

თენგიზ ვერულავა*

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის ტრანსფორმირება საქართველოში: თანამედროვე გამოწვევები

I. შესავალი

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა, რომელიც უზრუნველყოფს დაავადებათა პრევენციას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, რაც მიიღწევა საზოგადოების ორგანიზებული ძალისხმევით, გარემოს გაჯანსაღებით, ინფექციებთან ბრძოლით, ჰიგიენის საკითხებში მოსახლეობის განათლებით, დაავადებათა ადრეული გამოვლენით. ამასთან, დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის შესწავლით შესაძლებელი ხდება რესურსების რაციონალური და ეფექტური მიმართვა პრიორიტეტული პრობლემების გადასაჭრელად, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა.

1995 წელს, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დაწყებული სტრუქტურული გარდაქმნის შედეგად, საფუძველი ჩაეყარა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალ მიდგომას.¹ იგი მიმართული იყო ქვეყანაში პრევენციული მედიცინის ერთიანი მექანიზმების ასამოქმედებლად და სახელმწიფო ეპიდზედამხედველობის ეფექტიანი მექანიზმების ასამუშავებლად. ჯანდაცვის სფეროში 1995 წელს დაწყებული რეორგანიზაცია ეფუძნებოდა არა მხოლოდ სამედიცინო მოდელის განვითარებას, არამედ აქცენტის გაკეთებას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პრევენციულ მოდელზე.²

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ზოგიერთმა პოსტსაბჭოთა ქვეყანამ (მათ შორის, სომხეთმა, ბელორუსმა, რუსეთის ფედერაციამ და უკრაინამ) ძირითადად შეინარჩუნა საბჭოთა პერიოდისგან მემკვიდრეობით მიღებული სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის ორგანიზაციული სტრუქტურა და ფილოსოფია. ზოგიერთმა ქვეყანამ (მათ შორის, ყაზახეთმა, ყირგიზეთმა, ტაჯიკეთმა და უზბეკეთმა) შექმნა დამატებითი სტრუქტურები.

* კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი, <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

¹ ჯორბენაძე, 2021.

² ვერულავა, ჯორბენაძე, 2024.

აღსანიშნავია, რომ საქართველო იყო ერთადერთი ქვეყანა (გარდა ბალტიის ქვეყნებისა), რომელმაც უარი თქვა სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის საბჭოურ სისტემაზე, მოახდინა მისი სრული რეორგანიზაცია და ჩამოაყალიბა ევროპულ პრინციპებზე აგებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალი ინფრასტრუქტურა.³ ფუნქციებისა და სტრუქტურის მაგალითად აღებული იყო დასავლეთ ევროპული და აშშ-ში არსებული მოდელები. საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თანამედროვე სისტემის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვანია აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის, მსოფლიო ბანკის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და ისრაელის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის წვლილი. აღსანიშნავია, რომ შემდგომ წლებში ბევრ სხვა ქვეყანაში (მათ შორის, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებშიც) ჩამოყალიბდა მსგავსი ფუნქციებისა და სახელის მქონე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურები.⁴

სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეორგანიზაცია გულისხმობდა საბჭოთა სისტემისათვის დამახასიათებელი საზედამხედველო (სანიტარული კონტროლი) და აღმასრულებელი (ეპიდზედამხედველობა) ფუნქციების ურთიერთგამიჯვნას. 1995 წელს ქვეყანაში დაწყებული ჯანდაცვის სფეროს რეორგანიზაციის შედეგად ყოფილი საბჭოთა სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახური დაიყო 2 ცალკე ორგანიზაციად.⁵ მინისტრთა კაბინეტის 1995 წლის N389 განკარგულების თანახმად, ჩამოყალიბდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტები. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტს შემდეგი ფუნქციების შესრულება დაეკისრა: იმუნიზაცია, სამედიცინო სტატისტიკის წარმოების ხელშეწყობა; ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა მონიტორინგი, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ანალიზი და პროგნოზირება, ჯანმრთელი ცხოვრების წესის პროპაგანდა.

სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტი პასუხისმგებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოს ფაქტორების უარყოფითი გავლენის თავიდან აცილებაზე, შრომის, ყოფაცხოვრების, კვების, რადიაციული და ქიმიური უსაფრთხოების სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების შემუშავებაზე და მათი დაცვის კონტროლზე. ჩამოყალიბდა სანიტარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტის ადგილობრივი/რაიონული, ქალაქის/სამსახურები. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და სანიტარული ინსპექციის სამსახურები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გარემოს ფორმირებისა და შენარჩუნების ღონისძიებებში ერთგვარად ავსებდნენ ერთმან-

³ Rechel, 2014.

⁴ Barr, Field, 1996, 307-312.

⁵ Gigauri, Djakeli, 2021, 102-108.

ნეთს. ისინი იყვნენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებათა აღმასრულებელი ინსტიტუტები.

სტატის ძირითადი მიზანია საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის ტრანსფორმაციის პროცესის, მიღწეული შედეგებისა და არსებული გამოწვევების კომპლექსური ანალიზი.

II. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის ჩამოყალიბება

1997 წელს მიღებულ იქნა ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი ფუნდამენტური საკანონმდებლო აქტი – „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი, რომლის XI თავით განისაზღვრა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ღონისძიებებისა და სავალდებულო ქმედებების ჩარჩო. კანონის თანახმად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა გულისხმობს „სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემას, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა დაავადებათა პრევენციის, მათი გავრცელების შესწავლის, კონტროლის, ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბების ხელშეწყობის გზით“⁶.

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1996 წლის 12 თებერვლის ბრძანებით შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი. დეპარტამენტის მიზნად განისაზღვრა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამაღლება სამედიცინო-პროფილაქტიკური ღონისძიებათა გატარების გზით. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტს დაეკისრა ფუნქციები: ეპიდზედამხედველობის მონიტორინგი და პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრა, სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა, სახელმწიფო პროგრამების მართვა და დაფინანსება, ბიოსტატისტიკის წარმოება, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ღონისძიებათა ორგანიზაცია.

რეორგანიზაციის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანესი ამოცანა იყო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის დეცენტრალიზაცია. ამ მიზნით, საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის N723 ბრძანებულების თანახმად, ჩამოყალიბდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორდონიანი სამსახურების სისტემა: ცენტრალურ დონეზე – საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი და ადგილობრივ/მუნიციპალურ დონეზე – საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენ-

⁶ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ფ1“ ქვეპუნქტი.

ტრები. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები (65, მათ შორის, 10 რეგიონული კოორდინაციის ფუნქციით) იყვნენ მუნიციპალური და რეგიონული ორგანიზაციები, რომლებიც პასუხს აგებდნენ ადმინისტრაციულ ფარგლებში მცხოვრებ მოსახლეობაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე, კერძოდ, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ანალიზსა და მის მართვაზე, დაავადებათა პროფილაქტიკის მიზნით სათანადო ღონისძიებების ორგანიზაციასა და განხორციელებაზე. მათ ძირითად მისიას შეადგენდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შეფასება, ღონისძიებათა კოორდინაცია და მონიტორინგი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამების განხორციელება.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის პასუხისმგებლობები მოიცავდა შემდეგს: ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური სიმშვიდე; დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და პროფილაქტიკა; საინფორმაციო უზრუნველყოფა; საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საფრთხეების პრევენცია და მათზე დროული რეაგირება; გარემოს მავნე ზემოქმედებისა და ქცევითი რისკ-ფაქტორების პრევენცია; ფუნდამენტური და გამოყენებითი ბიო-სამედიცინო მეცნიერების განვითარება.

სახელმწიფო ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტების დადგენილი წილობრივი თანაფარდობების საფუძველზე დაფინანსების ფორმად განისაზღვრა მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსება. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამები მოიცავდა შემდეგ პროგრამებს: ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრება; ეპიდზედამხედველობის, საკარანტინო განსაკუთრებით საშიში და მასთან გათანაბრებული ინფექციის კონტროლის და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის, მართვის და კოორდინაციის პროგრამა; გეგმიური იმუნიზაციის და ეპიდჩვენებით პროფესიული აცრების პროგრამა; ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა პროგრამა; იოდისა და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკა; ავადობის აქტიური გამოვლინებისა და მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვები; უსაფრთხო სისხლის, შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკა; ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი გამოვლინება; სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკა; ტრავმატიზმის პრევენცია; მალარიის პროფილაქტიკა; საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემონმება; სოფლად მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარება; მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარება.

პარალელურად, დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით დაიწყო გლობალური ჯანმრთელობის ხელშეწყობი საერთაშორისო პროგრამები. ამოქმედდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, მოსახლეობის სამედიცინო-პროფილაქტიკური

გასინჯვებისა და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ღონისძიებათა მართვის სისტემა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში განისაზღვრა სამი ქვედანაყოფი: 1. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; 2. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის ცენტრი; 3. სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი.

1996 წელს დაარსდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, რომელიც კოორდინაციას უწევს ეპიდემიოლოგიურ ზედამხედველობას, გადამდები დაავადებებთან ბრძოლას და პრევენციულ ღონისძიებებს, მეთოდურ და პრაქტიკულ დახმარებას უწევს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამხარეო და ადგილობრივ ცენტრებს, სამედიცინო დაწესებულებებს, მედიკოსებისათვის ატარებს ტრენინგებს, აწარმოებს საველე სამუშაოებს, აქვს ნაციონალური რეფერენს-ლაბორატორიები, იკვლევს ეპიდეფეთქების შემთხვევებს და მათ მიზეზ-შედეგობრივ კავშირებს. გააჩნია რეგიონალური ფილიალების ქსელი. აწარმოებს კვარტალურ ეპიდემიოლოგიურ ბიულეტენებს. იგი კოორდინაციას უწევს იმუნიზაციის ეროვნულ პროგრამას და ასევე თანამშრომლობს სხვა დონორებთან და დაავადებათა კონტროლის ცენტრებთან, მაგალითად აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრთან.

სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი პასუხისმგებელია ჯანმრთელობის სტატისტიკის შეგროვებაზე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის ცენტრი – ჯანმრთელობის განათლებასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე. 1996 წელს გამოიცა პირველი ყოველწლიური სტატისტიკური ცნობარი – „ჯანმრთელობის დაცვა – საქართველო“, რომელშიც წარმოდგენილია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანდაცვის რესურსების ამსახველი ძირითადი სტატისტიკური მაჩვენებლები. ცნობარებში მოტანილი მაჩვენებლების გამოსათვლელად გამოიყენება ჯანმოს მიერ რეკომენდებული მეთოდოლოგია, რაც ხელს უწყობს საქართველოს მაჩვენებლების სხვა ქვეყნების მაჩვენებლებთან შედარებას.

დეცენტრალიზაციის თვალსაზრისით, პოსტსაბჭოთა ქვეყნებს შორის ისევ საქართველო აღმოჩნდა ერთადერთი გამონაკლისი, სადაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის 4 ელემენტიდან (დაფინანსება, პოლიტიკის განვითარება, სტანდარტების დადგენა, მენეჯმენტი და ადმინისტრირება) დაფინანსება გადანაწილებული იყო ცენტრალურ და მუნიციპალურ დონეებზე, ხოლო მენეჯმენტი და ადმინისტრირება – ცენტრალურ, რეგიონულ და მუნიციპალურ დონეზე (იხ. ცხრილი 1; ცენტრალური = ც, რეგიონული = რ და მუნიციპალური = მ).

ცხრილი 1: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის ელემენტების განაწილება სამთავრობო დონეების მიხედვით.⁷

	სისტემის ელემენტები			
	დაფინანსება	პოლიტიკის განვითარება	სტანდარტების დადგენა	მენეჯმენტი და ადმინისტრირება
საქართველო	ც, მ	ც	ც	ც, რ, მ,
სომხეთი	ც	ც	ც	ც
აზერბაიჯანი	ც	ც	ც	ც
ბელორუსი	ც	ც	ც	ც
ყაზახეთი	ც	ც	ც	ც
ყირგიზეთი	ც	ც	ც	ც
მოლდოვა	ც	ც	ც	ც
რუსეთი	ც	ც	ც	ც
ტაჯიკეთი	ც	ც	ც	ც
თურქმენეთი	ც	ც	ც	ც
უკრაინა	ც	ც	ც	ც
უზბეკეთი	ც	ც	ც	ც

ამგვარად, საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემა ფუნქციონირების ლოგიკური ჩარჩოს მიხედვით ემსგავსებოდა განვითარებული ქვეყნების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემების მოდელს. აღნიშნული ეხება პასუხისმგებლობისა და დაფინანსების დონებს, ძირითადი სერვისების მიწოდებას (იმუნიზაცია, ეპიდზედამხედველობა, ჯანმრთელი ცხოვრების წესი და ა.შ.).

III. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამების განვითარება

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის არსებული სისტემის ფუნქციონირების პრინციპი ძირითადი მოცულობისა და პასუხისმგებლობების დონეებად დაყოფა იყო. 1996-2003 წლებში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრიორიტეტებს განეკუთვნოდა იმუნიზაციის, ეპიდზედამხედველობის, ონკოლოგიურ დაავადებათა, უსაფრთხო სისხლის, ნარკომანიისა და ტრავმატიზმის პრევენციის, ჯანმრთელი ცხოვრების წესის, ავადობის აქტიური გამოვლენის და სხვა ღონისძიებების განხორციელება.

⁷ Gotsadze et al., 2010, 440.

ადგილობრივ დონეზე მუნიციპალური პროგრამების სახით ფინანსდებოდა ინფექციურ დაავადებათა პრევენციის, ქრონიკულ დაავადებათა მართვისა და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის პროგრამები, ის ღონისძიებები, რომლებიც კონკრეტულ არეალზე მცხოვრები მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის საჭიროება იყო და ითვალისწინებდა სოციალურ-ეკონომიკურ, კულტურულ და ბუნებრივ თავისებურებებს. თუმცა რიგ შემთხვევებში ადგილობრივი დაფინანსება სიმბოლურ ხასიათს ატარებდა. ადგილობრივ დონეზე არსებობდა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე რეალური პასუხისმგებლობისა და ვალდებულებების გაუთვითცნობიერებულობის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ არასაკმარისი ცოდნის და შესაბამისად, ადეკვატური ბიუჯეტების ფორმირების პრობლემა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ქსელის ჩამოყალიბებას საქართველოში უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა როგორც ეპიდზედამხედველობის მონესრიგებისა და დაავადებათა კონტროლის სისტემის გაუმჯობესების მხრივ, რომელიც რაიონულ დონეზე ფაქტობრივად მოშლილი იყო, ისე ეპიდემიოლოგიური ვითარების პროგნოზირებისა და ადეკვატური პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავების და გატარების თვალსაზრისით.⁸

