

ავთანდილ ჯორბენაძე

**ქართული
მედიცინის
ისტორიული
გზა**



ავთანდილ ჯორბანაძე

**ქართული
მედიცინის
ისტორიული
გზა**

თბილისი,
2022

ძვირფასო მკითხველო,

ყოველთვის მიმაჩნდა და ახლაც დარწმუნებული ვარ, რომ სამედიცინო საზოგადოება, საქართველოს მრავალსაუკუნოვანი ისტორიის მანძილზე იყო და არის ჩვენი ერის ერთ-ერთი ყველაზე გამორჩეული ნაწილი. ოდითგანვე ქართველი ექიმები ქვეყნის განვითარების ყველა ეტაპზე პირნათლად ასრულებდნენ თავიანთ პროფესიულ მოვალეობას. თავად ვარ მათი უანგარო და თავგანწირული მუშაობის მომსწრე 1990-ანი წლების დასაწყისში თბილისში მიმდინარე სამოქალაქო დაპირისპირების, სამაჩაბლოსა და აფხაზეთის კონფლიქტების დროს. არანაკლებ რთული და საპასუხისმგებლო იყო სამედიცინო პერსონალის შრომა ამ საუკუნის უდიდეს პრობლემასთან — კოვიდ-19-ის პანდემიასთან ბრძოლის პერიოდში.

ექიმები დღესაც ღირსეულად უმკლავდებიან თანამედროვე გამოწვევებს და ყველაფერს აკეთებენ ჩვენი თანამემამულეების სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად.

წინამდებარე ნარკვევით მსურდა, საზოგადოებისთვის შემეხსებინა, რომ წარსული გამოცდილების ანალიზისა და საუკეთესო ტრადიციების ერთგულების გარეშე მომავალში წარმატებების მიღწევა ძალზედ ძნელია.

მინდა, უღრმესი პატივისცემა და განსაკუთრებული სიყვარული გამოვხატო ქართველი ექიმების, ექთნების და ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალების უკლებლივ ყველა თაობის წარმომადგენელთა მიმართ და ვუსურვო მათ წარმატებები ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში.

გულწრფელად მჯერა, რომ წინაპრების ხსოვნას და მათი ღვაწლის აღიარებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მომავალი თაობებისთვის.

ავთანდილ ჯორბენაძე

რედაქტორი: **ოთარ ვასაძე**

ISBN 978-9941-8-4980-0

გარეკანზე „მედეა“ — Evelin de Morgan “Medea” (Williamson Art Gallery, Birkenhead, UK)

წიგნი დაბეჭდილია

შპს „თამარიონი 2002“-ის სტამბაში. თბილისი, ვახტანგ ნინუას 3

ქართული მედიცინა ქართველი ერის უძველესი კულტურის განუყოფელი ნაწილია, რომელიც უხსოვარი დროიდან იღებს სათავეს. 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 დაცვა დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ.

ქართველ ერს, როგორც მსოფლიოს ერთ-ერთი უძველესი კულტურის წარმომადგენელს, ჰქონდა ყოველი ისტორიული ეპოქის შესაბამისად განვითარებული მედიცინა. მიუხედავად იმისა, რომ ძველი

წელთაღრიცხვის პერიოდის რაიმე წერილობითი მტკიცებულება უცვლელი სახით არ შემოგვრჩენია, არქეოლოგიური არტეფაქტებით, მითოლოგიურ წყაროებში გადმოცემული მისტერიებით და უკვე ქრისტიანული ეპოქის ძეგლებით ან ახალი რელიგიის გავლენით სახეცვლილი ნაწარმოებებით შეიძლება ვიმსჯელოთ იმდროინდელ ქართულ მედიცინაზე.

მე-18 საუკუნეში მოღვაწე მედიცინის ისტორიის კლასიკოსი **კურტი იოაჰიმ შპრენგელი** თავის ფუნდამენტურ ნაშრომს *Cure Mediana*-თი, ანუ **მედეასებური** მკურნალობით იწყებს და ამით პრაქტიკულად აღიარებს, რომ მედიცინის განვითარების ისტორია კოლხური ბერიული პრაქტიკიდან იღებს სათავეს.

კერპთაყვანისმცემელ საქართველოში ყოველი დაავადების გამომწვევ მიზეზად შესაბამისი ავი სული იყო მიჩნეული. ქრისტიანობის შემოსვლასთან ერთად ხდება ძირეული ცვლილება ამ მიმართებით. ქრისტიანულად მონათლული ქართველი კაცი უკვე



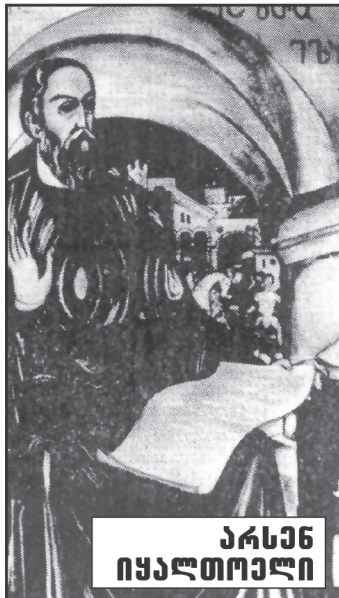
**ილარიონ
ქართველი**



**პატრიარქი
იბერი**

წმინდანს, სულით ამაღლებულს და გასხვივოსნებულს ევედრება შველას ავადმყოფობის დასათრგუნად. იმ პერიოდის ქართული მედიცინის დონე ნაჩვენებია იაკობ ცურტაველის „**შუშანიკის წამებაში**“, სადაც ავტორი არამარტო ავადმყოფის მკურნალობის და მოვლის, არამედ დაავადების გამომწვევ პირდაპირ და არაპირდაპირ მიზეზებსაც მიმოიხილავს.

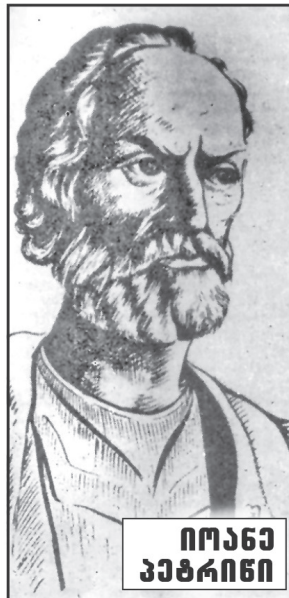
მარტვილი საბაწმინდელის ნაწარმოებში „**სინანულისთვის სიმდაბლისა**“ მრავალ სხვა საინტერესო რჩევებთან ერთად ბერ-მონაზონთათვის აუცილებელი სამედიცინო ცოდნაცაა გადმოცემული. აქვე აღნიშნულია, რომ განსაკუთრებულ შემთხვევებში საჭიროა პროფესიონალი ექიმის მოყვანა, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ექიმის პროფესია მე-6 საუკუნის საქართველოში დამოუკიდებლად არსებობდა. მნიშვნელოვანია, რომ რელიგიური ხასიათის ნაწარმოებებში განსაკუთრებითაა გამოყოფილი სამონასტრო მედიცინა. ფაქტია, რომ ის მძლავრი შენაკადია მთლიანი მედიცინისა. ყველა წმინდანი მკურნალია,



**არსენ
იყალთოელი**



**ზაზა
ფანასკარბელ-
სიხიშვილი**



**იოანე
კატარიძე**

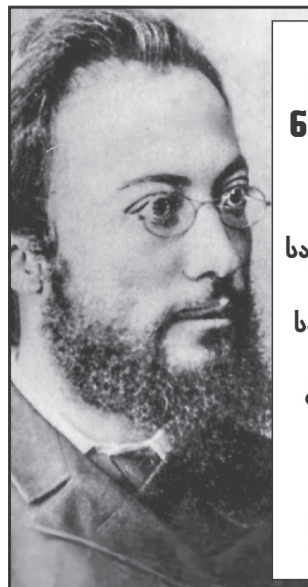
გამონაკლისი თითქმის არ არსებობს. **პეტრე იზერი, უშუანიძი, ცამეტი ასურელი მამა, ბრიგოლ ხანძთელი და მრავალი სხვა თავისი დროის გამოჩენილი მკურნალები იყვნენ.** განსაკუთრებით აღსანიშნავია ილარიონ ქართველი, მთელს მსოფლიოში სახელმწიფო „უვერცხლო მკურნალი“.

