



2022 წლის მარტი

ევროპის სოციალური ქარტია (შესწორებული)

**სოციალურ უფლებათა ევროპული
კომიტეტის დასკვნები**

2021

საქართველო

დასკვნების თარგმანი შესრულებულია ევროპის საბჭოს პროექტის „სოციალური და ეკონომიკური უფლებების დაცვის გაძლიერება საქართველოში“ ფარგლებში.

ტექსტმა შეიძლება გაიაროს რედაქტირება

სოციალურ უფლებათა ევროპული კომიტეტის ფუნქციაა, შეაფასოს სახელმწიფოებში არსებული მდგომარეობის შესაბამისობა ევროპის სოციალურ ქარტიასთან. ეროვნულ ანგარიშებზე კომიტეტი იღებს დასკვნებს, ხოლო კოლექტიურ საჩივრებზე გამოსცემს გადაწყვეტილებებს.

ქარტიაზე ინფორმაცია, განცხადებები განმარტებების შესახებ და კომიტეტის ზოგადი კითხვები წარმოდგენილია ყველა დასკვნის ზოგად შესავალში.¹

ევროპის სოციალური ქარტია (შესწორებული) საქართველოში რატიფიცირებულია 2005 წლის 22 აგვისტოდან. მე-14 ანგარიშის წარდგენის ბოლო ვადა იყო 2020 წლის 31 დეკემბერი. ეს ანგარიში საქართველომ წარადგინა 2021 წლის 26 იანვარს.

კომიტეტმა საქართველოს სთხოვა, პასუხი გაეცა კონკრეტულ მიზნობრივ კითხვებზე სხვადასხვა დებულებებთან მიმართებით (კითხვები წარმოდგენილია 2020 წლის 3 ივნისის წერილის დანართში, რომლითაც კომიტეტმა ითხოვა ანგარიშის წარდგენა ქარტიის შესრულებაზე). შესაბამისად, შეფასების პროცესში კომიტეტმა ყურადღება გაამახვილა ამ ასპექტებზე და შეისწავლა ყველა პასუხი, რომლებიც ეხებოდა კომიტეტის წინა (2017 წლის) დასკვნებს შეუსაბამობაზე, ან დასკვნის გადავადებაზე სათანადო ინფორმაციის არარსებობის გამო.

ამასთან, კომიტეტი მიუთითებს, რომ გარკვეულ დებულებებთან მიმართებით არ დასმულა მიზნობრივი კითხვები. მას არ განუხილავს 2020 წელს არსებული სიტუაცია სფეროებში, სადაც, წინა (2017 წლის) დასკვნების თანახმად, სიტუაცია შეესაბამებოდა ქარტიის დებულებებს.

2021 წლის 29 ივნისს დარეგისტრირდა საქართველოს სახალხო დამცველის (ომბუდსმენის) კომენტარები მე-14 ანგარიშზე.

ანგარიშგების სისტემის თანახმად, რომელიც მინისტრთა კომიტეტმა 2014 წლის 2-3 აპრილს დაამტკიცა მინისტრის მოადგილეთა 1196-ე შეხვედრაზე, ანგარიში შეეხებოდა დებულებებს II თემატური ჯგუფიდან „ჯანმრთელობა, სოციალური უზრუნველყოფა და სოციალური დაცვა“:

- უფლება უსაფრთხო და ჯანმრთელ სამუშაო პირობებზე (მუხლი 3);
- ჯანმრთელობის დაცვის უფლება (მუხლი 11);
- სოციალური უზრუნველყოფის უფლება (მუხლი 12);
- სოციალური და სამედიცინო დახმარების უფლება (მუხლი 13);
- სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურებით სარგებლობის უფლება (მუხლი 14);
- ხანდაზმულ პირთა უფლება სოციალურ დაცვაზე (მუხლი 23);
- სიღარიბისა და სოციალური გარიყულობისგან დაცვის უფლება (მუხლი 30).

ზემოაღნიშნული ჯგუფიდან საქართველო აღიარებს ყველა დებულებას, გარდა შემდეგი

¹ კომიტეტის დასკვნები და სახელმწიფოთა ანგარიშები ხელმისაწვდომია ევროპის საბჭოს ვებგვერდზე: www.coe.int/socialcharter

მუხლებისა: 3, 12§2, 12§4, 13, 23 და 30.