ჯანმოს მოთხოვნით, უზრუნველყოფილ იქნა ინფექციური დაავადებების გავრცელების ტენდენციებსა და სტრუქტურის შესახებ მონაცემთა დროული მიღება, შეფასება და ანალიზი, რაც სათანადო კონტროლის ღონისძიებების დროული განხორციელების შესაძლებლობას იძლევა. ამ პრობლემების მოგვარებისათვის ქვეყანაში ამუშავდა „ეპიდზედამხედველობისა და ეპიდემიოლოგიური ვითარების მართვის პროგრამა“, „ჯანმრთელი ცხოვრების წესის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის პროგრამა“ და სხვა პროფილაქტიკური პროგრამები, რაც, თავის მხრივ, ეხმიანებოდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის რეზოლუციას, რომელშიც მითითებულია, რომ ლაბორატორიულ კვლევებზე დაფუძნებული ეპიდზედამხედველობის სისტემათა განვითარება და ინფექციური დაავადებათა კონტროლის აქტივიზაცია ეროვნულ დონეზე ამ დაავადებათა საერთაშორისო მასშტაბებით გავრცელებისაგან დაცვის საუკეთესო საშუალებაა.⁹

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეორგანიზაციამ პირველი შედეგები მალევე გამოიღო. სახელმწიფო პროგრამით რუტინული იმუნიზაციის დაწყებამ, უსაფრთხო ინექციების და სამედიცინო მანიპულაციების პრაქტიკის დანერგვამ, უსაფრთხო სისხლის პროგრამის შემოღებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ინფექციურ დაავადებათა გავრცელება.

⁸ Gzirishvili, Mataradze, 1999.

⁹ Gamkrelidze et al., 2002.

იაპონიის მთავრობის, გაეროს ბავშვთა ფონდის, USAID-ის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და სხვა ორგანიზაციების დახმარებით 1995-1996 წლებში ქვეყანაში ჩატარდა 3-60 წლის მოსახლეობის მასობრივი იმუნიზაციის კამპანია ტდ ვაქცინით, მოცვა – 83%. მათი მხარდაჭერით 1995 წელს კახეთში ჩატარდა სხვადასხვა ასაკის მოსახლეობის სეროლოგიური კვლევა ბუსტერ დოზის შემდგომ დიფთერიის სანინალმდეგო იმუნიტეტის არსებობაზე. აღმოჩნდა, რომ 30-49 წლის ასაკის მოსახლეობას დამცველობითი იმუნიტეტი მაინც არ ჰქონდა. კვლევის საფუძველზე, 1997 წელს ჩატარდა ამ ასაკობრივი კონტინგენტის ტდ ვაქცინის მე-2 ბუსტერ დოზით ვაქცინაცია. მოცვა – 86%. შედეგად 1998 წლიდან დიფთერიის ეპიდემია კონტროლირებადი გახდა. ეფექტური ეპიდსანინალმდეგო ღონისძიებები გატარდა წყლისმიერი ნაწლავური ინფექციების, ჰეპატიტების, მუცლის ტიფის სხვადასხვა ეპიდემიების დროს (ახალციხე, ფოთი, ბათუმი, ქობულეთი, ხონი, რუსთავი და სხვ.).

ამ პერიოდში იაპონიის, აშშ-ის და სხვა განვითარებული ქვეყნების მთავრობებისა და განსაკუთრებით, გაეროს ბავშვთა ფონდის უდიდესი დახმარების შედეგად შესაძლებელი გახდა ჯერ გეგმიური აცრების დაწყება, ხოლო შემდეგ მოსახლეობის მასობრივი ვაქცინაცია.¹⁰ აცრებით მოცვის მაღალი დონის მიღწევის გამო 2002 წლის ივნისში ჯანმოს ევროპის რეგიონის სასერთიფიკაციო კომისიამ საქართველოს მიანიჭა პოლიომიელიტისგან თავისუფალი ზონის სტატუსი, რომელსაც ჩვენი ქვეყანა დღემდე ინარჩუნებს.

ჯანმოს მიერ რეკომენდებულ DOTS (Directly Observed Therapy, Short-course) სტრატეგიაზე ორიენტირებული მრავალწლიანი სახელმწიფო პროგრამის შექმნამ და დანერგვამ ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია ერთგვარად მოაწესრიგა. სტრატეგიის არსი მდგომარეობს ტუბერკულოზზე სრულყოფილი კონტროლის სისტემის შექმნაში, რაც უზრუნველყოფს საზოგადოებაში სიკვდილობის, ავადობის, დაავადების გავრცელების შემცირებასა და ტუბსანინალმდეგო მედიკამენტებისადმი რეზისტენტობის განვითარების პრევენციას. ეს ხორციელდება ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენის, დიაგნოზირების, მკურნალობის, პრევენციისა და ეპიდზედამხედველობის სტანდარტული ღონისძიებების მეშვეობით.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია ლუგარის ცენტრის შექმნა, რომელსაც საფუძველი ჩაეყარა 1997 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების და საქართველოს პრეზიდენტების მიერ „ბიოლოგიური უსაფრთხოების შესახებ“ ხელშეკრულების დადების შემდეგ. იგი ეხებოდა ბირთვული, ქიმიური და ბიოლოგიური იარაღის გაუვრცელებლობას მსოფლიოში და ქვეყნის ბიოლოგიური უსაფრთხო-

¹⁰ ვერულავა, ჯორბენაძე, 2023, 45-64.

