

## ჯანმრთელობის რეფორმის ბენეფიციური ასპექტები საქართველოში

Policy Briefing Paper - September 2010

მიმოხილვითი ნაშრომი - სექტემბერი 2010

### 1. შესავალი

ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ხელშეწყობა გენდერული თანასწორობის მიღწევის მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ქალთა უფლებამოსილების გაზრდა, ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ათასწლეულის მიზნების ის მიმართულებებია, რომელთა განხორციელების ვალდებულება 189 ქვეყანასთან ერთად საქართველოს მთავრობამაც აიღო.

მსოფლიოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია /WHO/ მოუწოდებს ქვეყნებს, განსაკუთრებული ზრუნვა გამოიჩინონ ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის. მსოფლიოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის ხელმძღვანელი მარგარეტ ჩენი მიიჩნევს, რომ “აუცილებელია ფინანსური და ადამიანური რესურსების მაქსიმალური მობილიზაცია, რადგან ინვესტიცია ჩადებული ქალთა ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობად არის ინვესტიცია კაცობრიობის პროგრესის სასარგებლოდ”.<sup>1</sup>

### 2. სიტუაციის აღწერა

2010 წლის მონაცემებით საქართველოში 2,327,5 ათასი ქალი (52%) და 2,108,9 ათასი მამაკაცი ცხოვრობს<sup>2</sup>. მათი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლიობა სხვა ქვეყნებთან შედარებით მაღალია: მამაკაცის - 68 წელი, ხოლო ქალის - 77 წელი.

ეკონომიკაში ქალთა მონაწილეობის დონე 60%-მდეა და 10 %-ით ჩამორჩება მამაკაცთა მონაწილეობის დონეს. მნიშვნელოვნად გაიზარდა ქალის მიერ ოჯახში გაწეული შრომაც, რაც ქალის მიერ ორმაგი დატვირთვის გამოვლენას.

საყოველთაოდ არის ცნობილი, რომ ქალები ჩართულნი არიან ე. წ. ზრუნვის ეკონომიკაში/ Care Economy/<sup>3</sup> მათ მსრებზეა ორმაგი დატვირთვა, რომელსაც ისინი ეწევიან ოჯახსა და

<sup>1</sup> ამერიკის მთავრობის ქალთა ჯანმრთელობის სამსახურის /OWH/ ჯანმრთელობისა და ჰუმანური მომსახურების დეპარტამენტი, ქალთა ჯანმრთელობის მაკორდინირებელი კომიტეტი და ამ პრობლემაზე მომუშავე სხვა სააგენტოები ახორციელებენ 300-ზე მეტ პროგრამას, რომლის მიზანია ქალთა და გოგონათა ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომობისა და განათლების უზრუნველყოფის, ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიისა და პოლიტიკის განვითარება.

2009 წელს გამოვიდა ქალთა ჯანმრთელობის სამსახურის 379 გვერდიანი ანგარიში, რომელიც დეტალურად ასახავს იმ საქმიანობას, რომელიც გაწეული იქნა ქალთა და გოგონათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის. მოხსენებაში საზგასმულია, რომ გაიზარდა იმ ადამიანთა რიცხვი, ვისაც არ შეუძლია თავისი შემოსავლებით, დანაზოგებით უზრუნველყონ საკუთარი ჯანმრთელობის უსაფრთხოება. ქალთა რაოდენობის /52%/ თავს არიდებს გასწიოს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები, ხოლო მსგავს სიტუაციაშია მამაკაცთა(32%). ამიტომ უფრო მეტად არის საჭირო ჯანმრთელობის მიზნობრივ პროგრამები ქალთა და ბავშვთა მოთხოვნების დასაკამყოფილებლად /Office on Women's Health Report to the White House Council on Women and Girls, 2009/;

<sup>2</sup> საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge)

სამსახურში. ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ქალის საზრუნავ სფეროდ არის მიჩნეული. როდესაც ავად ხდება ოჯახის რომელიმე წევრი, მისი მოვლის პასუხისმგებლობა მთლიანად ქალზეა გადატანილი. აუნაზღაურებელი შრომის ზრდა კიდევ უფრო მეტად ავლენს გენდერულ უთანასწორობას და მოითხოვს საზოგადოებისაგან ადეკვატურ რეაგირებას.