ჩვენამდე მოღწეული პირველი ქართული სამედიცინო წიგნი მე-10 საუკუნის ბოლოთი თარიღდება. „**უსწორო კარაბაღინი**“ 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 რენესანსის ბრწყინვალე წარმომადგენლებზე — **იონე პეტრიწასა და ანანე იყალთოელზე.**



**იონე
ბაგრატიონი**



**ავთანდილ
გიორგენი -
ნიშვილი -**

1896 წელს
თბილისში,
საკუთარ ბინაში,
მოაწყო
საქართველოში
პირველი
რენტგენო და
ელექტრო-
თერაპიული
კაბინეტი და
სტაციონარი

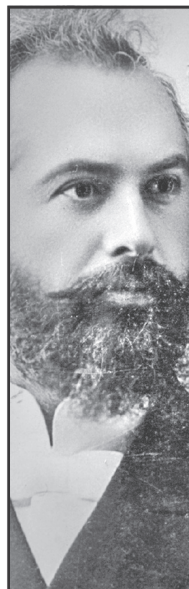
არსენ იყალთოელი თანამედროვეთა მიერ დიდ ანატომიკოსად იყო აღიარებული. საქართველოს ისტორიის „ოქროს პერიოდის“ შესაფერისი ნაწარმოებია მე-11 საუკუნის დასაწყისში ხოჯაყოფილის მიერ შექმნილი „წიგნი სააქიმო“.

მე-10-11 საუკუნეებში საქართველოში და საზღვარგარეთ მრავალი ქართული სავანე აშენდა, სადაც ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი საავადმყოფოებს ეჭირათ. აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს, ტაო-კლარჯეთის ეკლესია-მონასტრები, იერუსალიმის, ათონის ივერთა, პეტრიწონის, სინასა და შავი მთის ქართულ სავანეებში დღესაც ადვილი 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 —



**ნიკოლოზ
ჭიჭინაძე -
ეჭივი**

1918-1920 წლებში იყო შინაგან საქმეთა მინისტრი, ნოე რამიშვილის მოადგილე და პერიოდულად მინისტრის მოვალეობას ასრულებდა. 1920 წელს გრიგოლ ლორთქიფანიძე ჩაანაცვლა საქართველოს სამხედრო მინისტრის თანამდებობაზე



**ივანე
ელი-
ავილი**

1888 წლიდან თანამშრომლობდა ქართულ პრესასთან; 1896-1898 წლებში იყო „სამედიცინო ფურცლის“ ქართული გამოცემის ხელმძღვანელი

თანაბარი უფლებებით არსებობდა და ვითარდებოდა.

უდიდესი ქართველი ექიმი და მოაზროვნე ზაზა ზანასკმრტი-ლი-ციციშვილი პირველი საერო პიროვნებაა, რომელიც დიდსა და შეუცვლელ ადგილს იკავებს ქართული და, არამარტო ქართული, მედიცინის ისტორიაში. მისი „სამკურნალო წიგნი — კარაბადინი“ ჭეშმარიტი შედეგია. ძველი საქართველოს უკანასკნელი დიდი ნაწარმოებია **დავით ბატონიშვილის „იადიგარ დაუდი“**. სულ საქართველოს და საზღვარგარეთის ფონდებსა და ბიბლიოთეკებში 500-ზე მეტი სამედიცინო ხელნაწერია დაცული. ქართულ მედიცინაზე შეიძლება ითქვას, რომ ის უნიკალური ბუნების მატარებელი ფენომენია — შექმნილია აღმოსავლეთისა და დასავლეთის შესაყარზე და თანაბარი დონით ატარებს ორივე ამ სამყაროს, ორივე მენტალური სისტემისთვის დამახასიათებელ ნიშან-თვისებებს. ეს არის, ერთი მხრივ, სიღრმე, მასშტაბურობა და მრავალფეროვნება და, მეორე მხრივ, სისტემატიზაცია, შინაგანი დისციპლინა და კონკრეტიზმი, რაც ქართულ მედიცინას საინტერესო და თვითმყოფად ხასიათს ანიჭებს. **მრეკლემ მემონის 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.**

მე-17-18 საუკუნეებიდან იწყება ევროპული ცოდნის დანერგვა ქართულ მედიცინაში. მე-18 საუკუნის მეორე ნახევრიდან **მანსტანბ მემეშის** წაყვანილი ახალგაზრდები მოსკოვსა და პეტერბურგის უნივერსიტეტებში ეუფლებიან სამედიცინო განათლებას. მათგან განსაკუთრებით აღსანიშნავია **ილია ბრუზინოვი (ნაშქვაძე)** — 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. იგი ითვლება ნეიროფიზიოლოგიის ერთ-ერთ ფუძემდებლად მსოფლიოში. **ილია ბრუზინი** 32 წლის ასაკში დაიღუპა 1812 წელს აღმოდებულ მოსკოვში. მას მოსკოველები „გმირ პროფესორს“ უწოდებდნენ.

1799 წელს **იოანე ბაბრათიონმა** თავის მამას გიორგი მე-12-ს მოუშადა სახელმწიფო რეფორმათა პროექტი „**სჯულდება**“, რომელიც ქართლ-კახეთის სამეფოში საერო შინაარსის სკოლების დაარსების, გაზეთის გამოცემის, ბიბლიოთეკისა და მუზეუმის გახსნასთან ერთად ითვალისწინებდა სასწავლოების, სამშობიაროებისა და აფთიაქების დაარსებას, რომელთა სამართავად სპეციალური სამედიცინო უწყება უნდა შექმნილიყო. **სამწუხაროდ, ამ პროექტის განხორციელება ვერ მოხერხდა გიორგი მე-12-ის სიკვდილისა და რუსეთის მიერ ქართლ-კახეთის სამეფოს ანექსიის გამო.**

1801 წელს, ანექსიისთანავე, რუსეთმა დაიწყო საქართველოს სამედიცინო დარგის თავის ყაიდაზე გადაკეთება. 12 სექტემბერს შეიქმნა „**საქართველოს სამედიცინო 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 შედგენა. სამმართველო იძენდა და ინახავდა რთულ ხელსაწყოთა კომპლექტებს და სხვა. საექიმო სამმართველოს ემორჩილებოდა გუბერნიის მთელი სამედიცინო პერსონალი.

1840 წელს **საქართველოს საექიმო სამმართველო** გარდაიქმნა „**ქართლ-იმერეთის საექიმო სამმართველოდ**“. ეს უკანასკნელი კი 1846 წელს, ამიერკავკასიის გუბერნიებად და მაზრებად დაყოფასთან დაკავშირებით, გარდაიქმნა **საგუბერნიო სამმართველოსთან არსე-**

ბულ თბილისის საექიმო მმართველობად, ხოლო ქუთაისის საგუბერნიო სამმართველოსთან შეიქმნა **გუბერნიის ექიმის თანამდებობა**. აღნიშნული გარდაქმნების მიზანი იყო მანამდე არსებული დაქუცმაცებული სამედიცინო ქსელის გაერთიანება და ცენტრალიზაცია. თუმცა, 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 ევალეზოდა კავკასიაში არსებულ დაწესებულებათა ზედამხედველობა, ექიმების, ბებიაქალების და ფერშლების დანიშვნა, გადაყვანა და დათხოვნა, სამედიცინო პერსონალის მუშაობის წესების შემუშავება, მათი წარდგენა ხარისხზე და დაჯილდოებაზე, აფთიაქების 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 ერთხელ კიდევ გარდაიქმნა სამოქალაქო უწყების სამედიცინო განყოფილება და დაარსებულ იქნა ზუსტად ისეთივე მმართველობა, როგორიც იყო რუსეთის იმპერიის სხვა გუბერნიებში. ამიერიდან სამედიცინო საქმეს განაგებდა **შინაგან საქმეთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი და გუბერნიის სამმართველოს საექიმო განყოფილება**.

ეპიდემიებთან ბრძოლის მიზნით საქართველოს ძირითად მაგისტრალზე შეიქმნა **ბარანტინები**. მე-19 საუკუნის პირველ ნახევარში მარტო აღმოსავლეთ საქართველოში 12 კარანტინი ფუნქციონირებდა.

