

სარედაქციო კოლეგიისგან

2015 წლის 25 დეკემბერს საქართველოს გრ. მუხაძის სახ. ქირურგთა სამეცნიერო საზოგადოების მორიგი სხდომა მიეძღვნა დისკუსიას ქვეყნის ქირურგიულ სამსახურში არსებულ ნაკლოვანებათა შესახებ. დისკუსია ჩატარდა აქტიური კამათისა და აზრთა გაზიარების რეჟიმში. მიღებული იყო გადაწყვეტილება საზოგადოების თავმჯდომარემ პროფ. გურამ ტატიშვილმა მოამზადოს მოხსენება და ახლო მომავალში უზრუნველყოს ამ საკითხის განხილვა საზოგადოების გაფართოებული სხდომაზე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ხელმძღვანელობის ჩართულობით.

ასეთი სხდომა შესდგა 2016 წლის 8 აპრილს სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სხდომათა დარბაზში, რომლის მუშაობაში მონაწილეობა მიიღო და სიტყვით გამოვიდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრი დავით სერგეენკო. მომხსენებელმა და გამომსვლელებმა წამოაყენეს ბევრი საყურადღებო წინადადება. განსაკუთრებით გამოიკვეთა ექიმთა გადამზადებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების საქმეში არსებული სერიოზული ხარვეზები.

სამინისტრომ მყისიერად მოახდინა ერთერთ პრობლემაზე რეაგირება. 27 მაისს ქვეყნის მთავრობის სხდომაზე მოისმინეს მინისტრის დავით სერგეენკოს ინფორმაცია და დაამტკიცეს ამ მიმართულებით მუშაობის გაუმჯობესების სახელმწიფო პროგრამა.

იმედია სამინისტრო არ დასტოვებს უყურადღებოდ სხდომაზე გამოტანილ სხვა არანაკლებ საყურადღებო წინადადებებს.

დღეს კი, საზოგადოებრივი ინტერესიდან გამომდინარე მკითხველს ვთავაზობთ პროფ. გურამ ტატიშვილის მოხსენების სრულ ტექსტს.

პროფ. გურამ ტატიშვილი

საქართველოს ქირურგიულ სამსახურში არსებული ხარვეზების და მათ აღმოსაფხვრელად გასატარებელ ღონისძიებათა შესახებ (მოხსენება საზოგადოების 2016 წ. 8 აპრილს გაფართოებულ სხდომაზე)

სტატისტიკის უკანასკნელი (2014 წლის) მონაცემებით საქართველოში 1800 ქირურგია, ამას თუ დავუმატებთ 1300 ოფთალმოლოგს, ოტორინოლარინგოლოგს და ყბა-სახის ქირურგს, რომლებიც ეწევიან აქტიურ ქირურგიულ საქმიანობას, საქართველოში მომუშავე ქირურგთა რაოდენობა აჭარბებს 3000-ს. ქირურგიულ სამსახურში არსებული ხარვეზები გარკვეულწილად დამახასიათებელია მედიცინის სხვა მიმართულებებისთვისაც, ამიტომაც მოიწადინა ჩვენმა საზოგადოებამ სამინისტროს ხელმძღვანელობასთან ერთად ემსჯელა ქართული ქირურგიის სატკივარზე.

უკვე 26 წელია ვცხოვრობთ თვისობრივად ახალ, რეალობაში, ახალ ეკონომიკურ, პოლიტიკურ თუ სახელმწიფოებრივი წყობის პირობებში, როდესაც თავისუფლად შეგიძლია დაარეგისტრირო: პარტია, არასამთავრობო ორგანიზაცია, სამედიცინო ცენტრი, ასოციაცია, ასოციაციათა გაერთიანება კი გასაოცარი სტრუქტურით, და ყოვლად ზედმეტი თანამდებობებით... ეს კარგია თუ ცუდი სხდომის ბოლოს შევაფასოთ. თუ გასული საუკუნის ბოლოს ქართული ქირურგიის სერიოზული მუხრუჭი გახდა დაუტვირთავი ქირურგიული ზენონმატიული საწოლები, ქირურგების გაბერილი შტატები, რასაც მოჰყვა დაბალი კვალიფიკაციის ქირურგების მომრავლება. დღეს სხვა პრობლემებია: მომრავლდა მცირე მოცულობის სამედიცინო დაწესებულებები ქირურგიული სამსახურებით, მისთვის შეუფერებელი ინფრასტრუქტურით და სამედიცინო პერსონალის და-

ბალი კვალიფიკაციით.

მაგალითად, სამინისტროდან მე მქონდა დასკვნისათვის შ.პ.ს „sun staune medical“ ქირურგიული განყოფილების ავადმყოფობის ისტორია. იქ იმდენი უმსგავსობა ვნახე, ვფიქრობ პრობლემატურია ამ დაწესებულების არა მარტო ქირურგიული, არამედ სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიაც.

საქართველოში ამჟამად ფუნქციონირებს 80-ზე მეტი ონკოლოგიური დაწესებულება, ეს ჩვენი ქვეყნისათვის უზარმაზარი ციფრია. გაყიდულია და გაუქმებულია სათაო დაწესებულება ონკოცენტრი. ვინ ანხორციელებს მათი მუშაობის კორდინაციას ან კონტროლს მათ საქმიანობის ხარისხზე, თუ ეს არ არის საჭირო.

მოდამია პოსტულატი რომ ყველაფერს დაარეგულირებს ბაზარი. მედიცინა და განსაკუთრებით ქირურგია არ არის ბაზრის საზრუნავი. უფრო მეტიც უნდა ამოიძირკვოს ტერმინი სამედიცინო ბიზნესი, რადგან ბიზნესსა და მედიცინას სხვადასხვა მიდგომები და მორალური კოდექსი გააჩნია, ამას სამუშაოდ არ ითვალისწინებენ ზოგიერთი ე.წ. ექიმი-ბიზნესმენები, რასაც არც თუ ისე იშვიათად ეწირება ავადმყოფის, ექიმის და სამედიცინო პერსონალის ინტერესები. ამაზე ქვემოთ გვექნება საუბარი.

