რაოდენობა - იმუნიზირებულ (BCG) ახალშობილთა რაოდენობა	9,46% 87,6% 75,8%	9,2% 89,8% 94,2%	8% 90% 90%	100 90% 90%	1000 5% 95% 95%
2.2.3.	ბავშვთა პოლილინიკაში აღრიცხვაზე აყვანილ და პოლისი უზრუნველყოფილ ბავშვთა რაოდენობა - 1 წლამდე ბავშვთა პატრინაჟი და ვიზიტების რაოდენობა - დაბეჭდილი და გაცემული ზრდის ბარათების რაოდენობა	82%	83,4%	90%	90%	100%
2.2.4.	ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამაზე სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრების რაოდენობა. ათ შორის: o ბავშვთა პატრინაჟზე და ამბულატორიულ დახმარებაზე გამოყოფილი თანხის რაოდენობა o ბავშვთა სტაციონარულ დახმარებაზე გამოყოფილი თანხის რაოდენობა. o ბავშვთა სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მთავალკეულობისა და მკურნალობის ტანდარტების რაოდენობა			6 მლნ \$ 1,5 მლნ \$ 4,5 მლნ \$ 441 სტანდ.	20 მლნ \$ 6,5 მლნ \$ 13,5 მლნ \$ 500 სტანდ.	30 მლნ \$ 20 მლნ \$ 10 მლნ \$ 700 სტანდ
3.	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები					
3.1.	საქართველოს მისახლეობის % წელი მიხედვით რეგიონში, რომლებიც მოქმედობს ამ დაავადებათა სრულყოფილი გამოვლენისთვის სისტემაში		5%	10%		70%
3.2.	პროგრამების განხორციელებისთვის აუცილებელი თანხებით დაფინანსების % წელი		10-15%	80%		100%
3.3.	ბავშვთა დაავადებების % წელი კატეგორიათა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, რომელთაგანაც შეუმკურნელობი კატეგორია		60%	90%		100%
3.5.	მიზნობრივი ჯგუფების წარმომადგენელთა % წელი, რომლებიც მომზადებული არიან პირველადი გადასარტული სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაში ხანობი სტანდარტების დონეზე		4-5%	10%		100%
3.6.	შემუშავებული კლასიფიკაციების არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)		0	1		1
3.7.	ცენტრის არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)		0	0		1
3.8.	ლაბორატორიების არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)			0		2
3.9.	ცენტრის არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)			0		1
3.10.1.	სასწრაფო დახმარების კეჩობა %, რომელთაც გაიარეს კვლავი კვლევის ასახვადი კურსები		1-2%	10%		100%

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია			პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2000	2009
3.10.2.	სასწრაფო დახმარების ბრიგადების %, რომლებიც სათანადოდ არიან აღჭურვილი აპარატურით და მდიდრულად		3-5%	90%	100%	
3.11.	ცენტრების არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)		18	50	80	
3.12.	მიმსახურებელ ქსენოფობიის პროცენტული წილი		0	10%	100%	
3.13.	შეუქმებელი პროგრამების არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)		0	1	1	
4.	ინკლუზიური დაგეგმვა					
4.1.	მოსახლეობის % წილი, ვინც გათვითცნობიერებულია სწორად დაბალანსებული კვების შესახებ ინკლუზიური პროფესიონალი		5-10%	15%	80%	
4.2.	მოსახლეობის % წილი, ვინც გათვითცნობიერებულია კბის მადლი რისკის შესახებ		5-10%	15%	100%	
4.3.	საშუალო ხანგრძლივად ცხოვრების ხარისხობრივი შეფასება			10%	80%	
4.4.	ქრონიკული დაავადებების, მათგან უმეტესად შაქრიანი დიაბეტის, გარემოში და მკვლელობის ხარისხობრივი შეფასება					
4.5.	გარემოს და კვების პრობლემებში ქრონიკული დაავადებების შემცირების ზეგავლენის შეფასება ინკლუზიური ადამიანების (ხარისხობრივი შეფასება)					
4.6.	დაბალანსებულ კვების % წილი			5%	100%	
4.7.	კბისწინაზე დაავადებათა მკურნალობის %		10%	20%	100%	
4.8.	გოგონაური ლოკალიზაციის სიმსივნეების ადრეული ფორმების და კბის წინაზე დაავადებების გამოვლინების %		60%	65%	100%	
4.9.	მოსახლეობის სერინგ-ტესტებით გამოკვლევის %			25%	100%	
4.10.	მოსახლეობის უზრუნველყოფა კნდოსკოპიური და ციტოლოგიური სამსახურებით		30%	40%	100%	
4.11.1.	ინკლუზიური ადამიანების გამოვლინება 100000 მოსახლეზე	83.8	88.7	120.0	140.0	
4.11.2.	ინკლუზიური კონტინენტი 100000 მოსახლეზე	480	480	500	560	
4.11.3.	ინკლუზიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა 100000 მოსახლეზე	80	75	70	50	
4.11.4.	კბის ადრეული ფორმების გამოვლინების %	2%	3%	8-10%	25%	
4.11.5.	კბის დაავადებებით ფორმების გამოვლინების %	60%	50%	40%	25%	
4.11.6.	იმ ადამიანთა რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუბარდათ რადიკალური მკურნალობა (მათ შორის კომბინირებული)	2000	2500	3000	4500	
4.11.7.	მკურნალობის პირველ წელს გარდაცვლილია %	40%	35%	30%	20%	
4.11.8.	გამოჯანბრების 5-წლიანი მაჩვენებელი სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით (10 ძირითადი ლოკალიზაცია) (ხარისხობრივი შეფასება)					
4.11.9.	პალიატიული მკურნალობის ხე მყოფ აკიუნტა %	40%	40%	40%	30%	
4.12.1.	არანარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებლებით უზრუნველყოფის %			50%	100%	
4.12.2.	ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებლებით უზრუნველყოფის %	80%	80%	100%	100%	
4.13.	მისობრივ ჯგუფებში ინკლუზიური პაციენტთა %-ული წილი, რომლებსაც ჩაუბარდა მელიტარული რეაბილიტაცია (ხარისხობრივი შეფასება)					

N	ინდიკატორები	რეალური მონაცემები		პროგნოზი
		1997	1998	
4.14.	მიზნობრივ ჯამებში ინკლუზიური პერიოდის % - უფრო წილი, რომლებსაც ჩაუტარდათ პროექტირება (ხარისხობრივი შეფასება)			2000
4.15.	ნამკურნალები პაციენტებში შრომისუნარიანთა სეგმენტში % (ხარისხობრივი შეფასება)			2009
5.	ტრანსპარენცია			
5.1.	თანამშრომელ შემოსავლის დაწესების %		10%	100%
5.2.	შემოსავლები პროგრამების რაოდენობა, % წილი იმ პირთა, ვინც აუცილებლად უნდა იქნეს მომხმარებელი ამ პროგრამების მიხედვით		10%	100%
5.3.	მძლიერების %, ვინც მომზადდა და ატესტირებულია პირველადი სამედიცინო დახმარების პრინციპებით		10%	100%
5.4.	აღჭურვილ დაწესებულებაში რაოდენობა		0	3
5.5.	შექმნილი პროცედურების რაოდენობა		20	70
5.6.	საქციანობრივად შეფასებული პროცედურების რაოდენობა		0	4
5.7.	მომხმარებელზე სექციანობრივი რაოდენობა		4	24
5.8.	კვლევითი ახალგაზრდა სექციანობრივი %		10	100%
5.9.	მსხვილ ხარისხში % წილი, სადაც შექმნილია სექციანობრივების ტრენინგები		10%	100%
5.10.	წახალისების % წილი, სადაც შექმნილია სექციანობრივი სახმარებელი		10%	100%
5.11.	მისწავლეთა % წილი, ვინც იცის ცერვა		30%	80%
5.12.	მიწვევები უფრო მეტი ახალგაზრდას % წილი		30%	90%
5.13.	ხანის სწავლის დროს სემინარებში აქტიური მონაწილეობის % წილი		20%	100%
6.	გადამდები დაავადებები			
6.1.	გემოთი იმუნისაციით მოცვის მაჩვენებელი % -ში	92	94	95
6.2.	ინფექციური ავადობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე	738	730	700
6.3.	დაბირთვით და დადასტურებულ შემთხვევების სეგმენტში წილი % -ში	5%	7%	85%
6.4.	სრულყოფილად აღჭურვილ კრიტიკული % წილი	35%	35%	40%
6.5.	ბუნებრივ კერებში და ზოოზოოზოო დაავადებათა კერებისა და ქანქარა ტერიტორიების კვლევითი მონაცემები %			50%
7.	ფსიქიკური ჯანმრთელობა			
7.1.	ფსიქო-სოციალური დახმარების კაბინეტების შექმნა			0
7.2.	სოციალური საკონსულტაციო სერვისების მოწოდება			2
7.3.	სოციალის და ფსიქო-სოციალურ პრობლემების კვლევის სამედიცინო ჯგუფის შექმნა			12
7.4.	ზოგადი პოპულაციაში სოციალური შემთხვევების რაოდენობრივი შეცვლა			13%
7.5.	ბავშვთა და მოზარდთა კონტინენტში ფსიქიკურ აშლილობათა შემცირება			0
7.6.	რათიონული განათლების განყოფილებაში ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოლოგიური კონსულტაციის განყოფილების შექმნა და ამოქმედება			60
7.7.	ბავშვთა დღის სტაციონარის სრულმასშტაბიანი შექმნა და ამოქმედება			1
7.8.	პოპულაციაში ზრდასრულ პირებს შორის ფსიქიკურ აშლილობათა შემცირება			10.7%

N	ინდიკატორები	რეალურად		პროცენტი
		1997	1998	
7.9.	ფსიქოტროპული დახმარების ქსელში დიდი დეპრესიული აშლილობის მქონე პირთა მობილიზაციის პროცენტული წილის გაზრდა			2009 45%
7.10.	ფსიქოტროპული დახმარების ქსელში პირველადი და კლინიკური პრობლემების მისაგებებლად 18 წლის და უფროსი ასაკის პირთა მობილიზაციის პროცენტული წილის გაზრდა			20%
7.11.	ქრონიკული ფსიქოტროპული აშლილობების მქონე ზრდასრული პირთა წილის გაზრდა, ვინც მინაწილობას იღებს ფსიქო-სოციალური დახმარების პროგრამებში			30%
7.12.	სახელმწიფოში არსებული ბავშვთა და მოზარდთა სეპციონარული ბავშვების შეკვება – ამოქმედება			0%
7.13.	ფსიქო-რეაბილიტაციური სამსახურის ამოქმედება			0
7.14.	ზრდასრულ პოპულაციაში სტრესული სიტუაციებით განპირობებული ჯანმრთელობის მობილიზაციის მქონე პირთა წილის შემცირება			35%
7.15.	გადამდებელი ფსიქოტროპული დახმარების სამსახურის ამოქმედება			0
8.	ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვა			
8.1.	ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაცია მოსახლეობაში			
8.1.1.	მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ	35%	40%	45%
8.1.2.	მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე ჯანმრთელობაზე ეკოლოგიური ფაქტორების მოქმედების შესახებ	40%	45%	50%
8.1.3.	არაჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ კრტიკული პუბლიკაციების და კანცერების რიცხვი	20	30	150
8.1.4.	შემწიფი სხვადასხვა აღტკინატორული კვლევების რაოდენობა			50
8.1.5.	ლოცინხორებული სოციალური მუშაკების რაოდენობა	20	30	200
8.1.6.	“ჯანსაღი ქალაქი” საჯარო კონკურსების და მათში მინაწილე ქალაქების რაოდენობა			2500
8.1.7.	ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სპეციალური პროგრამების და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვის რაოდენობა	2	4	10
8.1.8.	შემუშავებული სამედიცინო-პროფილაქტიკური სასწავლო პროგრამების რაოდენობა	3	5	20
8.1.9.	სამედიცინო-პროფილაქტიკური სასწავლო პროგრამებით მომზადებული პედაგოგების %			5%
8.1.10.	“ჯანსაღი სკოლის” საჯარო კონკურსების და მათში მინაწილე ქალაქების %			0.3%
8.1.11.	იმ სკოლების %, სადაც დანერგულია ჯანმრთელო ცხოვრების კომპლექსური საგანმანათლებლო პროგრამა			3%
8.1.12.	ახალგაზრდული პროგრამების, რომლებიც ითვალისწინებს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვას			1
8.2.	ფსიქოტროპული დახმარების მობილიზაციის დონის შემცირება			
8.2.1.	თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო დონის შემცირება			
8.2.2.	თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო დონის შემცირება	85%	90%	95%
8.2.2.1.	თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო დონის შემცირება	40	40	40
8.2.2.2.	თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო დონის შემცირება	2	5	7
8.2.2.3.	თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო დონის შემცირება	40	45	80