უმუშევრობის დონე ქალებსა და მამაკაცებში თითქმის თანაბარია /16,8% მამაკაცი, 16,1% ქალი/, მაგრამ მნიშვნელოვანია განსხვავება შემოსავლების მიღების თვალსაზრისით. მამაკაცის საშუალო ხელფასი მნიშვნელოვნად აღემატება ქალის საშუალო ხელფასს, რაც გამოწვეულია დასაქმებულთა გენდერული სეგრეგაციით შრომის ბაზარზე. ამიტომ სოციალური და ჯანმრთელობის პროგრამების შემუშავების პროცესებში გენდერულ საკითხების გათვალისწინებას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

ჯანმრთელობის სექტორის ოპტიმიზაციამ მრავალრიცხოვანი მედპერსონალის სამუშაო ადგილიდან დათხოვნა გამოიწვია, რომელთა უმრავლესობა ქალები არიან. ბოლო პერიოდში ექიმ კაცთა რიცხოვნება გაიზარდა და შემცირდა ექიმ ქალები. თუმცა ექიმ ქალთა რაოდენობა მაინც აღემატება ექიმ მამაკაცთა რაოდენობას. ექიმთა საერთო რაოდენობაში ქალები 68,6%-ია, ხოლო კაცები 31,4 %.<sup>4</sup>

სახელმწიფო სექტორში ქალთა 52,9%, მამაკაცთა 47,1% მუშაობენ. სადაზღვევო კომპანიებში (კერძო სექტორში) ქალები წარმოადგენენ დასაქმებულთა უმრავლესობას, თუმცა დასაქმებულთა გენდერული ვერტიკალური სეგრეგაციის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად დაბალია.

საქართველოში აღინიშნება საპენსიო ასაკის მოსახლეობის ზრდა, რასაც მოსდევს შრომისუნარიანთა ხვედრითი წილის შემცირება და დასაქმებულთა ეკონომიკური დატვირთვის მატება.

2010 წლის მაისის მონაცემებით<sup>5</sup> 659,649 ადამიანი ანუ ქვეყნის მოსახლეობის 15% პენსიონერია. ქალ პენსიონერთა რიცხვი ორჯერ (69,1%) აღემატება მამაკაც პენსიონერთა რიცხვს (31,9%). საპენსიო ასაკის მოსახლეობის ზრდა მტკივნეულად მოქმედებს შრომის ბაზარზე და სოციალური დაცვის სისტემაზე. დღეისათვის ყოველ 100 პენსიონერზე 75 დაქირავებით დასაქმებული მოდის, მაშინ როდესაც ოპტიმალური თანაფარდობად ითვლება 100/350-400. პენსიონერთა უმრავლესობა ღარიბია და მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებზე შეზღუდულია.

2009 წელს 2001 წელთან შედარებით ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალადშობილზე შემცირდა 20-იდან -14,9 შემთხვევამდე, ხოლო დედათა სიკვდილიანობა ამავე წლებში 100 000 სულზე 58,7 შემთხვევიდან დავიდა 20 შემთხვევამდე. მიუხედავად მოცემული სტატისტიკისა, ჯერ კიდევ დიდი განსხვავებაა ამ მაჩვენებლებსა და ათასწლეულის განვითარების მიზნებით 2015 წლისთვის განსაზღვრულ მაჩვენებლებს შორის. (5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის ორი მესამედით შემცირება)<sup>6</sup>

იზრდება ორსულობის, მშობიარობისა და აბორტების გართულებების შემთხვევათა რაოდენობა. მაღალია ჰოსპიტალიზაციის ხვედრითი წილი. დედათა სიკვდილიანობის მიზეზებს შორის აღსანიშნავია ფეხმძიმობის ადრეულ პერიოდში არასათანადოდ ჩატარებული გამოკვლევები, კონსულტაციების დეფიციტი და უხარისხო მომსახურება; ასევე არაღებულური აბორტები, რაც განსაკუთრებით დამახასიათებელი გახდა დაბალი

<sup>3</sup> ზრუნვის ეკონომიკა (Care Economy) - აუნაზღაურებელ შრომას ძირითადად ქალები სწევენ საზოგადოებისა და ეკონომიკის სასარგებლოდ. იგი გულისხმობს რეპროდუქციულ უნარს, ბავშვების აღზრდას, ოჯახის წევრებზე ზრუნვას და სხვ. ასეთი შრომა ზრუნვის ეკონომიკის სფეროს განეკუთვნება და გენდერული უთანასწორობის ერთ-ერთი ყველაზე უძველესი ფორმაა მსოფლიოში. (Patricia Alexander, Unpaid work and the care economy, UNDP )

<sup>4</sup> ქალი და კაცი საქართველოში (2008). *სტატისტიკის დეპარტამენტი*

<sup>5</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემები [www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge)

<sup>6</sup> ათასწლეულის განვითარების მიზნები საქართველოში, 2004,

შემოსავლების მქონე ოჯახებისათვის, კიდევ უფრო მეტად ზრდის დედათა სიცოცხლის საფრთხეს.

ლეგალური აბორტების რიცხოვნება 2007 წელს 2000 წელთან შედარებით 37,9% პროცენტით გაიზარდა. გაკეთებული აბორტების 76,3% 20-34 წლის ასაკის ქალებზე მოდის.