უპირველესად საჭიროა ზოგადად ექიმის და კერძოდ ქირურგის იმიჯზე მეტი ზრუნვა. დღეს ეს პრობლემა უაღრესად საყურადღებოა. ქვეყნის საინფორმაციო საშუალებებში ტელევიზიასა და პრესაში დამკვიდრდა

მანკიერი პრაქტიკა რომელიმე ფაქტის სენსაციური ტირაჟირებისა ყოველგვარი მტკიცებულებების გარეშე. მერე აღარ ხდება მცდარი ინფორმაციის გასწორება. არსებობს ე.წ. ჟურნალისტთა ეთიკის კომისია სადაც, ალბათ, ამ მხრივ საჭიროა მეტი მუშაობა, ეს არ არის მარტო სამინისტროს პრობლემა, ამაზე უნდა იზრუნონ დარგობრივმა საზოგადოებებმა და ასოციაციებმა.

ამ მხრივ პოზიტიური მოვლენაა ტელეკომპანია „პულსის“ გააქტიურება, რომელიც დროულად, ობიექტურად და საინტერესოდ აშუქებს ქართული მედიცინის პრობლემებს. ის ყურებადია უცხოეთშიც, მათი გადაცემების წყალობით დაგვიკავშირდა უცხოეთში მოღვაწე რამოდენიმე წარმატებული ქართველი ქირურგი. ერთმა უკვე გააკეთა ჩვენთან მოხსენება, მეორის კი უახლოეს თვეებშია დაგეგმილი.

უმიმდის პრობლემაა დღეს ზოგადად ექიმის და კერძოდ ქირურგის პროფესიონალური ზრდა. არ არსებობს მათი კვალიფიკაციის ამაღლების და სპეციალისტთა გადამზადების მწყობრი სისტემა. ეს კი განპირობებულია იმით, რომ ექიმები ძირითადად დასაქმებულნი არიან კერძო მფლობელობის, მსხვილი კორპორაციების ან კერძო სადაზღვევო კომპანიების სამკურნალო დაწესებულებებში, რომლის მეპატრონეებიც დაინტერესებულნი არიან უფრო მატერიალური შემოსავლების ზრდით და ხშირ შემთხვევაში არ ემეტებათ სახსრები ექიმთა კვალიფიკაციის ასამაღლებლად.

რასაკვირველია სამედიცინო კორპორაციების, კომპანიების, სამკურნალო დაწესებულებების შემოსავლების ზრდის გარეშე წარმოუდგენელია ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა, თანამედროვე აპარატურის შეძენა და სხვა, მაგრამ ეს არ უნდა ხდებოდეს სამედიცინო პერსონალისათვის განკუთვნილი თანხების ხარჯზე.

რატომ არ შეიძლება დაწესდეს ამ საკითხზე კონტროლი? ხომ ხდება სამედიცინო დაწესებულებისთვის ფუნქციონირების შეჩერება სანიტარული თუ სხვა ტექნიკური ნორმების დარღვევისთვის. ადრე ხომ იყო ყველა ექიმი ვალდებული გარკვეულ პერიოდში ერთხელ გაეგლოთ ამა თუ იმ საკითხზე კვალიფიკაციის ამაღლების კურსები და ეს მკაცრად კონტროლირდებოდა.

გარდა ამისა, არსებობდა კატეგორიები პირველიდან უმაღლესამდე, ის იყო წახალისების კარგი ფორმა, მოტივაცია ემეცადინა, გაცნობოდა უახლეს ლიტერატურას, რადგან ექიმს ამის შესაბამისად ეძლეოდა ხელფასი. შეიძლება დაწესდეს ამ მიზნით ქულების სისტემა: ექიმის მიერ სამეცნიერო თუ სხვა ღონისძიებებზე მიღებული სერტიფიკატების, გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომების, ახალი მეთოდების ათვისების გათვალისწინებით და სხვ. სამედიცინო დაწესებულების კონკრეტული სამსახურის ხელმძღვანელის პოსტის დაკავებისთვის აუცილებელი უნდა იყოს გარკვეული ცენზი.

ასეთ შემთხვევაში კერძო სექტორი მოექცევა გარკვეულ ჩარჩოში. თუ ისინი სახელფასო ფონდის ეკონომიის მიზნით აიყვანენ დაბალი კატეგორიის ექიმს, შესაბამისად, მათ კლინიკებს იმიჯიც შეეღებებათ, შემოსავლებიც მოაკლდებათ და ეს მალევე გამოაშკარავდება. შეიძლება სხვა რეგულაციების განხორციელებაც. რაზეც, ალბათ, კამათში გამომსვლელი ისაუბრებენ.

გაუგებარია, რატომ აბარებენ ახალ კურსდამთა-

ვრებულები უმაღლეს სასწავლებელში სახელმწიფო გამოცდების ჩაბარების შემდეგ ე.წ. ერთიან, საკვალიფიკაციო გამოცდებს. მათ ხომ ჯერ არ აქვთ მიღებული კვალიფიკაცია, არა აქვთ არანაირი პრაქტიკული გამოცდილება და თუთიყუშით იბეპირებენ ერთიანი საკვალიფიკაციო გამოცდების პროგრამას, რომელიც ცხოვრებაში ნაკლებად გამოადგებათ.

ვინც ფიქრობს, ამით კონტროლირდება ახალ კურსდამთავრებულთა მომზადების ხარისხი ძალიან სცდება. მათ ვეტყვოდი, მიხედონ კერძო სამედიცინო ინსტიტუტებს და ზოგიერთი კერძო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტებს, სადაც სახელმწიფო პროგრამით კლინიკურ დისციპლინებში, კერძოდ ქირურგიაში, გათვალისწინებული სასწავლო საათები ორჯერ და ზოგჯერ სამჯერაც არის შემცირებული, არა აქვთ კლინიკური ბაზები და სხვ.

