

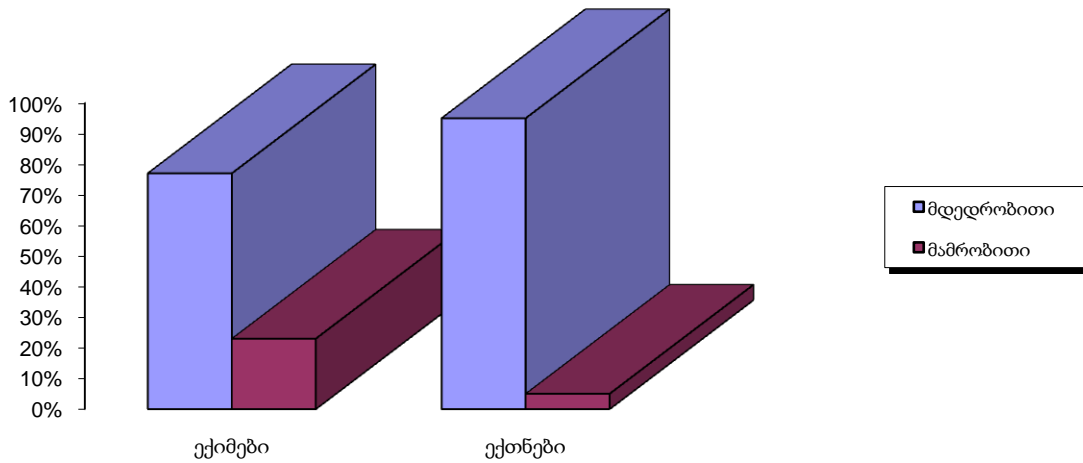
## **გენდერული პარადოქსები ჯანმრთელობაში**

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გენდერულ თემატიკაზე მსჯელობა გარკვეული სტერეოტიპით მიმდინარეობს. იგი უფრო მეტად ქალთა უფლებების დაცვასთან დაკავშირებით აღიქმება, მაშინ როდესაც საზოგადოების ყველა სფეროში გენდერული პარამეტრების ინტეგრირება ხელს უწყობს მოსახლეობის კეთილდღეობის ზრდას. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გენდერული ასპექტების გათვალისწინება მომხმარებელთა მრავალფეროვანი მოთხოვნისა და მაღალი ფასეულობის მიღების უზრუნველყოფის მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

**ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაში ქალთა მონაწილეობა მინიმალურია**

საქართველო გენდერული ინდექსის მიხედვით მსოფლიოში 134 ქვეყნიდან 84 ადგილზეა, რაც განპირობებულია ჯერ კიდევ არსებული გენდერული დისბალანსით ქვეყანაში. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს გენდერული დისპროპორცია ქვეყნის მმართველობით პროცესებში. მიუხედავად ქალთა განათლებისა და კვალიფიკაციის მაღალი პროცენტული მაჩვენებლისა, დასაქმებულ ქალთა რიცხვი უმეტესად დაბალ თანამდებობრივ საფეხურებზეა წარმოდგენილი. მათვის ე.წ. „მაღალი ჭერი,, ანუ იერარქიული ტოპ მენეჯერული პოზიციზე დაკავება რთულად მისაწვდომია.

მაგალითად, ქალები სამედიცინო მომსახურების სფეროში უფრო მეტი რაოდენობით არიან დასაქმებულნი, ვიდრე მამაკაცები, თუმცა ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის შემუშავებისა და განხორციელების პროცესებში მათი მონაწილეობა მნიშვნელოვნად შეზღუდულია. რეალურად ქალები გადაწყვეტილების მიმღებნი არ არიან /იშვიათი გამონაკლისის გარდა/.