პირველი სამოქალაქო ტიპის სტაციონარი საქართველოში 1829

წელს გაიხსნა, რომელიც 12 საწოლზე იყო გათვლილი. მხოლოდ 58 წლის შემდეგ მოხერხდა მისი 200 საწოლამდე გაფართოება. **1865 წელს გაიხსნა პირველი ამბულატორია. 1873 წელს დაარსდა პირველი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც 1875 წელს ოლღას სახელობის ამიერკავკასიის საბეზიო ინსტიტუტად გადაკეთდა.** მის შენობაში დღეს ჩაჩაშას კლინიკას განთავსებული. **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 აფთიაქი.**

მე-19 საუკუნე წინააღმდეგობებით სავსე იყო. ერთი მხრივ, ეროვნული ჩაგვრა, ყველაფერი ქართულის და, მათ შორის, ეროვნული მედიცინის დევნა და, მეორე მხრივ, ქართველების მიერ 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 ადამიანები იყვნენ. სწორედ ამიტომ ხდებოდა, რომ საქართველო — რუსული იმპერიის განაპირა გუბერნია — ბევრი სასიკეთე წამოწყებისა და ნოვაციის ავტორი იყო.

1864 წელს თბილისში ჩამოყალიბდა **კავკასიის სამედიცინო საზოგადოება**, რომლის შექმნაშიც დიდი წვლილი შეიტანეს **ივანე სობოლშჩიკოვმა, ბიორბი ღავრიშვილმა, ივანე მინკაშვილმა, ზაქარია ჯუბლაშვილმა, იოსებ ბორალშვილმა, ბიორბი ტარსანიძემ, ივან პრიბილმა, სტეფანე ბასტაშვილმა, იასე ჩიბიანმა** და სხვებმა. ქართული ხალხური მედიცინის კვლევისთვის და სხვა წარმატებებისთვის საზოგადოება ვენასა და მოსკოვში ოქროს მედლით დაჯილდოვდა.

1896 წელს ექიმმა მიხეილ ბელმგანიშვილმა თბილისში ჩამოიტანა რუსეთის იმპერიაში პირველი რენტგენისა და დარსონვალის აპარატები, რომელიც დღეს მედიცინის ისტორიის მუზეუმში ინახება. უნდა ითქვას, რომ ზოგადად ქართველი საზოგადოების კვალად, მე-20 საუკუნის ათიან წლებში ქართული მედიცინა საკმაოდ განვითარდა. **ნიკოლოზ მმორის** 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 პარლამენტის 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 ჯანსაღი საზოგადოების შექმნისა და ზოგადსაკა-

ცობრიო იდეალებზე დამყარებული მიზნების დასახვის გარანტი გახდა, მაგრამ მეზობელ სახელმწიფოებში მიმდინარე პროცესები არ აძლევდა საშუალებას ახალგაზრდა რესპუბლიკას, სრულად მორეოდ და შინაგან არაერთსულოვნებასა და გარეგან მტერს.

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 სხვადასხვა პროფილის საავადმყოფოები და საგანმანათლებლო კერები.

დამოუკიდებლობის გამოცხადების დღიდან მთავრობა, ბუნებრივია, მომჭირნედ მიუდგა ბიუროკრატიულ-ჩინოვნიკური სისტემის ჩამოყალიბებას. თითოეული შტატის დამტკიცებას მთელი რიგი კანონ-პროექტებისა 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 დაყოფილილ იყო მაზრებად, ოლქებად, ქალაქებად და ა.შ. მაზრა იყო ყველაზე მსხვილი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეული. შესაბამისად, ინიშნებოდნენ სამაზრო, საოლქო, საქალაქო ექიმები. აქვე ცალკე იყო გამოყოფილი **სასამართლოს ექიმები**. მიდგომა ცალკეული რეგიონისადმი განსხვავებული იყო. მაგალითად, განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა სვანეთის და ახალქალაქის მხარეს. პირველისადმი ყურადღება მისი მაღალმთი-

ანობითა და ენდემური ჩიყვის პრობლემით იყო პირობადებული, ხოლო მეორესადმი — ასევე მაღალმთიანობით და, ჩვენი აზრით, ეროვნული და აღმსარებლობითი მომენტებით.

საქართველოს დემოკრატიული რესპუბლიკის სამკურნალო ქსელი იყოფოდა სამ სექტორად:

- 1. სახელმწიფო სამკურნალო დაწესებულებათა ქსელი,**
- 2. მუნიციპალური (საერობო) სამკურნალო ქსელი და**
- 3. კერძო სამკურნალო ქსელი.**

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

საქართველოს დემოკრატიულ რესპუბლიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა **სააფთიქო საშემსაც.** 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 ჰიჭინაძეს**, რომელიც განათლებით ექიმი იყო, გამოაქვს პროექტი დეკრეტისა „**საექიმო-სასანიტარო განყოფილების ბაზაზე ჯანმრთელობის დეპარტამენტის დაარსების, მისი შტატებისა და ხარჯთაღრიცხვის დამტკიცების შესახებ**“. თავის მოხსენებაში **პარმენ ჰიჭინაძე** მიმოიხილავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და აღნიშნავს, რომ **იმძლავრა მალარიამ, ჭლექმა, ვენერიულმა სნეულებებმა, ხოლო პარტანტიანი ტიფის წინააღ-**

მდეგ გატარებული დიდი სამუშაოს მიუხედავად, შედეგები არასახარბიელოა. მისი აზრით, ეს გამოწვეული იყო ქვეყნის სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებისა და უწყებების არაკოორდინირებული მოქმედებებით და მოითხოვს ყველა სამედიცინო ორგანიზაციის ჯანმრთელობის დეპარტამენტისადმი დაქვემდებარებას. მრავალმხრივი განხილვის შემდეგ დეკრეტი 13 ივლისს იქნა დამტკიცებული.

ფფიქრობთ, 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) ჭლეჩის, მალარიის, ხოლერის, შავი ჭირის, პარტახტიანი სახადის, ვენერიული 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, რკინისბზისა და სავროგო და საქალაქო სამკურნალო ნაწილების გაერთიანება“.

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

საქართველოს დემოკრატიული სახელმწიფოს მშენებლობის მოდელი ემყარებოდა სოციალური სახელმწიფოს შექმნის პრინციპებს. საქართველოს კონსტიტუციის მუხლი 121-ის მიხედვით, „**დაქირავებული მუშა, რომელიც მოხუცებულობით, დაშავებით ან სხვა მიზეზით დაჰკარგავს სავსებით ან ნაწილობრივ შრომის უნარს, მიიღებს დანმარებას დაზღვევის სახით თავის ხელფასის კვალობაზე. დასაზღვევი თანხა უნდა შესდგეს დამქირავებელზე შეწერილ საგანგებო გადასახადისაგან“.** ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის არჩევით საქართველო უერთდებოდა ევროპულ ღირებულებებს და ქვეყანაში ევროპულ სტანდარტს ამკვიდრებდა.

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 წარმოადგენდა დღევანდელი გაგებით სანეპიდსადგურებისა და ამბულატორია-პოლიკლინიკების ერთგვარ ნაზავს.

საქართველოსთვის ამ მეტად მძიმე პერიოდში ქართველი ექიმები ახერხებენ ახალი საავადმყოფოების გახსნასაც. მაგალითად, 1919 წლის დეკემბერში ვინმე **ბრიტოლ სალუშვაძე** აკეთებს მოხსენებას ოზურგეთში საავადმყოფოს გახსნის შესახებ. არის ცნობები ომში დაღუპულთა ოჯახების, ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების დახმარების, ქართველ მფრინავთა რაზმის სამედიცინო უზრუნველყოფის და სხვ. 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 ათასი მანეთი, ხოლო ფერშლებს — 10 ათასი მანეთი**. ეს თანხა მათ საშუალო წლიურ ხელფასს შეესაბამებოდა.

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

ქუთაისმა, საქართველოს სხვა ქალაქთაგან პირველმა, მოგვცა უფასო მკურნალობის მაგალითი. ამ საქმის სულისჩამდგმელი იყო მე-19 საუკუნის დამლევისა და მე-20 საუკუნის დასაწყისის გამოჩენილი ქუთაისელი ექიმი სამსონ თოფშურიანი. მისი საავადმყოფო უფასო იყო მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის (ამის შესახებ საინტერესო მოგონება აქვს **აკაკი წერეთელს**, რომელსაც ბევრჯერ უსარგებლია სამსონ თოფურის 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 ბიორბი ლასხიშვილის 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 არათუ 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 მდაბიურათ, რომ გასაგები იყოს საშუალო მკითხველისთვის“...