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია		პროცენტი	
		1997	1998	2000	2009
8.5.5	ჯანსაღი კვების რაციონის მქონე ობიექტების % სახელების ქსელში		2	5	30
8.6	სქესობრივი გზით გადაამდები დაავადებებისა და შიდს-ის პრევენციული დონის მიხედვით				
8.6.1	სევერ/შიდსის შესახებ პროფილაქტიკურ-საგანმანათლებლო პროგრამების რაოდენობა	2	5	10	40
8.6.2.	მისახლეობის ინფორმირებულობის დონე სქესობრივი გზით გადაამდები დაავადებების და შიდს-ის რისკფაქტორების შესახებ	22%	25%	28%	70%
8.6.3	რისკ-ჯგუფების წევრთა მიმართულებით სადიაგნოსტიკო ცენტრებში	5	7	10	90
8.6.4	სევერ/შიდსის კონტროლირებული კვლევების რაოდენობა	10	7	12	40
8.7.	ოჯახის დამცველობა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა				
8.7.1.	აბორტების რაოდენობა ყოველ 100 ცოცხლადშობილზე (სარისხობრივი შეფასება)	45	42	38	10
8.7.2.	იმ ოჯახთა % წილი, რომლებიც იყენებენ ოჯახის დამცველობის მეთოდებს (სარისხობრივი შეფასება)	10	12	15	80
8.7.3.	იმ ქაღალთა % რაოდენობა, რომლებიც იყენებენ კონტრაცეპციის მეთოდებს (სარისხობრივი შეფასება)	8	10	20	90
8.8	ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა				
8.8.1	ფიზიკური აქტივობის ნორმების კრიტერიუმების რაოდენობა	10	10	15	60
8.8.2	სპორტულ-გამაჯანსაღებელ მიქსედ კომპლექსთა რაოდენობა ყოველ 10000 ადამიანზე	1	1	1.2	6
8.8.3	საშუალო ადგილების შესაბამისი ფიზიკური მეთოდების რაოდენობა				40
8.8.4	სპორტინაშის გაფრეცვლების შესწავლულ კვლევება რაოდენობა			1	12
8.8.5	საგანმანათლებლო დაწესებულებათა % ოპტიმიზებული ფიზიკური აღზრდა	3	4	15	100
9.	ჯანსაღი და უსაფრთხო გარემო				
9.1.	საქართველოს გარემოს ჰიგიენის მოქმედებათა პროცენტული გაცემა არსებითად			1	1
9.2.	ქვეყნის ადმინისტრაციული ტერიტორიების რეგიონული და ადგილობრივი დონეების გარემოს ჰიგიენის მოქმედებათა გაცემა უსრულყოფილად (%)			20	100
9.3.	მისახლეობის ჯანმრთელობის და გარემოს დაცვის საუკეთესო შიდა საბჭოების არსებობა პროცენტული დონეებზე			2	13
9.4.	ქვეყნის სანიტარული სამსახურის ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უსრულყოფიერების (წესი, პანი, ნიადაგი, ფიზიკური ფაქტორები და ა.შ.) ძირითადი სტანდარტებით, სანიტარულ-ჰიგიენური და კონტროლირებული წესებით და ნორმებით, სხვა ნორმატიული-მეთოდური დოკუმენტაციით უზრუნველყოფის %			10	100
9.5.	თანამედროვე მოთხოვნის შესაბამისად აღჭურვილი ლაბორატორიის არსებობა			2	10
9.6.	ვახსკივრებულად რთული და სააბორტო გარემოში გაბრუნების შემთხვევების რაოდენობა			1	1
9.7.	სანიტარული სამსახურის ცენტრალური ლაბორატორიის არსებობა პროფილაქტიკური მუდითინის პროფილის საქვადასრულების რეზილენტურაში მომხდების რაოდენობა			10	100
9.8.	პროფილაქტიკური მუდითინის პროფილის კურსდამთავრებულების ასორტიურაში მომხდების რაოდენობა	1	1	2	20
9.9.	სანიტარული სამსახურის კომ-სექციალების %-ული რაოდენობა, რომლებსაც გავლელი აქვთ კვლევითი-დაცვითი ახალგაზრდების კურსები			10	100

N	ინდიკატორები	რეალური ზედი		პროცენტები	
		1997	1998	2000	2009
9.10.	საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სანიტარული სამსახურის სხვადასხვა დარგის კვლევით-საგეგმარო სამსახურის რაოდენობა, რომელთაც გაეყოლია აქვთ სტაჟირება საზღვარგარეთის წამყვან ცენტრებში			4	40
9.11.	მაღალმთიანი რეგიონების სოფლებში მოძველებული სახლით სარეაბილიტაციო და აბაჯანდარბაზების მშენებლობის პროექტების განხორციელების რაოდენობა, რომლებიც ფინანსდება მსხვილი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან	30	31	45	80
9.12.1.	ქვეყნის მოსახლეობის %-ული წილი, რომელსაც შეუწყვრთებულა მშენებლობის სამუშაოები	50	52	60	100
9.12.2.	ქვეყნის მოსახლეობის %-ული წილი, რომელსაც ცენტრალური ხელისუფლების და მუნიციპალიტეტების ხელისუფლების დახმარებით შეასრულეს მშენებლობის სამუშაოები			50	90
9.13.	ქალაქებისა და სოფლების წყალსაცავების %-ული წილი, რომლებზედაც ხორციელდება წყლის ხარისხის დაბინძურების კონტროლი			1	1
9.14.1.	ქვეყნის მოსახლეობის უსაფრთხო სასმელი წყლით უზრუნველყოფის პრობლემის კომპლექსური მართვის პროექტების განხორციელების რაოდენობა			1	1
9.14.2.	ქალაქებისა და სოფლების წყალსაცავების სანიტარულ-ტექნიკური მდგომარეობისა და სასმელი წყლის ხარისხის შეფასების მასშტაბების კომპლექსური მართვის პროექტების რაოდენობა			10	80
9.15.	ქალაქებისა და სოფლების წყალსაცავების უზრუნველყოფის პროექტების რაოდენობა, რომლებიც დაფინანსებულია სახელმწიფო ბიუჯეტიდან			20	100
9.16.	საქართველოს მოსახლეობის შიშის ფარისკენი პრობლემების უზრუნველყოფის პროექტების რაოდენობა, რომლებიც დაფინანსებულია სახელმწიფო ბიუჯეტიდან			20	100
9.17.	ბავშვთა სკოლებში, სადაც ხორციელდება მხს. კურსების კომპლექსური მართვა			10	90
9.18.	ბავშვთა კვების პრობლემების %-ული წილი, რომლებიც მზადდება მაღალხარისხისა და მაღალმთიანი რეგიონების სოფლებში			10	80
9.19.	სამრეწველო საწარმოებში შრომის მაქსიმალური პროდუქტიულობის პროექტების რაოდენობა			10	80
9.20.	უზრუნველყოფილი არიან სამკურნალო-პროფილაქტიკური კვებითი პროდუქტების წარმოებაში, ტრანსპორტირებაში, შენახვაში და რეალიზაციაში, აგრეთვე სოფლის მეურნეობაში ქიმიკატების გამოყენების შემცირებაში, ტრანსპორტირებაში და გამოყენებაში დასაქმებულ პირთა %-ული წილი, რომელთაც ხატარბუღი აქვთ პოეტური სწავლება			10	90
9.21.	მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების კვების სტრუქტურისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შექსაფხვა			1	1
9.22.	მოსახლეობის %-ული წილი, რომელსაც სხვადასხვა სახით და საშუალებით აუზალდალი სანიტარულ-პოეტური ციფრა			10	90
9.23.	მოსახლეობის პროცენტული წილის შემცირება, რომლებიც განიცდიან ტენიანობის პრობლემებს			60	100

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია			პროცენტი	
		1997	1998	2000	2009	
9.24.	მეცნიერული დატვირთვალი სამრეწველო-ტიპიური წარმოების კომპლექსური მონაცემთა ბაზის და უბრალოდ სამრეწველო წარმოების კლასტრის არსებობა			1	1	
9.25.	მეცნიერული არსებული საყოფაცხოვრებო, სამრეწველო და სასოფლო-სამეურნეო ქიმიკატების წარმოების პოლიტიკის ხაზგარეშებული და კოორდირებული შესრულება, მისი სფეროს ჯანმრთელობის და გარემოზე მათი რისკის შეფასება				1	
9.26.	მეცნიერული მონაცემების %-ული წილის შემცირება, რომლებიც განიცდიან არამათონებელი გამოხვედრის შემთხვევას			10	80	
9.27.	იმ დასაქმებულ მისახელობის %-ული წილის შემცირება, რომელთა სამუშაო გარემო არ აკმაყოფილებს სასტანდარტულ-პოტენციურ და შრომის უსაფრთხოების სტანდარტების მოთხოვნებს			10	80	
9.28.	მეცნიერული პროფესიული დაჯილდოების, საწარმოსთან დაკავშირებული იმ ინტელექტუალური და ტექნოლოგიური ინოვაციების გამოკვეთის, რეგისტრაციის, აღრიცხვის და ახალი მონაცემთა ბაზის არსებობა			1	1	
9.29.	საწარმო გარემოს სხვადასხვა რისკფაქტორების მომუშავე პროფესიული კონტინენტის %-ული წილი, რომლებიც გადიან მიზნობრივ წინასწარ და პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებს			50	100	
9.30.1.1.	საქართველოს ტერიტორიაზე რეალიზებული ფინანსური პროექტების რაოდენობა	6,000	8,000	10,000	70,000	
9.30.1.2.	საკვებ პროდუქტებში, სამშენებლო მასალებში, სამკურნალო საშუალებებში რეალიზებული რაოდენობის და რეალიზაციის იდენტიფიკაციის მიზნით ჩატარებული რეალიზებული და რეალიზებული ახალი პროექტების რაოდენობა	0	0	1,000	10,000	
9.30.2.	შემუშავებული სტრატეგიის არსებობა (საინფორმაციო უწყისებები)					
9.30.3.	პროექტების % წილი, რომელთათვისაც დადგენილია რეალიზაციის გეგმები	0	0	5%	30%	
9.30.4.1.	რადიონი კონცენტრაციის დადგენის მიზნით გამოკვლევულ წერტილთა რაოდენობა მდარეოებში, მდებარეობა, მდებარეობა, სარდაცობა, მდებარეობა	0	0	10%	90%	
9.30.4.2.	მდებარეობის რეალიზაცია, სადაც რადიონი კონცენტრაცია ნორმატივებს აღემატება (%)	-	-	60%	30%	
9.30.5.1.	რისკფაქტორებში გაერთიანებული მისახელობის რაოდენობის პროცენტული წილი, რომელთაც განესაზღვრათ დასახელების კონკრეტული დონა	0	0	10%	95%	
9.30.5.2.	რისკფაქტორებში გაერთიანებული მისახელობის რაოდენობის პროცენტული წილი, რომელთა შორის განხორციელდა მათი რეალიზაცია გამოხვედრის მიხედვით გამოკვლევით	0	0	10%	95%	
9.30.5.3.	მაღალი რეალიზაციის ფინანსირებაში მცხოვრებ მისახელობის რაოდენობა, ვისაც ჩაუტარდა ჯანმრთელობის მდებარეობის გამოკვლევა (%)	0	0	20%	95%	
9.30.5.4.	მისახელობის რეალიზაციის რეალიზაციის რაოდენობის დასახელების კონკრეტული დონის შემცირება	0	0	10%	30%	
9.30.6.1.	პროფესიონალთა რაოდენობა, რომლებსაც სისტემატურად უტარდებოდა ინდივიდუალური დოზირება	0	0	30%	100%	
9.30.6.2.	პროფესიონალთა რაოდენობა, რომლებსაც დაუდგინდა დასახელების კონკრეტული დონა (%)	0	0	30%	100%	
9.30.6.3.	პროფესიონალთა რაოდენობის დონის შემცირების მიხედვით (%)	0	0	5%	25%	
9.30.6.4.	მიზნობრივ წინასწარ და პერიოდულ სამედიცინო შემოწმებას დაქვემდებარებული პროფესიონალთა რაოდენობა (%)	0	0	20%	100%	