უპირანი ხომ არ იქნება სალიცენზიო გამოცდების მოთხოვნების გამკაცრება, განსაკუთრებით სპეციალისტის მზადყოფნაზე დამოუკიდებელი პრაქტიკული საქმიანობისათვის, რაც დღეს ძალზე მტკივნეული პრობლემაა.

არც თუ ისე იშვიათად, ახალგაზრდა ექიმი ისე ამთავრებს რეზიდენტურას, რომ არა აქვს საჭირო ჩვევები დამოუკიდებელი პრაქტიკული საქმიანობისათვის. ამ დროს რეზიდენტურა ფასიანია.

2000-იან წლებში გაუქმდა სამინისტროს მთავარი სპეციალისტების ინსტიტუტი და დასავლეთში არსებული პრაქტიკის გაუზარებელი კალკირებით მათი ფუნქციები გადამისამართდა ე.წ. დარგობრივ ასოციაციებზე. ეს პრაქტიკა ევროპის ქვეყნებში, ალბათ, მუშაობს რადგან გამართულია დარგობრივი ასოციაციების სისტემა, ჩვენთან კი ჯერ გადასცეს მართვის ბერკეტები და შემდეგ დაიწყეს ამ ასოციაციების შექმნა, რაც განხორციელდა უკონტროლოდ. დღეს სამინისტროს საიტზე დარეგისტრირებულია 100-ზე მეტი ასოციაცია, აქედან რეალურად ფუნქციონირებს მაქსიმუმ 5%, ვისაც არ დაეზარა შექმნა საკუთარი ასოციაცია. არის დარგები სადაც ორი, სამი და მეტი ასოციაციაა. ასოციაციათა ერთი ნაწილი, დაკავებულია მხოლოდ სამინისტროში შესული საჩივრების განხილვით.

იშვიათად, რომელიმე ასოციაციამ იცოდეს რა ხდება რეგიონებში, სადაც ბევრი რამ არის მისახედი, ან ის თუ იცის მაინც, რა არის მათი პირდაპირი მოვალეობა (საგანმანათლებლო მუშაობა, კადრების პროფესიონალური ზრდა, კვალიფიკაციის ამაღლებაზე ზრუნვა და სხვ.).

სამინისტროს მთავარი სპეციალისტების ინსტიტუტის აღდგენის აუცილებლობაზე მიუთითებს მინისტრის ერთი უმნიშვნელოვანესი ბრძანების ფაქტურად შეუსრულებლობა, რომელიც უნდა გამხდარიყო ფუნდამენტი და ქვაკუთხედი ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების და გადამზადების საქმეში. ეს არის ბრძანება 01-7/ნ რომელიც შეეხება მინისტრის 2007 წლის N136/ნ ბრძანებაში ცვლილებების შეტანას, საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ.

დავიწყოთ იქიდან, რომ ქირურგიის 6 სუბსპეციალობიდან 4-ში შეჩერებულია სპეციალისტთა გადამზადება და მასთან დაკავშირებული კვალიფიკაციის ამა-

ლლება იმ მიზეზით, რომ დღემდე არ არსებობს სასწავლო პროგრამები. ვის უნდა გაეკეთებინა ეს? ალბათ, დარგობრივ ასოციაციებს ან ე.წ. პროგრამ-დირექტორებს. ეს ხდება არა მარტო ქირურგიაში.

ამ მოხსენებაზე მუშაობისას წავაწყდი ერთ პარადოქსალურ ნეგატიურ მოვლენას. ზოგადი ქირურგიის თითქმის ყველა მონათესავე, მომიჯნავე და სუბსპეციალობებში შეჩერებულია სპეციალისტთა გადამზადების პროგრამები. მიზეზად სახელდება ორი რამ: პირველი - სასწავლო პროგრამების არ არსებობა, რაზედაც უკვე მოგახსენეთ, და მეორე - დაწესებულებას, სადაც უნდა განხორციელდეს ესე თუ ის პროგრამა, არ აქვს ლიცენზია.

ამ ორი მიზეზით იმდენი პროგრამაა შეჩერებული, რომ იხადება კანონიერი კითხვები: როგორ და რატომ ფუნქციონირებს ულიცენზიოდ ამდენი სამედიცინო დაწესებულება და როგორ მუშაობენ იქ პროფესორები რომლებსაც ევალებათ ამ პროგრამებზე ზრუნვა. ალბათ, იგივე მდგომარეობაა მედიცინის სხვა დარგებში.

სხვათა შორის, ძველ 2007 წლის ბრძანებაშია იგივე სპეციალობები და სუბსპეციალობები იყო ქირურგიაში და გამოდის რომ მე-9 წელია არაფერი კეთდება ამ მიმართულებით.

აქვე სჯობს ითქვას, რომ სპეციალობათა მარეგულირებელ ძველ და ახალ (2014 წლის) ბრძანებების მიხედვით 5, 10 ან მეტი წლის გამოცდილების მქონე ქირურგმა იმისათვის, რომ დაეფულოს მისთვის საჭირო მონაკვეთს ქირურგიის მონათესავე სპეციალობაში, ვთქვათ სისხდარღვთა ქირურგიაში, ტრამპატოლოგიაში და სხვ., ახალი კურსდამთავრებულის მსგავსად უნდა გაიაროს რეზიდენტურის 4 წლიანი კურსი. ასეთი მიდგომა გასაგები მიზეზების გამო დისკრემინაციულია, განსაკუთრებით რეგიონში მომუშავე ქირურგების მიმართ. ამ კატეგორიის გამოცდილი ქირურგებისათვის, ალბათ, უნდა დაწესდეს გონივრული ვადები მონათესავე დისციპლინაში მისთვის საჭირო კონკრეტული განაკვეთის დაუფლებისათვის, რისი გამოყენების ლიცენზიაც უნდა მიეცეს.

