

საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი

*ხელნაწერის უფლებით*

დავით სტურუა

საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვა საქართველოს  
ჯანდაცვის სისტემაში

დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად  
წარმოდგენილი დისერტაციის

ავტორეფერატი

სადოქტორო პროგრამა - ბიზნესის ადმინისტრირება,  
შიფრი 02

თბილისი - 2020

დისერტაცია შესრულებულია საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის ბიზნესტექნოლოგიების ფაკულტეტის ბიზნესის ადმინისტრირების დეპარტამენტში.

სამეცნიერო ხელმძღვანელი,

პროფესორი

/ზ. ლუდუშაური/

ოფიციალური რეცენზენტები:

- 1.
- 2.

დისერტაციის დაცვა შედგება 2020 წლის „----“ -----“ --- საათზე, საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის „ბიზნესის ადმინისტრირების საჯარო მმართველობისა და მენეჯმენტის“ სადისერტაციო საბჭოს სხდომაზე, კორპუსი VI, აუდიტორია -----

მისამართი: თბილისი, 0175, კოსტავას 77.

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში, ავტორეფერატისა კი - ფაკულტეტის ვებ-გვერდზე ([www.gtu.ge](http://www.gtu.ge)).

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი

პროფესორი ლელა კოჭლამაზაშვილი

## ABSTRACT

The dissertation thesis - **"Introduction of International Regulations in the Georgian Health Care System"** - consists of an introduction, three chapters and a conclusion.

The introduction presents the topicality, purpose and objectives of the topic being studied, the subject and object, the order of the study of the problem, the novelty of the research, the research methodology and more.

The first chapter of the paper - **"Theoretical Foundations of State Health Care Regulations"** - consists of three paragraphs.

The first paragraph - discusses the state's relationship with the economy and compares it to other problems. Other approaches are also discussed and comments made by the author.

In the second paragraph – the main directions of the state regulation of the economy are discussed, namely: structural transformation, state regulation, financial-credit regulation, labor market regulation. The situation in Georgia in terms of state regulation is also discussed. It is concluded that the impact of the state on the economy in Georgia is very weak.

The third paragraph is dedicated to the economic regulation of the healthcare sector. It outlines its need and presents the State Strategy for Health Development 2030 with these guidelines, which is positively evaluated by the author.

The second part of the dissertation - **"State Regulation of Health Care of Georgia as a Guarantee of Healthy living for the Population"** - consists of three paragraphs.

The first paragraph is discussed **the level of morbidity in Georgia and trends in the country's demographic development**. The whole paragraph is dedicated to examining the impact of population health on Georgia's demographic position. The dissertation demonstrates that demographic indicators such as birth rate, mortality, life expectancy and so on are predominantly dependent on the health of the population. Birth rates, mortality and their tendencies are at the forefront of these indicators. It is estimated that the birth rate in Georgia has decreased (per 1,000 inhabitants in Georgia in 1913 28 children were born, 16 in 2017) the mortality rate has increased from 6.5 in 1960 to 13.7 in 2016 (2016) This year). The average life expectancy is reduced to 72.7 years (in 2016). The main reason for this dissertation is the increase in morbidity, which increased by 70.9% in 2011-2016. Sh. In children by 43%. The increase in morbidity is related to the lack of funds allocated from the state budget for health care (3% in 2017).

In the second chapter it is overviewed the **Healthcare Management Regulations in Georgia: Successes, Failures**, - it is described the functions of the Management Authority of the Occupied Territories of Georgia, Ministry of Labor, Health and Social Affairs in the field of health and the activities it and its subordinates Health institutions conducted a reform of the sector and to European standards in terms of transportation.

In the same paragraph of the work, the author quotes from his and other scientists (scientist T. Verulava and others) Argues that the market for medical services is an imperfect competition market, and cannot be regulated by Adam Smith's "invisible hand". The author also has reasons for this and believes that this area should be subject to deeper state control and monitoring by exception.

The author of the article also reviews five laws regulating Georgia's health - on health care, on public health, on patient rights, on medical science, on drugs and pharmaceuticals, and provides Critical remarks. The most important of them, but also of all, is that since health care is not just business, it is largely a matter of the existence and non-existence of the Georgian nation as an ethnicity, so its management strategy, Separation and regulatory laws are only a separate group of specialists It should not be confused, but should be attended by the wider community (especially patients. This practice is inherited worldwide).

The dissertation draws these conclusions on the basis of the results of the research he conducted in St. Petersburg. In Tbilisi's 120-person focus group and the 50-person patient group at American Hospital.

The third paragraph of the second part of the paper deals with **the current state of implementation of international regulations in the healthcare sector of Georgia**. This issue includes the EU recommendations, which Georgia has undertaken to implement one part and expresses an opinion on their accelerated pace.

Chapter Three of the dissertation - **Basic Guidelines for Implementing International Health Regulations in Georgia** - consists of two paragraphs:

1. The latest patient safety prevention studies and regulations.
2. Approximation of the legal framework for patient health with international regulations on patient safety.

Paragraph 1 of this chapter presents studies conducted systematically to protect patient safety in the United States, Denmark, and the United Kingdom, and to legalize the recognition of errors made by medical staff in reports. The paper proposes sharing this practice in Georgia as well. In the second paragraph, based on the laws of various foreign countries, mainly Switzerland and Belgium, it is contained in three laws of Georgia on Patient Safety, Health Rights and Patient

Safety and Reports of Independent Practitioners It was necessary changes to be made.

The thesis concludes with a summary.

## სადისერტაციო ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

**თემის აქტუალობა.** მიუხედავად იმ ტექნოლოგიური მიღწევებისა, რომლებსაც ადგილი ჰქონდა ჯანდაცვაში ბოლო 50 წლის განმავლობაში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საქართველოში კვლავაც რჩება დაბალი - მაღალია ხარისხიან ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის უთანსწორობა, გაწეული სამედიცინო მომსახურება შესაბამისობასი არ არის პაციენტთა მოლოდინთან, სამედიცინო პროცედურები თუ სერვისები ნაკლებ თანხვედრაშია პაციენტთა კლინიკურ საჭიროებებთან, დაბალია ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შედეგად მიღებული ჯანმრთელობის სარგებელი და მრავალი სხვა. ამის პირდაპირი შედეგია მოსახლეობის ქრონიკული ავადობა, უნარ-შეზღუდულობა და მაღალი სიკვდილიანობა, რაც მნიშვნელოვან დანაკარგებს იწვევს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების კუთხით.

საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიაში - „საქართველო - 2020“ - პირდაპირ ჩაწერილია შემდეგი: „კვლავ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი...“<sup>1</sup> და იქვე სახელდება პრობლემა: „სამედიცინო მომსახურების არასათანადო რეგულირება“.

იმის მიუხედავად, რომ საქართველოს ჯანდაცვა და მისი მომსახურება არა ერთი და ორი ეროვნული კანონით რეგულირდება - საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, საქართველოს კანონი „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ და სხვა, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხის მიზეზად და მაინც ამ სისტემის არასათანადო რეგულირების დასახელება და რეგულირების მექანიზმის გაუმჯობესების მიზნად

---

<sup>1</sup> საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების სტრატეგია - საქართველო - 2020“, თბ., გვ. 62.

დასახვა, იმის მიმნიშნებელია, რომ ან ეს კანონები არ მუშაობენ მათი არასრულყოფადობის გამო, ან მათი აღსრულება არ ხდება სათანადოდ, ან ეს კანონები არ არიან საკმარისი. პირველი და ყველაზე მთავარი, რასაც საქართველოს ჯანდაცვის არასათანადო რეგულაცია იწვევს, ეს არის სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი და აქედან გამომდინარე, პაციენტის დაუცველობა ზიანის საფრთხისგან. საქართველოში ეს პრობლემა მეტად მწვავედ დგას. ამას მოწმობს ყოველწლიურად მედიაციის სამსახურში დაგროვილ პაციენტთა საჩივრების დიდი რაოდენობა.

ამ საკითხზე ყურადღება გაამახვილა ევროსაბჭომაც და ამ საკითხის მოსაგვარებლად მან საქართველოს მთელი რიგი რეკომენდაციები შესთავაზა. იგივე გააკეთა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ („ჯანმო“).

წინამდებარე სადისერტაციო ნაშრომიც - „საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში“ - ეძღვნება სწორედ ამ პრობლემას, კერძოდ, იმის დადგენას, თუ საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის ხაზით, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში რა უნდა გაკეთდეს იმაზე მეტი, რაც კეთდება, რომ ავამაღლოთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და შევუქმნათ პაციენტებს მაქსიმალურად უსაფრთხო მკურნალობის გარემო.

