

**ჯანმრთელობის დაცვის მატერიალურ-ტექნიკური
ბაზა - მოსახლეობის ჯანმრთელობის
უპირველესი გარანტი**

ჟანა ბალახაშვილი
თსუ დოქტორანტი

ჯანმრთელობის დაცვის დარგში მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის ათვლა იმ შენობა-ნაგებობებიდან და მათში არსებული საწოლების რაოდენობიდან იწყება, რომლებიც ამ მიზნით არის აგებული. პირველ რიგში ესენი არიან საავადმყოფოები და ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები.

2010 წლის მონაცემებით საქართველოში არსებობდა 259 საავადმყოფო და 1691 ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულება, ანუ 2005 წელთან შედარებით 17 და 568 ერთეულით მეტი შესაბამისად. ამავე წელს საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობა იყო – 13400, ხოლო ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებათა სიმძლავრე ცვლაში (იგულისხმება ავადმყოფთა მიღება ცვლაში) შეადგენდა – 87500. 2005 წელთან შედარებით ერთიც და მეორეც შემცირებულია: საწოლების რიცხვი – 3700 ერთეულით, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებათა სიმძლავრე – 4600-ით. ამავე პერიოდში 115400 ერთეულით შემცირებულია (7738700-დან 7623300-მდე) ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში წლის განმავლობაში ექიმთან მიმართების რიცხვი [1, გვ. 82].

ეს ფაქტი, რომ მოსახლეობის ავადობის შემცირებით იყოს გამოწვეული, ამაზე უკეთესი რა იქნებოდა, მაგრამ ეს ასე არ არის. იგივე წყარო გვამცნობს, რომ პირველად დადგენილი დიაგნოზით რეგისტრირებული დაავადებების რიცხოვნობა 2005-2010 წლებში 695200-დან 1170100-მდე არის გაზრდილი [1, გვ. 85]. მაშასადამე, დაავადებულთა რიცხვი გაიზარდა 474900 კაცით, ანუ 68,3%-ით, საავადმყოფოებში საწოლების რიცხვი და ამბულატორიულ-პო-

ლიკლინიკურ დაწესებულებათა ცვლის სიმძლავრე კი შემცირდა შესაბამისად 21,7 და 5 პროცენტით. ექიმთან მიმართულების ასეთ პირობებში, ჯანდაცვის მომსახურების რომელ ხარისხზე და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსით რომელ უზრუნველყოფაზე შეიძლება ლაპარაკი. ამასთან, რეგისტრირებული ავადმყოფები მხოლოდ ნაწილია საქართველოში არსებულ დაავადებულთა საერთო რაოდენობისა. მათი დიდი ნაწილი უკიდურესი სიღატაკის გამო არ აკითხავს ექიმს და შეიძლება ითქვას რომ სიცოცხლე, ეს უდიდესი ღვთიური განძი, აღარაფრად უღირს... შედეგად შემცირდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა (2005 წ. – 74 წელი, 2009 წ. – 73,6 წელი) და გაიზარდა მოკვადობის რიცხვი ათას კაცზე (2005 წ. – 9,3, 2009 წ. – 10,6).

მოსახლეობის გაღატაკებასთან ერთად ეს მდგომარეობა გამოიწვია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს არასწორმა, სიტუაციისადმი შეუსაბამო პოლიტიკის გატარებამ. ჯანდაცვაში გატარებული რეფორმა ითვალისწინებს ჰოსპიტალური სექტორის და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რეორგანიზაციას, მთავრობის მიერ 2007 წელს წამოწყებული ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის ეროვნული პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს „100 ახალი საავადმყოფოს“ მშენებლობას ვერავითარ კრიტიკას ვერ უძლებს. საქართველოს მთავრობამ ამ საავადმყოფოების მშენებლობისთვის 2-წლიანი ვადა დაადგინა, მაშინ როდესაც ევროსტანდარტით ამისთვის 5 წელია დადგენილი. ინვესტორთა შერჩევაც იმის მიხედვით ხდება, ვინ უფრო სწრაფად ააშენებს ობიექტს. ეს კი უარყოფითად მოქმედებს საავადმყოფოების აშენების და აღჭურვის ხარისხზე. გამოდის რომ ამ საკითხში საქართველოს მთავრობა მთლიანად უგულებელყოფს ევროპულ სტანდარტებს.