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია		პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2009
9.30.7.	ბირობული და რადიაციული უსაფრთხოების ბიუროს არსებობა			1	1
9.30.8.	რადიონუკლიდებისა და ბიორეპროდუცირებადობის სხვა წყაროების გამოყენებული დაწესებულებების აღრიცხვაზე ავანისა და მათი აპროტექციის მანქანების			20%	100%
9.30.9.1.	საექსპლუატაციო რადიოლოგიური ლაბორატორიების რაოდენობა	1	1	2	5
9.30.9.2.	დაწესებულებების თანამდროვე რადიომეტრიული და დოზიმეტრიული ხელსაწყოებით აღჭურვის მაჩვენებელი	1%	2%	10%	80%
9.30.9.3.	საბაზოებთან გახსნილი რადიოლოგიური საკონტროლო პუნქტების რაოდენობა (ხარისხობრივი შეფასება)				
9.30.10.1.	მომზადებული და გადამზადებული რადიოლოგიური კადრების რაოდენობა (ხარისხობრივი შეფასება)				
9.30.10.2.	სახეცვლადი სტანდარტული სპექტრომეტრების რაოდენობა (ხარისხობრივი შეფასება)				
9.30.10.3.	სპეციალური პერიოდული გამოცემებით მეცნიერთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი (ხარისხობრივი შეფასება)				
9.30.10.4.	მოსახლეობის მოცვა საგანგაშაო დონეზე (ხარისხობრივი შეფასება)				
10.	ჯანდაცვის დაფინანსება				
10.1.1.	უწყონა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცული საქართველოს მოქალაქეების რაოდენობა	375,000	412,000	420,000	800,000
10.1.2.	ბავშვების სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცული ბავშვების (0-18 წელი) რაოდენობა	110,000	155,000	210,000	18 წლის წლამდე
10.1.3.	ხანდაზმულთა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცული ხანდაზმულების (65 წელს ზევით) რაოდენობა	0	0	100,000	65 წელს ზევით
10.2.	კვდი სუბსიდიური სახელმწიფო დახვედრით მოცული საქართველოს მოსახლეობის %	25,000	40,000	50,000	500,000
10.3.	სამედიცინო დახვედრის სახელმწიფო კომპანის სრულად აღჭურვილი და მომუშავე რეგიონული წარმომადგენლობის რიცხვი	7	7	9	65
10.4.	მომზადებული ფინანსური შედეგების, ბუღალტრების და აქტივების რაოდენობა სამედიცინო დახვედრის სახელმწიფო კომპანიაში და რეგიონულ ფონდებში	5	8	25	500
10.5.	მომზადებული ფინანსური შედეგების, საავადმყოფო და პრევენციის ჯანდაცვის მექანიზმების და ბუღალტრების რაოდენობა სამედიცინო დაწესებულებებში ქვეყნის მასშტაბით	8	10	30	1000
10.6.	მოსახლეობის % მოცული რისკის განაწილების აღქმის რეგიონული სექტორი საზოგადოების მინარეჟებისა და დამატებითი განხორციელების რაოდენობის პრიორიტეტი	0	0	1%	50%
11.	პირველადი ჯანდაცვა				
11.1.	ზოგადი პრაქტიკის კმისა მომზადების ერთეული და რეგიონალური ცენტრების არსებობა			ერთეული	რეგიონ
11.2.	ქონების მომზადების ერთეული და რეგიონალური ცენტრების არსებობა			ერთეული	რეგიონ
11.3.	პირველადი ჯანდაცვის მარგინალიზებული კონსტრუქციის და ნორმატიული აქტების რაოდენობა				
11.4.	რეგიონალური პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რაოდენობა			3	200

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია		პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2009
11.5.	პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოცულობა				
11.6.1.	პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული ზოგადი პრაქტიკის ექიმების რაოდენობა		2500	3500	14000
11.6.2.	პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული პალმბ-დებულ ექიმების რაოდენობა		8	70	1500
12.	სტაციონარული მომსახურება				
12.1.	საავადმყოფოებისა და საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა თბილისში	67/11900	67/11400	9000	3600
12.2.	საავადმყოფოებისა და საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა დიდ ქალაქებში				
12.3.	ამბულატორიების და პალმბ-დებულ კაბინეტების რაოდენობა, რომელიც ჩანაცვლავს საავადმყოფოებს				
12.4.	საავადმყოფო მძიჯვრებულ მომხმარებელი კაბინეტების რაოდენობა	0	0	20	700
12.5.	რეპიტორებულ საავადმყოფო დაწესებულებათა რაოდენობა	0	-	1	60
12.6.	საავადმყოფო სექტორისათვის კომპლექსური ფინანსური მექანიზმების არსებობა	არა	არა	არა	დაახ
12.7.	საავადმყოფო სექტორის მარეგულირებელი კანონების და კანონმდებლური აქტების რაოდენობა	0	0		
13.	ფარმაცევტული სექტორი				
13.1.	რეგულირებადი (ფასები) სამკურნალო საშუალებების წილი ფარმაცევტულ ბაზარზე (%)			20%	60%
13.2.1.	ფინდის არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)			1	1
13.2.2.	ფინდის კლინიკის რაოდენობა			5	70
13.3.	წამლების % წილი, რომელთა ანალიზი ჩატარდა			20%	100%
13.4.	ფარმაცევტების % წილი, ვინც აღტკინა რეგულირებადი წამლის რეგულირება და მათთვის მოხდა ანაზღაურება შესაბამისი სისტემის ფარგლებში			10%	50%
13.5.	შედათთან და უფასო რეცეპტით სამკურნალო საშუალებების გაცემის მექანიზმის არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)			0	1
13.6.	მოქმედ სახელმწიფო საწარმოების % წილი, რომელთა მოდერნიზება და აღჭურვა მოხდა საერთაშორისო პრაქტიკის მიხედვით (GMP, GLP)			40%	100%
13.7.	სამამულო პრეპარატების წილი ფარმაცევტულ ბაზარზე (%)		2%	5%	50%
13.8.1.	ფინდის არსებობა			1	1
13.8.2.	მის კლინიკის რაოდენობა			5	30
13.9.	ნორმატიული აქტების % წილი, რომლებიც მოყვანილია კანონთან შესაბამისობაში და გამომდინარეობს			30%	100%
13.10.	დარეგულირებული ვერსიის			40%	100%
13.11.	შექმნილი ლაბორატორიების არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)			0	4
13.12.	სამკურნალო საშუალებათა % წილი, რომელთა შესახებ ინფორმაცია იქნა მოწოდებული			20%	100%
13.13.1.	რეგულირებული სამკურნალო საშუალებათა წილი ფარმაცევტულ ბაზარზე %			80%	100%
13.13.2.	გამოცემული სახელმწიფო რეგისტრების რაოდენობა (ხარისხობრივი შეფასება)			1	10
13.14.	წამლის % წილი, რომელთა გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი ჩატარდა			10%	100%

N	ინდიკატორები	რეალობაცია			პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2009	
13.15.	აკტივის % წილი, რომლებიც მოყვანილია შესაბამისობაში აღნიშნულ კანონთან და გამოქვეყნებულია			30%	100%	
13.16.	სამკურნალო საშუალებების რეალიზაციის % წილი არალოცხნივრებულ დაწესებულებებში		80%	50%	0%	
13.17.	ფარმაცევტულ დაწესებულებათა % წილი, სადაც დახსენილია საქონლის რეალიზაციის გათვალისწინებული სტანდარტები		1%	5%	80%	
13.18.	აკრედიტორებულ ფარმაცევტულ დაწესებულებათა % წილი			30%	100%	
13.19.	ამ ღაბორატორიის არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)		0	1	1	
13.20.	იმ ღაბორატორიის % წილი, რომელთა განაღობა და მოდერნიზაცია მოხდა		16%	48%	100%	
13.21.	წამლათა % წილი, რომლებიც მარკირებულია დამკვეთი საშუალებებით		30%	50%	100%	
13.22.	წამლათა % წილი, რომლებიც შესულია გამოცემულ ფარმაცევტულ		40%	100%	100%	
13.23.	ნოზოლოგიის % წილი, რომელითაც შემოღებულია წამლების რეალიზაციის სექსი და მიწოდებულია კომპლექსური და მისახვეობისთვის		20%	40%	100%	
13.24.	რეცეპტით განსაცემი წამლების % წილი, რომლებიც რეცეპტით გაიცემა		5%	25%	100%	
13.25.1.	სამკურნალო საშუალებათა % წილი, რომელთა ფორმულარები შექმნილია და გაცემულია			50%	100%	
13.25.2.	სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა % წილი, რომელთაც გააჩნიათ ეს ფორმულარები			10%	100%	
13.26.	შექმნილი რეცეპტის რაოდენობა (ხარისხობრივი შეფასება)			1	5	
13.27.	შეღობის მუშაობის % წილი, რომლებიც პერიოდულად მონაწილეობდნენ საინფორმაციო-სასწავლო ღონისძიებებში			1	95%	
13.28.	ბიბლიოთეკის არსებობა (ხარისხობრივი შეფასება)			1	1	
13.29.	ტრადიციულ საშუალებათა % წილი, რომელთაც გაიარეს სტანდარტიზირება			10%	70%	
13.30.	უბედულო და საშუალო ფარმაცევტული სასწავლებლების % წილი, რომელთაც გაიარეს სწავლება ახალი საბაზისი პროგრამებით			25%	100%	
13.31.	პროგრამების და სახელმძღვანელოების რაოდენობა (ხარისხობრივი შეფასება)			4	40	
13.32.	პროფესორ-მასწავლებელთა წილი, რომლებიც გაიარეს კვალიფიკაციის ახდლების კურსები			10%	100%	
13.33.	ფარმაცევტული კადრების % წილი, რომლებიც გაიარეს სპეცირება უცხოურში			1%	10%	
14.	ადამიანური რესურსების განვითარება					
14.1.	სტაციონარული დაწესებულებების წილი, სადაც პერსონალის რაოდენობა შეესაბამება ოპტიმალურ დონეს			30%	80-90%	
14.2.	პირველადი ჯანდაცვის რეგისტრის პერსონალის ოპტიმიზაციის %			30%	100%	
14.3.	გადამზადების შემდეგ სისტემაში დასაქმებული პირების ხვედრითი წილი წლის განმავლობაში გამოთხოვილებული სამუდამო კადრების რაოდენობიდან			40%	90%	
14.4.	გადამზადების შემდეგ სახალხო მეურნეობის სხვა დარგებში დასაქმებული პირების ხვედრითი წილი წლის განმავლობაში გამოთხოვილებული სამუდამო კადრების რაოდენობიდან			20%	50%	
14.5.	წლის განმავლობაში გახარჯული სახსრების შეფარდება გამოთხოვილებულ კადრებზე საჯარო დონის გასაცემი ხელფასის ბიუჯეტთან			100%	100%	

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია			პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2009	
14.6.	ლოცვნარეულ დაწესებულებათა ხვედრითი წილი მათ შორის რაიფქობასთან			100%	100%	
14.7.	მიღწეულ სტუდენტთა შეფარდება ლიცენზიით ნებადართულ კონტინენტთან			100%	100%	
14.8.	ლოცვნარეობისა და აკრედიტაციის ცენტრალური და რეგიონული ბიუროს არსებობა			100%	100%	
14.9.	საკვები და საექსპო კადრების გადაზიდვების ცენტრალური და რეგიონალური ბიუროს არსებობა					
14.10.	სამედიცინო კადრების % წილი, რომელიც გადასულია შრომის ანაზღაურების ახალ სისტემაზე			10%	100%	
14.11.	კონკურსით საშუალო მდებარე პერსონალის შეფარდება მილიან რაიფქობასთან			30%	90%	
14.12.	სამედიცინო კადრების რაციონალურად გამოყენების მაჩვენებელი			40%	95%	
14.13.	სისტემაში დასაქმებული ახლადგამომუშავებული სპეციალისტების შეფარდება მათ შორის რაიფქობასთან				100%	
15.	ფიზიკური ინფრასტრუქტურა					
15.1.	სამედიცინო დაწესებულებათა %-ლი წილი, რომლებიც რეაბილიტაციული, სამედიცინო აპარატურით აღჭურვილი და პერსონალით დაკომპლექტებულია ობტინაციურ დინეზე	4%	8%	12%	90%	
15.2.	ჯანდაცვის ობიექტების %-ლი წილი, რომლებსაც უზრუნველყოფს რეაბილიტაციის პროგრამები					
15.3.	ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების %-ლი წილი, რომლებიც უკვე შემუშავებულია დაწესებულებების და სათანადო ორგანიზაციების მიერ კონტროლირდება			20%	100%	
15.4.	ნორმატიული - ტექნიკური დოკუმენტაციის %-ლი წილი, რომელიც უკვე შემუშავებულია და კანონმდებლობასთან შესაბამისობაში არის მოყვანილი	5%	10%	20%	100%	
15.5.	სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების %-ლი წილი, რომელსაც მოიცავს დოკუმენტაციული დოკუმენტების მისვლით მიქმნილი მიმსახურების სისტემა			10%	100%	
15.6.	სამედიცინო ხელსაწყოთმშენებლობის კონცეფციის, ჯანდაცვის ობიექტების აღჭურვისა და საინფრასტრუქტურის პროგრამების ონ-ლაინის %-ლი წილი, რომელიც უკვე შემუშავებულია და გადაამზადების კურსებს	20%	30%	60%	100%	
15.7.	საბაზისო რეესტრის უკვე შემუშავებული ნაწილის %-ლი წილი			10%	80-90%	
15.8.	საკანონმდებლო დოკუმენტების უკვე შემუშავებული ნაწილის %-ლი წილი			70%	100%	
15.9.	მონაცემთა ბაზებისა და კოდირების სისტემის უკვე შემუშავებული ნაწილის %-ლი წილი			30%	100%	
15.10.	მონაცემთა ბაზებისა და კოდირების სისტემის უკვე შემუშავებული ნაწილის %-ლი წილი			20%	100%	
16.	ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემა					
16.1.	ზოგადი არაქტიულების და ჯანდაცვის კერძო დაწესებულებების %, რომლებიც წარმოადგენს სტატისტიკურ ანგარიშებს	4%	8%	20%	100%	
16.2.	ანგარიშების ფორმებით და რეესტრაციის დოკუმენტაციით უზრუნველყოფილი სამედიცინო დაწესებულებების %	50%	50%	60%	100%	
16.3.	წლიური (რეალ-ტაიმ) სტატისტიკური ანგარიშების ახალი ხის პერიოდი (თვეებში)	5	4	3	2	
16.4.	პროგრამების და რეგისტრაციის უზრუნველყოფის % ოგურნი (ოპერატიული) სტატისტიკური ანგარიშებით		10%	50%	100%	