ამდენად, გასაკვირი აღარ არის სურვილი **სამკურნალო ფაკულტეტის** გახსნისა. 1918-1921 წლებში საქართველოში უფრო მნიშვნელოვანი რამ (დამოუკიდებლობის დეკლარაციის შემდგომ, რასაკვირ-

ველია), ვიდრე უნივერსიტეტის გახსნაა, 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 დაბეჭდვით შეიძლება ითქვას, რომ მისი დიდი დამაარსებლის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტმა თავისი 100-წლიანი მოღვაწეობით პირნათლად შეასრულა და მომავალშიც შეასრულებს თავისი მესაძირკვლის ამ ბრძნულ განაწესს — იგი სრულიად საქართველოს არამარტო უპირველესი და უმსხვილესი სასწავლო-აღმზრდელობითი კერაა, არამედ სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრიც, მრავალსაუკუნოვანი ქართული საგანმანათლებლო და სამეცნიერო კულტურის ღირსეული მემკვიდრე.

1918 წლის 27 თებერვალს უნივერსიტეტის პროფესორთა საბჭომ მიიჩნია, რომ **„სამკურნალო ფაკულტეტი აუცილებელია უნივერსიტეტისთვის“**, და უკვე საბჭოს 1918 წლის 17 ივნისის სხდომაზე, რომელსაც ესწრებოდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების თავმჯდომარე **სპირიდონ ვირსალაძე**, გადაწყდა სექტემბრიდან საბუნებისმეტყველო-სამათემატიკო და სამედიცინო გაერთიანებული ფაკულტეტის გახსნა. სასწავლო კლინიკებისათვის გამოიყო **„მინეილის სახელობის საავადმყოფო“**, **„ოლღას სახელობის საბებიო ინსტიტუტი“**, ახლანდელი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის **ა.ალოდაშვილის სახელობის კლინიკური საავადმყოფო**, **ამიერკავკასიის რკინიგზის თბილისის საავადმყოფო** და სხვა.

1919 წლის 29 აპრილს უნივერსიტეტის **სამედიცინო ფაკულტე-**

ტის პირველ დეკანად არჩეულ იქნა ალექსანდრე ნათიშვილი. უნივერსიტეტის დაარსების პირველივე წლებიდან სამედიცინო ფაკულტეტზე მოღვაწეობდნენ ბრიზოლ მუხაძე, ივანე თიკანაძე, მიხეილ წინამძვნიშვილი, შალვა მიქელაძე, ალექსანდრე ალადაშვილი, სვიმონ ამირეჯიბი, ივანე ბერიტაშვილი, ნიკოლოზ კახიანი, ვარლამ მოსეშვილი, მიხეილ ასათიანი, ალექსანდრე მაჭავარიანი, ბაბრიელ ლაგაბაშვილი, იოვანე ჭუთათელაძე, სიმონ ბობიტიძე, ვლადიმერ ჟღენტი, ლევან მარუაშვილი და სხვა. თითოეული მათგანი შემდგომში ცალკეულ სამედიცინო დარგებში აღიარებული და სახელოვანი ქართული სამედიცინო სკოლების (ქირურგიული, თერაპიული, მეან-გინეკოლოგიური, კარდიოლოგიური, ფიზიოლოგიური, პათოლოგ-ანატომიური, ჰიგიენისა და პროფილაქტიკური, ფარმაკოლოგიური და სხვა) შემქმნელი გახდა, სადაც ახალგაზრდა სამედიცინო კადრები ეზიარებოდნენ იმდროინდელი თეორიული ცოდნის უახლეს დონეს.

სახსრების, ძვირადღირებული სამეცნიერო და სასწავლო მოწყობილობათა და დაწესებულებათა უქონლობის მიუხედავად, უნივერ-



სიტეტის 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 **ბრიგადოლ ბიორბაძე**. კრება გახსნა წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის რწმუნებულმა, ექიმმა **მისეილ 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**



ნოე თიქანაძე, მისეილ ნინაშვილი, ვალვა მიქელაძე

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 დეპის საზოგადოება, რომელშიც 20 მოწყალეების და გაერთიანდა. მათ შეიმუშავეს დებულება, რომელშიც ეწერა, რომ მოწყალეების დებმა აუცილებლად უნდა იცოდნენ ქართული ენა.

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

პირველი სამედიცინო ხასიათის პერიოდული გამოცემა (ჟურნალი) „მედი“ 1919 წელს გამოვიდა. თანახმად მისი რედაქციის განც-



ალექსანდრე ალალაშვილი, სვიმონ ამიჩაჯიბი, ნიკოლოზ კახიანი

ხადებისა, ეს იყო „სამეცნიერო-საზოგადოებრივი სამკურნალო ჟურნალი“, ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების გამოცემა. იმავე წელს „საქართველოს ექიმის თანაშემწეთა საზოგადოებამ“ დაიწყო ყოველთვიური ჟურნალის „მძიმის თანაშემწის“, ხოლო „საქართველოს მოსამსახურე ფარმაცევტთა პროფკავშირის ცენტრალურმა საბჭომ“ — „მოსამსახურე ფარმაცევტთა“ ყოველთვიური ჟურნალის გამოცემა. 1920 წლიდან გამოდიოდა „ქლექთან მებრძოლი საზოგადოების“ ყოველორკვირეული ჟურნალი (მოამბე) „ჭლექი და მასთან ბრძოლა“.

1918-1921 წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზება, დღევანდელი გადასახედიდან შეიძლება გარკვეულწილად არასრულყოფილად ჩანდეს, მაგრამ ის 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, რო-



ვარლამ მოსაშვილი, ვინაილ ასათიანი, ალექსანდრე მამუკაიანი

მელიც საფუძველს უყრიდა ცივილიზებული საქართველოს მომავალს.

საქართველოს დამოუკიდებლობის ჩამოყალიბების მოკლე ისტორიამ ცხადყო, თუ რამდენად დიდი პოტენციალი იყო 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, ასევე ბოლშევიკური ხელისუფლების პირობებში, 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 ღონის-



გაბრიელ ლაგბარაშვილი, იოვანე ჭავჭავაძე, სიმონ გოგიტიანი

ძიებები უადრესად 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 — 1896-1898 წლებში იყო „სამედიცინო ფურცლის“ ქართული გამოცემის ხელმძღვანელი და 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 საერობო მედიცინის მესვეურთ.

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



ივანე აკიშვილი, ვლადიმერ ჯანაშია

საქართველოს გასაბჭოების შემდეგ, 1921 წელს, ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში ღრმა ცვლილებები განხორციელდა, რაც, უპირველესად, იმაში გამოიხატა, რომ უკვე პირველი დღეებიდანვე სახელმწიფომ ხელში აიღო მთელი ჯანმრთელობის დაცვა და ის ტოტალიტარული რეჟიმის ნაწილი გახდა.

საქართველოს რევოლუციური კომიტეტის 1921 წლის 21 აპრილის დეკრეტით შეიქმნა **ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატი**, რომელსაც სათავეში ჩაუდგა ექიმი **ბრიზოლ კუჭანიძე**. კომისარიატს თავის განკარგულებაში გადაეცა საკმარისად მსხვილი მატერიალური ფასეულობანი (მათ შორის, კერძო მფლობელობაში მყოფი სამედიცინო დანიშნულების მქონე ყველა შენობა-ნაგებობა, საავადმყოფო სალაროებისა 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 არამარტო არ ზოგადდნენ სათანადო მატერიალურ სახსრებს, არამედ საჭიროების შემთხვევაში (მაგალითად, ეპიდემიების დროს) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განკარგულებაში გადაეცემოდა სხვა სახელმწიფო სტრუქტურ-

რებიდან 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. გაძლიერდა დასახლებული ადგილების სანიტარიულ კეთილდღეობაზე ზრუნვა (არხების გაყვანა, მაზუთით ჭაობების დამუშავება, სამალარიო სადგურების დაარსება, სანიტარიული ზედამხედველობის გაძლიერება 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** გადაკეთა. ამით სამედიცინო კადრების მომზადება გამოყვანილ იქნა საუნივერსიტეტო განათლების სისტემიდან და ის უწყებრივ დაქვემდებარებაში გადავიდა. და მხოლოდ საქართველოს დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, 1995 წელს, **ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში** უმაღლესი სამედიცინო განათლება აღდგა თავდაპირველად მედიცინის სპეციალობის სახით ბიოლოგიისა და მედიცინის ფაკულტეტზე, ხოლო 2000 წელს, უნივერსიტეტის დიდი საბჭოს გადაწყვეტილებით, **მედიცინის ფაკულტეტი** კვლავ ჩამოყალიბდა, როგორც დამოუკიდებელი ფაკულტეტი.

1935 წელს დაარსდა თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი, რომელიც ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებისა და პროფესიული დაოსტატების საქმეს ხელმძღვანელობდა.