სურათი:1

### გენდერული განსხვავებულობა ჯანმრთელობის სფეროში

მკვეთრად გამოკვეთილია გენდერული განსხვავებულობა ჯანმრთელობის სფეროში- მიიჩნევენ ამერიკელი მეცნიერები ქლოე ბირდი და პატრიცია რეიკერი .მათი აზრით განსხვავებულობის მიზეზი არა მარტო ბიოლოგიურია, არამედ სოციალური და ფსიქოლოგიურია. ამიტომ გენდერული განსხვავებულობის მიზეზები კომპლექსურად უნდა იქნეს შესწავლილი. ქალისა და მამაკაცის სოციალური სტატუსი დიდ გავლენას ახდენს მათ ქცევაზე და დამოკიდებულებაზე ჯანმრთელობასთან მიმართებაში და ნათლად წარმოაჩენს გენდერული განსხვავებულობის ობიექტურ მიზეზებს.<sup>2</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის სათანადო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ერთნაირად მტკივნეულია როგორც მამაკაცებისათვის, ასევე ქალებისათვის. თუ რამდენად პრიორიტეტულია ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობების გაუმჯობესება მოსახლეობისათვის კარგად გამოჩნდა საქართველოში ეროვნული დემოკრატიული პარტიის მიერ 2010 წელს ჩატარებულ კვლევაში. მნიშვნელოვან ეროვნული პრობლემათა დასახელებისას გამოკითხულ რესპოდენტთა მიერ ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა მეხუთე ადგილზე აღმოჩნდა.

რესპოდენტების მიერ პრობლემები შემდეგნაირად იქნა შეფასებული: სამსახური 57%, ტერიტორიული მთლიანობა 49%, სიღარიბე 23% , პენსიები 19%, ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა 23 % . ამავე გამოკითხულ რესპოდენტთა 50% რომ თვლის , რომ ქართული პოლიკური ესტებლიშმენტი არასაკმარისად მუშაობს ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების პრობლემებზე<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზა

<sup>2</sup> Cloe Bird , Perri Rieker, 2008

<sup>3</sup> NDI ,Georgia survey 2010

ზოგადად განსხვავებულია ქალისა და მამაკაცის დამოკიდებულება ჯანმრთელობის პრობლემებთან მიმართებაში. გენდერული ასპექტები ჯანმრთელობის დაცვაში უპირატესად ითვალისწინებს ორსულთა, ახალშობილთა და მშობიარეთა, ბავშვთა ჯანდაცვას, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უზრუნველყოფას არა მარტო ქალებში ასევე მამაკაცებში, კონტრაცეფციის, აბორტისა და ორგანულ დაავადებათა ადრეული გამოვლენასა მათ მკურნალობას. საქართველოში ჩატარებული გამოკვლევები წარმოაჩენენ მოსახლეობის დაავადებათა გენდერულ და ასაკობრივ მაჩვენებლებს, რომლის მიხედვით ქალთა ქრონიკული დაავადების პროცენტული მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე მამაკაცთა, შედარებით ნაკლები განსხვავებაა მწვავე დაავადებათა მონაცემებში. ქრონიკულ დაავადებებში ასევე მაღალია ხანდაზმულ ქალთა წილი ვიდრე მამაკაცებში/ 60 წელს გააცილებულთა შორის 74% მამაკაცები, ხოლო 85% ქალები არიან.

ქრონიკულ და მწვავე დაავადებათა გენდერული და ასაკობრივი მაჩვენებელი პროცენტებში:<sup>4</sup>

|                   |      |       |      |          |
|-------------------|------|-------|------|----------|
| <b>ქრონიკული</b>  | 0-14 | 15-60 | 60+  | მთლიანად |
| <b>მამაკაცები</b> | 10,5 | 32,9  | 74,2 | 36,0     |
| <b>ქალები</b>     | 9,7  | 39,1  | 85,3 | 45,8     |
| <b>მწვავე</b>     | 0-14 | 15-60 | 60+  | მთლიანად |
| <b>მამაკაცები</b> | 14,0 | 10, 1 | 15,0 | 11,8     |
| <b>ქალები</b>     | 11,5 | 10,6  | 18,6 | 12,7     |

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჯერ კიდევ დაბალია მამაკაცთა პასუხისმგებლობა და ჩართულობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში. ბოლო პერიოდში მნიშვნელოვნად გაიზარდა სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა რიცხვი და მათი მიზეზით გამოწვეული უშვილობის პროცენტული მაჩვენებელი. აივ ინფიცირებულ ქალთა 90%-ზე მეტი ინფიცირებულია პარტნიორის მიერ.