გაიზარდა ჰორმონალური კონტრაცეპტივების გამოყენების შემთხვევები არა მარტო ქალაქში, არამედ სოფლადაც. 2007 წელს 2000 წელთან შედარებით ქალთა რაოდენობა, რომლებიც იყენებენ ჰორმონალურ კონტრაცეპტივებს 21,3%-ითაა მომატებული, თუმცა 2005 წელთან შედარებით 11,5%-ითაა შემცირებული.<sup>7</sup>

1999 წლამდე ქალთა 99,9% სტაციონარში მშობიარობდა, მომდევნო წლებში მშობიარობისას საავადმყოფოს არ მიმართავდნენ ფინანსური მდგომარეობისა და საავადმყოფოს სიშორის გამო. სამშობიარო ვაუჩერი, მწირი დაფინანსების გამო, ვერ უზრუნველყოფდა მაღალხარისხიან მომსახურებას. ყოველივე ამის შედეგად მშობიარობა ზოგჯერ გართულებით ან ფატალურად მთავრდებოდა.

ბოლო პერიოდში მნიშვნელოვანი მუშაობა მიმდინარეობს რეპროდუქციული სისტემის ონკოლოგიური დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკისათვის ქვეყნის მასშტაბით. ადრეული დიაგნოსტიკა და დროული მკურნალობა ამ დაავადებათა პრევენციის ეფექტური იარაღია.<sup>8</sup>

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა სამედიცინო მომსახურებასთან ერთად გულისხმობს ჯანსაღი კვების, სანიტარული მდგომარეობის, სასმელი წყლის, გარემოს გაუმჯობესებას, რასაც ემსახურება სპეციალური მიზანმიმართული პროგრამები, თუმცა ეს პროგრამები არასისტემური და არაეფექტურია.<sup>9</sup>

ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის აუცილებლობა განსაკუთრებით აქტუალური გახდა ქვეყანაში ოჯახური ძალადობის შემთხვევათა ზრდასთან ერთად, რაც სავარაუდოდ განპირობებულია ქვეყანაში არსებული მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური ფონის არსებობით.

ძალადობის მსხვერპლნი ხშირად ჰოსპიტალიზაციას ან ექიმის მეთვალყურეობას საჭიროებენ. ფიზიკურის გარდა ძალადობას ფსიქოლოგიური ზიანი მოაქვს, რაც დეპრესიას და სხვა ფსიქიკურ აშლილობას იწვევს. ძალადობა აქვეითებს ქალის რეპროდუქციულ უნარს, იწვევს ორსულობის შეწყვეტას, მკვდრად შობადობას და მცირეწონიანი ბავშვის დაბადებას.

2006 წელს მიღებული იქნა კანონი ოჯახური ძალადობის შესახებ, შექმნილია სპეციალური თავშესაფრები ძალადობის მსხვერპლთათვის. თუმცა ამ მიმართულებით გაწეული საქმიანობა არასაკმარისია. ამ საკითხებზე მომუშავე სახელმწიფო თუ საზოგადოებრივი ორგანიზაციების რიცხვი მეტად მცირეა და ისინი ვერ უზრუნველყოფენ დახარებულთა სათანადო მკურნალობასა და რეაბილტაციას.

### 3. ჯანდაცვის პოლიტიკა, მიმდინარე რეფორმები და პერსპექტივები

საქართველოში ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამებს ათასწლეულის მიზნების მოთხოვნები უდევს საფუძვლად. ამ მიმართულებით მრავალი რამ გაკეთდა, როგორც საკანონმდებლო და აღმასრულებელი ორგანოების, ასევე სამოქალაქო საზოგადოების მიერ.

<sup>7</sup> საქართველოში ორსულობის რისკის ქვეშ მყოფი ქალების 47% არ იყენებს კონტრაცეფციის არც ერთ მეთოდს ორსულობისაგან დაცვის მიზნით, გამოკითხულთა ერთი მესამედი იყენებს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდს, 17% კი-ტრადიციული მეთოდის იმედაზეა. (გენდერული ურთიერთობები თანამედროვე ქართულ საზოგადოებაში, გაეროს მოსახლეობის ფონდი, 2008)

<sup>8</sup> გაეროს მოსახლეობის ფონდის, ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის /პირველი ლედის პატრონაჟით/ განხორციელებული ინიციატივები

<sup>9</sup> ნ. სუმბაძე. გენდერი და საზოგადოება, გაეროს განვითარების პროგრამა, 2009

წლების განმავლობაში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში დაბანდებული ინვესტიციები სხვა ქვეყნებთან შედარებით დაბალი იყო. მიუხედავად იმისა, დაფინანსებული იყო ისეთი გენდერული პროგრამები, როგორცაა

- უსაფრთხო დედობა,
- ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესება,
- ქალთა მაღალი რისკის მატარებელი ონკოლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკა

ცნობილია, რომ რაც უფრო დაბალია სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე, მით უფრო მაღალია შინამეურნეობების დანახარჯები და კერძოდ, ქალის აუნაზღაურებელი შრომის წილი ოჯახის წევრების მოვლა-პატრონობაში. სახელმწიფო დანახარჯების შემცირება ჯანდაცვაზე ზრდის ოჯახში ქალის ტვირთს და ამცირებს მის რეპროდუქციულ შესაძლებლობებს.<sup>10</sup>

2007 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა. დღეისათვის რომლის ბენეფიციარები არიან უმწვეო ოჯახები, მასწავლებლები, დევნილები და სხვა მოწყვლადი ჯგუფები<sup>11</sup>.