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 დასტყობოდა ქართულ სამედიცინო მეცნიერებასა და პრაქტიკას.

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, რომელიც ამ კამპანიებმა გენეტიკის, ფსიქოლოგიის, სოციალური მედიცინის, ფსიქიატრიის, სამედიცინო სოციოლოგიის, დემოგრაფიის განვითარებას მიაყენა.**

ცნობილია, თუ რაოდენ დიდი ზარალი განიცადა საქართველომ მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში. მიყენებული დემოგრაფიული ზარალის ანარეკლები დღემდე აისახება საქართველოს მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაში. **ასობით ქართველი ექიმი აქტიურად მონაწილეობდა საბრძოლო მოქმედებებში. რესპუბლიკაში არამარტო შეიქმნა პირობები ბრძოლის ველიდან გამოყვანილ დაჭრილ მეომართა გამოჯანსაღებისთვის, არამედ საომარ მოქმედებებთან დაკავშირებით დროებით გადაადგილებულ 1,5 მილი-**

ონზე მეტ პირთა სოციალური და სამედიცინო დანმარებისთვის.

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

1968 წლისთვის საქართველოში უკვე 600-ზე მეტი საავადმყოფო იყო 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 შეადგენდა.**

70-იანი წლების დამლევდნად, 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, ასევე საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ განწყობის საფუძველი თვით ჯანმრთელობის დაცვის საბჭოთაური 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, პირველყოფლისა, შექმნილი იყო, როგორც ტოტალიტარული სისტემის ზედამხედველობის შემადგენელი ნაწილი.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საბჭოურ მოდელში ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობამ, მის ფუნქციონირებაში სახელმწიფოს აქტიურმა ჩარევამ იგი სრულ ბიუროკრატიზაციამდე მიიყვანა. სისტემას აინტერესებდა არა იმდენად მომხმარებლის (პაციენტის) მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება და მისი პრობლემების გადაჭრა, არამედ 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 საკუთრებას და მის 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. და ეს მაშინ, როდესაც კარგადაა ცნობილი, რომ საავადმყოფო სექტორი მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მხოლოდ 14-16%-ის მოგვარებას უზრუნველყოფს.**

სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული ვალდებულება „საყოველ-თაო 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 დონის ფარგლებში იყო და უმეტეს შემთხვევებში, ავადმყოფს მაინც უხდებოდა „ექიმის ჰონორარის“ თავისი ჯიბიდან გადახდა. ამგვარად, ჯანდაცვის საბჭოური მოდელი წარმოადგენდა უფრო მეტად მოსახლეობის „სოციალური დაცვის“, ვიდრე კლასიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას.

1991 წელს საბჭოთა კავშირის დაშლისა და საქართველოს დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, ჯერ კიდევ სსრკ-ში 1980-იანი წლების ბოლოს დაწყებული ეკონომიკური კრიზისის საქართველოში ისე გაღრმავდა, რომ მას შედეგად მოჰყვა საფინანსო და ფულად-საკრედიტო სისტემების სრული მოშლა, ტრადიციული სამეურნეო კავშირების რღვევა და წარმოების პარალიზება. 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.

საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, ფასების ლიბერალიზაცია, ეროვნული ვალუტის მეტად მაღალი და საოცრად ძნელად პროგნოზირებადი ინფლაციის ტემპები, პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდიდა ჯანმრთელობის დაცვის მოძველებული მოდელის შემდგომ ფუნქციონირებას, მეტადრე, რომ ქვეყნის მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა იმდენად შემცირდა, რომ 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.

1995 წლის 10 აგვისტოს დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრული რეორგანიზაციის პროცესი, რომლის კონცეფცია

ეყრდნობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ქართული მედიცინის გადარჩენის აუცილებლობას.

კონცეფციის თანახმად, დარგის რეორიენტაცია უხდა განხორციელებულიყო შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

- ❖ ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
- ❖ ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია;
- ❖ ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა;
- ❖ სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირების დანერგვა;
- ❖ პირველადი ჯანდაცვის (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმი) პრიორიტეტულობა;
- ❖ პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- ❖ სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- ❖ წამალთპოლიტიკის რეფორმა;
- ❖ სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- ❖ სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- ❖ სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- ❖ სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა;
- ❖ მედიცინის მუშაკთა სოციალური უზრუნველყოფა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია წარმოადგენდა საქართველოს უახლესი ისტორიის მანძილზე განხორციელებული სახელმწიფოებრივი რეფორმებიდან ერთ-ერთ პირველს, რომლის უმთავრესი მიზანი იყო კოლფსში მყოფი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის აღდგენა, მასში თვისებრივად ახალი ურთიერთობების დამ-

კვიდრება, რომელიც შესაბამისობაში იქნებოდა ქვეყნის პოლიტიკური და ეკონომიკური განვითარების მოთხოვნებთან.

მომზადდა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის შესატყვისი სამართლებრივი ბაზა, რომელიც ეფუძნება რეორიენტაციის ერთიან კონცეფციას. მისი ძირითადი შემადგენელი ნაწილია კანონი „**ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ**“. ის წარმოადგენდა ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე სამართლებრივ დოკუმენტს, რომელშიც სრულყოფილად აისახა დემოკრატიული, საყოველთაო ჰუმანიზმისა და ადამიანის უფლებების დაცვის უმთავრესი პრინციპები. მიღებულ იქნა აგრეთვე კანონები „**საექიმო საქმიანობის შესახებ**“, „**პაციენტთა უფლებების შესახებ**“, „**სამედიცინო დაზღვევის შესახებ**“, „**წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ**“ და სხვა.

ნიშანდობლივია, რომ საქართველოში დაფინანსების ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა სოციალური დაზღვევის მოდელზე. აღნიშნული არ იყო შემთხვევითი მოვლენა და **მიზნად ისახავდა 1921 წელს ბოლშევიკების მიერ საქართველოს გასაბჭოების შედეგად იძულებით შეწყვეტილი პირველი დემოკრატიული რესპუბლიკის ევროპული სოციალური დაზღვევის მოდელის აღდგენას**. აქვე, აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის არჩევით საქართველო ეხმიანებოდა საბჭოთა იმპერიის ნგრევის შედეგად ახლადგანთავისუფლებული აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მიმდინარე პროცესებს. კერძოდ, რეგიონის 28 ქვეყნიდან 22-მა დანერგა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა.

საფუძველი ჩაეყარა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალ მიდგომას, რომელიც მიზნად ისახავდა ქვეყანაში პრევენციული მედიცინისა და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ეფექტია-

ნი მექანიზმების ამუშავებას. ჩამოყალიბდა ევროპულ პრინციპებზე აგებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი ინფრასტრუქტურა, რომელიც მოიცავდა **საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტებს**. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში განისაზღვრა სამი ქვედანაყოფი: **დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის ცენტრი, სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი**. დეცენტრალიზაციის მიზნით ჩამოყალიბდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორდონიანი სამსახურების სისტემა ცენტრალურ დონეზე და ადგილობრივ/მუნიციპალურ დონეზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაფინანსება გადანაწილებული იყო ცენტრალურ და მუნიციპალურ დონეზე, ხოლო მენეჯმენტი და ადმინისტრირება — ცენტრალურ, რეგიონალურ და მუნიციპალურ დონეზე. გეგმური იმუნიზაციის გაწყვეტილი ჯაჭვის აღდგენით მოხერხდა ინფექციური დაავადებების გავრცელების შეჩერება.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია **ლუბარის ცენტრის** შექმნა, რომელიც დღეისათვის ერთ-ერთი საუკეთესო ბაზა კავკასიის რეგიონში ბიოსამედიცინო სფეროში და ბიოუსაფრთხოებაში სამეცნიერო კვლევებისათვის. **ამოქმედდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, მოსახლეობის სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებათა მართვის სისტემა**.

რეორიენტაციის მნიშვნელოვან შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენდა სტაციონარულ მკურნალობაზე ორიენტირებული საბჭოთა მედიცინის რეორიენტაცია პრევენციასა და პირველად ჯანდაცვაზე. **საქართველო წარმოადგენდა ერთ-ერთ პირველ პოსტსაბჭოთა ქვეყანას, სადაც შემოღებულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის მხარდამ-**

ჭერი პოლიტიკა. შემუშავდა საოჯახო მედიცინის კონცეფცია. ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა პირველადი ჯანდაცვის დეპარტამენტი. ჩამოყალიბდა საოჯახო მედიცინის საზოგადოება. საოჯახო მედიცინა აღიარებულ იქნა აკადემიურ დისციპლინად და დაინერგა სამედიცინო სასწავლო პროგრამები. შემუშავდა პროგრამები, რომელთა მთავარ მიზანს შეადგენდა ექიმების გადამზადება ოჯახის ექიმებად.