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია		პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2009
16.5.1.	სამხარეო დინამიკა სამედიცინო სტატისტიკის საფუძვლებზე დამუშავებული რეალიზაციის განხორციელების %			25%	100%
16.5.2.	სისტემატიკური დამუშავების მოცულობის პროცენტული		10%	25%	100%
16.6.	რეგიონებისა და მხარეების მიხედვით ტელეკომუნიკაციის თანამედროვე საშუალებებით მიღებული დოკუმენტების რაოდენობა	0	0	1	1
16.6.3.1.	კანონთან საკონსისტენტო დოკუმენტების/დამატებების რაოდენობა	0	1	1	2
16.6.3.2.	ქველთან დაკავშირებული ტელეკომუნიკაციის რეგიონული ცენტრების რაოდენობა	0	0	1	10
16.6.3.3.	ქველთან დაკავშირებული ტელეკომუნიკაციის მობილური ცენტრების რაოდენობა	0	0	1	6
16.6.3.4.1.	ყოველწლიური დონის კონფერენციების/სემინარების რაოდენობა	0	1	2	20
16.6.3.4.2.	რეგიონული/საერთაშორისო კონფერენციების/სემინარების რაოდენობა	0	0	1	10
16.6.3.5.1.	ჩატარებული ტელეკონფერენციების რაოდენობა	20	32	100	>500
16.6.3.5.2.	დისტანციური სწავლების კურსების რაოდენობა	0	0	2	20
16.6.3.7.1.	დაბალი სიჩქარის ქსელში ჩართულ ორგანიზაციათა რაოდენობა	6	12	20	40
16.6.3.7.2.	მაღალი სიჩქარის ქსელში ჩართულ ორგანიზაციათა რაოდენობა	0	5	8	20
16.6.3.7.3.	ტელეკომუნიკაციის სხვადასხვა პროფილის პროგრამათა რაოდენობა	0	2	5	10
16.6.3.8.	მოთან რეგიონებში ტელეკომუნიკაციების რაოდენობა	0	0	20	>200
16.6.3.9.1.	მაღალი სიჩქარის ქსელში ჩართულ ორგანიზაციათა რაოდენობა	0	1	10	50
16.6.3.9.2.	დაბალი სიჩქარის ქსელში ჩართულ ორგანიზაციათა რაოდენობა	0	0	0	5
16.6.3.10.	პირდაპირ რეჟიმში ტელეკომუნიკაციის სესიების რაოდენობა	0	0	10	>100
16.7.1.	წლიური სტატისტიკური მონაცემების გამოქვეყნება	100%	100%	100%	100%
16.7.2.	სამთავრობო ანგარიშების მომზადება, სამხარეო დონის წლიური სტატისტიკური ბუღალტერების გამოცემა			10%	100%
16.8.	სტატისტიკური მონაცემთა ბაზის უზრუნველყოფა ჯანმო-სათვის (ხარისხობრივი შუგასება)				
16.9.	საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მონაცემთა ბაზის უზრუნველყოფა (ხარისხობრივი შუგასება)				
16.9.1.	სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის უზრუნველყოფა სიკვდილობის მიხედვით	10%	10%	50%	100%
16.9.2.	სიკვდილობის მიხედვით			10%	100%
17.	საკანონმდებლო ბაზა				
17.1.	პარლამენტში წარდგენილი კანონპროექტების რაოდენობა არსებულ კანონმდებლობაში ცვლილებების შეტანის შესახებ				
17.2.	პარლამენტში წარდგენილი კანონპროექტების რაოდენობა	2	2	4	8
17.3.	ჯანდაცვის პროფესიონალოთა განათლება ჯანდაცვის სფეროში და კავშირებულ საკანონმდებლო დოკუმენტებში				+

N	ინდიკატორები	რეალიზაცია		პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2009
17.3.1.	უმჯდღესისუმცდგომი უწვევბი სამყოციბი განათლები პროგრამი ფარგლებში ჯანმრთელობი დაცვის კანინმდებლობი სასწავლო კურსი პროგრამი მომზადება				+
17.3.2.	უმჯდღესისუმცდგომი უწვევბი სამყოციბი განათლები პროგრამი ფარგლებში დაცვის კანინმდებლობი სასწავლო მოდულბი მომზადება				+
17.3.3.	მასწავლებლები მომზადება ჯანმრთელობი დაცვის კანინმდებლობი სწავლები საკითხებში				15-20
17.3.4.	უმჯდღესისუმცდგომი უწვევბი სამყოციბი განათლები პროგრამი ფარგლებში ჯანმრთელობი დაცვის კანინმდებლობი სასწავლო კურსი ფინანსური და ტექნიკური უზრუნველყოფა				+
17.3.5.	უმჯდღესისუმცდგომი უწვევბი სამყოციბი განათლები პროგრამი ფარგლებში თანამედროვე სამყოციბი კითხი სასწავლო კურსი პროგრამი მომზადება				+
17.3.6.	უმჯდღესისუმცდგომი უწვევბი სამყოციბი განათლები პროგრამი ფარგლებში თანამედროვე სამყოციბი კითხი სასწავლო მოდულბი მომზადება				+
17.3.7.	მასწავლებლები მომზადება თანამედროვე სამყოციბი კითხი სწავლები საკითხებში				10-15
17.3.8.	უმჯდღესისუმცდგომი უწვევბი სამყოციბი განათლები პროგრამი ფარგლებში თანამედროვე სამყოციბი კითხი სასწავლო კურსი ფინანსური და ტექნიკური უზრუნველყოფა				+
17.4.	საქართველოი ექიმბი კითხი კონკრეტული მომზადება და კითხი კომისიბი ჩამოყალიბება				+
17.4.1.	საქართველოი ექიმბი კითხი კონკრეტული მომზადება				+
17.4.2.	სამყოციბი დაწესებულებბი კითხი კომისიბი წესლები მომზადება				+
17.4.3.	სამყოციბი დაწესებულებბი კითხი კომისიბი ჩამოყალიბება დიდ საქალაქო და რეგიონულ სამყოციბი დაწესებულებბი				10-15
17.4.4.	სამყოციბი დაწესებულებბი კითხი კომისიბი ჩამოყალიბება საშუალო საქალაქო და სართიბი სამყოციბი დაწესებულებბი				30-35
17.5.	პაციენტბი რეფესი და მეფრბული ზიანი კომპენსაციი სისტემი ჩამოყალიბება				+
17.5.1.	პაციენტბი რეფესი და მეფრბული ზიანი კომპენსაციი სისტემი ჩამოყალიბება მოდულოი შემოუყვება				+
17.5.2.	პაციენტბი რეფესი და მეფრბული ზიანი კომპენსაციი სისტემი ჩამოყალიბება მოდულოი შემოუყვება				2
17.5.3.	პაციენტბი რეფესი და მეფრბული ზიანი კომპენსაციი სისტემი ჩამოყალიბება მოდულოი შემოუყვება				+
17.5.4.	პაციენტბი რეფესი და მეფრბული ზიანი კომპენსაციი სისტემი ჩამოყალიბება მოდულოი შემოუყვება				+
17.5.5.	პაციენტბი რეფესი და მეფრბული ზიანი კომპენსაციი სისტემი ჩამოყალიბება მოდულოი შემოუყვება				+

N	ინდიკატორები	რეალური ზაცია		პროგნოზი	
		1997	1998	2000	2009
17.5.6.	პაციენტის ავგოკატორის შემუშავებული მოდელის რეალიზაცია (ფინანსური და ტექნიკური უზრუნველყოფა)				+
17.6.	პაციენტის საზოგადოებრივი ორგანიზაციების ჩამოყალიბების, განვითარების და მათთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა				+
17.6.1.	პაციენტის საზოგადოებრივი ორგანიზაციების საკოორდინაციო საბჭოს შექმნა და მისი მუშაობის ტექნიკური უზრუნველყოფა, ფინანსური მხარდაჭერა				+
17.7.	მოსახლეობისათვის საჭირო/საინტერესო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე				+
17.7.1.	ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე მოსახლეობაში ინფორმაციის გამავრცელებელი სამსახურის ჩამოყალიბება, მისი ტექნიკური და ფინანსური უზრუნველყოფა				+
18.	სამედიცინო მეცნიერება				
	ხარისხობრივი შეფასება (იხ. დანართი 2ა)				
19.	ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვა				
	ხარისხობრივი შეფასება				

7.2.1. ინტელექტუალური პროდუქტის შეფასების მაჩვენებლები

1. სპეციფიკური მაჩვენებლების შემუშავების წინაპირობები:
 - 1.1. აუცილებელია გამოყენებულ იქნეს პიროვნების (სპეციალისტის) ინტელექტუალური დონის გაანგარიშების სტანდარტები მისი სამსახურებრივი კარიერის ეტაპების მიხედვით, რომელიც აღნიშნულია სამეცნიერო ხარისხებით, წოდებებით და დაცემულ თანამდებობაზე ეფექტური მუშაობის სტაჟით.
 - 1.2. ცალკეული ხაზის ინტელექტუალური პროდუქტის აღწერა, რომელიც მიღებულია არსებული ცოდნის პირველწიგნობების შინაარსობრივი ანალიზის და საკუთარი ორიგინალური სამუშაოს შექმნის შედეგად.
 - 1.3. მაკორექტირებელი კოეფიციენტების გაანგარიშება, რომლებიც ასახავენ დავალების სირთულის ხარისხს, მისი გამოყენების აქტუალობას და მასშტაბურობას.
 - 1.4. ინტეგრაციის თითოეულ ბლოკში – მეცნიერება, განათლება და პრაქტიკა – შესრულებული სამუშაოების წილის შეფარდება.
2. ინტელექტუალური პროდუქტის შეფასების დიფერენცირებული მაჩვენებლები და ინტეგრირებული კრიტერიუმები ასახავს:
 - 2.1. გეგმიური სამუშაოების, პროცედურების და ა.შ. გარემოებით მოცულობებით შესრულების ხარისხი. ინტელექტუალური პროდუქტის დაგეგმილი ხაზების მისაღებად (პირობითად მათ ეწოდებათ მიზნობრივი რაოდენობრივი მაჩვენებლები, ხოლო დავალებიდან დაშორების % წარმოადგენს გეგმიური ამოცანების შეუსრულებლობის კრიტერიუმს) შეფასების კრიტერიუმებს წარმოადგენს შესრულებულ და დაგეგმილ სამუშაოებს შორის არსებული სხვაობის დონე.
 - 2.2. შექმნილი ინტელექტუალური პროდუქტის ხარისხი. ხარისხის მაჩვენებლებს წარმოადგენს ინტელექტუალური პროდუქტის თითოეული ხაზის შესაბამისობა სათანადო სტანდარტთან პრინციპით “დიახ-არა”, ხოლო შემდეგ ფორმით ან შინაარსით, ან ორივე ამ პარამეტრით სათანადო სტანდარტთან შესაბამისობა. ინტელექტუალური პროდუქტის სტანდარტულ და არასტანდარტულ ხაზებს შორის ხარისხობრივი ურთიერთობები წარმოადგენს ხარისხის შეფასების კრიტერიუმს.
 - 2.3. კონკრეტული შედეგების შეფასება. შემოთავაზებული ხაზის გამოყენებით მიღებული შედეგები წარმოადგენს ეფექტს, რომელიც შეიძლება დადებითი იყოს და უარყოფითიც და შეიძლება გაიზომოს იმ ობიექტის ფუნქციონირების გაუმჯობესების ან გაუარესების ხარისხით, სადაც გამოყენებულ იქნა შემოთავაზებული ხაზები.
 - 2.4. სამუშაოების გეგმიური მოცულობებით შესრულების ეფექტურობა. ეფექტურობის მაჩვენებლები წარმოიწინებება მოცემული პროდუქტის უმაღლესი უმაღლესი სისტემაში გამოყენების შედეგების მიხედვით. თავის მხრივ, ეს დამოკიდებულია უმაღლეს დონეზე მომავალი მომხმარებლის მიერ მოცემული ინტელექტუალური პროდუქტის ათვისების ობიექტურობაზე.