ების ერთ-ერთი მთავარი კომპონენტი იყო. შეთანხმებამ საფუძველი დაუდო ამ ტიპის პროგრამების განვითარებას არა მხოლოდ საქართველოში, არამედ მთლიანად აღმოსავლეთ ევროპაში. საქართველოში ცენტრის შექმნას განსაკუთრებით ლობივდა ცნობილი რესპუბლიკელი სენატორი რიჩარდ ლუგარი. 1998 წელს განხორციელდა ლუგარის პირველი ვიზიტი პრეზიდენტ შევარდნაძესთან და გადაწყდა ლუგარის ლაბორატორიის დაარსება. იმის გათვალისწინებით, რომ ლუგარის ცენტრი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი და მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია, 2002 წელს რიჩარდ ლუგარის და სახელმწიფო მინისტრის ავთანდილ ჯორბენაძესთან შეხვედრაზე მოხდა შეთანხმება, რომ ლუგარის ცენტრი ყოფილიყო ჯანდაცვის სექტორის დაქვემდებარების ქვეშ და შესულიყო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემაში. დღეისათვის ლუგარის ცენტრი ერთ-ერთი საუკეთესო ბაზაა კავკასიის რეგიონში ბიოსამედიცინო სფეროში და ბიოლოგიურ უსაფრთხოებაში სამეცნიერო კვლევებისთვის. ცენტრი უმაღლესი სტანდარტებით არის მოწყობილი და ბიოლოგიური უსაფრთხოების მესამე დონე აქვს მიანიჭებული, რაც ნიშნავს, რომ აქ თითქმის ყველა სახის მიკრობს იკვლევენ.¹¹ საქართველოს თანამედროვე კლასიფიკაციით მესამე დონის ლაბორატორიას კორონავირუსის დიაგნოსტიკაზეც შეუძლია, რაც ამ ინფექციის დროულად გამოვლენისა და მართვის შესაძლებლობას იძლევა. მისი როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თანამედროვე პანდემიების ხანაში.

ამგვარად, საქართველოში ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული სტრუქტურული გარდაქმნის შედეგად საფუძველი ჩაეყარა თანამედროვე პრინციპებზე აგებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალ სისტემას, რომელიც ეხმარება მსოფლიოს უახლეს გამოცდილებას. თუმცა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის რეორგანიზაციის გატარებაში უმთავრესი სირთულე იყო სახელმწიფო პროგრამების არასრული დაფინანსება. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს, რადგან სახელმწიფო ხშირად ვერ ახდენდა დაპირებული ვალდებულებების დაფინანსებას.¹² გამონკვევა იყო პირველადი ჯანდაცვის შესაძლებლობების სუსტი ინტეგრაცია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფუნქციების შესასრულებლად.¹³

2007 წელს მთავრობის მიერ განხორციელებული ცვლილებების შედეგად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი შეერწყა დაავადებათა კონტრო-

¹¹ ლევან საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ძირითადი მიღწევები და გამონკვევები: 2013-2017, თბილისი, 2018.

¹² Verulava, Dangadze, 2018, 401-406.

¹³ Verulava, 2019, 57-62; Asatiani, Verulava, 2017, 21-28; ვერულავა, ჯორბენაძე, 2022, 23-41.

ლის ეროვნულ ცენტრს და ჩამოყალიბდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, რამაც შეასუსტა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის როლი და მნიშვნელობა, რადგან დაავადებათა კონტროლის ცენტრი მხოლოდ ინსტრუმენტია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემაში. შედეგად, შემცირდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართ ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლების მხრიდან ყურადღება. უფრო მეტიც, გაუქმდა სანიტარული ზედამხედველობის სამსახური და მისი ცალკეული ფუნქციები სხვადასხვა სამინისტროსა და უწყებაში გადანაწილდა. სამსახურის გაუქმების გამო ზედამხედველობის გარეშე დარჩა სხვადასხვა ობიექტი (მაგ., სამედიცინო ორგანიზაციები, სტომატოლოგიური კაბინეტები, სილამაზის სალონები), სადაც შესუსტდა მომსახურების ხარისხის კონტროლი და უსაფრთხოების სტანდარტები.¹⁴

თანამედროვე პირობებში, როდესაც საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში უფრო მეტად ყურადღება ექცევა მკურნალობას, ვიდრე პრევენციას, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და პრევენციული მედიცინის აღიარებას ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების უმთავრეს პრიორიტეტად. ამისათვის საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ჰოსპიტალური სექტორისა და პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების შემდგომი კოორდინირებული განვითარება, აგრეთვე სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის ეფექტიანი პარტნიორობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სექტორის გაძლიერების მიზნით.¹⁵