საბჭოთა პერიოდში საუბნო-ტერიტორიული პრინციპით მოწყობილი პირველადი ჯანდაცვა, სადაც პაციენტს არ ჰქონდა ოჯახის ექიმის არჩევის უფლება, შეიცვალა თავისუფალი არჩევანის პრინციპით. შედეგად, **პაციენტს მიენიჭა ოჯახის ექიმის არჩევის უფლება**. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები დამოუკიდებელი იურიდიული პირები გახდნენ. სამედიცინო ორგანიზაციასა და ჯანდაცვის პერსონალს შორის ჩამოყალიბდა საკონტრაქტო ურთიერთობები. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების დასაფინანსებლად შერჩეულ იქნა სულადობრივი დაფინანსების მეთოდი, რაც ხელს უწყობდა ექიმებს შორის კონკურენციის გაზრდას, სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით ჩატარების სტიმულს.

მმართველობის დეცენტალიზაციის მიზნით ჩამოყალიბდა **ჯანდაცვის რეგიონული და მუნიციპალური ცენტრები**. განხორციელდა სააფთიაქო ქსელისა და სტომატოლოგიური დაწესებულებების სრული განკერძოება.

საავადმყოფოებს მიენიჭათ მართვის სრული თავისუფლება. ისინი თავად გახდნენ პასუხისმგებელნი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე და საავადმყოფოს რესურსების განკარგვაზე. სამედიცინო ორგანიზაციების სახელმწიფო დაფინანსების ტვირთი გადანაწილდა ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის. საავადმყოფოების ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება შეიცვალა მიზნობრივ-პროგ-

რამული დაფინანსებით, რაც გულისხმობდა სამედიცინო დაწესებულებისა და ჯანდაცვის მუშაკის საქმიანობის ანაზღაურებას შესრულებული სამუშაოს მოცულობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის ადეკვატურად. **საავადმყოფოების დაფინანსების ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა დიაგნოზებზე დაფუძნებული, წინასწარ დადგენილი და განფასებული სამკურნალო სტანდარტების, ე.წ. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მოდელზე, რომელიც ითვალისწინებდა მსოფლიოში აღიარებული ხარჯ-ეფექტური მეთოდის, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით (DRG) დაფინანსების პრინციპებს.**

შემუშავდა ჰოსპიტალური სექტორის პრივატიზაციის გეგმა, რომელიც გულისხმობდა სექტორის სამ ჯგუფად დაყოფას: A ჯგუფის საავადმყოფოები სახელმწიფო საკუთრებაში უნდა დარჩენილიყო, B ჯგუფის საავადმყოფოები უნდა გადასულიყო კერძო საკუთრებაში, თუმცა, მათ უნდა შეენარჩუნებინათ სამედიცინო პროფილი 10 წლის ვადით და C ჯგუფის საავადმყოფოები უნდა გაყიდულიყო როგორც უბრალოდ უძრავი ქონება. ჰოსპიტალური რეფორმა ითვალისწინებდა სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმების როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო მომგებიანი და არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობას, რაც გაზრდიდა სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმებს შორის კონკურენციას და, შესაბამისად, ხელს შეუწყობდა პაციენტის მიერ მისთვის სასურველი, ფინანსურად ხელმისაწვდომი სამედიცინო დაწესებულების არჩევის შესაძლებლობას, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებას.

სამედიცინო მეცნიერება გადავიდა გრანტული პრინციპით დაფინანსებაზე. მომზადდა სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც დაინერგა განვითარებულ

ქვეყნებში კარგად აპრობირებული სამეცაპიანი სისტემა — **დიბლო-მამდელი საბაზისო განათლება, პოსტდიპლომური — სარეზიდენტო დახელოვნება და შემდგომი უწყვეტი სამედიცინო განათლება**. რეორიენტაციის შედეგად საექთნო საქმე ჩამოყალიბდა დამოუკიდებელ პროფესიად, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავებამ, რომელიც დღეს საყოველთაოდ აღიარებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების წინამორბედი იყო, სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტების ლიცენზირებამ და პერსონალის სერტიფიცირებამ შექმნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სახელმწიფო კონტროლისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სტიმულირების მექანიზმები.

რეორიენტაციის შედეგად აუცილებელი გახდა თვისობრივად ახალი პრობლემების დროული გადაწყვეტა. ჩამოყალიბდა **ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის ინსტიტუციური სტრუქტურები**. დემოგრაფიული პროცესების სამედიცინო ასპექტების სახელმწიფოებრივი მართვის უზრუნველსაყოფად ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში ჩამოყალიბდა **დემოგრაფიის დეპარტამენტი**, რომლის უპირველესი მიზანია საქართველოში შექმნილი მძიმე დემოგრაფიული ვითარების გაჯანსაღება. ამასთან ერთად, დეპარტამენტი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევდა კავკასიის ხალხებთან დემოგრაფიული განვითარების სფეროში ყოველმხრივი და ურთიერთსასარგებლო თანამშრომლობის განვითარებას, მწვავე დემოგრაფიული პრობლემების დაძლევისთვის საერთო ძალისხმევის შემუშავებას, რაც შეიძლება მნიშვნელოვანი დემოგრაფიული ფაქტორი გამხდარიყო მშვიდობიანი კავკასიის იდეის რეალიზების საქმეში.

სისტემის განვითარების ინტელექტუალური უზრუნველყოფისთვის შეიქმნა **ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი**, ხოლო

დაავადებათა გავრცელების მონიტორინგისა და პრევენციისთვის — **დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი**. ამ ორი სრულიად ახალი ფუნქციებით აღჭურვილი დაწესებულების საქმიანობამ ბევრ სხვა სიკეთესთან ერთად შესაძლებელი გახადა 1998 წლიდან დაწყებულიყო „**ეროვნული მოხსენების საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ**“ ყოველწლიური გამოცემა, რომელიც შესაბამისი წლის სტატისტიკური მონაცემების სრულყოფილი ანალიზის საფუძველზე მზადდებოდა და დიდი სარგებლობა მოჰქონდა სახელმწიფოს პოლიტიკის სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრასა და შედეგების შეჯამებაში.

ეროვნული მოხსენების საფუძველზე გადაიდგა შემდგომი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი — **შემუშავდა და 1999 წელს დამტკიცდა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“** და **„საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ბანკითარების 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.

განსაკუთრებულად უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ინსტიტუციონალური რეფორმებით, ინოვაციური იყო არა მხოლოდ ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებს, არამედ ზოგადად აღმოსავლეთ ევროპის პოსტ-სოციალისტურ ქვეყნებს შორისაც. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის წარმატებაში მნიშვნელოვანი როლი შეარულა საქართველოს მეგობარი ქვეყნების — აშშ-ის, გერმანიის, იაპონიის, დიდი ბრიტანეთის, შვედეთის, ნორვეგიისა და სხვათა მთავრობებისა

და არასამთავრობო ორგანიზაციების, ავტორიტეტული საერთაშორისო ინსტიტუტების — ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, გაეროს ბავშვთა ფონდის, მსოფლიო ბანკისა და სავალუტო ფონდის ინტელექტუალურმა და ფინანსურმა მხარდაჭერამ.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციამ შესაძლებელი გახადა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის შეჩერება და მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ქაოტურად შექმნილი ბაზრის მოწესრიგების დაწყება.

საბოლოო ჯამში, საჭარბოვანოში ჩამოყალიბდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი, რომელიც აბეზულო 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 შეემცირობინა ის დანახარჯები, რომლებიც შეიძლება მოჰყვეს მის მკურნალობას.

2003 წლის ცნობილი მოვლენების შედეგად შეიცვალა საქართველოს პოლიტიკური ხელმძღვანელობა. ახალმა მთავრობამ უარი თქვა სოციალური დაზღვევის სისტემის ბისმარკის მოდელზე, რომელიც ყველაზე უკეთ ახდენს ჯანდაცვის სექტორისათვის დამატებითი სახსრების მობილიზებას და, შესაბამისად, მდგრად დაფინანსებას და გადავიდა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯი) მოდელზე, რითაც შეიწირა საქართველოში სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარების საწყისი ჩანასახები.