ზემოთაღნიშნულ ბრძანებაში, ქირურგიის მომიჯნავე და სუბსპეციალობათა ნუსხაში გამორჩენილია ქირურგიის ორი ისეთი მნიშვნელოვანი მიმართულება როგორებიცაა: მცირეინვაზიური ქირურგია, ანუ ლაპარასკოპიური ქირურგია და ენდოკრინული ქირურგია. კარგი იქნება, თუ ამ სპეციალობათა შესვეურები ილაპარაკებენ ამაზე, მაგრამ მე თითო არგუმენტს მაინც მოვიყვან: ცნობილია, რომ ევროპაში მცირეინვაზიური ანუ ლაპარასკოპიური მეთოდით კეთდება ყველა ოპერაციული ჩარევის 80%-ზე მეტი, ჩვენთან კი, თუ არ ვცდები, მხოლოდ 20%. ამ მხრივ ჩამორჩენა კატასტროფულია, განსაკუთრებით ცუდი მდგომარეობაა რეგიონებში. ამ დროს თბილისში ფუნქციონირებს რამდენიმე კარგად აღჭურვილი მაღალი დონის პროფესიონალური მცირეინვაზიური ქირურგიის ცენტრი პროფესორების მერაბ კილაძის, დავით აბულაძის და თენგიზ ხართოლანის ხელმძღვანელობით, სადაც საუკეთესო პირობებია სპეციალისტების გადამზადებლად. მცირეინვაზიური ქირურგიის საკითხები შეტანილია ზოგადი ქირურგიის სარეზიდენტო პროგრამაში. ეს კარგია, მაგრამ ჩემი ღრმა რწმენით უფრო ეფექტური იქნება,

უკვე მომზადებული, გამოცდილი ქირურგის (განსაკუთრებით რეგიონებში) გადამზადება ამ მიმართულებით, თუ იქნება სამინისტროს მხარდაჭერა გვაქვს რეალური პროექტი, 3-4 წელიწადში ეს ჩამორჩენა აღმოიფხვრას. კარგი იქნება, თუ რომელიმე მათგანი გაშლის ამ თემას.

რაც შეეხება ენდოკრინულ ქირურგიას, აქ საქმე უფრო კურიოზულია: ამას წინათ ვნახე სამხარაულის ექსპერტიზის ბიუროს წერილი, სადაც ისინი წერენ, რომ ჩვენ ქვეყანაში არ არსებობენ ექსპერტები ენდოკრინულ ქირურგიაში (იშველებენ ჯანდაცვის სამინისტროს განმარტებას) და უარს აცხადებენ სადავო საკითხის განხილვაზე. ამის მიზეზი ისაა, რომ მაგანს, ქირურგიის სუბსპეციალობების შედგენისას გამორჩა ენდოკრინული ქირურგია, რომელიც ჯერ კიდევ გრიგოლ მუხაძის მიერ ერთი საუკუნის წინ იყო აღიარებული.

სინამდვილეში, ამ მიმართულებით ქვეყანაში არის რამდენიმე მაღალი დონის სამეცნიერო ცენტრი, მაგალითად: პროფესორ კოტე მარდალაიშვილის, სადაც ონკოლოგიურ პრობლემებთან ერთად ენდოკრინული ქირურგიაც სათანადო დონეზეა, ხოლო პროფესორი ვასილ ჩაჩიბაია საქართველოს ეროვნულ ენდოკრინოლოგიურ ცენტრში წარმატებით აწვითარებს ამ ქირურგიულ მიმართულებას. პროფესორმა მამუკა გონჯილაშვილმა მეტაბოლური და ბარიატრიული ქირურგიის სინთეზით წარმატებით დანერგა კლინიკაში შაქრიანი დიაბეტის ქირურგიული მკურნალობის მეთოდი, რაც დასავლეთის ზოგიერთი ქვეყნისათვისაც კი ახალი ხილია. ქუთაისში მოღვაწე პროფესორ ბორის ჩაკვეტაძეს აქვს დიდი მასალა ენდოკრინულ ქირურგიაში და სხვ.

ისე რომ, ამ დარგს უნდა ჰქონდეს თავისი ადგილი ქირურგიის მომიჯნავე თუ სუბსპეციალობათა ნუსხაში და მაშინ სამინისტროს რომელიმე მუშაკი არ გასცემს ცნობას, რომ ამ დარგში არ არიან სპეციალისტი-ექსპერტები.

ქვეყანაში განსაკუთრებით კარგად განვითარებული დარგი, რადიოლოგია, ამ ბრძანებაში წარმოდგენილია სერიოზული ხარვეზით. რადიოლოგიის სუბსპეციალობებში არ არის ნახსენები უაღრესად პოპულარული, გავრცელებული, არაინვაზიური დიაგნოსტიკური მეთოდი - ულტრაბერითი კვლევა, ანუ ექოსკოპია. ის მოხსენებულია მხოლოდ ქირურგიულ სპეციალობაში სუბსპეციალობად „გულმკერდის და მუცლის ღრუს ექოსკოპია“-ად. გაუგებარია, რატომ მიაკუთვნეს ის სუბსპეციალობად ქირურგიას და არა რადიოლოგიას. განა ეს მეთოდი ნაკლებად სჭირდებათ: პედიატრებს, უროლოგებს, ტრამპატოლოგ-ორთოპედებს და სხვ. 2014 წლის კორექტირებულ ბრძანებაში მას თავისი ადგილი უნდა მისჩენოდა.

პრობლემურია ინტერვენციული რადიოლოგიის სუბსპეციალობად ჩამოყალიბების და ამ მიმართულებით კადრების მომზადების საკითხი. რაზედაც 10 თვის წინ მივმართეთ დასაბუთებული წერილით მინისტრს, მაგრამ გაუგებარი მიზეზით დაიბლოკა, და ეს მოხდა ამ სპეციალობაში სასწავლო პროგრამის არსებობის დროს, ეს კი ქირურგიის ზოგიერთი მიმართულების განვითარების მუხრუჭი გახდება. ეს დაბლოკვა არ მოხდებოდა საკითხი რომ განხილულიყო ორი მთავარი სპეციალისტის ქირურგის და რადიოლოგის დონეზე,

თუმცა, ამ საკითხზე სამინისტროს გააჩნდა ქირურგიული საზოგადოების და რადიოლოგთა თავკაცის აკადემიკოს ფრ. თოდუას არგუმენტირებული წერილები. კარგი იქნება, თუ ამ პროგრამის ავტორი პროფ. მ. მიზანდარი შეიტანს სიგხადეს ამ საკითხში.