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის როლი განსაკუთრებით იზრდება თანამედროვე გლობალიზებულ სამყაროში, როდესაც აქტუალური გახდა ინფექციური დაავადებების გავრცელების საფრთხე. გლობალიზებულ სამყაროში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გამოწვევები სცდება ეროვნულ საზღვრებს და ინტერესებს, ვინაიდან მას აქვს უდიდესი გლობალური პოლიტიკური და ეკონომიკური შედეგები. შესაბამისად, თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა განიხილება გლობალურ კონტექსტში და მოითხოვს საერთაშორისო რეგულაციებს, სხვადასხვა სახელმწიფოს შორის კოორდინირებულ თანამშრომლობაზე დაფუძნებულ ტრანსნაციონალურ ქმედებებს და გადანაცვლებებს.

ჯანმრთელობის საერთაშორისო რეგულაციები ის იურიდიული ჩარჩოა, რომელიც განსაზღვრავს, თუ როგორი რეაგირება უნდა მოახდინონ ქვეყნებმა საერთაშორისო დაავადებების საფრთხეზე. მისი მიზანია დაავადების საერთაშორისო გავრცელების თავიდან აცილება, დაცვა და კონტროლი. გლობალური რეგულაციების საფუძველზე ქვეყნის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტე-

¹⁴ ვერულავა, ჯორბენაძე, 2022b.

¹⁵ ჯორბენაძე, ვერულავა, 2022.

მამ უნდა შეიმუშაოს ისეთი მუდმივმოქმედი სისტემა, რომელიც დროულად გამოავლენს და აღმოფხვრის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის იმ რისკებს, რომლებმაც შესაძლოა დაავადების მასობრივი გავრცელება გამოიწვიოს¹⁶.

იმის გათვალისწინებით, რომ ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა უპირატესად საზოგადოებრივი სიკეთეა, ვიდრე კერძო, ინდივიდუალური სერვისი, გავრცელების გლობალური საფრთხე მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებების როლის ზრდას და ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის თანამშრომლობის შემდგომ გაღრმავებას.

1995–2003 წლებში დაწყებული რეორგანიზაციისა და სხვადასხვა პროგრამების დანერგვის მიუხედავად, სისტემაში რჩება ძირითადი პრობლემები: სახელმწიფო პროგრამების არასრული და არისტაბილური დაფინანსება, პირველადი ჯანდაცვის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისების არასაკმარისი ინტეგრაცია, საკადრო რესურსების დეფიციტი, ინფრასტრუქტურის არაბაღანსირებული განაწილება რეგიონებში (ლაბორატორიების, კვალიფიციური ეპიდემიოლოგების გავრცელება არათანაბრად).¹⁷ ამ ფაქტორებმა შეანელა სისტემის მდგრადობის განვითარების პროცესი და განაპირობა ადგილობრივი დონეების შესუსტება ეპიდემიოლოგიურ რეაგირებასა და ხარისხის კონტროლში¹⁸.

IV. საერთაშორისო გამოცდილების მოკლე მიმოხილვა

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეფექტიანობა მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია ინსტიტუციური სტრუქტურების გამართულობაზე, მდგრად დაფინანსებასა და მონიტორინგის თანამედროვე სისტემების არსებობაზე. დასავლეთ და ცენტრალურ ევროპაში ჩამოყალიბებული მოდელები ხშირად განიხილება როგორც წარმატებული მაგალითები, რომლებიც საქართველოსა და ზოგადად სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებისთვის ნიმუშად შეიძლება იქცეს რეცეფციისთვის.

ევროპულ სისტემებში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა ეფუძნება რამდენიმე მნიშვნელოვან პრინციპს. უპირველეს ყოვლისა, დაფინანსების სტაბილურობა და მრავალმხრივი წყაროები ქმნის მყარ საფუძველს სერვისების უწყვეტობისთვის. მაგალითად, სკანდინავიის ქვეყნებში სახელმწიფო ბიუჯეტთან ერთად ადგილობრივი თვითმმართველობებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამების დაფინანსებაში.¹⁹

¹⁶ ჯორბენაძე, 2023.

¹⁷ Richardson, Berdzuli, 2017.

¹⁸ Richardson et al., 2025.

¹⁹ Karanikolos et al., 2013.

ინსტიტუციური გამჭვირვალობა და მკაფიო ფუნქციები უზრუნველყოფს პასუხისმგებლობის მკაფიო განაწილებას. გერმანიაში ეპიდზედამხედველობა ცენტრალიზებულია რობერტ კოხის ინსტიტუტში (Robert Koch Institute), ხოლო საფრანგეთში ეს ფუნქცია საფრანგეთის ჯანდაცვის სამინისტროს (Santé Publique France) ეკისრება.²⁰ მსგავსი მოდელი თავიდან იცილებს პასუხისმგებლობების დუბლირებას და აუმჯობესებს კოორდინაციას.