მეტიც, ევროკავშირის ქვეყნებში საავადმყოფოების და პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი ნაწილი წარმოადგენს სახელმწიფო საკუთრებას, ხოლო საქართველოში მათი აბსოლუტური უმრავლესობა – 95%-ზე მეტი ექვემდებარება გასხვისებას. გამოდის რომ საქართველოს მთავრობა ჯანდაცვაში გატარებულ რეფორმებს მოიაზრებს მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის კუთხით. ამას ის უარყოფითი მხარე აქვს, რომ

რადგან სამედიცინო დაწესებულების მშენებლობა ინვესტორს მეტად ძვირი უჯდება (100 სანოლიანი საავადმყოფო საშუალოდ 40-50 მლნ ლარი), შედეგად მისი ამოქმედების შემდეგ კერძო მფლობელი მეტად გააძვირებს სამედიცინო მომსახურების ფასებს.

ამის გარდა, კიდევ უფრო საგანგაშოა ის მდგომარეობა, რომ ახალი სამედიცინო დაწესებულებები მხოლოდ 7 წლის განმავლობაში იმუშაებენ პროფილით, შემდეგ კი მფლობელებს უფლება ეძლევათ გამოიყენონ ისინი ნებისმიერი სხვა მიზნით. რადგან 200 სანოლზე ნაკლების მქონე საავადმყოფოები არ არიან მომგებიანი, უნდა ვიფიქროთ, რომ იმ 100 ახალი საავადმყოფოდან 2-3 თუ იქნება 200 სანოლიანი, დანარჩენი იქნება არამომგებიანი და რალა თქმა უნდა 7 წლის შემდეგ მისი მეპატრონე მასში ან რესტორანს გახსნის ან სახინკლეს. მაშინ იბადება კითხვა, რა ქნას იმ რეგიონის (თუ რაიონის) მოსახლეობამ, სადაც ასეთ ფაქტებს ექნება ადგილი, ვინ გაუწევს მათ სამედიცინო მომსახურებას?

სათქმელია ისიც, რომ ახალი საავადმყოფოების აშენებით, სანოლების რაოდენობა კი არ იზრდება, არამედ მცირდება. ახალი პროექტი ითვალისწინებს 7800 სანოლს, 2010 წელს კი საქართველოში იყო 13400 სანოლი. სანოლთა რაოდენობის ასეთი – 58%-იანი შემცირება პირდაპირპროპორციულად შეამცირებს სისტემაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალს. 2010 წლის სტატისტიკით ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებულია 21200 ექიმი და 19300 საშუალო სამედიცინო პერსონალი [1, გვ. 82]. ჩვენი გამოთვლით მოხდება მათი რიცხვის ამდენითვე შემცირება, რაც რიცხობრივად შეადგენს 23490 კაცს.

მეცნიერები სვამენ კითხვას, თუ რატომ დაიგეგმა საქართველოში 100 ახალი საავადმყოფოს და არა 134 ან 63 საავადმყოფოს აშენება, რა მონაცემების საფუძველზე მოხდა ჰოსპიტალური სექტორის განთავსება 7800 სანოლზე და არა 6000 ან 13000 სანოლზე, როგორ დადგინდა სანოლთა ფონდები და ა. შ. [2]. ჩვენი აზრით, ეს პოლიტიკა დაეფუძნა ქართველ დემოგრაფ ანზორ თოთაძის კონცეფციას, რომელიც თავის ნაშრომში – „საქართველოს მოსახლეობა მეორე და მესამე ათასწლეულის მიჯნაზე“ – წერს: „XXI საუკუნის დასაწყისში საქართველოს მოსახლეობას ყველაზე ნაკ-