სამინისტროს მთავარი სპეციალისტის ინსტიტუტი თავდაპირველად, ალბათ, უნდა მოიაზროს, საზოგადოებრივ საწყისებზე, ხოლო, როცა გაჩნდება ფინანსური რესურსი 4 მთავარი სპეციალისტის: თერაპევტის, ქირურგის, მეანგინეკოლოგის და პედიატრის თანამდებობები მიზანშეწონილია გახდეს ანაზღაურებადი 0,5 განაკვეთზე, რადგან აქ უნდა იმუშაონ მოქმედმა, გამოცდილმა, ავტორიტეტიანმა და ამასთან, მოიზარება სპეციალისტებმა. საბედნიეროდ ასეთები გვყავს. სწორედ მათგან იქნება, სამინისტროს ოპერატიული ინფორმაცია მედიცინის ამა თუ იმ სფეროში არსებულ ხარვეზებზე ქალაქსა თუ რეგიონებში და ხშირ შემთხვევებში გონივრული წინადადებებიც, მათ გამოსასწორებლად.

რაც შეეხება ასოციაციებს, ვინც მუშაობდა ისევე იმუშავებენ. დანარჩენები კი, ვისაც უზომოდ ხიბლავთ მხოლოდ ასოციაციის პრეზიდენტის ტიტული, ალბათ, კვლავ ძველებურად გააგრძელებენ მოღვაწეობას.

სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულების ძირითადი სამედიცინო დოკუმენტების დასახელება და მათი წარმოება გართულებული და არაერთგვაროვანია. მაგალითად, რაც ადრე სტაციონარში იყო ცნობილი „ავადმყოფობის ისტორიის“ სახელით, დღეს ხმარებაშია სხვადასხვანაირი სახელითა და ფორმით. ალბათ, კარგი იქნება სტანდარტების შემუშავება ცალკე გარკვეულ სპეციალობათა ჯგუფებისათვის, რომელიც გაუადვილებს ექიმს სამუშაოს და მას მეტი დრო დარჩება ავადმყოფებისათვის. თუ ასეთი სტანდარტი არსებობს და თვითნებურად ირღვევა ეს უკვე სხვა პრობლემაა.

სავალდებულო სახელმძღვანელოდ მიღებული კოდები: ICD (დაავადებათა ინტერნაციონალური კლასიფიკაცია - დამტკიცებულია 1990 წელს) და NCSP (სკანდინავიური ქვეყნების ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკატორი - შემუშავებულია 1996 წელს) მოძველებულია და ამასთან ძალზედ ცუდი ნათარგმნი. მაგალითად, კალკულოზური ქოლეცისტიტი კენტების გარეშე და მრავალი სხვ. ეს საკითხი კარგად აქვს შესწავლილი ჩვენი გამგეობის წევრს პროფესორ გია თომაცხს და, ალბათ, ის ისაუბრებს ამაზე.

დროა მოხდეს ქირურგიული სტანდარტების რეალური ღირებულებების განსაზღვრა და რეალური სახელფასო განფასება. ამ საკითხისადმი პასუხისმგებლობით მიდგომამ ხელი შეუწყო ქირურგიის მნიშვნელოვან პროგრესს ბევრ ქვეყანაში, და კერძოდ, ჩვენს მეზობელ თურქეთში.

ჩვენთან, ქირურგიული სტანდარტების მიმართ არაპრაგმატულმა მიდგომამ საშუალება მისცა ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულების მფლობელს (კერძო პირი, კორპორაცია, თუ სადაზღვეო კომპანია) ერთპიროვნულად გაზარდოს, თითქმის, ყველა ოპერაციის ფასი. ეს მძიმე ტვირთად აწევს ჩვენ ისედაც შეჭირვებულ მოსახლეობას, რადგან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პაციენტის მიერ გადასახდელი თანხის ნაწილი ორჯერ და მეტჯერ იზრდება ეს კი გარკვეულწილად

სახელს უტეხს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას. რომელიც, უდაოდ ჩვენი ხელისუფლების უპრეცედენტო მონაპოვარია. მაგრამ არც თუ ნაკლები ბოროტებაა, რომ ამ დამატებული თანხიდან სამედიცინო პერსონალს უხშირესად არცერთი თეთრი არ ერიცხება და მისი სახელფასო ანაზღაურება გაძვირებამდე განფასების მიხედვით ხდება. ბევრი ვიფიქრე, მაგრამ ასეთი საქციელის სახელი ვერ მოვიძიე.

გადასახედა, სამკურნალო დიაგნოსტიკური პროცესის ძირითადი მონაწილის სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების პრობლემის ერთი კომპონენტი. ბევრგან მკურნალობის ფასის გადახარჯვისას, რაც ხდება უფრო იქ სადაც დიდი ქირურგიაა, ამ გადახარჯვის დაფარვა ხდება სამედიცინო პერსონალის სახელფასო ფონდის ხარჯზე და მძიმე ან გართულებული ავადმყოფის მკურნალობაში სამედიცინო პერსონალმა შეიძლება სულ ვერ მიიღოს ხელფასი. სახელფასო ფონდი უნდა იყოს დაცული და მკაცრად კონტროლდებოდეს.

აქვე უნდა ითქვას, რომ სამედიცინო სამსახურზე პასუხისმგებლობის ლომის წილი გადატანილია მკურნალ ექიმზე, ოპერატორზე, მაშინ როდესაც არც თუ იშვიათად დარღვევები და ნაკლოვანებები, გარკვეულწილად, განპირობებულია დაწესებულების მეპატრონის და ადმინისტრაციის გაუმართავი მენეჯმენტით.