**კვლევის მიზანი და ამოცანები.** კვლევის მიზანია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეროვნული რეგულაციების შედეგების ანალიზი და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე, დარგში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის მიმართულებით თეორიული და პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, სადისერტაციო ნაშრომში დასახულია შემდეგი ამოცანები: 1. ეკონომიკის მ. შ. ჯანდაცვის სახელმწიფო რეგულირებაზე სხვადასხვა მეცნიერთა შეხედულებების შეჯერება და ავტორისეული მოსაზრებების ჩამოყალიბება. 2. ჯანდაცვის სახელმწიფო რეგულირების თავისებურებათა შესწავლა და ამ სფეროში საქართველოს პრობლემების წარმოჩენა. 3. საქართველოს მოსახლეობის ავადობის დონის გამოკვლევა და ქვეყნის დემოგრაფიულ ვითარებაზე მისი გავლენის

დადგენა. 4. ჯანდაცვის მართვის სფეროში წარმატება-წარუმატებლობის მიგნება და შეფასება. 5. საქართველოს ჯანდაცვის საკანონმდებლო ბაზის ანალიზი და შეფასება. 6. ანკეტირების მეთოდით ქ. თბილისის მოსახლეობის შეხედულების დადგენა საქართველოს ჯანდაცვის განვითარებასა და რეგულირებაზე. 7. მკურნალობისას პაციენტების უსაფრთხოების გამოკვლევა ბლიც-ინტერვიურების მეთოდით. 8. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის დღევანდელი მდგომარეობის შეფასება და სამომავლო მიმართულებებით რეკომენდაციების შემუშავება.

**კვლევის საგანი და ობიექტი.** კვლევის საგანს წარმოადგენს ჯანდაცვის მართვაში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვა, კვლევის ობიექტს კი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა.

**კვლევის მეთოდი და მეთოდოლოგია.** სადისერტაციო ნაშრომზე მუშაობისას გამოყენებულია: შედარების მეთოდი, სტატისტიკური დაკვირვების მეთოდი, ეკონომიკური ანალიზის მეთოდი, კონტენტ-ანალიზის მეთოდი, ბლიც-ინტერვიუს მეთოდი, ანკეტირების მეთოდი.

**შედარების მეთოდი** გამოყენებულია ნაშრომის პირველ თავში და მეორე თავში. პირველ თავში შედარების მეთოდით დახასიათებულია ეკონომიკის სახელმწიფო რეგულირებაზე სხვადასხვა მეცნიერთა - ა. სმიტის, პ. სამუელსონის, ჯ. კეინსის, რ. ასათიანის. მ. დოლანის, ა. ლივშიცის, ვ. პაპავას, მაკკონელის და სხვების - შეხედულებები და გაკეთებულია კომენტარები (გვ. 30-43). მეორე თავში შედარების მეთოდი გამოყენებულია საქართველოს და მსოფლიოს სხვა ქვეყნების მოსახლეობის კვლავწარმოების მაჩვენებლების შეპირისპირებისას (გვ. 71-72), რომლის დროსაც დადგენილი იქნა, რომ მთელ რიგ ქვეყნებში საქართველოსთან შედარებით სიცოცხლის ხანგრძლივობა მაღალია, ასეა დანიაში (82 წელი), ნიდერლანდებში (82,5 წელი), გერმანიაში (79 წელი).

**ეკონომიკური ანალიზის მეთოდი** გამოყენებულია ნაშრომის მეორე თავში მოსახლეობის ავადობის და დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციების გამოკვლევისას (გვ. 67-71; 74-80). ეკონომიკური ანალიზით დადგე-

ნილია შობადობის შემცირება (ყოველ 1000 მცხოვრებზე ანგარიშით იგი შეადგენდა 1990 წელს - 17 ბავშვს, 2017 წელს - 15,8 ბავშვს და მოკვდაობის ზრდა (1990 წელს - 9,3, 2017 წელს - 13,7). დადგენილია ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი დონეც (1000 ცოცხლადშობილზე 8,8 ერთეული, მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში საშუალოდ 6 ერთეული, ხოლო ფინეთში, შვედეთში და იაპონიაში - 3 ერთეული) და მოსახლეობის ავადობის ზრდაც (2011-2017 წლებში - 170,9%, მ. შ. ბავშვთა ავადობის ზრდა - 143%.

ეკონომიკური ანალიზის მეთოდით შესწავლილია საქართველოს ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა, ადამიანური რესურსები და ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (გვ. 78-86). აღმოჩნდა, რომ გაზრდილია საავადმყოფოთა რიცხვიც, საწოლთა რიცხვიც, 10 000 კაცზე მოსული ექიმების და საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხვიც.

**კონტენტ-ანალიზის მეთოდი** გამოყენებულია სადისერტაციო ნაშრომის მეორე თავში ჯანდაცვის საკანონმდებლო ბაზის განხილვისას. მასში წარმოდგენილია 4 საკანონმდებლო დოკუმენტი და მათი განხილვით დადგენილია ზოგიერთი შეუთავსებლობები კანონებს შორის (გვ. 98-121). მაგალითად, დადგენილია, რომ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის 36 თავიდან არცერთი არ ეხება ჯანდაცვის მართვა-რეგულირებას, კანონში - „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ არ არის ჩართული და საერთოდ ნახსენებია კი - პაციენტთა უსაფრთხოება და ა. შ. ეს შენიშვნები ამ დოკუმენტების დიდი ხარვეზებია.

**ანკეტირების მეთოდი.** ამ მეთოდით ჩვენ გამოვკითხეთ ქ. თბილისის 110 მცხოვრები, რომელთაც სხვა დარგებს შორის ჯანდაცვის დარგის როლზე და მნიშვნელობაზე მიეცათ შეკითხვები. გამოკითხულ მამაკაცთა 45,5%-მა და ქალთა 57,1%-მა ჯანდაცვა დაასახელა ყველაზე მნიშვნელოვან დარგად. ამის გარდა გამოკითხულ მამაკაცთა მხოლოდ 30,9% და ქალთა 40,5%, მხოლოდ ნაწილობრივ არის კმაყოფილი საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევით და ა. შ. (გვ. 103-104).

**ბლიც-ინტერვიუების მეთოდი.** ამ მეთოდით ნაშრომში გამოკითხულია ამერიკული ჰოსპიტალის 50 პაციენტი (გვ. 113-114). ბლიც-ინტერვიუ არის



სხვადასხვა მდგომარეობაში (მკურნალობის დაწყებამდე, მკურნალობის დროს და მკურნალობის შემდეგ) მყოფი პაციენტებისგან ინტერვიუს ალება. რადგან, ამ უკანასკნელ წლებში ევროკავშირმაც და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამაც მთელი ყურადღება პაციენტთა უფლებებზე და უსაფრთხოებაზე გადაიტანა, ამდენად, პაციენტთა 50 კაციანი სამიზნე ჯგუფი დაიკითხა საქართველოს კანონის - „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ შესაფასებლად. აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულ პაციენტ-ქალთა 57,5% და პაციენტ-მამაკაცთა 80% არ იცნობს ამ კანონს, ანუ მათ უფლებებს. მთლიანად ორივე მხარე თვლის, რომ ამ კანონით მათი უსაფრთხოება არ არის დაცული და მარტო სამედიცინო შეცდომის აღიარება არ არის საკმარისი (ამ აზრისაა პაციენტ-ქალთა 87% და პაციენტ მამაკაცთა 79,2%). მათივე აზრით, მედიაციის სამსახური საკმარისად ვერ იცავს პაციენტთა უფლებებს.

#### **კვლევის მეცნიერული სიახლეები:**

1. გამოკვლეულია საქართველოს მოსახლეობის ავადობის დონე, მისი კავშირი სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან და ქვეყნის დემოგრაფიულ ვითარებასთან.
2. შესწავლილია საქართველოს ჯანდაცვის მარეგულირებელი ეროვნული კანონები და თითოეულ მათგანზე გაკეთებულია შენიშვნები და შემოთავაზებულია რეკომენდაციები მათი საერთაშორისო რეგულაციებთან თავსებადობის ხაზით.
3. გამოკვლეულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ევროკავშირის რეკომენდაციების დანერგვის მდგომარეობა და გამოთქმულია მოსაზრება მათი დაჩქარების მიმართულებით.
4. ჩატარებულია სოციოლოგიური გამოკვლევა ქ. თბილისის მოსახლეობაში, რომლის საფუძველზე გაკეთებულია დასკვნები სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხის შესახებ და შემოთავაზებულია მის ერთ პარამეტრად პაციენტთა უსაფრთხოების აღიარება.
5. ამერიკული ჰოსპიტალის პაციენტთა გამოკვლევით მიზენშეწონილად ჩათვლილია უცხოეთის დარად „პაციენტთა უსაფრთხოების შესახებ“ კანონის შემუშავება პაციენტების აქტიური ჩართულობით.

6. შვეიცარიის და ბელგიის ანალოგიურ კანონებზე დაყრდნობით შემოთავაზებულია როგორც „პაციენტთა უსაფრთხოების“ კანონის პროექტი, ისე რეკომენდაცია საქართველოში პაციენტთა უსაფრთხოების კვლევის ცენტრის დაარსების შესახებ.

7. შემოთავაზებულია დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტების (ექიმები) სავალდებულო რეპორტირების (ანგარიშგებების) დაკანონება, რომლებშიც მოცემული იქნება მათი აღიარებითი ჩვენებები დაშვებული შეცდომების შესახებ. შეცდომები, საზღვარგარეთის დარად, არ იქნება დასჯადი, გარდა განსაკუთრებით მძიმე გადაცდომებისა.

**ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა.** კვლევის შედეგად ჩამოყალიბებული დასკვნები და რეკომენდაციები შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს ამოსავალ ბაზად საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეგულირების შემდგომი გაუმჯობესების და სრულყოფისთვის.