ლები რაოდენობით დასჭირდება საავადმყოფო საწოლები, რადგან ამ პერიოდში ქვეყანას ყველაზე მცირე რაოდენობით ეყოლება ხანშიშესულები – ისინი ხომ მეორე მსოფლიო ომის დროს დაიბადნენ, როდესაც შობადობის დონე დაბალი იყო. შემდეგ ათასწლეულებში კი მოთხოვნიულება საავადმყოფო საწოლებზე მკვეთრად გაიზარდება, რადგან დიდად მოიმატებს ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობა“. მეცნიერის ამ კოცეფციას ადასტურებს სტატისტიკა, რომელიც გვამცნობს, რომ 1940-1949 წლებში საქართველოში მართლაც დაბადებულა მხოლოდ 659021 კაცი (ახლა მათი ასაკი 61-70 წლის დიაპაზონით მერყეობს), 1950-1959 წ.წ.-ში 903263 კაცი, 1960-1963 წ.წ.-ში – 959815 კაცი და ა. შ. [3, გვ. 11]. თუ საქართველოს მთავრობის მიერ წამოწყებული ჯანდაცვის რეფორმა, რომელიც ჰოსპიტალურ სექტორში საწოლთა რაოდენობის 7800-მდე დაყვანას ითვალისწინებს, მართლაც ამ კონცეფციას ეფუძნებოდა, მაშინ სწორედ ამით უნდა იყოს იგი დასაბუთებული. თუმცაღა, ეს არგუმენტი მხოლოდ XXI-ე საუკუნის საწყისი წლებისთვის არის გამართლებული, შემდეგ ათწლეულებში კი ხანშიშესულთა რიცხვი, რომელთაც პოტენციურ ავადმყოფებად თვლის მეცნიერი ანზორ თოთაძე, მნიშვნელოვნად მატულობს, საავადმყოფოთა და მათში საწოლთა რაოდენობა კი საქართველოს მთავრობას არათუ არა აქვს დაგეგმილი გაზრდილად, პირიქით, 7 წლის შემდეგ იგი კერძო საავადმყოფოების მფლობელებს უფლებას აძლევს შეიცვალონ პროფილი მათი თვალთახედვით სახელმწიფოსგან ყოველგვარი შეთანხმების გარეშე. ჩვენი ვარაუდით, ეს ასეც მოხდება და ის 7800 საწოლიც შემცირდება, რაც ამჟამად არის დაგეგმილი.

მეორე და მნიშვნელოვანი კიდეც ის არის, რომ ავადმყოფობენ არა მხოლოდ ხანშიშესულები, არამედ ახალგაზრდებიც. საქართველოში არსებული უკიდურესი უმუშევრობის, უკიდურესი სიღატაკის, არაჯანმრთელი ცხოვრების წესის, დაძაბული ფსიქოლოგიური ფონის და სხვათა გამო, ავადმყოფობა ჩვენდა სამწუხაროდ, “გაახალგაზრდავდა”. ამდენად, საქართველოს მთავრობის პოლიტიკა საავადმყოფოების და ამბულატორია-პოლიკლინიკის დაწესებულებების და მათში საწოლების (და სიმძლავრის) რაოდენობის შემცირებისკენ კი არ უნდა იყოს მიმართული, არამედ მათი

გაზრდისკენ. ამასთან სახელმწიფო თავის თავზე უნდა იღებდეს სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსებას, ღარიბი მოსახლეობის მკურნალობის ხარჯებს (მთლიანად) და ეს უნდა გაგრძელდეს მანამ, სანამ ქვეყანა გამოვა კრიზისიდან, გაჩნდება სამუშაო ადგილები, ამაღლდება მოსახლეობის ცხოვრების დონე.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული, თბ., 2011, გვ. 82.
2. <http://www.euro.who.int/Document/E88202.r.pdf>
3. კ. ჯაყელი, გ. ხაჭაპურიძე, ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, ჟ. „საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრის ბიულეტენი, №65, თებერვალი, 2002 წ., გვ. 11.