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
2.2.4.	14 წამიერ ახაკის ბავშვთა სამყოფლო დასახლებების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ ბავშვთა პროფ. გახინჯვებისა და საჭირო მექანიზმების უზრუნველყოფა.	10000	11000	12000	13000	14000	14000	15000	16000	17000	18000	140000	
	სულ	33900	36250	38500	40750	43200	43450	45700	47950	50200	52450	432350	432350
3.	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები												
3.1.	შევისახლეო რეგიონის ტერიტორიაზე მთიკარღების ინფარქტის, უმცარი სიკვლის, თავის ტვინის ინსულტის წყნდა ახალი შემთხვევის აღრიცხვა, დაკვირვება და გამოკვლევარეგისტრირის შექმნა	40	10	10	10	10	10	10	10	10	10	130	
3.2.	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების (გსდ) პრევენციის პროგრამების შემუშავება და დანერგვა	1000	1000	2000	2000	3000	3000	4000	4000	5000	5000	30000	
3.3.	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მწვავე და გადაუდებლო ფორმების პროფლაქტიკის, მეურნალობისა და რეაბილიტაციის პროგრამების შემუშავება და დანერგვა	1800	1900	2000	2200	2400	2600	2900	3200	3600	3800	26400	
3.4.	სამკურნალო კმების რაციონების რეკომენდაციების შემუშავება სხვადასხვა კატეგორიის გსდ ავადმყოფთათვის და საკობოო ჯანუყებისათვის. კმების პროდუქტების ჯანმრთელობისათვის რეკომენდური ნაირსახეობის რეკომენდაცია	10	10	10	10	10						50	
3.5.	მედ. მუშაკების, მოსახლეობის, სხვადასხვა გადაუდებლო სამსახურების (პოლიცია, მხსნამე, ტრანსპორტის მუშაკი და სხვ) თანამშრომლების მომზადება ავადმყოფ პირველი გადაუდებლო სამყოფლო დასახარების სპერო სტანდარტების დონეზე აღმოქმნაში	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2000	
3.6.	გულ-სისხლძარღვთა სისტემის (გსს) ძირითადი დაავადებების, კლასიფიკაციების შემუშავება (არსებული გამოცდილების და	10					10					20	

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
3.13.	სპეციალური აღდგენითი მკურნალობის პროგრამების შემუშავება ხანდასმულ პირთათვის	20	20									40	
	სულ	6680	8340	5580	5780	7080	6780	7670	7970	10370	10170	76420	76420
4.	ონკოლოგიური დაავადებები												
4.1.	მოსახლეობის განათლების დონის ამაღლება სწორად დაბალანსებული კვების მნიშვნელობის შესახებ ინკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკაში	10	10	10	20	20	30	40	40	50	50	280	
4.2.	მოსახლეობის ინფორმირება კიბოს მაღალი რისკის შესახებ ზოგიერთი დაავადების დროს და ამ დაავადებათა პროფილაქტიკის სტრატეგიების	10	10	10	20	20	30	40	40	50	50	280	
4.3.	ონკოდაავადებათა შეტყობების მიზნით საშეფარდებლო კვლის პაპილომის ვირუსის საწინააღმდეგო დამცავ საშუალებათა გამოყენება	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	5000	
4.4.	კანონმდებლობისა და პოტენური ნორმების შემუშავება ქიმიური კანცეროგენების, მათიწყველი გამოსხივების, პროფესიული მავნე ფაქტორების მიმართ	10	10	10	20	20	30	40	40	50	50	280	
4.5.	გარემო ფაქტორებსა და კვების პროდუქტებში კანცეროგენების შეტყობების კონტროლი	20	20	30	40	40	50	50	50	50	50	400	
4.6.	ზოგადი ქსელის ექიმთა (თერაპევტი, სტომატოლოგი, გინეკოლოგი) მიმზადება და მობილზაცია კიბოსწინააღმდეგ დაავადებათა გამოსავლენად კომპლექსური ფარმაცეუტიკის კომისწინააღმდეგდავათა მკურნალობის სტრატეგიების	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1000	
4.7.	კომისწინააღმდეგდავათა მკურნალობის სტრატეგიების	1000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	3000	20000	
4.8.	ფონდური ლოკალიზაციის (სარბივე ჯირკვლის, საშეფარდებლო კვლის, კანის, ტუჩის, პირის ღრუს) სიმსივნეებით გამოწვეული ავადობის და სიკვდილობის შემცირება მათი ადრეული გამოვლინებით	200	300	300	400	400	500	500	700	800	900	5000	

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
5.9.	ახალციხის მუდმივი სისტემის შექმნა და მისი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა. მსხვილი საწარმოებში (200 საშუალო ადგილზე მეტი) საეკოლოგიური ტრეკინგების შექმნა, რომლებიც დაკომპლექსებული იქნებიან კვლილეთური საშუალო პერსონალით, აგრეთვე კომუნიკაციის, ტრანსპორტირების, დაზარალებულთა რეაინაციათა და მათთვის პირველადი სამედიცინო დახმარების თანამედროვე საშუალებებით.	100	200	200	200	100	100	100	100	100	100	1300	
5.10.	ფუნქციური სამსახური სამსახურების შექმნა ვედას იმ წყალსატევებზე, რომლებიც გაბიყვებული არიან მისხლეობის დახვეწებისა და საწარმოის ხორციის მიხედვით.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1000	
5.11.	ცურვის აუცილებელი სწავლების დახვეწა ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლებსა და ამ პროგრამის განხორციელება.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1000	
5.12.	ბუნების სავარის, პროფილის, მიწისფერებისა და განათების, სავალი ნიშნების განლაგებისა და ზოგად საეკოლოგიური მეთოდების სერვისის მოქმედება- გაუმჯობესების პროგრამის შექმნა და ამ პროგრამის რეალიზაციის დაფინანსების უზრუნველყოფა.	100										100	
5.13.	ქვეყნის მოქალაქეებისათვის საწარმო დაწესებულებასა და საცხოვრებელი სახლების ხანძარსაწინააღმდეგო, მათ შორის სასოხალო სისტემების აღჭურვის პროგრამების შექმნა.	100										100	
სულ		3570	5455	1445	2435	2335	3335	335	335	335	335	19915	19915
6.	გადამცემი დაჯილდოება												
6.1.	მართლმადიდებლობის მიხედვით მისხლეობის იმედი სტატუსის გაზრდა და გამტკიცება: გაცემული პროფილაქტიკური აცრების ჩატარება	700	1800	1500	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1000	12200	

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
6.2.	გიდულუაშვილების სისტემის სრულყოფა: დაადასტურა ჩიხუჭის გვირგვინის გზების და მათი გაშიშვლევი რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და შესწავლა	250	300	350	400	400	400	350	350	350	350	3500	
6.3.	ფართო მასშტაბიანი და სრულფასოვანი ეპიდემიოლოგიური კვლევების უზრუნველყოფა	100	200	200	200	250	250	250	250	250	250	2200	
6.4.	სახანძრეო ავადობრივი ორგანიზაციების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესება	600	600	600	600	600	500	500	300	200	200	4700	
6.5.	ბუნებრივ კვირვან და ზოიროზურ დაავადებათა კოეხსა და ქნდექურ ტერიტორიებზე გიდულუაშვილების ნატარება და ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხო მეთოდებით ბრძოლა გადაიტანება	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	500	
	სულ	1700	2950	2700	2450	2500	2400	2350	2150	2050	1850	23100	23100
7.	ფსიქიკური ჯანმრთელობა												
7.1.	რეგიონულ ფსიქო-ნევროლოგიურ დისანსიერებში კერტიკალური დაქვემდებარების ფსიქო-სოციალური დახმარების კამპიანების შექმნა		20	20	40	45	45	45	45	45	45	350	
7.2.	სოციალური საკითხებზე სემინარების მოწყობა	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
7.3.	სოციალისა და ფსიქო-სოციალურ პრობლემათა კვლევის სამეცნიერო ჯგუფის შექმნა	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	350	
7.4.	სოციალის პროცესების კრიტიკული სტრატეგიის შემუშავება												
7.5.	სახანძრეო კონსულტაციები (სოციალური და სასკოლო დაქვემდებარებაში) პირველადი ფსიქოპროფილაქსიის კამპიანების ამოქმედება		15	30	60	85	85	85	90	90	90	630	
7.6.	რეგიონული განათლების განყოფილებაში ბავშვთა და მოზარდთა		30	60	180	180	180	180	600	600	600	2610	

N	ლონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
	ფსიქოპროფილაქტიკური კონსულტაციის განხორციელების შედეგად და ამოქმედება												
7.7.	ფსიქოპროფილაქტიკური პროგრამით გათვალისწინებული ბავშვთა და მოზარდთა კაბინეტების სრულდასრულებიანი ამოქმედება	5	10	21	21	21	21	21	21	21	21	183	
7.8.	სახელმწიფოში არსებული ბავშვთა და მოზარდთა სტაციონარული განყოფილების შეკეთება – ამოქმედება			150	150	150	150	150	150	150	150	1200	
7.9.	ბავშვთა დღის სტაციონარის სრულდასრულებიანი შექმნა და ამოქმედება	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	600	
7.10.	ფსიქოპროფილაქტიკური პროგრამის განხორციელების მიზნების სრულდასრულებიანი ამოქმედება (დაბა კოჯორი)		50	50	50	50	50	50	50	50	50	450	
7.11.	ტერიტორიული ფსიქოპროფილაქტიკური პროგრამის ამოქმედება	50	50	50	100	100	250	250	250	250	250	1600	
7.12.	ფსიქოპროფილაქტიკური სამსახურის ამოქმედება		150	150	300	450	450	450	450	450	450	3300	
7.13.	ფსიქოპროფილაქტიკური პროგრამის განხორციელების მიზნების სრულდასრულებიანი ამოქმედება		50									50	
7.14.	ბავშვთა და მოზარდთა სტაციონარული განყოფილების სრულდასრულებიანი ამოქმედება	152	472	778	1148	1448	1598	1718	2203	2203	2203	13923	13923
	სულ												
8.	ცხოვრების წესის დანერგვა												
8.1	ცხოვრების წესის დანერგვის მიზნების სრულდასრულებიანი ამოქმედებაში	400	700	900	1200	1300	1300	1500	1700	1800	1800	12600	
8.2	თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო ღონისძიებები	500	500	350	450	500	320	370	720	770	770	5250	
8.3	ნარკოტიკებისა და ტოქსიკომანიის საწინააღმდეგო ღონისძიებები	700	900	1100	900	900	850	350	350	350	350	6750	
8.4	ალკოჰოლის ჰაბიტის მოხსნის მიზნების სრულდასრულებიანი ამოქმედება	100	140	140	60	60	60	60	60	60	60	800	
8.5	სწორად კვების წესების დანერგვის მიზნების სრულდასრულებიანი ამოქმედება	400	400	380	380	430	460	160	130	140	140	3020	

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
9.30.7.	დაავადებით უკვე გამოვლენილ სამხედრო მოსამსახურეებისათვის უქმდებოში სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარება.	25										25	
9.30.8.	ქვეყნის პრეზიდენტთან ან სახელმწიფო მინისტრთან ბოთოეული და რადიაციული უსაფრთხოების ბიუროს ჩამოყალიბება.	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	300	
9.30.9.	რადიონუკლიდებისა და მათი ნეკლი გამოხიზების სხვა წყაროების გამოძიქ-ნეკლი დაწესებულებების აღრიცხვაზე აქცენა და მათი აბაიორტიზაცია	9400	9000	9000	880	800	800	800	800	800	800	33080	
9.30.10	საქართველოს მოელ ტერიტორიაზე რადიაციული უსაფრთხოების მინიტორინგისა და უსრუქეკლყოფისათვის რადიო-მეტრული ქსელის ჩამოყალიბება სათანადო აღჭურვილი ცენტრალურ და რეგიონულ დონეებზე	100	100	70	70	70	70	70	70	70	70	760	
	რადიაციული უსაფრთხოების სფეროში პროექსიისათვის სამეცნიერო-პრაქტიკული დახელოვნებისათვის უწყვეტი განათლების სისტემის ჩამოყალიბება, მათი საერთაშო-რისი თანამშრომლობის და მოსახლეობის ინფორმირებისა და განათლების უსრუქეკლყოფა.												
	სულ	10909	10420	10389	2204	1924	2034	1959	1839	1839	1839	45356	45356
10.	ჯანდაცვის დაფინანსება												
10.1.	საქართველოს მოსახლეობის სახელმწიფო სამედიცინო დახელოვნების სისტემით მოცვის გაფართოება	25000	35000	50000	75000	100000	120000	150000	190000	245000	305000	1295000	
10.2.	საქართველოს მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დამატებითი კერის დახელოვნების განვითარება	45	40	35								120	
10.3.	სამედიცინო დახელოვნების სახელმწიფო კომპანიის ინტეგრაციონალური განვითარება	200	110	60								370	
10.4.	სამედიცინო დახელოვნების სახელმწიფო კომპანიის და ჯანდაცვის რეგიონული	110	55	55	55	55	55					385	

N	ლონისიბები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
	ფონდებისათვის ადამიანური რესურსების განვითარება												
10.5.	ჯანდაცვის მომსახურების საბაზისი პაკეტიანი საკონსტრუქციო და მარეგულირებელი ბაზისის მომზადება	40	30									70	
10.6.	ჯანმრთელობის კერძო ნებაყოფლობითი და ზღვრებისათვის საკონსტრუქციო ბაზისის გაუმჯობესება	40										40	
10.7.	სამედიცინო დაწესებულებების ფინანსური და მენეჯმენტის გაუმჯობესება	25	15									40	
10.8.	ალტერნატიული ფინანსური მექანიზმების ჩამოყალიბება და დანერგვა ჯანდაცვის უზრუნველყოფაში საზოგადოების მონაწილეობისა და დამსაქმებელთა წვლილის გაზრდისათვის	110	220	170								500	
10.9.	სამედიცინო დაწესებულებების მმართველობითი შესაძლებლობების გაუმჯობესება	170	110	55	55	55						445	
	სულ	25740	35580	50375	75110	100110	120055	150000	190000	245000	305000	1296970	3096970
II.	პირველადი ჯანდაცვა												
11.1.	ზოგადი პრაქტიკის ექიმების პროფესიული და რეკონსტრუქციული სწავლების ცენტრის შექმნა	700		220	220							1360	
11.2.	პირველადი ჯანდაცვის ექიმების პროფესიული და რეკონსტრუქციული სწავლების ცენტრის შექმნა	440	110	110	110							770	
11.3.	პირველადი ჯანდაცვის საკონსტრუქციული უზრუნველყოფა	30	30	30	30	30	30					180	
11.4.	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მმართველურ-ოქმიკური ბაზისის გადართავება	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400		12600	
11.5.	პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების ოპტიმალური სისტემის ჩამოყალიბება	170	170	110	110	110	110					780	
11.6.	პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დასაქმებული სამედიცინო კადრის თვისობრივად და ხარისხობრივად ახალი ტიპის კადრებით ჩანაცვლება	410	410	410	410	410	410	410	410	410	410	4100	
	სულ	3150	2340	2280	2280	1950	1950	1810	1810	1810	410	19790	19790