**ჯანმრთელობის დაცვისადმი ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობები გენდერული ნიშნის მიხედვით განსხვავებული არ არის**

საქართველოში ქალი უფრო მეტ ინიციატივას იჩენს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე. მისი, როგორც პაციენტის პასუხისმგებლობა უფრო მაღალია. ძირითადად ის ზრუნავს არა მარტო საკუთარ ჯანმრთელობაზე, არამედ ბავშვების ჯანმრთელობის დაცვაზეც. თუმცა ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით გენდერული განსხვავებულობა შედარებით ნაკლებია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. ქალსა და მამაკაცსაც ერთნაირი პრობლემები აქვთ ჯანმრთელობის დაცვის ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით. აქ განიხილება როგორც სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, ასევე დასაქმებულები და თვითდასაქმებულებიც.

<sup>4</sup> Georgia health utilization and expenditure SURVEY (HUES) Results from two rounds of a household survey on the use of health services and expenditure on health, December 2010. P: 7

მიუხედავად იმისა, რომ შვედეთი გენდერული თანასწორობის პოლიტიკის მაღალ საფეხურზე დგას, გენდერული განსხვავებულობა ჯანმრთელობის სფეროში იქ მაინც არსებობს. 2006 წლის შვედეთში გამოცემულ წიგნში „გენდერული თანასწორობის პოლიტიკა ჯანმრთელობის სფეროში“, მოცემულია, რომ შვედი მამაკაცები უფრო მეტად არიან ჩართული საკუთარი სამედიცინო გამოკვლევების ჩატარების პროცესებში, ხშირად გადიან პრევენციული მკურნალობის კურსს, ვიდრე ქალები. თუმცა დაავადების ინტენსიურობის მაჩვენებელი ქალებში უფრო მაღალია. მამაკაცებისაგან განსხვავებით ქალებს, ნაკლებად აქვთ შესაძლებლობები უფრო მეტი ძალიხსმევა მიმართონ ჯანმრთელობის დაცვაზე. ავტორის აზრით ეს განპირობებულია მამაკაცთა უფრო მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსით ქვეყანაში, რადგანაც დაზღვევის არსებული სისტემა ქვეყანაში ძირითადად მოსახლეობის შემოსავლებზეა დამოკიდებული.<sup>5</sup>

### **ქალი მომხმარებელი ფარმაცევტული ბაზარზე**

გენდერული თვალთახედვით განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს ფარმაცევტული ბაზარზე არსებული ვითარება. ქალისა და მამაკაცის, როგორც მომხმარებლის დამოკიდებულება წამლების მოხმარების თვალსაზრისით მკვეთრად განსხვავებულია. ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე შეიჩნევა წამლებისადმი ქალთა დამოკიდებულობის ზრდის ტენდენცია. ხშირია ისეთი წამლების გამოყენების რისკი ქალებში, რომლებიც სახიფათოა ჯანმრთელობისათვის. საქართველოში გამოვლენილია ბევრი პრეპარატი, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობაზე. მსოფლიოში ჩატარებული გამოკვლევები მიუთითებენ, რომ ქალები უფრო ადვილად ექცვიან რეკლამის ზეგავლენის ქვეშ, რასაც მოყვება ფარმაცევტული პროდუქტების გამოყენება თვითმკურნალობის მიზნით. ხშირია არასაიმედო პრეპარატების თვითნებურად მიღების ფაქტები ქალებში. რეკლამის გავლენით დედები ყიდულობენ ისეთ პრეპარატებს, რომლებიც ბავშვთა ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო არ არის. აუცილებელია მეტი კონტროლი ქალებისათვის განკუთვნილი წამლების რეკლამაზე. მრავალი შემთხვევა არის დაფიქსირებული, თუმცა გამოკვლევები ამ მიმართულებით საქართველოში ნაკლებად ხორციელდება.