**ნაშრომის აპრობაცია.** სადისერტაციო ნაშრომის მასალებზე შესრულებულია ორი კოლოკვიუმი და აგრეთვე, სადისერტაციო ნაშრომის ძირითადი დებულებები სამი სტატიის და ერთი მოხსენების ფორმით გამოქვეყნებულია რეფერირებად ჟურნალებში ან მოხსენებულია კონფერენციაზე.

**სადისერტაციო ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა.** სადისერტაციო ნაშრომი მოიცავს კომპიუტერზე ნაბეჭდ 168 გვერდს. დისერტაცია შედგება შესავლის, სამი თავის და დასკვნისგან. ნაშრომს თან ერთვის 10 ცხრილი, 17 ნახაზი და 92 დასახელების გამოყენებული ლიტერატურა.

## **სადისერტაციო ნაშრომის ძირითადი შინაარსი**

სადისერტაციო ნაშრომის ძირითადი ტექსტი სამი თავისგან შედგება. ესენია:

თავი 1. **ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირების თეორიული საფუძვლები.**

თავი 2. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირება, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელი ცხოვრების გარანტი.

თავი 3. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვაში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის ძირითადი მიმართულებები.

ნაშრომის პირველი თავი - „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირების თეორიული საფუძვლები“ - ასევე მოიცავს სამ ქვეთავს: 1. ეკონომიკის სახელმწიფო რეგულირება: არსი, მიზნები, საჭიროება; 2. ეკონომიკის სახელმწიფო რეგულირების ძირითადი მიმართულებები და საქართველოს დღევანდელი მდგომარეობა; 3. ეკონომიკის სახელმწიფო რეგულირება სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უსაფრთხო უზრუნველყოფის კონტექსტში. პირველ ქვეთავში განხილული გვაქვს სახელმწიფოს დამოკიდებულება ეკონომიკასთან და მის შესახებ სხვადასხვა მეცნიერთა შეხედულებები, კერძოდ, მერკანტილისტების, ლიბერალური სკოლის, კეინსიანისტების და სხვების. აღმოჩნდა, რომ თითოეულ მიმდინარეობას თავისი მომხრეებიც ჰყავდა და მოწინააღმდეგეებიც. ძირითადი სადებატო საკითხი იყო ეკონომიკაში სახელმწიფოს ჩარევის საკითხი. მათი ნაწილი ეკონომიკაში სახელმწიფოს პირდაპირ ჩარევას აუცილებლობად თვლიდა (მერკანტილისტები), მეორე ნაწილი, კერძოდ, ლიბერალური სკოლის წარმომადგენლები (აღამ სმიტი და მისი მიმდევრები), ეკონომიკის „ბუნებრივ თავისუფლების“ იდეას აღიარებდა, ხოლო ჯ. ჯ. კეინსმა და კეინსიანისტებმა უარყვეს ეკონომიკის თვითრეგულირების შესაძლებლობა და დაამტკიცეს, რომ არსებობენ სერიოზული და მყარი მიზეზები, რომელთაც შეუძლიათ დაარღვიონ თვითრეგულირების მექანიზმი, და, რომ ამ მიზეზების შეზღუდვა მხოლოდ სახელმწიფოს შეუძლია.

ასე რომ, ეკონომიკის და ამასთან ბიზნესის რეგულირება-დერეგულირების საკითხი მთელ მსოფლიოში საბოლოოდ შესწავლილი არ არის და ჯერ კიდევ კვლევის სტადიაშია. მეტიც, დაიწყო და გაძლიერდა რა გლობალიზაცია, ამან არასაკმარისი გახადა ეროვნული მთავრობების მხრიდან ბიზნესის რეგულირება და საერთაშორისო რეგულაციების შექმნა და გამოყენება

მოითხოვა. დღეს ამ პრობლემის წინაშე დგას მთელი მსოფლიო და მათ შორის საქართველო.

ამ საკითხებს ეძღვნება სადისერტაციო ნაშრომის პირველი თავის მეორე და მესამე ქვეთავები. მეორე ქვეთავში განვიხილეთ და შევაფასეთ ეკონომიკის და ბიზნესის სახელმწიფო რეგულირება საქართველოში, ხოლო მესამე ქვეთავში **ჯანმრთელობის დაცვის რეგულირება**. ამ მიმართულებებით საქართველოში არსებული ვითარების შესწავლით ჩვენს მიერ დადგენილი იქნა, რომ იმის მიუხედავად, რომ საქართველოს მთავრობამ სხვადასხვა დროს ბიზნესის რეგულაციის ხარისხის ასამაღლებლად მრავალი ღონისძიება გაატარა, რის შედეგადაც ეკონომიკის ყველა დარგი რეგულირდება სპეციალური კანონებით, ეკონომიკის რეგულაციის პრობლემა საქართველოში მაინც მეტად მწვავედ დგას (რეგულაციის ხარისხის საბაზო მაჩვენებელი (WGI) საქართველოში მხოლოდ 0,66-ია). ამ აზრის არიან ქართველი პროფესორები - რ. ასათიანი, მ. მექვაბიშვილი, ზ. ლუდუშაური, გ. ურუშაძე და სხვები. ამ აზრს ვიზიარებთ ჩვენც.

რაც შეეხება საქართველოს ჯანდაცვის რეგულირების მდგომარეობას, ამ საკითხის განხილვის დროს მეტი ყურადღება მივაქციეთ სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უსაფრთხო უზრუნველყოფას. დღეს ეს პრობლემა მთელ მსოფლიოში ყველაზე აქტიურად განიხილება. ამის მიზეზია ექიმთა შეცდომები, გადაცდომები და ამ მიზეზით ყოველ წელს დაღუპულ პაციენტთა დიდი რაოდენობა. საქართველოში მოსახლეობის სიღარიბის გამო, ამას ემატება შობადობის კატასტროფული შემცირება და ამ ყველაფრით გაეროს პროგნოზით 2050 წლისთვის ქართველი ერის გამჭრალ ერთა სიაში შეტანა. ყოველივე ზემოთნათქვამიდან გამომდინარე, გავაკეთეთ დასკვნა, რომ საქართველოს ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიაშიც და ჯანდაცვის მარეგულირებელ ეროვნულ კანონებშიც გამოკვეთილად უნდა ჩაიდოს არა მხოლოდ ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა, არამედ და უპირველესად, პაციენტების უსაფრთხო სამედიცინო მომსახურება. ასეთი მიდგომით დავამუშავეთ სადისერტაციო ნაშრომის არა მხოლოდ პირველი თავი, ანუ თეორიული თავი, არამედ მეორე და მესამე

თავებიც, რომლებშიც საქართველოს ჯანდაცვაში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის საკითხები გვაქვს გამოკვლეული.

სადისერტაციო ნაშრომის მეორე თავი - „**საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირება, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელი ცხოვრების უზრუნველყოფის გარანტი**“ - სამ ქვეთავად გვაქვს დამუშავებული. ეს ქვეთავებია: 1. საქართველოში მოსახლეობის ავადობის დონე და ქვეყნის დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციები; 2. საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის მართვა-რეგულირების მიმოხილვითი დახასიათება: წარმატებები, წარუმატებლობები; 3. საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის დღევანდელი მდგომარეობა საქართველოს ჯანდაცვაში.

ცნობილია, რომ ქვეყნის დემოგრაფიული მაჩვენებლები - შობადობა, მოკვდაობა, სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ა. შ., უპირველესად მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე არის დამოკიდებული. მოსახლეობის ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობას კი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ქმედუნარიანობა განსაზღვრავს. ის ფაქტი, რომ საქართველოში შობადობა უკიდურესად შემცირებულია (1000 მცხოვრებზე ანგარიშით საქართველოში 1913 წელს იბადებოდა 28 ბავში, 2017 წელს დაიბადა 16 ბავშვი), მოკვდაობა გაზრდილია (1000 მცხოვრებზე ანგარიშით 1960 წელს იღუპებოდა 6,5 ადამიანი, 2017 წელს კი, საშუალოდ 13,7 ადამიანი), 72,7 წლამდეა შემცირებული სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და ა. შ., ქვეყნის დემოგრაფიული განვითარების შემამფოთებელი ტენდენციის მიმნიშნებელია. ჩვენ ამის ძირითად მიზეზად მივიჩნიეთ უკანასკნელ 2011-2017 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ავადობის დონის გაზრდა 70,9%-ით (მ. შ. ბავშვების ავადობის - 43%). თავის მხრივ, ავადობის ზრდა გამოიწვია მოსახლეობის სიღარიბემ, ანუ ხარისხიან ჯანდაცვაზე და საერთოდ ცხოვრების ჯანსაღ წესზე მათმა ხელმიუწვდომლობამ, ხოლო პაციენტთა მაღალი სიკვდილიანობა - თვით ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის არაეფექტურმა ფუნქციონირებამ. ასეთ დროს, ყოველ 100 000 მცხოვრებზე ანგარიშით საქართველოს თითქმის ორჯერ მეტი ჰყავს ექიმები, ვიდრე „კეთილდღეობის ქვეყნებად“ წოდებულ შვეიცარიას

და ნორვეგიას, საანალიზო პერიოდში გაზრდილია საავადმყოფოების რიცხვი (11,4%-ით), საწოლების რიცხვი (17,9%-ით), პოლიკლინიკა-ამბულატორიების რიცხვი (8,3%-ით) და ა. შ. ეს იმას ნიშნავს, რომ საქართველოს მთავრობამ სახელმწიფო ბიუჯეტის შეზღუდული რესურსების მიუხედავად, გაითვალისწინა ჯანდაცვის დარგის როგორც მატერიალურ-ტექნიკური, ისე პერსონალით სათანადო უზრუნველყოფის აუცილებლობა. ამ ყველაფრის შემდეგ, საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის და მათი დემოგრაფიული მდგომარეობის არსებული სურათი, გვაფიქრებინებს, რომ ამ სფეროს რეგულირება არის მეტად სუსტი. საქართველოს ჯანმრთელობის სფეროს მართვა-რეგულირებას ახორციელებს საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

დამოუკიდებლობის მოპოვების დღიდან საქართველოს ჯანდაცვის სფერომ დაიწყო და განახორციელა მთელი რიგი რეფორმები შემდეგი მიმართულებებით: პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობა, სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა, მართვის დეცენტრალიზაცია, პრივატიზაცია, საყოველთაო სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის განვითარება, ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განვითარება, სამედიცინო განათლების რეფორმა და მრავალი სხვა. 2009 წელს შემუშავდა და ამოქმედდა „ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია 2010-2015 წლებისთვის“, 2013 წელს ამუშავდა „საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა“, 2014 წელს მომზადდა 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანდაცვის სფეროს განვითარების კონცეფცია - „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, 2017 წელს დამტკიცდა „საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია, და, აგრეთვე, შემუშავდა და ამოქმედდა „საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის“.