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
13.23.	ძირითადი დაჯავშნების მუდრისაღების, ვეკილი და ადამიანური სამკურნალო საშუალებების შექმნის მეთოდური სახელმძღვანელოების შექმნა და გამოცემა.	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	250	
13.24.	ქაქაბაძის რეცეპტის ინსტიტუტის აღდგენა, წამლის დანიშნების პროექტის მიხედვითის წაბარება	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	250	
13.25.	სამკურნალო საშუალებების ფორმულარების შექმნა და გამოცემა.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	
13.26.	მედიკალური წამლების წესის შექმნა, მისი რეჟისა 2 კლინიკაში კონსულტაციის მეთოდური სახელმძღვანელოების შექმნა და გამოცემა.	20		10		10		10		10		60	
13.27.	მედიკალური საშუალებების უახლესი ინფორმაციის გაცემის მიზნით საინფორმაციო კურსების და სემინარების მოწყობა, კონფერენციების ჩატარება	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	200	
13.28.	ფარმაცეპტის და ფარმაცეპტის დარგში სამედიკალური ბიბლიოთეკის შექმნა და ფუნქციონირება	50	150	10	10	10	10	10	10	10	10	280	
13.29.	ტრადიციული საშუალებების უსაფრთხოების და ვეკილი მუდრის მიხედვით მკურნალობის მეთოდური სახელმძღვანელოების და მათი კლინიკური გამოცდის ორგანიზება	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	300	
13.30.	უახლესი და საშუალო ფარმაცეპტული საშუალებების მკურნალო-მედიკალური ბაზის განმარტება-განვითარება, საბაზისო პროგრამების შექმნა	100	200	300	20	20	20	20	20	20	20	740	
13.31.	საქართველოს დიპლომატიკური მომხმარებლის თანამდროვე მეთოდების შესაბამისი პროგრამების შექმნა და დაწერვა; სახელმძღვანელოების გამოცემა	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	300	
13.32.	პროფესორ-მასწავლებლების კვალიფიკაციის ახლებზე თანამდროვე მეთოდების და წყვეტის სწავლების მიზნით	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	300	
13.33.	ფარმაცეპტული კადრების მოვლიანება უცხოეთში სტაჟირებისთვის	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	200	
	სულ	5541	4771	3268	2240	635	625	480	470	480	570	19080	19080

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
15.4.	სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების დაბეჭდვის, წარმოების, შეტრილიყოფის უზრუნველყოფის, მკვლევარებისა და უსაფრთხოების სერვისებში აუცილებელი ნორმატიულ-ტექნიკური დოკუმენტაციის შექმნა და მათი შესაბამისობაში მოყვანა ქვეყანაში მოქმედ კანონმდებლობასთან და მსოფლიოში მიღებულ ნორმებთან	3	4	4	5	3	2					21	
15.5.	სამედიცინო ტექნიკის მომსახურების ორგანიზაცია დოკუმენტაციული დონეების შესაბამისად	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	500	
15.6.	სამედიცინო ხელსაწყოთმშენებლობის განვითარების და ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობებით აღჭურვისათვის პროტოტექული მიმართულებების განსახლება, ოპტიმალური პროგრამების შემუშავება, ინვესტიციების მიზნების ორგანიზაცია და მართვა	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	
15.7.	სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების მომსახურე, შეკეთებელი და დამუშავებელი კერძონაღლის მიმხედვა-გადამხადების სისტემის ორგანიზაციის ხელშეწყობა	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	500	
15.8.	სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების და სამედიცინო ტექნიკოლოგიების საბაზისო რეცხვის შექმნა და მისი მუდმივი განახლება	3	7	10	10	2	2	2	2	2	2	42	
15.9.	სამედიცინო ტექნიკის დარგის საკანონმდებლო უზრუნველყოფის საკითხების შემუშავება	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	
15.10.	სამედიცინო ტექნიკისთან და ტექნოლოგიებთან დაკავშირებული ინფორმაციის შემოყვება და ახალი ზი, სპეციალურ მონაცემთა ბაზის შექმნა, კოდირების სისტემის შემუშავება	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	
	სულ	5134	30143	45149	50150	20130	20129	20127	20127	20127	20127	251343	251343

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
16.7.1.	სახელმწიფო სამედიცინო სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი კვლავიდან დაწყების და შესაბამისი სამსახურების საკვალიანობების მოწვევით	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	200	
16.7.2.	საქართველოს ანგარიშების წარდგენა უმცლდომ ორგანიზაციაში	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	
16.7.3.	სამედიცინო სამსახურების და პროგრამების უზრუნველყოფა	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	
16.7.4.	სტატისტიკური მონაცემებით ვიდეოლოგიური სტატისტიკური ცნობარების, ბიულეტენების, მეთოდური მასალების გამოცემა	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	400	
16.7.5.	სპეციალური ლიტერატურის და სასწავლო მასალის თარგმნა და გამრავლება	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	
16.8.	ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ინფორმაციულ სისტემებთან ინფორმაციის გაცვლის უზრუნველყოფა	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	
16.8.1.	საერთაშორისო სტანდარტებზე დაფუძნებული მონაცემთა ინფორმაციის მუშაობის უზრუნველყოფა	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	
16.8.2.	სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზის შექმნა ჯანდაცვის მსოფლიო და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებისათვის	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	
16.9.	ინფორმაციის გაცვლა სხვა სექტორებთან	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	
16.9.1.	ინფორმაციის გაცვლა სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტთან	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	
16.9.1.1	სტატისტიკის დეპარტამენტის სიკვლილის მონაცემთა ბაზის კონტროლი და ანალიზი	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	
16.9.2.	ინფორმაციის გაცვლა სოც. უზრუნველყოფის სამინისტროსთან	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	
16.9.2.1	სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს ინფორმაციის რეგისტრის ანალიზი	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	
16.9.3.	ცენტრის ტექნიკური განვითარება	15	15	15	25	25	25	25	25	25	25	220	
16.9.4.	ცენტრის სარეგისტრაციო დონისხევის	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	250	
	სულ	1737	1690	1660	1756	1769	1844	1840	1968	2028	2158	18450	18450

N	ღონისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
17.5.3.	პაციენტისთვის სამედიცინო დახმარების პროცესში მიქმნეული ზიანის კომპენსაციის ინსტიტუტების დაფუძნება.						50	50	100	150		350	
17.5.4.	პაციენტის ადვოკატურის ინსტიტუტების მოდელის შემუშავება (იმპლემენტის ინსტიტუტები ცენტრალურ, რეგიონულ, მუნიციპალურ და/ან სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე, პაციენტის ადვოკატურის სხვა, ალტერნატიული მოდელები)	40	50									90	
17.5.5.	პაციენტის ადვოკატურის შემუშავებული მოდელის შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის შექმნა			20	20							40	
17.5.6.	პაციენტის ადვოკატურის შემუშავებული მოდელის რეალიზაცია (ფინანსური და ტექნიკური უზრუნველყოფა)					100	100	150	200			550	
17.6.	პაციენტის საზოგადოებრივი ორგანიზაციების ჩამოყალიბების, განვითარების და მათთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა.												
17.6.1	პაციენტის საზოგადოებრივი ორგანიზაციების საკოორდინაციო საბჭოს შექმნა და მისი მუშაობის ტექნიკური უზრუნველყოფა, ფინანსური მხარდაჭერა.	30	50									80	
17.7.	მისაღწეობისთვის საკითრი/საინტერესო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე												
17.7.1.	ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე მისაღწეობაში ინფორმაციის გაბატონებული საშუალების ჩამოყალიბება, მისი ტექნიკური და ფინანსური უზრუნველყოფა.			300	50							350	
17.7.1.	ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე მისაღწეობაში ინფორმაციის გაბატონებული საშუალების ჩამოყალიბება, მისი ტექნიკური და ფინანსური უზრუნველყოფა.			300	50							350	
18.	სულ	212.5	283	487.5	234	315	406	497	588	469	360	3852	3852
18.1.	სამედიცინო მეცნიერება												
18.1.1.	სამედიცინო ცოდნის მართვა												
18.1.1.1.	კორპორაციული სამედიცინო ცოდნის მართვის სისტემის შემქმნისთვის მეთოდოლოგიისა და ნორმების შემუშავება	60	65	70	80	90	100	110	110	120	130	935	

N	ლორისძიებები	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	სულ	ჯამი
18.1.2.	სამედიცინო ცოდნის მართვის სისტემის განვითარება	120	130	140	160	170	190	210	230	250	280	1880	
18.1.3.	სისტემური უზრუნველყოფა (მეცნიერული, ორგანიზაციული, საკანონმდებლო, ინფორმაციული, ლინგვისტიკური, ფინანსური, მატერიალური, ტექნოლოგიური, საკადრო, ფსიქო-სოციალური, ფსიქო-ფიზიოლოგიური, პედაგოგიური, მეთოდოლოგიური)	70	80	90	100	110	130	140	160	170	190	1240	
18.1.4.	ცოდნის მართვის პროფესიონალების მომზადება	200	220	240	260	290	320	350	380	410	450	3120	
18.1.5.	სისტემის უზრუნველყოფის ღონისძიებათა პერმანენტული განხორციელება	30	40	50	60	60	70	80	90	100	100	680	
18.2.	ჯანდაცვის სფეროში სამეცნიერო კვლევების ხელშეწყობის ფონდის გამოქვადობა	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	10000	
19.	ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვა	1480	1535	1590	1660	1720	1810	1890	1970	2050	2150	17855	17855
19.1.	მონიტორინგის მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზის სისტემის ჩამოყალიბება	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	250	
19.2.	ორ წელიწადში ერთხელ ინტერსექტორული კონფერენციების მიწოდება	10		10		10		10		10		50	
19.3.	პრობლემის გადაჭრული სამუშაო შედეგების მოწოდება	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	
19.4.	დამოუკიდებელი საექსპერტო ჯგუფების მიერ სოციალური კვლევების ჩატარება	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	
19.5.	ჯანდაცვის პოლიტიკის ინტელისუენ-კლოუდის განმარტებითი დამსახურების მომზადება და გამოქვეყნება (5000 მკ.ზემკლარი)	30										30	
სულ		85	45	55	45	55	45	55	45	55	45	530	530
ჯამი		128166	169599	193757	218562	216191	237741	266741	310705	370896	431317	2543674	2543674
	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (როგორც მთლიანი შიდა პროდუქტის %)*	37000	56000	78000	99000	123000	160000	211000	252000	334000	430000	1780000	1780000
დამოუკიდებელი		91166	113599	115757	119562	120000	77741	55741	58705	36896	1317	763674	763674

* გაანგარიშებულია ისილვ დანართი 3-ში

დანართი 3*

7.3.1. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი მაკროეკონომიკური მაჩვენებლები
საპროგნოზო წინასწარი გაანგარიშებები 2000-2009 წლებისათვის მილიონ აშშ დოლარში

N ^o		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1.	მილიანი შიდა პროდუქტი (მშპ)*	4600	5100	5800	6600	7700	8600	9600	10500	11200	11500
2.	სახელმწიფო ბიუჯეტი	10	13	15	16	16	17	20	20	23	25
	ა) წილი მშპ-თან %	0,22	0,26	0,26	0,24	0,21	0,20	0,21	0,19	0,21	0,22
	ბ) აბსოლუტური ოდენობა	460	660	870	1050	1230	1460	1920	2100	2570	2870
3.	საერთო დანახარჯები ჯანდაცვაზე	2,5	2,5	3,0	3,5	4,0	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0
	ა) წილი მშპ-თან %	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
	ბ) აბსოლუტური ოდენობა	115	127	174	231	308	344	432	525	600	690
4.	ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება										
	ა) წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან %	8	8,5	9	9,5	10	11	11	12	13	15
	ბ) აბსოლუტური ოდენობა	37	56	78	99	123	160	211	252	334	430

* მილიანი შიდა პროდუქტის პროგნოზი აღებულია საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროს მონაცემებით. შემდგომში მოხლოდნელია მისი დაზუსტება ქვეყნის წამყვანი სპეციალისტებისა და სავალუტო ფონდის ექსპერტების დასკვნის საფუძველზე.