სრული ქაოსია ქირურგიული ოპერაციების როგორც გეგმიურის, ისე გადაუდებელის განფასების საკითხში. გავცანი ამ პრობლემას რამდენიმე მსხვილ დაწესებულებაში როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში. თითქმის, ყველგან არასახარბიელო მდგომარეობაა, რადგან არ არის ერთნაირი ხედვა და რეგულაცია.

როგორც წესი, სადაზღვეო კომპანიები, რომლებიც საოპერაციო პაციენტებით ამარაგებენ ამა თუ იმ სამედიცინო ცენტრს, ამ სერვისის სანაცვლოდ, უწევს ოპერაციის მაქსიმალურად დაბალ ფასს, რითაც ზრდიან საკუთარ მოგებას. სამინისტრო კი იძლევა ოპერაციის ფასის რეგულირების უფლებას დაწესებულებაში აქ არსებული ყველაზე დაბალი ფასის მხოლოდ 10 პროცენტის ფარგლებში. ეს იმ დროს, როდესაც მედიკამენტებზე და სახარჯ მასალებზე ფასების პერმანენტული ზრდის პირობებში, ეს ობიექტები ისედაც მძიმე მდგომარეობაში არიან.

საზოგადოებაში ამ საკითხებზე გვქონდა მსჯელობა, სადაც ბევრმა საინტერესო საკითხი დააყენეს და, ალბათ, დღეს უფრო გაშლიან ამ თემას.

კატასტროფული მდგომარეობაა ქირურგიის უაღრესად საჭირო ზოგიერთი სპეციალობების კადრების მომზადების საკითხში. მაგ., სასწრაფოდ მისახედა ანესთეზიოლოგთა კადრების მომზადების პრობლემა. აქ ხარისხზე აღარაა ლაპარაკი, მათი რაოდენობა საგრძნობლად ჩამორჩება მოთხოვნას. მაგალითად, ამ ცოტა ხნის წინ თელავში, სადაც 3 საავადმყოფოა, ქირურგიული განყოფილებებით მუშაობდა ერთი ანესთეზიოლოგი. ალბათ, დღეს იგივე მდგომარეობაა.

ხომ არ მოვიდა ანესთეზიოლოგიის და რენანიმატოლოგიის ცალკე სპეციალობებზე გამიჯვნის დრო, თუნდაც სპეციალისტთა გადამზადების კუთხით. დღეს ფაქტურად ეს ორი სხვადასხვა სპეციალობაა და ორივე რთული და საპასუხისმგებლო. ეს იგივეა, რომ თვალის და ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალობები გავაერთიანოთ

იმ მიზეზით, რომ თვალი, ცხვირი, და ყური გვერდით-ვერდ მდებარეობენ. ჩემი ყურადღება, მიიპყრო სამინისტროს საიტზე ამ პრობლემის ირგვლივ დარეგისტრირებულმა ოთხმა ასოციაციამ, რომლებშიც სხვადასხვა რაკურსით ჟღერდა სიტყვები ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია. აქედან, რომელიც პირდაპირ იყო პასუხისმგებელი ანესთეზიოლოგთა კადრების მომზადებაზე აღმოჩნდა უპატრონო, მისი ხელმძღვანელი კარგა ხანია დანიშნულა ერთ-ერთი სამედიცინო დაწესებულების დირექტორად და ასოციაციისათვის აღარ სცალია.

არცთუ სახარბიელო მდგომარეობაა ჩვენში მსოფლიოში სწრაფად განვითარებადი სპეციალობის, ტრანსპლანტოლოგიის მხრივ. მართალია, „ავერსის კლინიკაში“, კლინიკა „ლანცეტში“, უროლოგიის და ქირურგიის ინსტიტუტებში, ბათუმის „ევექსის“ კლინიკაში ჩატარებულია თირკმლის და ღვიძლის გადანერგვის წარმატებული ოპერაციები, მაგრამ თითქმის ყველა მოწვეული სპეციალისტების მიერ. სანამ არ შეიქმნება ამ დარგის განვითარების სტრატეგიული გეგმა, მნიშვნელოვანი წინსვლა არ გვექნება. ამ დარგის განვითარებას ხელს უშლის ქვეყანაში გვამური დონაციის მოუგვარებელი პრობლემა, დასავლეთის მიხედვით ატეხილია ერთი ჟივილი-ხივილი ერთსქესიან ქორწინებაზე მაშინ, როდესაც დასავლეთის ბევრ ქვეყანაში დიდი ხანია გადაწყდა გვამური დონაციის პრობლემა, ჩვენთან კი ამას საშველი არ დაადგა და სამწუხაროდ, პარლამენტში ეს გახდა სხვადასხვა პარტიების კინკლაობის ობიექტი. გაუთავებელი კამათია, ვინ უნდა გადანერგოს ესა თუ ის ორგანო. ეს ყველგან, მოგვარებულია ჩვენს გარდა: ორგანო უნდა გადანერგოს მხოლოდ ტრანსპლანტოლოგმა. და სანამ არ გვეყოლება საკუთარ ტრანსპლანტოლოგთა კადრი და სპეციალიზებული ცენტრები ამ დარგის ფართომასშტაბიან განვითარებას არ უნდა ველოდოთ. არის ბევრი სხვა მოუგვარებელი საკითხიც რაზეც, ალბათ, ამ დარგში მოღვაწე სპეციალისტები ისაუბრებენ.

მოსაგვარებელია გადაუდებელი ქირურგიის პრობლემა. თბილისის მნიშვნელოვნად გაიზარდა როგორც ტერიტორიულად, ისე მოსახლეობის რაოდენობით. ქალაქში ტრანსპორტით გადაადგილებაში არსებული დაბრკოლებები და ხანძარი საცობები ხშირად ხდება ავადმყოფისათვის გადაუდებელი დახმარების დაგვიანების მიზეზი. ამიტომ, ხომ არ არის დროული, გავიხსენოთ გასული საუკუნის 80-იან წლებში ამ მიზნით ქალაქის 4 რეგიონად დაყოფის კარგად აპრობირებული სისტემა, სადაც გადაუდებელი დახმარების ფუნქცია დაევალა რეგიონში არსებულ ამ მიზნით ყველაზე უფრო გამოსაყენებელ მრავალპროფილიან სამედიცინო დაწესებულებას და ამ რეგიონში არსებულ სასწრაფო დახმარების ქვესადგურს. ეს არა მარტო ავადმყოფისათვის იყო სასარგებლო, არამედ მოგვცა მნიშვნელოვანი ეკონომიური ეფექტი. მაშინ ასეთი მიდგომა მოიწონა საკავშირო სამინისტრომ და მოსკოვშიც დაწერა.