ცვლილებები შეეხო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემასაც. სა-

ზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი შეერწყა დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს და ჩამოყალიბდა დასამაღმბათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მროვნული ცენტრი, რამაც შეასუსტა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლი და მნიშვნელობა, რადგან დაავადებათა კონტროლის ცენტრი მხოლოდ ინსტრუმენტია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში. შედეგად — შემცირდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართ ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლების მხრიდან ყურადღება. უფრო მეტიც, გაუქმდა სანიტარიული ზედამხედველობის სამსახური და მისი ცალკეული ფუნქციები სხვადასხვა სამინისტროებსა და უწყებებში გადანაწილდა. სამსახურის გაუქმების გამო ზედამხედველობის გარეშე დარჩნენ სხვადასხვა ობიექტები (მაგ., სამედიცინო ორგანიზაციები, სტომატოლოგიური კაბინეტები, სილაპაზის სალონები), სადაც შესუსტდა სერვისის მიწოდების ხარისხისა და უსაფრთხოების ნორმებზე კონტროლი.

იმ დროს, როდესაც საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მეტი აქცენტი კეთდება მკურნალობაზე, ვიდრე პრევენციაზე, მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პრევენციული მედიცინის აღიარება ჯანდაცვის სისტემის განვითარების უმთავრეს პრიორიტეტად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ჰოსპიტალური სექტორისა და პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების შემდგომი კოორდინირებული განვითარება, სახელმწიფო და კერძო სექტორების პარტნიორობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორის განვითარებაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლი განსაკუთრებით იზრდება თანამედროვე გლობალიზებულ სამყაროში, როდესაც აქტუალური გახდა ინფექციური დაავადებების ეპიდემიები და პანდემიები. გლობალიზებულ სამყაროში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გამოწვევები სცდება ეროვნულ საზღვრებს და ინტერესებს, ვინაიდან მას გააჩნია უდიდესი

გლობალური პოლიტიკური და ეკონომიკური შედეგები. შესაბამისად, თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა განიხილება გლობალურ კონტექსტში და მოითხოვს საერთაშორისო რეგულაციებს, მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებს შორის კოორდინირებულ თანამშრომლობაზე დაფუძნებულ ტრანსნაციონალურ ქმედებებს და გადაწყვეტილებებს.

იმის გათვალისწინებით, რომ ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა უპირატესად საზოგადოებრივი სიკეთეა, ვიდრე კერძო, ინდივიდუალური სერვისი, ინფექციური დაავადებების ეპიდემიების ხანა მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დონისძიებების როლის ზრდას და ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის თანამშრომლობის შემდგომ გაღრმავებას.

ერთიანმა ნაციონალურმა მოქრობამ უარი თქვა 1995 წელს შემუშავებულ ჰოსპიტალური სექტორის რეორგანიზაციის გეგმაზე, რომელიც ითვალისწინებდა სამედიცინო ორგანიზაციების მისაკუთრების სხვადასხვა ფორმის კონკურენციას. ასევე, ამოღებულ იქნა 1995 წელს შექმნილი სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები, რომელიც აგებული იყო მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდზე (DRG). **საავადმყოფოები კერძო სადაზღვევო და ფარმაცევტულ კომპანიებს გადაეცა იმ პირობით, რომ მათ უნდა განეხილებინათ ან აეშენებინათ თანამედროვე დონის საავადმყოფოები.** გამომდინარე იქიდან, რომ ერთ მუნიციპალიტეტში ერთი სადაზღვევო კომპანია იყო წარმოდგენილი, კონკრეტული სადაზღვევო კომპანიები „კანონიერ“ მონოპოლისტებად გადაიქცნენ შესაბამის რაიონში. გარდა ამისა, **დაზღვეულს ჩამოერთმევა არამარტო სადაზღვევო კომპანიის, არამედ მისთვის სასურველი სამედიცინო ორგანიზაციის არჩევის უფლება, რადგან პა-**

ციენტი იძულებული გახდა, შემოფარგლულიყო მხოლოდ მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით, რომელსაც ეს სადაზღვევო კომპანია ახორციელებდა თავისივე საკუთრებაში მყოფ კლინიკაში. ამით დაირღვა „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“. მონოპოლიების არსებობამ, ერთი მხრივ, ხელი შეუწყო სამედიცინო მომსახურებებზე ფასების ზრდას და, მეორე მხრივ, საფრთხეს უქმნიდა მომსახურების ხარისხს და ზღუდავდა სამედიცინო სერვისების თავისუფალი არჩევანის უფლებას.

2012 წელს ხელისუფლებაში მოსულმა ახალმა პოლიტიკურმა პარტიამ — „ქართული ოცნება — დემოკრატიული საქართველო“ საგრძნობლად გაზარდა ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების მოცულობა, გააუქმა სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვაში და ახლადშექმნილი „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის“ განხორციელება დააკისრა სოციალური მომსახურების სააგენტოს, რითაც მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობა.

„ქართული ოცნების“ მმართველობის პერიოდში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად საავადმყოფოების ოპტიმიზაციის პროცესის შეფერხებაა. ბოლო წლებში სამედიცინო ბაზარზე მომრავლებული საავადმყოფოები, რომელთა უმრავლესობის დაფინანსების ძირითადი წყაროა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. თითქოს მხოლოდ იმიტომ შეიქმნენ, რომ სახელმწიფოს ისედაც მწირი რესურსების ხარჯზე ეარსებათ. სწორედ ასეთი „ახალგამომცხვარი“ წვრილი საავადმყოფოების ზრდა და მათი ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში განაპირობებს ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების ზრდას და პროგრამით გათვალისწინებული ბიუჯეტის ყოველწლიურ ათეულმილიონიან დეფიციტს.

სტატისტიკური ინფორმაციით, 2011 წლიდან 2018 წლის ჩათვლით საავადმყოფოების რაოდენობა 229-დან 272-მდე გაიზარდა. დღეისათვის საქართველოში 1 მილიონ მოსახლეზე 79 საავადმყოფოა, რაც ძალიან მაღალი მაჩვენებელია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. ჭარბი სამედიცინო ინფრასტრუქტურა ხშირ შემთხვევაში მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების გათვალისწინების გარეშე იქმნება. საწოლთა ფონდის დატვირთვა მხოლოდ 47%-ია, მაშინ, როდესაც რენტაბელობის უზრუნველსაყოფად ეს მაჩვენებელი მინიმუმ 80% უნდა იყოს. საწოლთა არასათანადო დატვირთვა ზრდის მომსახურების ხარჯს და ამცირებს ხარისხს, რადგან პატარა კლინიკების განვითარების და მაღალტექნოლოგიურ აღჭურვილობაში ინვესტიციების შესაძლებლობა დაბალია. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ საავადმყოფოების სიჭარბე ზრდის ადმინისტრაციულ ხარჯებს, რაც, საბოლოო ჯამში, განაპირობებს მომსახურების ფასის ხელოვნურ გაზრდას.

ხარისხიანი და ხარჯეფექტური სერვისის მიღების ერთ-ერთი მექანიზმია ქვეყანაში აქტიური შესყიდვისა და სამედიცინო დაწესებულებების სელექტიური, ანუ შერჩევითი კონტრაქტირების მექანიზმების დანერგვა. იგი გულისხმობს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის განსახორციელებლად იმ სამედიცინო დაწესებულებების კონტრაქტირებას, რომლებიც ფუნქციონირებენ განსაზღვრული სტანდარტებით. საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების სელექტიური კონტრაქტირება სამშობიარო სახლებიდან დაიწყო. აუცილებელია სელექტიური კონტრაქტირების დანერგვა სხვა პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებშიც.

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების შედეგზე დაფუძნებული

დაფინანსების მეთოდების — გლობალური ბიუჯეტი და დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG) — დანერგვა, რაც ამცირებს სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის მიერ დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე საკუთარი შემოსავლების ზრდას.

მიზანშეწონილია ქვეყანაში სოციალური დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობა, სადაც პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობაზე თანაბრად და სამართლიანად გადანაწილდება სახელმწიფოზე, დამქირავებელსა და დაქირავებულზე. სოციალური დაზღვევის სისტემა უკეთ უზრუნველყოფს ხარჯების შეკავებას და ხელს უწყობს ნებაყოფლობითი დაზღვევის შევსებითი ფორმების განვითარებას. იგი გულისხმობს სამედიცინო დანართების იმ სახეების დაფინანსებას, რომლებიც საერთოდ არ შედიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ან შედიან, მაგრამ დამატებითი დაზღვევით პაციენტს უჩნდება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის თავისუფალი არჩევის უფლება, რაც ამცირებს გეგმური სამედიცინო მომსახურების ან სპეციალისტთან კონსულტაციის ლოდინის პერიოდს.