გაანგარიშებები გაკეთებულია ლარებში. გადაყვანის კურსად აღებულია შეფარდება 1\$ = 2 ლარს.

სახელმწიფო ბიუჯეტის მშპ-თან შეფარდების, საერთო დანახარჯების მშპ-თან შეფარდებისა და ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების სახელმწიფო ბიუჯეტთან შეფარდების ნორმატივები შეთანხმებულია საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროსთან

**შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში
გამოცემული ნორმატიული დოკუმენტების სია (1998-2003)**

საქართველოს კანონები

- 06.02.1998 – საქართველოს კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“ –
(საქართველოს პარლამენტის უწყებანი, N17-18, 05.05.1997).
- 09.09.1999 – საქართველოს კანონი „ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და
ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ“ –
(საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N43(50), 21.09.1999).
- 09.09.1999 – საქართველოს კანონი „საქართველოს კანონში „რეკლამის
შესახებ“ დამატებისა და ცვლილებების შესახებ“ (ბავშვთა ბუნებრივი
კვების დაცვასთან დაკავშირებით) – (საქართველოს საკანონმდებლო
მაცნე, N43(50), 21.09.1999).
- 09.09.1999 – საქართველოს კანონი „საქართველოს ზოგად ადმინისტრაციულ
კოდექსში“ ცვლილებების შესახებ“ (ბავშვთა ბუნებრივი კვების
დაცვასთან დაკავშირებით) – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე,
N43(50), 21.09.1999).
- 23.02.2000 – საქართველოს კანონი „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის
შესახებ“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 8, 15.03.2000).
- 05.05.2000 – საქართველოს კანონი „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ –
(საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 19, 25.05.2000).
- 08.11.2000 – საქართველოს კანონი „ჩერნობილის ატომური
ელექტროსადგურის და სხვა სამხედრო ან ბირთვულ ობიექტებზე
ავარიული სიტუაციების და მისი შედეგების ლიკვიდაციის მონაწილეთა
და მათი ოჯახის წევრთა სოციალური დაცვის შესახებ“ – (საქართველოს
საკანონმდებლო მაცნე, N 43, 01.12.2000).
- 08.06.2001 – საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ –
(საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 18, 28.06.2001).

- 28.09.2001 – საქართველოს კანონი „დასაქმების შესახებ“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 29, 17.10.2001).
- 07.12.2001 – საქართველოს კანონი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 35, 26.12.2001).
- 05.12.2002 – საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დაზმარების შესახებ“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 33, 23.12.2002).
- 08.05.2003 – საქართველოს კანონი „სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 14, 03.06.2003).
- 08.05.2003 – საქართველოს კანონი „საქართველოს სანიტარიული კოდექსი“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 14, 03.06.2003).
- 20.06.2003 – საქართველოს კანონი „სავალდებულო სოციალური დაზღვევის სისტემაში ინდივიდუალური (პერსონიფიცირებული) აღრიცხვისა და ინდივიდუალური ანგარიშების შემოღების შესახებ“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 21, 15.07.2003, მუხ. 142).
- 20.06.2003 – საქართველოს კანონი „სავალდებულო სოციალური დაზღვევის შესახებ“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 21, 15.07.2003, მუხ. 143).
- 20.06.2003 – საქართველოს კანონი „სავალდებულო სადაზღვევო პენსიების შესახებ“ – (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, N 21, 15.07.2003, მუხ. 144).

საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებები და განკარგულებები

- 12.01.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 15 – „ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეების უფლებების დაცვის უზრუნველყოფის ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“.

- 30.03.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N 109 –
„საქართველოში მოსახლეობის იოდის, სიცოცხლისათვის აუცილებელი
მიკროელემენტების და ვიტამინების ნაკლებობით გამოწვეულ
დაავადებათა ლიკვიდაციის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“.
- 30.03.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N 110 –
„საქართველოში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების
პროფილაქტიკის ღონისძიებათა შესახებ“.
- 03.04.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N 122 – „მედიცინის
მუშაკის დღის დაწესების შესახებ“.
- 13.04.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 233 –
„საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების
დაფინანსების გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“.
- 02.08.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 445 –
„საქართველოში მცხოვრებ უდედმამო ბავშვთა სახელმწიფოებრივი
მხარდაჭერის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“.
- 08.10.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 587 – „შიდსთან
ბრძოლისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებათა გაძლიერების შესახებ“.
- 08.10.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N 703 –
„ტუბერკულოზთან ბრძოლის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“.
- 08.10.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N 704 –
„საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირების შესახებ“.
- 08.10.1998 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N 705 – „უმადლესი
სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულების მიერ ექიმის
ფიცის მიღებისა და საექიმო საქმიანობაში ეთიკური პრინციპების
დამკვიდრების ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“.
- 16.03.1999 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 107 –
„ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის
დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამის 1999-2005 წლების ღონისძიებათა
ნუსხის დამტკიცების შესახებ“.

30.04.1999 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 206 –

„საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“.

30.04.1999 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 207 –

„ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის გაძლიერების გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“.

23.08.1999 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 496 –

„საქართველოს მოსახლეობის ფსიქიატრიული დახმარების შემდგომი სრულყოფის შესახებ“.

01.10.1999 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 564 –

„სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“.

10.03.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 136 –

„საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში საჯარო სამართლის იურიდიული პირების ჩამოყალიბების შესახებ“.

08.04.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N 303 –

„საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სამეთვალყურეო საბჭოს დამტკიცების შესახებ“.

05.05.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 179 –

„საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლების განხორციელების გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“.

ბრძანებულებით დამტკიცდა:

- საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეპტუალური საფუძვლები;
- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა;
- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა 2000-2009.

19.06.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 265 –

„საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ტერიტორიული ორგანოების ჩამოყალიბებისა და „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის სრულყოფის შესახებ“

საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის N 723 ბრძანებულებაში ცვლილებების შეტანის თაობაზე“.

29.06.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 278 – „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შემდგომი სრულყოფის შესახებ“.

09.07.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 297 – „სამხედრო და შინაგან საქმეთა ორგანოების სამსახურიდან თადარიგში დათხოვილ პირთა და მათი ოჯახის წევრთა საპენსიო უზრუნველყოფის მოწესრიგების დამატებით ღონისძიებათა შესახებ“.

04.08.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 350 – „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – საქართველოს საავადმყოფოთა რესტრუქტურირების ფონდის შექმნის შესახებ“.

21.08.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 380 – „უმწეოთა სოციალური (ოჯახური) დახმარების შესახებ“.

18.09.2000 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 412 – „საქართველოში თამბაქოს კონტროლისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებათა შესახებ“.

10.02.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 44 – „უმწეოთა სოციალური (ოჯახური) დახმარების შესახებ“.

23.02.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 63 – „დასაქმების სფეროში რეფორმის განხორციელების შესახებ“.

23.02.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 69 – „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში ჩრდილოვანი ეკონომიკის მასშტაბების შემცირებისა და კორუფციასთან ბრძოლის პირველი რიგის ღონისძიებათა შესახებ“.

15.03.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 100 – „ადამიანის თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმების და თავის

ტვინის სიკვდილის კლინიკური დიაგნოზისა და პარაკლინიკური გამოკვლევის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“.

23.03.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 108 – „ადამიანის ორგანოთა ექსპორტ-იმპორტის წესის დამტკიცების შესახებ“.

01.05.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 170 – „მოქალაქეთა არასამხედრო, ალტერნატიული შრომით სამსახურში გაწვევის სახელმწიფო კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ“.

01.05.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 171 – „არასამხედრო ალტერნატიული შრომით სამსახურის გავლის დებულების დამტკიცების შესახებ“.

03.05.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 177 – „სამუშაოს მაძიებელთა და უმუშევართა რეგისტრაციისა და აღრიცხვის შესახებ დებულების დამტკიცების თაობაზე“.

14.05.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 190 – „თბილისის სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებათა შერწყმის პირველი ეტაპის განხორციელების შესახებ“.

28.05.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 215 – „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის პროექტის განმახორციელებელი ცენტრის შექმნის შესახებ“.

06.07.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 264 – „თბილისის კარდიოლოგიური საავადმყოფოს საპრივატიზებო სამედიცინო ობიექტების ნუსხიდან ამოღებისა და სრულიად საქართველოს საპატრიაქოსთვის უსასყიდლო უზუფრუქტის ფორმით გადაცემის შესახებ“.

- 21.07.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 286 – „საჯარო სამსახურის თანამდებობათა რეესტრის შესახებ“.
- 13.08.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 325 – „ქვეყანაში ცხოველების განსაკუთრებით საშიშ ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის ღონისძიებათა გაძლიერების შესახებ“.
- 24.11.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 478 – „უმაღლესისშემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ“.
- 07.12.2001 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 502 – „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – საქართველოს დასაქმების ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ლიკვიდაციის შესახებ“.
- 28.02.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 87 – „საზოგადოებრივ სამუშაოთა ორგანიზების შესახებ დებულების თაობაზე“.
- 20.03.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 117 – „უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოქალაქეების სოციალური დაცვისა და სამედიცინო მომსახურების ღონისძიებათა შესახებ“.
- 07.04.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 156 – „საქართველოს სოციალური განვითარების კონცეფციის რეალიზაციის პირველი რიგის ღონისძიებების შესახებ“.
- 22.04.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 192 – „მინიმალური ხელფასისა და საარსებო მინიმუმის თანაფარდობის გაუმჯობესების 2002-2005 წლების სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“.
- 02.05.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 205 – „საპენსიო, სოციალური (საოჯახო) და ლტოლვილთა დახმარების

თანხების მოძრაობის კონტროლისა და გაცემის სფეროში
სამართალდარღვევების თავიდან აცილების შესახებ“.

- 08.05.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 225 –
„შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა არასამთავრობო
ორგანიზაციების საქმიანობის ხელშეწყობის ეროვნული
საკორდინაციო საბჭოს შექმნის შესახებ“.
- 18.05.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 242 –
„საქართველოს მოსახლეობაში იოდის ნაკლებობით გამოწვეულ
დაავადებათა შემცირების დამატებითი ღონისძიებების შესახებ“.
- 23.05.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 256 –
„საქართველოსა და საერთაშორისო განვითარების ასოციაციას
შორის 2001 წლის 5 ნოემბერს ხელმოწერილი საგრანტო
ხელშეკრულებების – „სოციალური დაცვის რეფორმის პროექტი“ და
„სოციალური ინვესტიციების ფონდის მეორე პროექტი“ –
დამტკიცებისა და ძალაში შესვლის შესახებ“.
- 14.06.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 289 –
„საქართველოს მოსახლეობის რადიაციული უსაფრთხოების
უზრუნველყოფის მიზნობრივი პროგრამის შესრულებისათვის
რადიაქტიულ და ჯანმრთელობისათვის სხვა განსაკუთრებით საშიშ
ნივთიერებათა გაუვნებლობის მომენტში დასაქმებულ პირთა მიერ
შესრულებული სამუშაოს შესახებ“.
- 21.06.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 307 – „საშიში
ქიმიური ნივთიერებების უსაფრთხო გამოყენების რეგულირების
საუწყებო-სამართლის საბჭოს შექმნისა და დებულების დამტკიცების
შესახებ“.
- 23.08.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 388 –
„საქართველოში უხუცეს დღეგრძელთა (100 და მეტი წლის ასაკის)
სამედიცინო დახმარების, სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობის
გაუმჯობესების შესახებ“.

- 11.09.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 400 – „სამუშაოს მაძიებელთა რეგისტრაციისა და აღრიცხვის წესისა და პირობების დადგენის შესახებ“ დებულების დამტკიცების თაობაზე“.
- 13.09.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 402 – „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის დასაქმების სახელმწიფო სამსახურის დებულების შესახებ“.
- 06.11.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 469 – „მიკროორგანიზმებითა და მიკრობული წარმოშობის ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებებით დაბინძურებისაგან ატმოსფერული ჰაერის დაცვის შესახებ დებულების დამტკიცების თაობაზე“.
- 10.12.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 507 – „საქართველოში სავალდებულო სოციალურ დაზღვევას დაქვემდებარებულ პირთა რეგისტრაციისა და ინდივიდუალური აღრიცხვის წესის შესახებ“.
- 31.12.2002 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 558 – „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჩამოყალიბების შესახებ“.
- 03.02.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 33 – „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის სრულყოფის შესახებ“ საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის N 723 ბრძანებულების ძალადაკარგულად ჩათვლის თაობაზე“.
- 21.02.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 55 – „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის და საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის შექმნის შესახებ“.
- 25.04.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 165 – „პენსიონერთა და სამედიცინო დაწესებულებათა მიმართ წინა წლებში დაგროვილი დავალიანების დაფარვის უზრუნველყოფის შესახებ“.