აღნიშნული სტრატეგიების შესრულებაში იყო წარმატებებიც და წარუმატებლობებიც. წარუმატებლობის საერთო რიცხვიდან დღესაც სახეზეა:

- სამედიცინო მომსახურების არადაამაკმაყოფილებელი ხარისხი;
- პაციენტის უსაფრთხოების დაუცველობა;
- მედიკამენტების სიძვირე;
- სამედიცინო მომსახურებაზე ე. წ. „ჯიბიდან გადახდის მაღალი დონე.

ეს ხარვეზები არ არის იმ რანგის ხარვეზები, რომელთა აღმოფხვრა შეუძლებელია. ამისთვის მხოლოდ სახელმწიფოს მხრიდან მეტი რეგულაციებია საჭირო. ამ მიმართულებით მისასალმებელია საქართველოს მთავრობის 2019 წლის -- ნოემბერის დადგენილება კარდიოქირურგიაში ყველა სამკურნალო დაწესებულებაში ერთიანი ტარიფების შემოღების შესახებ.

საქართველოს ჯანდაცვის სფერო 20-ზე მეტი კანონით რეგულირდება. მათგან ხუთი შეეხება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მართვარეგულირებას. ეს კანონებია: საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, საქართველოს კანონი „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“. ჩვენ შევისწავლეთ და შევაფასეთ აღნიშნული კანონები და გავაკეთეთ შემდეგი კომენტარები:

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიმართ გვაქვს შემდეგი შენიშვნები. ამ კანონის მე-15 მუხლში დაფიქსირებული უნდა იყოს, არა მხოლოდ ის, თუ ვინ უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას, არამედ, ისიც, თუ ვინ შეიმუშავებს მას. ჯანდაცვა ეკონომიკის ის სფეროა, რომელსაც ქვეყნის უმაღლესი მისია - ჯანმრთელი საზოგადოების უზრუნველყოფა და აქედან გამომდინარე, ზრდადი ტემპით ჯანსაღ თაობათა მონაცვლეობა აქვს დაკისრებული. ამიტომ ამ დარგის განვითარების პოლიტიკას, მისი მართვის სადღეისო თუ სახვალყო მოდელის შემუშავებას, მის სათანადო დონეზე ორგანიზებისთვის ბიუჯეტიდან სახსრების გამოყოფას და ა. შ., არ შეიძლება ან მხოლოდ ამ დარგის სპეციალისტები განსაზღვრავდნენ, ან მხოლოდ საპარლამენტი კომიტეტები, ანდა ორივენი ერთად. ჩვენი აზრით, იმ დარგის პოლიტიკა, რომლის მისია არის ქართველი ერის

ჯანმრთელობაზე ზრუნვით მისი არსებობის, გამრავლების და განვითარების უზრუნველყოფა, ქვეყნის მოქალაქეთა უფრო ფართო წრის მონაწილეობით უნდა მუშავდებოდეს. ესენი უნდა იყვნენ ეკლესიის მსახურნი, ექსპერტები, მეცნიერები, მკვლევარები და თვით უბრალო პაციენტებიც კი. ეს დაფიქსირებული უნდა იყოს კანონის ამ მუხლში.

ჩვენი ეს მოსაზრება ეფუძნება იმ გამოკვლევას, რომელიც ჩვენ სკონტა-ნური წესით ჩავატარეთ თბილისის მოსახლეობაში. გამოკითხულ ქალთა 69,1%, ხოლო მამაკაცთა 86,8% თვლის, რომ ქვეყანაში ჯანდაცვის პოლიტიკას უნდა ამუშავებდეს მთავრობა, მაგრამ აუცილებლად საზოგადოების წარჩინებულ, ქართველი ერის ბედით დაინტერესებულ პირებთან ერთად.

ამ კანონის მე-16 მუხლი, იწოდება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფოებრივი მართვის მექანიზმებად. ამ სათაურის მიხედვით მასში ის მექანიზმები უნდა აიყოს ჩამოთვლილი, რომელთა მეშვეობით სახელმწიფოებრივად იმართება ჯანდაცვა. მასში ეს ჩამოთვლა მართლაც არის, მაგრამ იგი ამ სფეროში სახელმწიფოს მიერ შესრულებულ სამუშაოებად სახელდება, რაც არ არის სწორი. მაგალითად, „მექანიზმად“ დასახელებულია: „ექიმთა სერტიფიცირება, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება და სამედიცინო დაწესებულებებზე ნებართვების გაცემა“. ჩვენი აზრით, ეს ჩამონათვალი მექანიზმები კი არ არის, არამედ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს მიერ შესრულებული სამუშაოების ერთი ნაწილია. მექანიზმების გამოსახატავად „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის „ა“ პუნქტს ასეთი ფორმულირება უნდა ჰქონდეს: „ექიმთა სერტიფიკატები, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიები და სამედიცინო დაწესებულებების ნებართვები“. ასეთივე შენიშვნები გვაქვს ამ მუხლის „გ“, „თ“, „კ“ და „ლ“ პუნქტების მიმართაც. ისინიც, ამის მსგავსად უნდა ჩასწორდნენ.

მაშასადამე, კანონის მე-16 მუხლში ჯანდაცვის მართვის მექანიზმებია არასწორად ფორმულირებული. შეიძლება ამ შეცდომით ქვეყანა არ ილუპება, მაგრამ აშკარად ჩანს, რომ ამ სფეროს კანონშემოქმედება მცოდნეთა ხელში არ არის. ამიტომ კარგი იქნება თუ კანონშემოქმედთა



ჯგუფებს გავაძლიერებთ გარედან მოწვეული ექსპერტებით, მენეჯერებით და მეცნიერებით.

კანონის მე-18 მუხლის შინაარსით ცნობილი ხდება, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო მართვაში, გარდა საკუთრივ მთავრობისა, კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში მონაწილეობენ პროფესიული ასოციაციები, აკადემიები და სხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებები. იმისთვის, რომ მოცემული კანონი ემსახუროს ქართველი საზოგადოების ჯანმრთელობის უზრუნველყოფას, მათ გარდა მასში უნდა ჩაირთონ, როგორც ეს უცხოეთში ხდება, თვით პაციენტები და დარგის გამოჩენილი ექსპერტები, ქვეყნის მომავლით დაინტერესებული საერო პირები და რელიგიის მსახურნი. კანონის ეს მუხლი მათი დამატებით უნდა შესწორდეს და არა მხოლოდ შესწორდეს, არამედ, ასე უნდა გატარდეს კიდევ.

საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“. ამ კანონის მიზანია საქართველოს მოქალაქის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე, მისი პატივის და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა.

მთლიანად ამ კანონის მიმართ ის შენიშვნა გვაქვს, რომ მასში აუცილებლად ცალკე თავად უნდა შევიდეს „პაციენტთა უსაფრთხოება“:

ამ დასკვნის უფლებას გვაძლევს ჩემს მმართველობის ქვეშ მყოფ კლინიკის 50 პაციენტის ბლიც-ინტერვიუ, რომლის კითხვები და პასუხები შეეხებოდა პაციენტის უფლებებს და უსაფრთხოებას (ცხრილი 1).