მსგავსი მიდგომით ამ საკითხის მოგვარება შეიძლება ქვეყნის რეგიონებშიც. არის რეგიონები სადაც სათანადო დონეზეა ქირურგიული, სამეანო, კარდიოლოგიური და სხვა სამსახურები. თუ იქ დაემატება ორი ან სამი სასწრაფო დახმარების მანქანა, მათ შეეძლე-

ბათ, იტვირთონ გადაუდებელი დახმარების სარაიონ-თაშორისო ცენტრის ფუნქციები. ჩემი ღრმა რწმენით საქართველოში შეიძლება 10-12 ასეთი დაწესებულების მოძიება. გასული საუკუნის 80-იან წლებში, თითქმის დასრულებული იყო მუშაობა ამ მიმართულებით, მაგრამ იმ დროს ცნობილი მოვლენების გამო ბოლომდე ვერ იქნა მიყვანილი. დღეს კი ამის გაკეთება რეალურია რაიმე განსაკუთრებული მატერიალური დანახარჯების გარეშე.

სრულიად მივიწყებულია განსაკუთრებით მძიმე ავადმყოფის ირგვლივ კონსილიუმების ჩატარების პრაქტიკა. ადრე ეს ხდებოდა უსასყიდლოდ, ყოვლად უანგაროდ და დიდ სირცხვილად ითვლებოდა, თუ ვინმე უარს იტყოდა კონსილიუმში მონაწილეობაზე.

ისეთი ბუმბერაზი ქირურგი, როგორც იყო ჩემი მასწავლებელი პროფ. მიხეილ ჩაჩავა, მე, ახალგაზრდა ექიმს, ამ მიზნით მაგზავნიდა ხოლმე პროფესორ ეგნატე ფიფისთან და ცნობილ თერაპევტთან ლევან ანჯაფარიძესთან. ყოფილა შემთხვევა ბატონ ეგნატეს მიუტოვებია შემოვლა და წამოსულა კონსილიუმზე. ასეთი კონსილიუმები იყო უმაღლესი დონის სკოლა ახალგაზრდა სპეციალისტისათვის, რასაც იქ გაიგებდი ვერც ერთ წიგნში ვერ წაიკითხავდი.

ცხადია, ამ რეგულაციის ბრძანებით დაკანონება დღევანდელ რეალობაში, ალბათ, ვერ მოხერხდება, ამაზე უნდა იზრუნონ კლინიკის ხელმძღვანელებმა, მაგრამ მაკონტროლებელმა უნდა ჩათვალოს ეს ნაკლად და მიუთითოს ამაზე, ასეთი მიდგომა ნაწილობრივ მაინც მოაგვრებს ამ პრობლემას.

კატასტროფული მდგომარეობაა ქირურგიის სპეციალობით სამეცნიერო ხარისხების დაცვის საკითხში. უკანასკნელი 9 წლის სტატისტიკით სამედიცინო უნივერსიტეტში ე.წ. მედიცინის აკადემიური დოქტორის ხარისხი მოიპოვა ზოგად ქირურგიაში მხოლოდ ერთმა პიროვნებამ. ერთი დისერტაცია დაცულია ტრამვატოლოგიაში.

20-მდე ქირურგიულ სპეციალობაში, მომიჯნავე თუ სუბსპეციალობებში, არც ერთი დისერტაცია არ დაცულა. დღეს სამედიცინო უნივერსიტეტს ჰყავს ქირურგიული პროფილის მხოლოდ 3 დოქტორანტი, რომლებსაც უკვე გაუვიდათ დოქტურანტურის ვადა, ამ კომპონენტით ყველა სამედიცინო სპეციალობათა შორის ქირურგია უკანასკნელ ადგილზეა მაშინ, როდესაც სულ ორი ათეული წლის წინ ეს პირიქით იყო. ეს საგანგაშოა მაგრამ ამავე დროს გარკვეულწილად გასაგებიც, რადგან ამ ერთადერთი სამეცნიერო ხარისხის მოპოვების ინტერესი და მოტივაცია დევალირებულია. მაგალითად, უმაღლეს სასწავლებელში პირველი საფეხურის პროფესორის ე.წ. ასისტენტ-პროფესორის ხელფასი, თითქმის, გათანაბრებულია სახელმწიფო უმაღლეს ეშენლონებში დამლაგებლის ხელფასთან. ამჟამად არსებული გაუგებარი ე.წ. აკადემიური დოქტორის ხარისხი არავითარ პრივილეგიას არ ანიჭებს პრაქტიკულად მომუშავე ქირურგს.

ეს მძიმე და ურთულესი პრობლემაა, რომელიც შექმნა ქვეყანაში წინა ხელისუფლების მეცნიერებისადმი დანაშაულებრივმა დამოკიდებულებამ. თუ არ გამოჩნდა ხელისუფლებაში ადამიანი, რომელიც სულ ცოტა ამ პრობლემის ირგვლივ დისკუსიას მაინც წამოიწყებს და

ყველაფერი ძველებურად დარჩება, მერწმუნეთ, 25-30 წლის შემდეგ საქართველოში (სხვა დარგებს არ შევხებით) წამყვან ქირურგიულ პოზიციებზე ძირითადად იმუშავებენ ჩინელები, ინდოელები, პაკისტანელები და სხვ. სამწუხაროდ დღევანდელი სხდომის რეგლამენტი ამ საკითხზე მეტის თქმის საშუალებას არ მაძლევს.