საქართველო დაბალი შემოსავლების ქვეყანაა და მისი ფინანსური რესურსები არ იძლევა იმის საშუალებას, რომ მთელი მოსახლეობა მოიცვას სადაზღვევო პროგრამებით.

2010 წლის მაისის თვის მონაცემებით, ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფილია სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ 924,026 ბენეფიციარი. მათ შორის უმეტესობა ქალია.<sup>12</sup>

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში 2010 წელს შეტანილია ცვლილებები, რომელთა მიხედვით სადაზღვევო კომპანიებისათვის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამაში მონაწილეობის პირობაა მათი საქმიანობის სამედიცინო რაიონის თანამედროვე სტანდარტების საავადმყოფოებით უზრუნველყოფა. ყველა ახალ კლინიკაში იარსებებს მეანგინეკოლოგიური განყოფილება და შესაბამისი მომსახურებით უზრუნველყოფს არა მარტო ქალაქების, არამედ სოფლის მოსახლეობასაც<sup>13</sup>.

უსაფრთხო მშობიარობა, მშობიარობის გართულების დროული აცილება, გინეკოლოგიურ დაავადებათა შესაბამისი მკურნალობა დადებით გავლენას იქონიებს შობადობაზე და დემოგრაფიული ვითარების გაუმჯობესებაზე.

არაფორმალური სექტორში დასაქმებულთა უმრავლესობას ქალები წარმოადგენენ. მათი უმრავლესობა დაბალშემოსავლიანია და ავადობის შემთხვევაში მათი გაღარიბების რისკი საკმაოდ მაღალია.

<sup>10</sup> ჩ.ჯაში, მთოკმაზიშვილი, ფინანსური პოლიტიკის გენდერული განზომილებანი, გაეროს განვითარების პროგრამა 2009

<sup>11</sup> სადაზღვევო ვაუჩერი არის „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის“, „სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევის“, „კომპაქტურ დასახლებებში მყოფ იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო დაზღვევის“, „მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევის“ ფინანსური ინსტრუმენტი, რომელიც განკუთვნილია ჯანმრთელობის დაზღვევის დასაფინანსებლად

<sup>12</sup> აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულ პედაგოგთა 70% ქალებია.

<sup>13</sup> მიღებული მშობიარობის რაოდენობა მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს შესაბამისი მედპერსონალის კვალიფიკაციას. ექსპერტთა მოსაზრებით, თვეში 80 მშობიარობაზე ნაკლები მედპერსონალის დეკვალიფიკაციას გამოიწვევს. მათივე გათვლებით, შობადობის არსებული დონის გათვალისწინებით, ახალ კლინიკებში საშუალოდ თვეში 20-25 მშობიარობა იქნება. ამ პირობებში არსებობს სამშობიარო გართულებების მაღალი რისკი.

2010 წლის აპრილში საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული გენდერული თანასწორობის კანონი წინ გადადგმული ნაბიჯია სამართლიანი საზოგადოებრივი ცხოვრების თვალსაზრისით.

სასურველია ჯანდაცვის ხარჯები მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში გაიზარდოს და მრავალი ქვეყნის მსგავსად გააძლიეროს ისეთი მიმართულებები, როგორებიცაა ოჯახის უსაფრთხო განვითარება, ქალთა რეპროდუქტიული ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, რაც მნიშვნელოვნად იმოქმედებს ქვეყნის დემოგრაფიასა და მოსახლეობის კეთილდღეობაზე.

სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს ქალთა განათლებასა და ინფორმირებას ჯანდაცვის პროფილაქტიკის, ოჯახის დაგეგმარების, ბავშვთა ჯანმრთელობისა და მრავალი სხვა პრობლემის გადაწყვეტისათვის.

შესაძლებელია აგრეთვე სადაზღვევო სახელმწიფო მიზნობრივი პროგრამების განვითარება ქალებისათვის ან სადაზღვევო ინდუსტრიის სტიმულირება, რათა მათ სპეციალური პროდუქტი შესთავაზოს ქალებს.

**ჩარიტა ჯაში**  
**ექსპერტი გენდერულ საკითხებში**