### **გენდერული ასპექტები არ არის გათვალისწინებული დაზღვევის პროცესში**

კვლევები ამ მიმართულებით არ განხორციელებულა საქართველოში. ხოლო ემპირიული, ძალიან მწირი მასალა ვერ ასახავს რეალურ ვითარებას სადაზღვევო ბაზარზე.

საქართველოს სადაზღვევო კომპანიებისათვის გენდერული თემატიკა პოპულარული არ არის. არ არსებობს დაზღვეულთა გენდერულად სეგრეირებული მონაცემთა ბანკი და ნაკლებად არის შესწავლილი სქესის ნიშნით მომხმარებელთა საჭიროებები. თუმცა, აპრიორულად არსებობს შეხედულება, რომ საქართველოში დაზღვეულთა უმეტესობა ქალებია და მამაკაცებთან შედარებით უფრო მეტი სიხშირით მიმართავენ სამედიცინო

<sup>5</sup> Health Implications of the Swedish Gender Equality, Policy, Sisko Bergendorff, Claudia, 2006 , p:9, 14.

მომსახურებას. სამედიცინო დაზღვევის ჯგუფის `არქიმედეს გლობალ ჯორჯია` არსებული ინფორმაციით კორპორატიულ დაზღვეულთა შორის უმეტესობა ქალებია. მაგალითად კომპანიაში 67 ათასი ქალია დაზღვეული, აქედან 53 % ქალია, 47 % მამაკაცი.<sup>6</sup> სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებში ქალების მიმართ ინტერესი რეპროდუქციულ ფუნქციის განხორციელების შესაძლებლობებს უკავშირდება, თუმცა ასევე მნიშვნელოვანია მათვის ქალური დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკა და შემდგომი მკურნალობა. ბოლო პერიოდში ქალთა და მამაკაცთა დაავადების სკრინინგი ხორციელდება, მაგრამ მაინც მაღალია სიკვდილიანობის მაჩვენებელი სხვადასხვა დაავადებათა შორის.

სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ხანდაზმულთა დაზღვევა. როგორც ცნობილია 60-წელს გადაცილებულთა უმრავლესობას ქალებს წარმოადგენს. სახელმწიფო უფასო მკურნალობას სთავაზობს მხოლოდ 4 სამედიცინო პროგრამის ფარგლებში. მთელი რიგი დაავადების შემთხვევაში ამ ასაკის პაციენტები თუნდაც მაღალი შემოსავლების ჯანმრთელობის პროგრამის გარეშე რჩებიან. საქართველოში არ არის გამოკვლეული ფინანსური ხარჯთაღრიხვა ქალებისა და მამაკაცების სადაზღვევო პაკეტის. ექსპერტები დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ასაკს, მიჩნეულია, რომ ქალის ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე ჯანმრთელობის ფინანსური დანახარჯი განსხვავებულია. ფინანსური დანახარჯების ანალიზი არც ასაკობრივ სეგმენტშია ჩატარებული.

აშშ-ში ჯანმრთელობის სადაზღვევო სფეროში განხორციელებული ბოლო რეფორმა რევილუციურ გარდაქმნად იქნა შეფასებული. გენდერული განსხვავებულობა დიდ გავლენას ახდენდა სადაზღვევო პაკეტის ღირებულების შეფასებისა. ქალთა სადაზღვევო ინდივიდუალური პაკეტის ღირებულება /40%-ით/მნიშვნელოვნად აჭარბებდა მამაკაცთა სადაზღვევო პაკეტის ღირებულებას, რადგანაც მათი აზრით ქალებში ავადმყოფობის რისკი უფრო მეტია, ვიდრე მამაკაცებში. აშშ-ში სახელმწიფოს რეგულირების გაძლიერებამ ძირეული ცვლილებები შეიტანა ამ თვალსაზრისით. გენდერული დისკრიმინაციული ფონი ეტაპობრივად 2014 წლიათვის აღმოფხვრილი უნდა იქნეს. აღნიშნული ცვლილებები სადაზღვევო სფეროში ამერიკის კონგრესის მიერ რატიფიცირებული იქნა. ჯანმრთელობის დაზღვევის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებების გაზრდას სერიოზული კრიტიკის ქარცეცხლი მოყვა, ისევე როგორც დიდი მხარდაჭერა. სადაზღვევო კომპანიები შეზღუდული იქნებიან დააწესონ განსხვავებული ტარიფები გენდერული ნიშნის მიხედვით. სადაზღვევო რეფორმამ ჯანმრთელობის დაცვის სერიოზული გარანტიები მისცა ქალებს, რაც სოციალური დაცვის თვალსაზრისით წინგადგმული ნაბიჯია. სახელმწიფოს მხარდაჭერა და სოციალურად ორიენტირებული პოლიტიკის ტენდენციები აშკარად სახეზეა.