აღბათ შეამჩნევდით, რომ მე შეგნებულად არ ვასახელებ კონკრეტულ პიროვნებებს, პასუხისმგებელს ამა თუ იმ ნაკლოვანების თუ ხარვეზის არსებობისას. ეს იმიტომ, რომ შექმნილ ვითარებაზე მეტ-ნაკლებად ყველა ჩვენთაგანია პასუხისმგებელი და არა ნაკლებ ისინიც, ვისაც დაეგზავნა მოწვევა და არ იკადრა დღეს სხდომაზე მობრძანება. თუ ახალგაზრდობა სცოდავს, ინიციატივის სიმცირეში, ძველგაზრდობა უფრო ხშირად პასუხისმგებლობის გრძნობის დაქვეითებაში და ინერტიულობაში. თუ ვინ, რომელ კატეგორიაში მოიაზრებს თავის თავს, ეს მისი პიროვნული გადასაწყვეტია. საქართველოს ქირურგიის ჯემშარიტი აღორძინება დაიწყება მხოლოდ მას შემდეგ, როცა ჩვენს შორის ამ კატეგორიებში მოხვედრილთა პროცენტი დავა მინიმუმამდე.

არის ერთი საჩოთირო საკითხი, რომელიც ეხება არა მარტო ქირურგიას, რომელზედაც კულუარებში ბევრს ლაპარაკობენ, მაგრამ საჯაროდ თითქმის არავინ, ამიტომ მინდა ვისარგებლო მინისტრის ჩვენთან ყოფნით. საქმე ეხება ავადმყოფების ქვეყნის გარეთ გადინებას.

მომრავლდა ამ მიზნით შექმნილი ორგანიზაციები, ქალაქი აჭრელებულია უზარმაზარი სარეკლამო ბანერებით და ეს გახდა ბინძური ბიზნესის საგანი, ამასთან ქვეყნიდან უცხოური ვალუტის უხშირესად დაუსაბუთებელი გადინების საეჭვო გზა.

საფუძვლიანი ეჭვია, რომ ხშირად თურქეთის ან სხვა ქვეყნების კლინიკებთან ხდება გარიგება და ამ შუამავლებს ე.წ. „ატკატების“ სახით უბრუნდებათ საკმაოდ დიდი თანხები. თუ ასეთ საქმიანობაში ჩართულია ცნობილი მედიკოსი, პასუხისმგებელი მედიცინის ამა თუ იმ დარგის განვითარებაზე, ამან შეიძლება სერიოზული დაღი დაასვას მედიცინის გარკვეული სპეციალობის წინსვლას, ეს კი უკვე საგანგაშოა.

საქართველოს ქირურგიულ სამსახურში ამ და კიდევ ბევრი სხვა ხარვეზის აღმოფხვრა სამინისტროს ხელის შეწყობით, ჩვენ თვითონ ქირურგებმა უნდა შევძლოთ, თუ გავინძრევით და აღვადგენთ საქმისადმი მიდგომის გრიგოლ მუხაძის, ეგნატე ფიფიას, მიხეილ ჩაჩავას, მემედ კომახიძის და ქართული ქირურგიის ოქროს ხანის სხვა დიდებული მოღვაწეების ტრადიციებს.

სამწუხაროდ, დღეს მოდაშია წუწუნი, ქვეყნის მძიმე ეკონომიკურ თუ პოლიტიკურ მდომარეობაზე, მაგრამ გასული საუკუნის 20-იან წლებში გრიგოლ მუხაძეს, სპირიდონ ვირსალაძეს და სხვებს განა უკეთესი გარემო ჰქონდათ, როდესაც სისხლიანი ტერორის პირობებში გვერდით ედგნენ დიდ ივანე ჯავახიშვილს უნივერსიტეტის და მალევე უნივერსიტეტში სამედიცინო ფაკულტეტის დაარსებისას.

და ბოლოს, ჩვენს სპეციალობაში ამდენ ხარვეზსა და ნაკლოვანებაზე საუბრის შემდეგ მოხსენება მინდა დავამთავრო იმედიანად და აღვნიშნო ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ერთი უმნიშვნელოვანესი მოვლენა, რომელიც სამწუხაროდ საინფორმაციო საშუალებებში სათანადოდ არ გაშუქდა.

ჩვენი მინისტრის მიერ, ამ ცოტა ხნის წინ დაანონსებული თბილისში რესპუბლიკური საავადმყოფოს და ონკოცენტრის რეაბილიტაციის, ხოლო ქვეყნის რეგიონებში ახალი მრავალპროფილიანი სამედიცინო ცენტრების მშენებლობის პროგრამა იძლევა იმედს, რომ შეიძლება მივაღწიოთ მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების საქმეში ჯემშარიტ პროგრესს. სწორედ ასეთი მსხვილი სახელმწიფო ინვესტიცია და რეგიონებში ახალი უმსხვილესი სამედიცინო ცენტრებია ქართული მედიცინის და, კერძოდ, ქირურგიის აღორძინების საწინდარი.

ეს პროგრამა უაღრესად მნიშვნელოვანი და ღირებულია. გადაჭარბებული არ იქნება, თუ ვიტყვით, რომ ის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისა, რადგან მისი განხორციელების შემდეგ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის არეალში გაჩნდება ჯანსაღი კონკურენტული გარემო კერძო სექტორსა და სახელმწიფოს პროტექტორატის ქვეშ არსებულ სამედიცინო ობიექტებს შორის, რაც სრულად წარმოაჩინს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის არსს, მნიშვნელოვნად დაიზოგება სახელმწიფოს მიერ ამ მიზნით გამოყოფილი თანხები, გარკვეულწილად შემცირდება მათი გადინება კერძო სექტორში, სახელმწიფო სექტორის მოგების თანხები დაუბრუნდება საყოველთაო ჯანდაცვას და დაიხარჯება სამედიცინო მომსახურეობის ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით. ფაქტიურად მოხდება სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხების ნაწილის რეინვესტირება, ეს კი უდაოდ წაადგება საქმეს. ამაზე ბევრი შეიძლება ითქვას, მაგრამ მე ისევ რეგლამენტს ვუფრთხილდები.