ცხრილი 1

კლინიკა - „ამერიკული ჰოსპიტალი თბილისში“  
პაციენტთა ბლიც-ინტერვიუების შედეგები (%%-ში)

		ქალი (27)			მამაკაცი (23)		
		კი	არა	თავი შეიკავა პასუხისგან	კი	არა	თავი შეიკავა პასუხისგან
1	იცნობთ თუ არა საქართველოს კანონს „პაციენტთა უფლებების შესახებ“	42,5	57,5	-	15,7	80,0	4,3
2	თვლით თუ არა, რომ ეს კანონი პაციენტის დაცულობის თვალსაზრისით სრულყოფილია	-	35,8	64,2	-	13,1	86,9

3	თვლით თუ არა, რომ ამ კანონით თქვენი ჯანმრთელობის უსაფრთხოება გარანტირებულია	-	100	-	-	100	-
4	თქვენი მკურნალობისას სამედიცინო შეცდომის აღიარებას თვლით თუ არა საკმარისად	3,5	87	9,5	2,3	79,2	18,5
5	საკმარისად იცავს თუ არა მედიაციის სამსახური პაციენტის უფლებებს და უსაფრთხოებას საქართველოში	-	77,2	21,8	-	90,1	9,9

რაც შეეხება საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. აღნიშნული კანონის მიმართ ჩვენი შენიშვნა ეხება სახელმწიფო სერთიფიკატს (მუხლი 19 და მუხლი 79). კანონის მე-19 მუხლის მე-6 პუნქტი თავსებადობაში არ არის 79-ე მუხლთან - „სახელმწიფო სერთიფიკატის გაუქმება“. ამ კანონის მე-19 მუხლს - „სახელმწიფო სერთიფიკატი“ მე-6 პუნქტში ვკითხულობთ: „სახელმწიფო სერთიფიკატი უქმდება მისი გამცემი ორგანოს გადაწყვეტილებით: ა) სახელმწიფო სერთიფიკატის მფლობელის გარდაცვალების ან სასამართლოს მიერ მის გარდაცვლილად გამოცხადების შემთხვევაში; ბ) სახელმწიფო სერთიფიკატის მფლობელის წერილობითი მოთხოვნის საფუძველზე; გ) სახელმწიფო სერთიფიკატის მინიჭების თაობაზე გადაწყვეტილების საფუძველად ყალბი დოკუმენტის გამოყენების აღმოჩენის შემთხვევაში“.<sup>1</sup> ამ ქვეპუნქტის წამკითხველი იფიქრებს, რომ სერთიფიკატის გაუქმება ხდება მხოლოდ ამ სამ შემთხვევაში. ასეთ დროს ამ კანონის 79-ე მუხლში - „სახელმწიფო სერთიფიკატის გაუქმება“ ჩამოთვლილია არა ის სამი, არამედ, ექვსი შემთხვევა. ესენია: ა) სახელმწიფო სერთიფიკატის მფლობელის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეუსაბამობა მის პროფესიულ საქმიანობასთან; ბ) (ამოღებულია); გ) სახელმწიფო სერთიფიკატის მფლობელის მიერ ისეთი საქმიანობის განხორციელება, რომელიც სცილდება სახელმწიფო სერთიფიკატით განსაზღვრულ ფარგლებს; დ) სახელმწიფო სერთიფიკატის მოქმედების შეჩერების ამ კანონით დადგენილი ვადის გასვლა; ე) სახელმწიფო სერთიფიკატის მფლობელის მიერ ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესების სისტემატიური ან

<sup>1</sup> საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, თბ., 2018, მუხლი 19 და მუხლი 79.

ერთჯერადი მძიმე დარღვევა, თუ ამ უკანასკნელს მოჰყვა პაციენტის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გაუარესება ან სიკვდილი, ან პაციენტისთვის მატერიალური ზიანის მიყენება; ვ) სახელმწიფო სერტიფიკატის მფლობელისათვის თავისუფლების აღკვეთის ან მისი სამუშაოდან დათხოვნის შესახებ სასამართლოს გადაწყვეტილება (მათ შორის სამსახურიდან გათავისუფლება სასამართლოს გადაწყვეტილებით პროფესიული საქმიანობისას ჩადენილი სისხლისსამართლის დანაშაულისთვის, მისი კანონიერ ძალაში შესვლის მომენტიდან); ზ) სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების თაობაზე გადაწყვეტილების საფუძვლად ყალბი დოკუმენტის გამოყენების აღმოჩენა.

თუ ამ კანონის მე-19 მუხლის მე-6 პუნქტში ჩამოთვლილ სერტიფიკატის გაუქმების შემთხვევებს შევადარებთ 79-ე მუხლში მოცემულ ზემოთდასახელებულ შემთხვევებთან, დავინახავთ, მათ შორის დიდ განსხვავებებს, კერძოდ: 1. მე-19 მუხლის მე-6 პუნქტში მხოლოდ სამი შემთხვევაა დასახელებული, 79-ე მუხლში კი - ექვსი. 2. იმ სამი შემთხვევიდან, რომლებიც მე-19 მუხლის მე-6 პუნქტშია დაფიქსირებული მხოლოდ ერთი, კერძოდ „გ“ ქვეპუნქტი - „სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების თაობაზე გადაწყვეტილების საფუძვლად ყალბი დოკუმენტის გამოყენების აღმოჩენა“ - არის მოხვედრილი 79-ე მუხლში, დანარჩენი ორი კი - არა.

ამ შედარებით ვაკეთებთ დასკვნას, რომ ეს კანონი დაწერილია უპასუხისმგებლოდ და უგულისყუროდ. რატომ გახდა საჭირო ერთი და იგივე კანონში ერთი და იგივე საკითხზე ორჯერ მსჯელობა, და თუ მაინცდამაინც ასე იყო საჭირო, რატომ არის ისინი ურთიერთგანსხვავებული?

სადისერტაციო ნაშრომის მეორე თავის მესამე ქვეთავში განხილული გვაქვს „საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის დღევანდელი მდგომარეობა საქართველოს ჯანდაცვაში“. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის საკითხი უკავშირდება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის („ჯანმო“) შექმნას. იმის მიუხედავად, რომ „ჯანმო“ 1946 წელს შეიქმნა, ჯანდაცვა XX საუკუნეში არ ქცეულა

სპეციალური კვლევის საგნად. მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ჩამოყალიბდა საერთაშორისო თანამეგობრობა, რასაც გლობალიზაციის გაღრმავებამ შეუწყო ხელი, ამ საკითხმა წინა პლანზე წამოიწია და ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე მეცნიერებმა ერთხმად დაასკვნეს, რომ დედამიწაზე ადამიანთა ჯანმრთელი სიცოცხლის შენარჩუნება მხოლოდ ყველა ქვეყნის ერთიანი ძალისხმევით შეიძლება მოხდეს. ასეთი მიდგომით შემუშავდა მთელი რიგი ავადმყოფობების - შიდსის, ტუბერკულოზის, მალარიის და ა. შ. - მკურნალობის მეთოდები.

ზემოთნათქვამი ეხება დაავადებათა მკურნალობის მეთოდებს და არა ჯანმრთელობის დაცვის მართვა-რეგულირებას. ჯანდაცვის მართვა-რეგულირების სფეროში საერთაშორისო რეგულაციები არ არსებობს. ამ მიმართულებით ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პირველი მნიშვნელოვანი დოკუმენტი - „ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო - ჯანმრთელობა - 2020“ - შეიქმნა და 2012 წელს ევროპის რეგიონის კომიტეტის სესიაზე დამტკიცდა როგორც დირექტივა ამ რეგიონის 53 ქვეყნისთვის. დღეის მდგომარეობით საქართველოს ევროპასთან ასოცირების შეთანხმების საფუძველზე ამ სფეროში აღებული აქვს მასთან დაახლოების ვალდებულებები, იმ რეკომენდაციების განხორციელებით, რომლებიც ეხება ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებას, გადამდებ დაავადებათა კონტროლს, ადამიანის უსაფრთხოებას, საერთაშორისო შეთანხმებების ეფექტურ იმპლემენტაციას, პაციენტთა უსაფრთხოების საერთაშორისო კლასიფიკატორის დანერგვას, პაციენტთა ჩართვას პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებაში და ა. შ.

ევროკავშირის ეს რეკომენდაციები საქართველოს მთავრობის მიერ მიღებულია. ისინი დაფიქსირებულია საქართველოს სამთავრობო დოკუმენტში - „საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის“ და დაწყებულია მათი შესრულება, მაგრამ ამ საერთაშორისო რეკომენდაციების შესრულების ტემპი არ არის დამაკმაყოფილებელი. საქართველოს იძულებით გადაადგილებულთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროც აცხადებს, რომ „სისტემატურად ვერ

ხერხდება პოლიტიკის შემუშავებისთვის სანდო მტკიცებულებების შეგროვება და თითქმის არ ტარდება კვლევები სამედიცინო სერვისების ხარისხის თუ პაციენტთა კმაყოფილების შესაფასებლად“. ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ამის მიზეზი არის ამ რეკომენდაციების დანერგვის არა სავალდებულო, არამედ, ნებაყოფლობითი ხასიათი. ჩვენი აზრით, უკეთესი იქნებოდა ევროპული რეკომენდაციების სავალდებულოდ დაკანონება და ევროპასთან ჩვენი კავშირის განსამტკიცებლად ამ ვალდებულების უპირობო შესრულების მოთხოვნა.

სადისერტაციო ნაშრომის მესამე თავი - „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვაში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის ძირითადი მიმართულებები“ - პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიმართულებით დავამუშავეთ. მის პირველ ქვეთავში წარმოვადგინეთ პაციენტთა უსაფრთხოების პრევენციის უახლესი კვლევები და რეგულაციები, ხოლო მეორე ქვეთავში - პაციენტთა უსაფრთხოების კუთხით საქართველოს ჯანდაცვის საკანონმდებლო ბაზის დაახლოება საერთაშორისო რეგულაციებთან.