საჭიროა საკუთრების სხვადასხვა ფორმების, როგორც სახელმწიფო, მუნიციპალური, კერძო მომგებიანი, ასევე არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების და კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის განვითარების ხელშეწყობა. ამით გაიზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების საკუთრების ფორმებს შორის კონკურენცია, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტის მიერ მისთვის სასურველი, ფინანსურად ხელმისაწვდომი სამედიცინო დაწესებულების არჩევის შესაძლებლობას, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებას.

რესურსების ხარჯთეფექტიანად გამოყენების უმთავრესი მექა-

ნიშნია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა და ამ სერვისებზე მოთხოვნილების გაზრდა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. პრევენციული ღონისძიებები ნაკლებად ხარჯიანია, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, რადგან გაცილებით იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა.

2003 წლიდან შეიცვალა მიდგომა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის მიმართ, რომლის მიხედვით სამედიცინო ბაზარი თვითრეგულირების მექანიზმებს უნდა დაყრდნობოდა, ხოლო სამედიცინო პერსონალს თვითგანვითარების პრინციპებით უნდა ეხელმძღვანელა. შედეგად, 2006 წლიდან სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლება სავალდებულო პირობას აღარ წარმოადგენდა, რადგან გაუქმდა ექიმთა რესერტიფიცირების მექანიზმი.

დღეისათვის დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის დამატურებელი სერტიფიკატი გაიცემა უვადოდ და ამ სერტიფიკატზე არ არის მიბმული მისი მიღების შემდგომ პროფესიული განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების (ან შენარჩუნების) კრიტერიუმები. ექიმს არ ევალუება რესერტიფიცირების გავლა ან კრედიტ-ქულების დაგროვება. დღევანდელ მსოფლიოში ძნელად თუ მოიძებნება ქვეყანა, რომელშიც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მიმნიჭებელ სერტიფიკატს თუ ლიცენზიას პერიოდული განახლება არ ესაჭიროებოდეს უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემაში მონაწილეობის გარეშე. **ამიტომ საქართველოში მოქმედი სამედიცინო განათლების სისტემა** (დიპლომამდელი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) **საჭიროებს ცვლილებებს,**

სადაც გათვალისწინებული იქნება 1996 წელს შემუშავებული სამედიცინო განათლების რეფორმის კონცეფცია (სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულობა), რომელიც ეყრდნობოდა მსოფლიოში არსებულ თანამედროვე გამოცდილებას.

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. სტრატეგიის შემუშავების პროცესში ჩართული უნდა იყოს დაინტერესებული მხარეების ფართო წრე. გრძელვადიანი პოლიტიკის განსაზღვრა ჯანმრთელობის დაცვის ზეპარტიული კონსენსუსის თემა და საგანი უნდა გახდეს. მიუხედავად მთავრობების ცვლისა, სტრატეგიული კურსი კარდინალურად არ უნდა იცვლებოდეს და მიღწეულის უარყოფა პოლიტიკური კონიუნქტურის ცვლილების გამო არ უნდა ხდებოდეს.**

საქართველოს მოქალაქეები იმსახურებენ მაღალი ხარისხის, კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების მიღების უფლებას, რომელიც საქართველოს კონსტიტუციითაა გარანტირებული.

ქართველ ერს უძველესი თვითმყოფადი სამედიცინო კულტუ-

რა და ტრადიციები გააჩნია, რომლის განუყოფელი და მნიშვნელოვანი ნაწილია ქართული მედიცინა. მდიდარი და მრავალფეროვანი ქართული მედიცინა ყოველთვის შეესაბამებოდა ეპოქის მოთხოვნილებებს და წარუწავდა ქვეყნის ადამიანური კაპიტალის გაზრდაზე, რომელიც საზოგადოების თითოეული წევრის განათლების დონითა და ჯანმრთელობის მდგომარეობით განისაზღვრება.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- ბაგჟალიძე ა., ვასაძე მ.** — საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა საუკუნეთა მიჯნაზე (მოკლე ისტორიული მიმოხილვა). — თბილისი, 2003.
- ბელბახიანი პ., ჟღენტო მ., ტატიშვილი ი.** — მედიცინის განვითარება საქართველოში და ქართველი ექიმები. — თბილისი, „მეცნიერება“, 1971.
- ვერულავა თ., ჯორბენაძე რ.** — საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა დამოუკიდებლობის პერიოდში — 1918-1921 წლები. — თბილისი, 2018.
- სააკაშვილი მ., ბელაშვილი ა., ჭიჭიშვილი ლ., ჩხეიძე ც.** — საქართველოს მედიცინის ისტორია, XIX საუკუნე. — თბილისი, „საბჭოთა საქართველო“, 1960.
- შენბელია მ.** — ქართული მედიცინის ისტორია. — თბილისი, „განათლება“, 1970.
- შენბელია რ.** — მედიცინის ისტორია და ზოგადი თეორია. — თბილისი, 2012.



საქონელი ჯორჯენაკი

დაიბადა 1950 წელს 31 ოქტომბერს ლანჩხუთის რაიონის სოფელ ჩიბათში.

1974 წელს დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტი.

1974-1975 — თბილისის | კლინიკური საავადმყოფოს ექიმი-ინტერნი;

1975-1976 — თბილისის 29-ე პოლიკლინიკის ექიმი-თერაპევტი;

1976-1978 — სამხედრო ნაწილის ექიმი;

1978-1982 — თბილისის | კლინიკური საავადმყოფოს ექიმ-რენტგენოლოგი;

1980-1982 — თბილისის, 26 კომისარის სახელობის რაიონის რაიონული საბჭოს დეპუტატი;

1982-1986 — თბილისის | კლინიკური საავადმყოფოს მთავარი ექიმის მოადგილე სამკურნალო დარგში;

1986-1991 — თბილისის სახალხო დეპუტატთა საქალაქო საბჭოს აღმასკომის წარმრთელობის დაცვის სამმართველოს უფროსის | მოადგილე;

1991-1992 — თბილისის სახალხო დეპუტატთა საქალაქო საბჭოს აღმასკომის წარმრთელობის დაცვის სამმართველოს უფროსი;

1992 წლის 8 იანვრიდან 1993 წლის 26 მარტამდე — საქართველოს რესპუბლიკის წარმრთელობის დაცვის მინისტრის მოადგილე;

1992-1993 წლებში — აფხაზეთის ფრონტის სამხედრო-სამედიცინო სამსახურის ხელმძღვანელი;

1993 წლის 26 მარტიდან 1993 წლის 19 ოქტომბრამდე — სახელმწიფოს მეთაურის სახელმწიფო უზრუნველყოფის სამსახურის უფროსის მოადგილე;

1993 წლის 19 ოქტომბრიდან 1999 წლის 10 დეკემბრამდე — საქართველოს რესპუბლიკის წარმრთელობის დაცვის მინისტრი;

1999 წლის 10 დეკემბრიდან 2001 წლის 22 დეკემბრამდე — საქართველოს შრომის, წარმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი;

2001 წლის 22 დეკემბრიდან 2003 წლის 27 ნოემბრამდე — სახელმწიფო მინისტრი;

2002 წელს — „დსთ“-ს ქვეყნების მთავრობის თავმჯდომარეების საბჭოს თავმჯდომარის მოადგილე;

2002-2003 — საზოგადოებრივ-პოლიტიკური გაერთიანება „მოქალაქეთა კავშირის“ თავმჯდომარე;

2011-დან დღემდე — აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუღებელი კარდიოლოგიის ცენტრის სამედიცინო საბჭოს თავმჯდომარე;

2000 წლიდან — ქალაქ სკრენტონის (პენსილვანია, აშშ) საპატიო მოქალაქე.

2020 წლიდან — თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საპატიო დოქტორი

2022 წლიდან — ბათუმის საპატიო მოქალაქე

ადგილობრივი და საერთაშორისო სამეცნიერო და საზოგადოებრივი გამოცემების სარედაქციო კოლეგიების წევრი.

1 გამოგონების, 1 წიგნის და 31 გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომის ავტორი.

დაჯილდოებულია ვახტანგ გორგასლის მეორე ხარისხის ორდენით (1994).