მონაცემებზე დაფუძნებული მენეჯმენტი თანამედროვე ეპიდემიოლოგიური პოლიტიკის ბირთვია. ევროპის დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ცენტრის (ECDC) ქსელი საშუალებას იძლევა, რომ ქვეყნები სწრაფად ცვლიდნენ ინფორმაციას და რეაგირებდნენ დაავადებების გავრცელებაზე²¹. გარდა ამისა, კანონის მკაცრი აღსრულება – მაგალითად, თამბაქოს კონტროლის, საკვების უსაფრთხოების ან სავალდებულო ვაქცინაციის სფეროში – მნიშვნელოვანწილად ზრდის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პოლიტიკის ეფექტიანობას.²²

სამხრეთ კავკასიის რეგიონში ვითარება მეტად ჰეტეროგენულია. საქართველო პოზიტიურად გამოირჩევა ისეთი მნიშვნელოვანი პროექტებით, როგორცაა, რიჩარდ ლუგარის სახელობის ლაბორატორიის შექმნა, რომელმაც COVID-19-ის პანდემიის პერიოდში გადამწყვეტი როლი შეასრულა დაავადებათა მონიტორინგსა და დიაგნოსტიკაში.²³ მიუხედავად ამისა, სისტემის ძირითადი სისუსტეები კვლავაც უკავშირდება დაფინანსების არასტაბილურობასა და რეგიონული ქსელის სუსტ ინტეგრაციას. 2007 წლის ინსტიტუციურმა რეფორმამ, რომლის შედეგადაც სანიტარული ზედამხედველობის ფუნქციები ნაწილობრივ სხვა უწყებებს გადაეცა, გარკვეული დეზორგანიზაცია გამოიწვია და სერვისების უწყვეტობაზე უარყოფითად აისახა.²⁴

სომხეთის მოდელი განსხვავდება იმით, რომ ქვეყანამ მოახერხა რეგიონული ლაბორატორიების ქსელის შენარჩუნება და თანმიმდევრული მოდერნიზაცია, რაც დროულ რეაგირებას უზრუნველყოფს ინფექციური დაავადებების გავრცელებისას.²⁵ აქ განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციის პროგრამებს – იმუნიზაციას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვასა და ქრონიკული დაავადებების მონიტორინგს. თუმცა დაფინანსება კვლავ შეზღუდულია და დღე-ღამე საერთაშორისო დონორებზე დამოკიდებული.²⁶

²⁰ Rechel et al., 2018.

²¹ Annual Epidemiological Report, European Centre for Disease Prevention and Control, 2020.

²² European Health Report 2019: More than Numbers, Copenhagen, 2019.

²³ Gamkrelidze, Kereselidze, Gambashidze, 2021, 1-9.

²⁴ Verulava., Jorbenadze, 2022, 179-184.

²⁵ Hakobyan et al., 2006.

²⁶ Armenia – Achievement and Challenges in Improving Health Care Utilization: A Multi-

აზერბაიჯანი, თავის მხრივ, ინარჩუნებს ცენტრალიზებულ ზედამხედველობის მოდელს. ბოლო წლებში გადაიდგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები ციფრული ტექნოლოგიების ინტეგრაციის მიმართულებით, მათ შორის, ელექტრონული ეპიდემიოლოგიური ბაზების დანერგვა და საკანონმდებლო ჩარჩოს განახლება, რაც ხელს უწყობს მონაცემთა გამჭვირვალობასა და ეფექტიან რეაგირებას.²⁷ აზერბაიჯანის მოდელს გარკვეულ უპირატესობას ანიჭებს ენერგეტიკული რესურსებიდან მიღებული ფინანსური სტაბილურობა, თუმცა მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება რეგიონებში სერვისების თანაბარი ხელმისაწვდომობა.

შედარებითი ანალიზი ცხადყოფს, რომ ევროპული გამოცდილება ხაზს უსვამს სისტემური მდგრადობის, სამართლებრივი მექანიზმების ეფექტიანობისა და მონაცემთა ინტეგრაციის მნიშვნელობას. სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებმა სხვადასხვა გზით სცადეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის გაძლიერება: საქართველომ ტექნოლოგიური ცენტრის (ლუგარის ლაბორატორია) გაძლიერებით, სომხეთმა – ლაბორატორიული ქსელის შენარჩუნებით, ხოლო აზერბაიჯანი – ციფრული ტექნოლოგიებისა და ცენტრალიზებული მართვით. ამ ფონზე საქართველოს მთავარი გამოწვევა მდგომარეობს იმაში, რომ ძლიერი ცენტრალური ინსტიტუტის პარალელურად უზრუნველყოფილი უნდა იყოს რეგიონული ინფრასტრუქტურის მდგრადობა და დაფინანსების სტაბილურობა.