ნაშრომის მესამე თავის პირველ ქვეთავში წარმოვადგინეთ სამედიცინო შეცდომების და პაციენტთა დაზიანების ჰარვარდის, ავსტრალიის (სამხრეთ უელსი), გაერთიანებული სამეფოს და სხვათა კვლევები და მათი შედეგები სამედიცინო შეცდომების და პაციენტთა დაზიანების სფეროში. აღვნიშნეთ ის ფაქტი, რომ ამ ინიციატივათა უდიდესი ნაწილი ჯერ კიდევ საწყის სტადიაზეა, იმის მიუხედავად, რომ ამ სფეროს მკვლევარებს შორის ამ საკითხში არსებობს გარკვეული განსხვავებული შეხედულებები, მათ მიერ ჩატარებული კვლევებით დასტურდება, რომ სამედიცინო შეცდომები არა ინდივიდუალურ, არამედ სისტემურ ნაკლოვანებად უნდა იქნეს მიცნეული და ყურადღება სისტემურ ცვლილებებზე უნდა გავამახვილოთ.

მესამე თავის მეორე ქვეთავში წარმოვადგინეთ პაციენტთა ჯანდაცვაში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვის პერსპექტივები. კერძოდ, ამ ფორმატში ყურადღება გავამახვილეთ პაციენტთა უსაფრთხოების კუთხით

საერთაშორისო რეგულაციებთან საქართველოს ჯანდაცვის საკანონმდებლო ბაზის დაახლოებასთან:

ნებისმიერ ქვეყანაში, განვითარებულია იგი თუ განვითარებადი, ჯანდაცვის სისტემის წინაში უპირველესი მიზანიც, მისიაც და ამოცანაც არის პაციენტთა უსაფრთხოების დაცვა. ამის მიუხედავად, „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობაში, პაციენტის უსაფრთხოებას, როგორც ცალკე აღებულს, თითქმის არანაირი ყურადღება არ ეთმობა. მეტიც, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედ კანონმდებლობაში თვით კანონში „პაციენტთა უფლებების შესახებ“, საერთოდ არ მოიხსნება ტერმინი უსაფრთხოება“.<sup>1</sup>

იმ კანონებით, რომლებიც საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში მოქმედებენ (მათ შორის კანონი „პაციენტთა უფლებების შესახებ“) არასრულად რეგულირდება პაციენტთა უსაფრთხოება და როგორც აღვნიშნეთ, არსად არ ჩანს საქართველოს კანონშემოქმედთა დამოკიდებულება ამ საკითხის მიმართ. ასეთ დროს მტკიცება არ უნდა იმას, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში სამკურნალოდ მისული პაციენტი დაცული უნდა იყოს როგორც სამედიცინო მოწყობილობის შეცდომისგან, ისე ექიმთა მცდარი სამედიცინო ქმედებისგან. ეს პრობლემა საზღვარგარეთაც იდგა. სამედიცინო შეცდომების გამო ყოველი ათი პაციენტიდან ერთი ზიანდებოდა. ეს იყო 90-იანი წლები, მაშინ ეს პრობლემა ისე მწვავედ იქნა აღქმული ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, რომ მან ამ სფეროში არაერთი კვლევა განახორციელა და ღონისძიებებიც შეიმუშავა.

იგივე მოხდა აშშ-ში, დანიაში დიდ ბრიტანეთში და სხვაგან. აშშ-ში ყოველი 300-დან ერთ შემთხვევაში პაციენტი სამედიცინო მომსახურებაში დაშვებული შეცდომის მსხვერპლი ხდებოდა. მათ გაავლეს პარალელი ავია-ციაში მიღწეულ ინციდენტებთან სადაც მგზავრი საავიაციო შეცდომის მსხვერპლი ხდებოდა მხოლოდ მილიონიდან ერთ შემთხვევაში და გადაწ-

---

<sup>1</sup> საქართველოს ჯანდაცვის საკანონმდებლო რეგულირება, ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის კვლევა, თბ., 2016, გვ. 42.

ყვიტეს ჯანდაცვაში გაეკეთებინათ იგივე, რაც გააკეთეს თავის დროზე ავია-ციაში ანუ დაენერგათ ამერიკის საავიაციო უსაფრთხოების სისტემის ანალოგი.

მსგავსი ტიპის ღონისძიებები გაატარა დიდმა ბრიტანეთმა. აქ არსებობს პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნული სააგენტო, რომელიც აანალიზებს საავადმყოფოების მიერ ნებაყოფლობით წარდგენილ ანგარიშებს სამედიცინო შეცდომების შესახებ.

იგივე ითქმის **დანიაზე**, რომლის პარლამენტმა 2004 წელს მიიღო პაციენტთა უსაფრთხოების აქტი, რომლითაც სამედიცინო დაწესებულებებიდან პაციენტის უსაფრთხოების დარღვევის ყველა შემთხვევის შესახებ ჯანდაცვის ეროვნულ საბჭოში ანგარიშგებების წარმოდგენა სავალდებულო გახდა.

ამრიგად, პაციენტთა უსაფრთხოების საკითხის აქ მოცემული განხილვით ჩვენთვის ცნობილი გახდა, რომ ევროპის ქვეყნებში და აშშ-ში, მას დიდი ყურადღება ექცევა როგორც საკანონმდებლო დონეზე, ისე მისი აღსრულების დონეზე.

ამ ქვეყნებში პაციენტთა უსაფრთხოების საერთაშორისო რეგულაციებში ჩართულია პაციენტიც. ევროკავშირში დამუშავებულია გაიდლაინი, რომელშიც დაფიქსირებულია თუ რა მინიმალური ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს პაციენტს მის უსაფრთხოების საკითხზე.

მართალია, საქართველოში არსებობს კანონი „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ და მრავალი სხვა კანონიც - „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და სხვა მრავალი, რომელთა ნაწილი პირდაპირ, ხოლო მეორე ნაწილი კი - არაპირდაპირი პაციენტთა ჯანმრთელობის უფლებებს უზრუნველყოფენ, მაგრამ მთლიანობაში მათი შეერთებითაც კი, ისინი არ იძლევიან პაციენტის უსაფრთხოების სრულყოფილ გარანტიას.

სწორედ იმიტომ, რომ ასეთი პოლიტიკა საქართველოს არა აქვს შემუშავებული და კიდევ იმიტომ, რომ პაციენტთა დაზარალების დიდი მასშტაბია საქართველოში, ეს გახდა ამ თემით ჩვენი დაინტერესების, ხოლო ჩვენამდე საქართველოს „ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის“ ინტერესის საფუძველი.

ჩვენ სრულიად ვიზიარებთ „ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის“ მოსაზრებას, რომ პაციენტის უსაფრთხოების გაუმჯობესება უნდა მოხდეს:

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და პაციენტთა, უსაფრთხოების მონიტორინგის სისტემის შექმნით;
- პაციენტებისთვის ადეკვატური ინფორმაციის მიწოდების უზრუნველყოფით;
- სამედიცინო პერსონალის ანგარიშვალდებულების გაძლიერებით;
- სამედიცინო მომსახურების მუშაკების მიერ დასჯის გარეშე სამედიცინო შეცდომების უშიშრად აღიარებას;
- სამედიცინო გაიდლაინებში, ჯანდაცვის კანონმდებლობაში და პოლიტიკაში პაციენტთა გამოცდილებისა და მოსაზრებების გათვალისწინებით;

ვიზიარებთ აგრეთვე, ევროკავშირის რეკომენდაციებს, რომელთა შესრულების ვალდებულება აიღო საქართველოს მთავრობამ პაციენტთა უსაფრთხოების სფეროში, მაგრამ ჩვენ ეს ღონისძიებები არ მიგვაჩნია საკმარისად.

ჩვენი აზრით, პირველი, რაც საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში საერთაშორისო გამოცდილებიდან და უცხოური რეგულაციებიდან გამომდინარე საქართველოს ჯანდაცვაში უნდა გაკეთდეს, ეს არის პაციენტთა უსაფრთხოების პოლიტიკის შემუშავება. იგი უნდა შემუშავდეს ამ სფეროში სხვადასხვა ქვეყნების პოლიტიკების გაცნობით და მათი ჩვენს პირობებთან, ყოფით ჩვევებთან, ტრადიციებთან და ა. შ. ადაპტირებით. ეს პოლიტიკა უნდა შექმნან არა მხოლოდ ჯანდაცვის მუშაკებმა, არამედ საზოგადოების ჯანსაღმა, პროგრესულმა ნაწილმა, მასში უნდა გათვალისწინდეს მოსახლეობის, უპირველესად, პაციენტების აზრი, რჩევები უნდა ვკითხოთ ეკლესიასაც, არასამთავრობო ორგანიზაციებსაც და სხვებსაც.

აღნიშნული ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებამდე და უსაფრთხოების სტანდარტების შექმნამდე, ისე როგორც საზღვარგარეთ, უნდა შევქმნათ აღნიშნული სფეროს მარეგულირებელი უფლებამოსილი უწყება ანუ ორგანო, რომელიც უხელმძღვანელებს არა მხოლოდ პაციენტთა



უსაფრთხოების პოლიტიკის შექმნას საქართველოში, არამედ, შემდეგში მის აღსრულებას.

ამ მიმართულებით ჩვენ უპირველესად შევეცადეთ ჯანდაცვის სათანადო ორგანოებისთვის შეგვეთავაზებინა ჩვენი რჩევები ჯანდაცვის სფეროს კანონმდებლობაში სათანადო კორექტივების შეტანის თაობაზე. ეს შეეხო კანონს „პაციენტის უფლებების შესახებ“, კანონს „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და კანონს „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. ამ საკითხის ირგვლივ ჩვენი მოსაზრებები შემდეგნაირია. საკითხს უნდა არეგულირებდეს საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, ამიტომ საჭიროა მოხდეს ამ კანონის სახელწოდების კორექტირება და მას ეწოდოს საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების და უსაფრთხოების შესახებ“.

საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ 11 თავიანი დოკუმენტია. ჩვენი შემოთავაზებებით იგი უნდა გახდეს 12 თავიანი, კერძოდ, მას უნდა დაემატოს ერთი თავი (სასურველია იგი იყოს რიგით მესამე) სახელწოდებით - „პაციენტის უსაფრთხოების უფლება“.

ქვემოთ წარმოვადგენთ დღეს მოქმედ საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ჩვენს მიერ შემოთავაზებული ჩამატების სავარაუდო შინაარსს. იგი შვეიცარიის და ბელგიის კანონმდებლობის შესაბამისი ნაწილის ანალოგიურად არის შესრულებული. შემოთავაზებას მეტი თვალსაჩინოებისათვის ჩანართის სახით ვაფორმებთ (იხ. ჩანართი).

საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ჩვენს მიერ შემოთავაზებულმა ამ ჩამატებამ სათანადო ასახვა უნდა ჰპოვოს საქართველოს კანონში „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, კერძოდ, ამ კანონის 38-ე მუხლს, რომელიც ეხება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მოვალეობას პაციენტის მიმართ, უნდა დაემატოს ასეთი პუნქტი **„მაქსიმალურად უზრუნველყოს პაციენტის უფლებების დაცვა და მისი სიცოცხლის და ჯანმრთელობის უსაფრთხოება“**.

ამის გარდა, საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ მე-10 თავში - „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის პროფესიული პასუხისმგებლობა 74-ე მუხლად შევიდეს შემდეგი:

**ჩანართი საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“****თავი 3. პაციენტის უსაფრთხოების უფლება**

1. პაციენტს აქვს უსაფრთხოების უფლება, რომელიც გამორიცხავს მისი სიცოცხლის რისკს ანდა მისი ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენებას მისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას.
2. მკურნალობის, პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის თუ რეაბილიტაციის მეთოდების, სამკურნალო საშუალებების, სამედიცინო ტექნიკის და პროგრამული უზრუნველყოფის გამოყენება დაშვებული იქნება მხოლოდ ჯანდაცვის სახელმწიფო ორგანოში რეგისტრაციის შემდეგ მიღებული ნებართვით.
3. პაციენტის სიცოცხლის და ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად სამედიცინო პროდუქციის შესყიდვა უნდა მოხდეს დადგენილი სტანდარტების და სანიტარული ნორმების დაცვით.
4. არ დაიშვება ადამიანის ორგანიზმზე იმ მეთოდების გამოყენება, რომლებიც არ ექვემდებარებიან სტანდარტიზაციის და ხარისხის შეფასებას.
5. განურჩევლად სამედიცინო დაწესებულების საკუთრებითი ფორმისა, პაციენტის სიცოცხლის უსაფრთხოებაზე პასუხს აგებს ამ ორგანიზაციის ადმინისტრაცია, ანდა უშუალოდ ექიმი, თუ იგი ფასიან მომსახურებას უწევს ავადმყოფს, ანუ დაკავებულია კერძო პრაქტიკით.
6. პაციენტზე იონიზაციის და რადიოაქტიური ზემოქმედება, როგორც სამედიცინო დახმარება, გამოიყენება იმ საზღვრებში რომელიც გამორიცხავს დასხივების მკაცრად განსაზღვრულ დოზების გადაჭარბებას.
7. პაციენტზე იონიზირების და რადიოაქტიურ ზემოქმედების დასაშვებ დონეებს აწესებს ქვეყნის ჯანდაცვის მარეგულირებელი სამინისტრო (ან უწყება).

მუხლი 74. დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის ანგარიშგება (რეპორტი).

1. პაციენტის გამოკვლევასთან, მოვლასთან და მკურნალობასთან დაშვებული შეცდომების აღიარება: ა) გამოკვლევასთან დაშვებული შეცდომები; ბ) მოვლასთან დაშვებული შეცდომები; გ) მკურნალობასთან დაშვებული შეცდომები.

ასეთივე მიდგომით უნდა მოხდეს საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კორექტირება. ეს მიზანშეწონილია განხორციელდეს ამ კანონის მეორე თავში - „მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში“. კერძოდ, ამ თავში მოცემულ მე-7 მუხლს პირველ პუნქტად დაემატოს შემდეგი: „პაციენტს აქვს უსაფრთხოების უფლება, რომელიც გამორიცხავს მისი სიცოცხლის რისკს, ანდა მისი ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენებას მისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას.“

ამის გარდა, გარდა მედიაციის სამსახურისა, რომელიც არსებობს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში და რომელიც პაციენტთა საჩივრებს იხილავს, საჭიროა შეიქმნას აგრეთვე ექიმთა შეცდომების და გადაცდომების მიზეზთა შემსწავლელი სპეციალური ორგანო (სააგენტო), რომელიც შეისწავლის ექიმების მიერ წარმოდგენილ აღიარებით ჩვენებებს (რეპორტები). ამ მიზნით საქართველოს კანონს „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ უნდა დაემატოს ამ ორგანოს შექმნის ვალდებულება. იგი უნდა დაფიქსირდეს ამ კანონის 28-ე თავში - **„ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის და სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებლობა“** 103-ე მუხლათ - „ამოქმედდეს საქართველოში პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნული ცენტრი. ის შეისწავლის სამედიცინო პერსონალის შეცდომების აღიარებით რეპორტებს“.

ამის გარდა, ყველა ზემოაღნიშნულ კანონს პირველ ნაწილში, სადაც ტერმინთა განმარტებებია მოცემული, უნდა დაემატოს ტერმინ **პაციენტის უსაფრთხოების** შემდეგი განმარტება: „პაციენტის უსაფრთხოება ნიშნავს პაციენტის მიმართ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ შეცდომების და პაციენტისთვის საზიანო ზემოქმედების პრევენციას“.

## დასკვნა

სადისერტაციო ნაშრომის - **„საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში“** - დამუშავებით, რომელშიც შევიდა, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიების შეფასება, მოსახლეობის ავადობა და კვლავწარმოების სტატისტიკის ანალიზი, ჯანდაცვის ეროვნული რეგულაციების განხილვა და დამოუკიდებლად ჩატარებული ორი კვლევის (ქ. თბილისის მოსახლეობის 120 კაციანი ფოკუს-ჯგუფი და ამერიკული ჰოსპიტალის 50 კაციანი პაციენტთა ფოკუს-ჯგუფი) შედეგები, ვაკეთებთ შემდეგ დასკვნებს:

1. ჯანმრთელობის დაცვა არის დარგი, რომლის სწორ ფუნქციონირებაზე არის დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელი სიცოცხლე, სიცოცხლის ხანგრძლივობა, შობადობა და ზოგადად ცხოვრების ხარისხი. ამიტომ ამ

დარგის რეგულირება მხოლოდ საბაზრო მექანიზმებით, რომელიც მოგებაზე ორიენტაციით „აწესრიგებს“ მის განვითარებას, არ არის სწორი.

2. საბაზრო ეკონომიკაზე საქართველოს გადასვლის დღიდან, ისე როგორც ყველა დარგში ჯანმრთელობის დაცვაშიც პრივატიზაცია განხორციელდა. სამედიცინო დაწესებულებათა 90%-ზე მეტი კერძო საკუთრებაში გადავიდა. გაიხსნა კერძო ახალი კლინიკებიც. საბაზრო ურთიერთობის თვალსაზრისით მათ საქმიანობაში სახელმწიფო არ უნდა ჩაერიოს და ეს ასეც ხდება საქართველოში. მან მხოლოდ უნდა დაარეგულიროს იგი სახელმწიფო კანონებით და კანონქვემდებარე აქტებით.

3. ასეთმა პოლიტიკამ ის შედეგი გამოიღო, რაც დღეს ქვეყანაში არის - დაავადებათა და მოკვდაობის (მ. შ. დედათა და ჩვილ ბავშვთა) შემთხვევათა რიცხვის ზრდა, შობადობის შემცირება, სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირება და სხვა. გაეროს გამოკვლევით 2050 წლისთვის ქართველი ერი გამქრალ ერთა სიაშია შეტანილი.

4. 1990 წლიდან, ანუ საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის დღიდან საქართველოში შეიქმნა საგანგაშო დემოგრაფიული სიტუაცია, ფაქტიურად დემოგრაფიული კრიზისი, რის შედეგადაც 1990 წლის დასაწყისისთვის რიცხული მოსახლეობა (5443,4 ათასი კაცი) 2017 წლისთვის 3718,2 ათასამდე შემცირდა. მართალია, ეს ძირითადად საქართველოდან საზღვარგარეთ მოსახლეობის მიგრაციამ გამოიწვია, მაგრამ მასში იყო მოსახლეობის ბუნებრივი მატების შემცირების მიზეზიც.

5. სწორედ ამ წლებში 1000 მცხოვრებზე ანგარიშით შობადობა შეადგენდა: 1990 წელს - 17 ბავშვს, 2017 წელს - 16 ბავშვს (შობადობის მსოფლიო საშუალო მაჩვენებელი - 20 ბავშვი).