<sup>6</sup> [www.resonancedaily.com/index.php?id\\_rub=2&id](http://www.resonancedaily.com/index.php?id_rub=2&id)

## დასკვნა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში მრავალი წელია რეფორმების რეჟიმში მუშაობს. რეფორმებმა მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიეს მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსზე. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში არ არსებობს დე იურე ფაქტები გენდერული დისკრიმინაციისა, ჯანმრთელობის დაცვისპოლიტიკაში გენდერული პრობლემები ნაკლებად არის გათვალისწინებული. სადაზღვევო ბაზარზე არსებული სიტუაცია გენდერული თვალსაზრისით შესწავლილი არ არის, ხოლო სადაზღვევო კომპანიების დამოკიდებულება ამ პრობლემისადმი ინდიფერენტალურია. სადაზღვევო ბაზარზე გარკვეული არ არის გენდერული იდენტურობის გავლენა მომხმარებელზე. დაზღვეულთა უკმაყოფილება თუ კმაყოფილება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის მიზნობრივი ჯგუფის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაზე. არ არსებობს გენდერულად სეგრეგირებულ მიზნობრივ მომხმარებელთა ბაზა, არ მიმდინარეობს კვლევები ფარმაცევტულ ბაზარზე ამ მიმართულებით. გენდერულად სენსიტიური სადაზღვევო პაკეტები მომხმარებელთა სტიმულირების ხელშემწყობია. ჯერ კიდევ არა რის იდენტიფიცირებული გენდერული სტატისტიკური მონაცემები, დისეგრირებული მასალები. და ბოლოს რა ფინანსური სარგებლის მოტანა შეუძლია გენდერული განზომილების ჩართვას ჯანმრთელობის სადაზღვევო სისტემაში? აღნიშნულ პრობლემების გადაჭრის გარეშე წარმოდგენილია ჯანმრთელობის სისტემის გაუმჯობესება.

## ლიტერატურა

1. არაგადმდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის მექანიზმების შეფასება პირველად ჯანდაცვაში, 2009 თბილის
2. Georgia health utilisation and expenditure SURVEY (HUES) Results from two rounds of a household survey on the use of health services and expenditure on health, December 2010
3. Jacobson J.L., Women's Reproductive Health: the silent emergency, (Worldwatch Paper 102), Washington, Worldwatch Institute, 1991, pp18-20.
4. Bird C, Perri P., "The Effects of Constrained Choices and Social Policies", 2008, pp:
5. Bergendorff S. Health Implications of the Swedish Gender Equality Policy, 2006, p:9, 14
6. Kotz D., Health Reform: Where Women Stand to Gain, Kotz, 2011
7. Results of a April 2010 survey carried out for NDI by CRRC, Georgia survey 2010
8. Wolfers, I., Harden, A., and Janssen, J., Marketing Fertility: Women, Menstruation and the Pharmaceutical Industry, Amsterdam, WEMOS International Group on Women and Pharmaceuticals, 1989, p9.
9. [www.resonancedaily.com/index.php?id\\_rub=2&id](http://www.resonancedaily.com/index.php?id_rub=2&id)
10. [www.sciencedaily.com/releases/2011/05/110511074809.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2011/05/110511074809.htm)