V. დასკვნა

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დაწყებული სტრუქტურული გარდაქმნის შედეგად საფუძველი ჩაეყარა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალ მიდგომას, რომელიც მიმართული იყო ქვეყანაში პრევენციული მედიცინის ერთიანი მექანიზმების ასამოქმედებლად და სახელმწიფო ეპიდზედამხედველობის ეფექტიანი მექანიზმების ასამუშავებლად. ჩამოყალიბდა ევროპულ პრინციპებზე აგებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ახალი ინფრასტრუქტურა. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის რეორგანიზაციის გატარებაში უმთავრესი სირთულე იყო სახელმწიფო პროგრამების არასრული დაფინანსება და პირველადი ჯანდაცვის შესაძლებლობების სუსტი ინტეგრაცია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფუნქციების შესასრულებლად. მიუხედავად აღნიშნულისა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ქსელის ჩამოყალიბებას საქართველოში უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა როგორც ეპიდზედამხედველობის მო-

Project Evaluation of the World Bank Support to the Health System Modernization (2004-2016), World Bank, 2019.

²⁷ Graefen, Fazal, 2025, 39-46.

ნესრიგებისა და დაავადებათა კონტროლის სისტემის გაუმჯობესების მხრივ, ასევე ეპიდემიოლოგიური ვითარების პროგნოზირებისა და ადეკვატური პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავების და გატარების თვალსაზრისით. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის როლი განსაკუთრებით იზრდება თანამედროვე გლობალიზებულ სამყაროში, როდესაც აქტუალური გახდა ინფექციური დაავადებების გავრცელების გლობალური საფრთხე. იგი მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებების როლის ზრდას და ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის თანამშრომლობის შემდგომ გაღრმავებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანობის გაზრდა უნდა ეფუძნებოდეს სამ მთავარ მიმართულებას: (ა) დაფინანსების სტაბილურობის გამყარება; (ბ) პირველადი ჯანდაცვისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფუნქციების ინტეგრაცია; (გ) ინსტიტუციური და მონაცემზე დაფუძნებული მართვის გაძლიერება. მიზანშეწონილია შედეგზე ორიენტირებული დაფინანსების შემოღება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრიორიტეტულ პროგრამებზე; რეგიონული ლაბორატორიული ქსელის დამატებითი ინვესტირება და პერსონალის გადამზადება; ინფრასტრუქტურული (სისტემური) კოორდინაციის გაძლიერება ჰოსპიტალებსა და პირველად ჯანდაცვას შორის; და ციფრული ეპიდსისტემის (ყოველდღიური მონიტორინგი, ქვედანაყოფების ელექტრონული რეპორტიინგი) დანერგვა.

გამოყენებული ლიტერატურა

- ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა., ამერიკის შეერთებული შტატების დახმარება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში, ჟურნ. „ეკონომისტი“, N3, 2023
- ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა., პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების 1995-2003 წლების გამოცდილება და რეკომენდაციები, ჟურნ. „ეკონომისტი“, N2, 2022b
- ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა., ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის განვითარება საქართველოში, „საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მაცნე“, ისტორიის, არქეოლოგიის, ეთნოლოგიისა და ხელოვნების ისტორიის სერია, N1, 2024
- ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა., ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა საქართველოში, ჟურნ. „ეკონომისტი“, N3, 2022
- ჯორბენაძე ა., ვერულავა თ., საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების პირველი ნაბიჯები დამოუკიდებელ საქართველოში, ჟურნ. „ეკონომიკა და ბიზნესი“, N1, 2022
- ჯორბენაძე ა., როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა, ნ. I (1993-1997 წლები), თბილისი, 2021
- ჯორბენაძე ა., როგორ იქმნებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ახალი სისტემა, ნ. II (1998-2003 წლები), თბილისი, 2023
- Asatiani M., Verulava T., Georgian Welfare State: Preliminary Study Based on Esp-

Tengiz Verulava*

TRANSFORMING THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN GEORGIA: CONTEMPORARY CHALLENGES

Abstract

Public health protection is a core function of the state, aimed at preventing disease and promoting health through organized social efforts, including environmental sanitation, the control of infectious diseases, public hygiene education, and early disease detection. Epidemiological research also enables the rational allocation of resources to priority health problems, which is especially important for a low-income country such as Georgia.

In 1995, the reorientation of the Georgian healthcare system laid the foundation for a new approach to public health, based not only on the medical model but also on preventive healthcare and effective state epidemiological surveillance. Unlike most post-Soviet countries, Georgia – apart from the Baltic states – fully abandoned the Soviet sanitary-epidemiological model and established a new public health infrastructure based on European principles, drawing significantly on the experience of the US Centers for Disease Control, the World Bank, the World Health Organization, and Israeli public health institutions.

This reform separated supervisory and executive functions and led to the creation of two distinct bodies: the Department of Public Health and the Department of Sanitary Supervision and Hygienic Norms. Although the reform faced challenges, particularly insufficient state financing and weak integration of primary healthcare into public health functions, it played an important role in strengthening epidemiological surveillance, improving disease control, and developing preventive measures. In the modern globalized world, the role of public health continues to grow, making stronger public health policies and closer cooperation between the state and the private sector increasingly necessary.

Keywords: Public Health, Lugar Center, Center for Disease Control.

* Professor at Caucasus University, <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>