6. შობადობის შემცირების ფონზე გაიზარდა მოკვდაობის დონე - ყოველ 1000 მცხოვრებზე იგი შეადგენდა 1990 წელს - 9,3, 2017 წელს - 13,7-ს. განსაკუთრებით შემამფოთებელი იყო ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა, რომელმაც 2017 წელს ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე 8,8 ერთეული შეადგინა (დანიაში, შვედეთში, ფინეთში და იაპონიაში იგი 3 ერთეულია).

7. საერთაშორისო სტანდარტებით არასახარბიელოა საქართველოში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა. 2017 წელს იგი 72,7 წლის დონეზე ხოლო, ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 66,3 წლის დონეზე დაფიქსირდა, მაშასადამე, თავისი სიცოცხლის 72,6 წლის მანძილზე ადამიანი 6,4 წელი (72,7-66,3) ავად იყო. ეს ისეთი ტვირთი და ისეთი გაუსაძლისი მდგომარეობაა, რომლის შემცირება მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას შეუძლია ეფექტიანი მუშაობით.

8. ასეთ დროს გამოკვლევულ პერიოდში ძირითადი დიაგნოზით დარეგისტრირებულ დაავადებულ მოსახლეობის რიცხვი 70,9%-ით არის გაზრდილი, მ. შ. 14 წლამდე ბავშვების - 43%-ით.

9. იმავე გამოკვლევულ პერიოდში საქართველოში არც საავადმყოფოების რიცხვი შემცირებულა და არც საწოლების რიცხვი. პირიქით, ორივე შემთხვევასი მნიშვნელოვან ზრდას ჰქონდა ადგილი. 16,1%-ით არის გაზრდილი ექიმების რიცხვიც და 12,8%-ით საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხვიც. ზრდადია მათი დინამიკა მოსახლეობის 10 000 კაცზე ანგარიშითაც. ასე რომ, საკვლევ პერიოდში მოსახლეობის ავადობის ზრდაში არც ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზის ნაკლებობას და არც საკადრო უზრუნველყოფის ნაკლებობას არ მიუძღვის ბრალი.

10. საქართველოში ჯანდაცვის სფეროს არეგულირებს რამოდენიმე კანონი - კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, კანონი „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ და სხვები. აღნიშნული კანონები რომ მოითხოვენ სრულყოფას, იქიდანაც ჩანს, რომ წლების განმავლობაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა კი არ უმჯობესდება, არამედ უარესდება. ეს უარყოფითად აისახა საქართველოს დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე რაც, როგორც აღვნიშნეთ, იმაში გამოვლინდა, რომ მოკვდაობის კოეფიციენტი გაიზარდა, შობადობისა კი - შემცირდა.

11. შექმნილი მდგომარეობით კეთდება დასკვნა, რომ ან ეს კანონებია არასრულყოფილი, ან არასაკმარისი, ანდა მათი აღსრულება არ ხდება სათანადოდ. საქართველოში სახეზეა სამივე ფაქტორი. კანონების არასრულყოფი-

ფადობა იმაში გამოიხატება, რომ ისინი სამედიცინო პერსონალს პაციენტის მაქსიმალურად სუაფრთხო განკურნების მოტივაციას არ აძლევენ. კანონების არასაკმარისობა იმაში გამოიხატა, რომ საქართველოში არ არსებობს „პაციენტთა უსაფრთხოების“ კანონი. არაადეკვატური აღსრულების მაგალითებად კი იმ პაციენტთა საჩივრების რაოდენობაც კმარა, რომელსაც მედიაციის სამსახური საქართველოში იღებს (წელიწადში საშუალოდ 2000).

12. ქ. თბილისის მოსახლეობიდან ამორჩეულ 110 ადამიანის სპონტანური გამოკითხვით ქალთა 57,1 და მამაკაცთა 45,5 პროცენტმა ჯანდაცვა ისეთ დარგად დაასახელა, რომლის განვითარებაზე ბიუჯეტიდან უნდა იხარჯებოდეს ყველაზე მეტი სახსრები. მათივე აზრით (მამაკაცთა 86,8% და ქალთა 69,1%) ჯანდაცვის პოლიტიკას უნდა ამუშავებდეს ქვეყნის მთავრობა მხოლოდ აუცილებლად საზოგადოების წარჩინებულ პირების მონაწილეობით. გამოკითხული მოსახლეობა არ არის კმაყოფილი საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევით, საექიმო საქმიანობის კანონით, პაციენტთა უფლებების შესახებ კანონით და ა. შ.

13. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ რეგულაციებზე კერძოდ კი, კანონზე „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ ამერიკულ ჰოსპიტალში პაციენტებზე ჩატარებულმა ბლიც-ინტერვიუმ აჩვენა, რომ ამ კანონით მათი უსაფრთხოება არცერთი პროცენტით არ არის დაცული. ამასთან, პაციენტ-ქალთა 77,2% და პაციენტ-მამაკაცთა 90,1%-მა განაცხადა, რომ ჯანდაცვის მმართველი ორგანო ანუ შესაბამისი სამინისტრო ვერ იცავს მათ სიცოცხლის უსაფრთხოებას.

შექმნილი მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით, საჭიროდ მიგვაჩნია საქართველოს ჯანდაცვაში საერთაშორისო რეგულაციების დანერგვა. ეს პროცესი დაწყებულია იმ ვალდებულებების აღებით, რომლებიც რეკომენდაციების სახით შესთავაზა ევროსაბჭომ საქართველოს და საქართველომაც ივალდებულა მათი შესრულება. მხარს ვუჭერთ რა ამ საერთაშორისო რეკომენდაციების დანერგვას ვფიქრობთ, რომ მათი შესრულება უნდა დაჩქარდეს.

ამის გარდა, საჭიროდ ვთვლით:

1. ჩვენი შენიშვნების გათვალისწინებით ჩასწორდეს საქართველოს ჯანდაცვის მარეგულირებელი ეროვნული კანონები და მათში აღმოიფხვრას ურთიერთშეუსაბამო და ხშირად ურთიერთსაწინააღმდეგო აზრები.

2. ჯანმრთელობის დაცვაში კანონიც და სტრატეგიაც დაიწეროს კანონშემოქმედთა და სპეციალისტთა მიერ, მაგრამ აუცილებლად პაციენტთა და ფართო საზოგადოების წარმომადგენელთა მონაწილეობით. ეს პრაქტიკა დიდი ხანია დანერგილია საზღვარგარეთის მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში.

3. სავალდებულო გახდეს სამედიცინო საქმიანობის გამწევ სუბიექტთა რეპორტები (ანგარიშგებები).

4. ჯანდაცვის სამინისტროში დაფუძნდეს პაციენტთა უსაფრთხოების კვლევის ცენტრი, რომლის ფუნქცია იქნება, ექიმების მიერ წარმოდგენილი რეპორტების საფუძველზე სამედიცინო მომსახურებაში დაშვებული შეცდომების და გადაცდომების მიზეზების სისტემური კვლევა.

5. საქართველოს კანონს - „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ დაემატოს პაციენტთა უსაფრთხოების ნაწილი. შესაბამისი შესწორებები შევიდეს აგრეთვე, ჯანდაცვის მარეგულირებელ საქართველოს სხვა კანონებში.

**სადისერტაციო ნაშრომის თემაზე ფაკულტეტის საგამოცდო კომისიაში დაცული იქნა სამი კოლოკვიუმი და ორი თემატური სემინარი:**

**კოლოკვიუმი:**

1. კოლოკვიუმი 1 – ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირების თეორიული საფუძვლები. 22.10.2018.
2. კოლოკვიუმი 2 – საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირება, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელი ცხოვრების უზრუნველყოფის გარანტი. 22.02.2018.

**სტატიები:**

1. საქართველოს ჯანდაცვა მსოფლიოს საუკეთესო პრაქტიკის გზაზე. (ჟურნალი: ყოველთვიური საერთაშორისო რეცენზირებადი და რეფერირებადი სამეცნიერო ჟურნალი „ЭКОНОМИКА“ - Ежемесячный международный рецензируемый и реферируемый научный журнал

„ECONOMICS“ - Monthly International reviewed and refereed scientific journal N 7-9, 2019 (Jurnali gamodis 1918), გვ. 101-108.

2. საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის მართვის მიმოხილვითი დახასიათება: წარმატებები, წარუმატებლობები. (ჟურნალი: სოციალური ეკონომიკა XXI საუკუნის აქტუალური პრობლემები, სექტემბერი-დეკემბერი SEPTEMBER-DECEMBER, СЕНТЯБРЬ-ДЕКАБРЬ, 2018), გვ. 132-137.
3. ჯანდაცვის განვითარების სახელმწიფო სტრატეგია მოსახლეობის ჯანმრთელი სიცოცხლის გახანგრძლივების კონტექსტში ჟურნალი: (სოციალური ეკონომიკა XXI საუკუნის აქტუალური პრობლემები, მაისი-აგვისტო, МАЙ-АВГУСТ, 2018), გვ. 108-113.

#### **კონფერენციები:**

1. ჯანმრთელობის დაცვის მართვა-რეგულირების მოდელები და სისტემები (III საერთაშორისო კონფერენცია „გლობალიზაცია და ბიზნესის თანამედროვე გამოწვევები“) საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი. კონფერენციის ჩატარების თარიღი: 2019 წლის 24-25 მაისი, გვ. 170-174.