- 23.05.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 229 – „უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ოჯახების სოციალური დახმარების შესახებ“ საქართველოს პრეზიდენტის 2002 წლის 26 მარტის N 135 ბრძანებულების ძალადაკარგულად ცნობის თაობაზე“.
- 23.05.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 231 – „საქართველოში მძიმე, მწვავე რესპირატორული სინდრომის ატიპური პნევმონიის შესაძლო შემოტანისა და გავრცელების აღკვეთის დამატებითი ღონისძიებების შესახებ“.
- 13.06.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 260 – „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დღის დაწესებისა და მათი სოციალური დაცვის ღონისძიებების შემდგომი გაუმჯობესების შესახებ“.
- 06.07.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 329 – „საქართველოს სახელმწიფოსა და საქართველოს სამოციქულო ავტოკეფალურ მართლმადიდებლურ ეკლესიას შორის დასაქმების სფეროში თანამშრომლობის 2004-2005 წლების პროგრამის დამტკიცების თაობაზე“.
- 22.09.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 455 – „საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის, სოფლის მეურნეობის მეცნიერებათა აკადემიისა და სახელმწიფო უმაღლესი სასწავლებლების შემადგენლობაში შემავალი საბიუჯეტო დაფინანსებაზე მყოფი სამეცნიერო კვლევითი დაწესებულებების მოსამსახურეთა შრომის ანაზღაურების მოწესრიგების შესახებ“.
- 27.09.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 466 – „იოდის ნაკლებობით გამოწვეულ დაავადებათა პროფილაქტიკის დარგთაშორისი 2004-2008 წლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ“.
- 27.09.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 467 – „ხანდაზმულ ადამიანთა დაცვის დღის დაწესებისა და მათი სოციალური დაცვის ღონისძიებათა შემდგომი გაუმჯობესების შესახებ“.

- 29.09.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 472 –
„საქართველოს ადმინისტრაციული ხელისუფლების სამთავრობო დაწესებულებების სისტემაში ავტონომიური რესპუბლიკის შესაბამისი სამინისტროებისა და უწყებებისათვის ლიცენზიებისა და ნებართვების გაცემის უფლებამოსილების გადაცემის წესის შესახებ“.
- 30.09.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 490 –
„განსაკუთრებულ პირობებში (სტიქიური უბედურება, მოსახლეობის მასობრივი დაზიანება, ეპიდემია, იშვიათი დაავადება) ან გადაუდებელი სახელმწიფო ინტერესების არსებობის შემთხვევაში არარეგისტრირებული სამკურნალო საშუალებების საქართველოს ტერიტორიაზე შემოტანის თაობაზე გადაწყვეტილების მისაღებად სამთავრობო კომისიის შექმნის შესახებ“.
- 21.10.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 529 –
„მოსახლეობის საპენსიო უზრუნველყოფის სისტემის რეფორმის განსახორციელებელ გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“.
- 29.10.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 545 – „ხაშაშის თესლის იმპორტისა და რეალიზაციის აღკვეთის შესახებ“.
- 02.11.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N 549 – „ნატივი ხელოსნობის პროფესიებში უმუშევართა პროფესიული მომზადება-გადამზადების, კვალიფიკაციის ამაღლებისა და დასაქმების ხელშეწყობის 2004-2005 წლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ“.
- 19.09.2003 – საქართველოს პრეზიდენტის განკარგულება N 1196 –
„ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებების შემდგომი გაუმჯობესების შესახებ“.

ბოლოსიტყვაობა

ძვირფასო მეგობრებო,

ნაშრომის „როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა“ პირველ და მეორე წიგნში, დოკუმენტურ მასალაზე დაყრდნობით, შევეცადე გადმომეცა ჩვენი ქვეყნის მიერ დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდგომ, ახალი სახელმწიფოს მშენებლობის ურთულეს პერიოდში, მიმდინარე პროცესის ის ნაწილი, რომელიც მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სოციალურ დაცვას მიეკუთვნება.

1994 წლის 7 თებერვალს სახელმწიფოს მეთაურის ბმანებულებით დამტკიცდა ქვეყნის ანტიკრიზისული პროგრამა, რომლის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს ადამიანური კაპიტალის განვითარებაზე მიმართული ღონისძიებები წარმოადგენდა, რაც, თავის მხრივ, განათლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სრულიად ახალი სისტემების შექმნას მოითხოვდა.

იმ მომენტისთვის საქართველოს ეკონომიკაში არსებული უმძიმესი მდგომარეობის ამსახველი მონაცემები არაერთხელ მაქვს მოყვანილი ნაშრომის სხვადასხვა ნაწილში. ამიტომ, ამჯერად მხოლოდ იმის აღნიშვნით შემოვიფარგლები, რომ 1994 წელს 1990 წელთან შედარებით ეკონომიკის ხუთჯერადი ვარდნა და 1300%-იანი ინფლაცია დაფიქსირდა, ხოლო სახელმწიფო ბიუჯეტში, გადასხადების სახით, მთლიანი შიდა პროდუქტის მხოლოდ 2%-ის მობილიზება ხერხდებოდა.

ამ ფონზე, 1995 წლის 10 აგვისტოს სტარტი აიღო საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის რეორიენტაციის პროცესმა, რომლის ცალკეული მიმართულებით განხორციელებული ღონისძიებები და მიღწეული შედეგები დატალურად მაქვს აღწერილი შესაბამის თავებში. ამჯერად თქვენს ყურადღებას შევაჩერებ მხოლოდ ორ ყველა მნიშვნელოვან მიღწევაზე:

1. 1999 წლის ბოლოს ქვეყანაში დასრულდა ჯანმრთელობის დაცვის მართვისა და ორგანიზების სრულიად ახალი, დემოკრატიული ქვეყნის შესაფერისი და საბაზრო ეკონომიკაზე მორგებული სისტემის ინსტიტუციური მოწყობა, რომელმაც ქვეყნის ეკონომიკის საკმაოდ

მკაცრ პირობებში გაიარა ადაპტაცია და ის დადებითად იქნა შეფასებული მსოფლიოს წამყვანი ექსპერტების მიერ;

2. 2000 წელს მიღებულ იქნა ისეთი მნიშვნელოვანი დოკუმენტები, როგორც არის „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“ და „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (2000-2009)“.

იმავე 1999 წლის ბოლოს განხორციელდა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და შრომის, დასაქმებისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს გაერთიანება, რის საფუძველზეც ჩამოყალიბდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ახალი სამმართველო სტრუქტურის შექმნა მრავალი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი და ეკონომიკური პრობლემის გადაწყვეტასთან იყო დაკავშირებული, რაც გამორიცხავდა ორი დამოუკიდებლად მოქმედი სტრუქტურის მექანიკურ შეერთებას და უზრუნველყოფდა თვისებრივად ახალი, ერთიანი სისტემის შემუშავებასა და ამოქმედებას.

ახალი სამინისტროს უმთავრეს მიზანს მოსახლეობის საყოველთაო კეთილდღეობის განუხრელი ამაღლება და, ამასთან დაკავშირებით ადამიანის არა მარტო ჯანდაცვითი პრობლემების, არამედ მთლიანი სოციალური დაცვის პრობლემების კომპლექსურად განხილვა და მოგვარება წარმოადგენდა. ამიტომ, სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის არეალში უნდა მომხდარიყო ისეთი მნიშვნელოვანი პრობლემების კონცენტრირება, როგორცაა: ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნებისა და ჯანმრთელობის განმტკიცების, შრომისა და დასაქმების, ღირსეული ხანდაზმული ცხოვრებისა და მოზარდი თაობის შეუფერხებელი ზრდა-განვითარების უფლებების გარანტირებულობა.

ერთიანი სოციალური პოლიტიკის შესაქმნელად გაწეული მუშაობა, რომელიც წარმოადგენდა ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების განუყოფელ ნაწილს, სრულ თანხვედრაში იყო საქართველოს მთავრობისა და ხალხის სწრაფვასთან ევროპული მომავლისკენ და მან ასახვა ჰპოვა 2003 წელს მიღებულ „საქართველოში ეკონომიკური განვითარებისა და სიღარიბის დაძლევის პროგრამაში“.

და ბოლოს, მინდა კიდევ ერთხელ გამოვხატო უღრმესი პატივისცემა და სიყვარული ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემის ჩამოყალიბებაში მონაწილე ყველა ადამიანის მიმართ, რომელთა შორის, ჩვენი თანამემამულეების გარდა, ბევრი უცხოელი ექსპერტიც იყო. დიდი მადლობა საქართველოს პრეზიდენტს, მთავრობასა და პარლამენტს, აშშ-ის, იაპონიის, გერმანიის, დიდი ბრიტანეთის, ნორვეგიის, შვედეთის, ნიდერლანდების, კანადის მთავრობებს, საერთაშორისო და ბილატერალურ დონორებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესის ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერისთვის.

განსაკუთრებული მადლობა საქართველოს მოქალაქეებს, რომლებმაც, გასული საუკუნის 90-იანი წლების უდიდესი სირთულეების მიუხედავად, არ დაკარგეს უკეთესი მომავლის რწმენა და, რომელთა ნდობა, ყველაზე დიდი სტიმული იყო ჩემს მუშაობაში.

ფოტოგალერეა



საქართველოს პრეზიდენტთან



შეხვედრა თურქეთის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრთან



საქართველოს მინისტრები იაპონელ კოლეგებთან



შუხვედრა გერმანიის ელჩთან



შუხვედრა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის
ევროპის რეგიონულ დირექტორთან



სამხრეთ კავკასიის ონკოლოგთა კონფერენცია



კოლეგებთან



ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო



ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო



ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი



მსოფლიო ბანკის ოფისის გახსნა



მწერალთა კავშირი



სამეგრელო



გურია



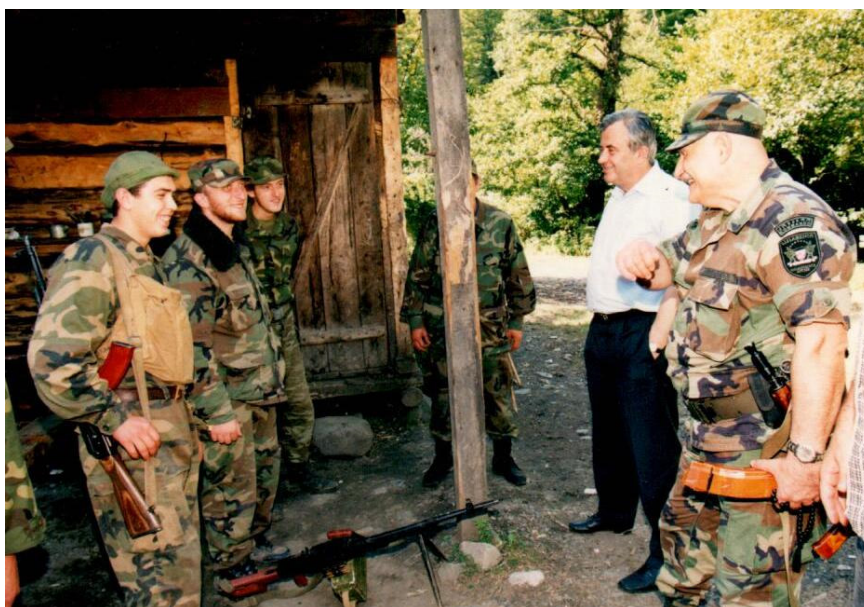
თუმეტი



სვანეთი



პანკისის ხეობა



კოდორის ხეობა



სოხუმი



იაპონია



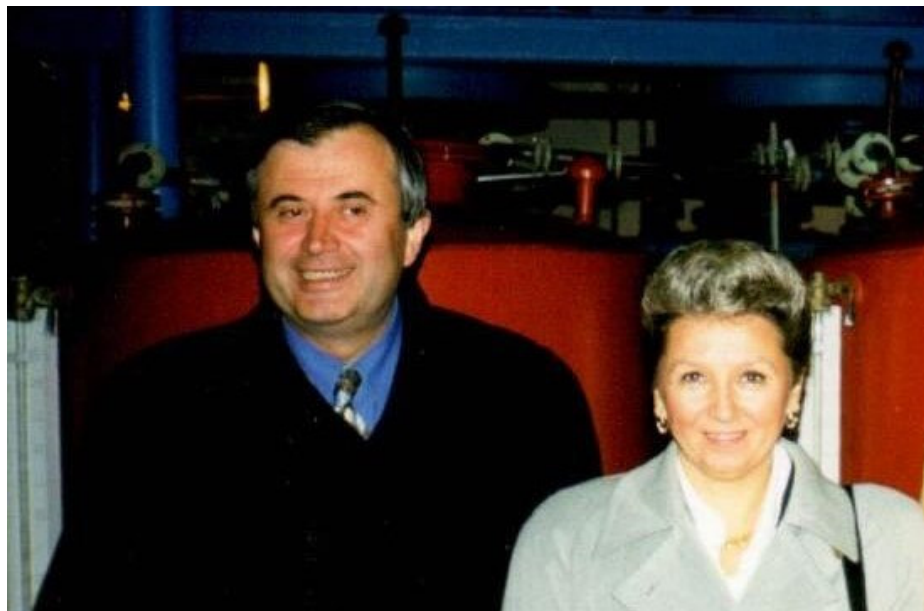
ატლანტა, ემორის უნივერსიტეტი



კოპენჰაგენი, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხილვა ჯანმრთელობის მასოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ბიუროში



ვაშინგტონი



ერევანი



ბაქო



კლივლენდი, აშშ



სკრენტონი, აშშ