საანგარიშო პერიოდი გაგრძელდა 2016 წლის 1 იანვრიდან 2019 წლის 31 დეკემბრამდე.

საქართველოზე დასკვნები მოიცავს 7 სიტუაციას:

- 1 დასკვნა შესაბამისობის შესახებ: მუხლი 14§1;
- 4 დასკვნა შეუსაბამობის შესახებ: მუხლები 11§1, 11§2, 11§3 და 12§1.

დარჩენილ 2 ასპექტთან მიმართებით, რომლებიც შეეხება 12§3 და 14§2 მუხლებს, კომიტეტს დამატებითი ინფორმაცია ესაჭიროება სიტუაციის შესაფასებლად.

კომიტეტი მიიჩნევს, რომ საჭირო ინფორმაციის არარსებობა არღვევს ანგარიშგების ვალდებულებას, რომელიც საქართველოს ეკისრება შესწორებული ქარტიით.

საქართველოს მომდევნო ანგარიში შეეხება დებულებებს III თემატური ჯგუფიდან „შრომითი უფლებები“:

- უფლება შრომის სამართლიან პირობებზე (მუხლი 2);
- უფლება შრომის სამართლიან ანაზღაურებაზე (მუხლი 4);
- ორგანიზების უფლება (მუხლი 5);
- კოლექტიური მოლაპარაკებების წარმოების უფლება (მუხლი 6);
- ინფორმაციისა და კონსულტაციის უფლება (მუხლი 21);
- სამუშაო პირობებისა და სამუშაო გარემოს განსაზღვრასა და გაუმჯობესებაში მონაწილეობის მიღების უფლება (მუხლი 22);
- სამუშაოზე ღირსების უფლება (მუხლი 26);
- შრომით დაწესებულებებში მუშაკთა წარმომადგენლების უფლება დაცვაზე და მათთვის შეღავათების მინიჭება (მუხლი 28);
- ინფორმაციისა და კონსულტაციის უფლება კოლექტიური გათავისუფლების პროცედურების შემთხვევებში (მუხლი 29).

ანგარიშის წარდგენის ბოლო ვადა იყო 2021 წლის 31 დეკემბერი.

დასკვნები და ანგარიშები ხელმისაწვდომია ბმულზე: www.coe.int/socialcharter.

მუხლი 11 - ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

პუნქტი 1 - ავადმყოფობის მიზეზების აღმოფხვრა

კომიტეტი ითვალისწინებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს საქართველოს მიერ წარმოდგენილი ანგარიში, ასევე, საქართველოს სახალხო დამცველის (ომბუდსმენის) ოფისის მიერ 2021 წლის 29 ივნისს წარმოდგენილ კომენტარებს.

კომიტეტი მიუთითებს, რომ წინამდებარე ანგარიშის მიზნებისთვის, სახელმწიფოებს ეთხოვათ, პასუხი გაეცათ მიზნობრივ კითხვებზე, რომლებიც შეეხებოდა ქარტიის 11§1 მუხლს და, საჭიროების შემთხვევაში, საპასუხო პოზიცია წარმოედგინათ შეუსაბამობის დასკვნაზე, ან დასკვნის გადავადებაზე სათანადო ინფორმაციის არარსებობის გამო (იხ. 2020 წლის 3 ივნისის წერილის დანართი, რომლითაც კომიტეტი ითხოვს ანგარიშის წარდგენას ქარტიის დებულებათა შესრულებაზე თემატურ ჯგუფიდან „ჯანმრთელობა, სოციალური უზრუნველყოფა და სოციალური დაცვა“).

კომიტეტის წინა დასკვნების თანახმად, საქართველოში არსებული სიტუაცია არ შეესაბამებოდა ქარტიის 11§1 მუხლს, ვინაიდან საკმარისი არ იყო დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად მიღებული ზომები (2017 წლის დასკვნები). მისი შეფასება შეეხება მხოლოდ იმ ინფორმაციას, რომელიც მთავრობამ წარმოადგინა შეუსაბამობის დასკვნებსა და მიზნობრივ კითხვებზე.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ Covid-19-ის შესახებ პასუხს გაითვალისწინებს მხოლოდ საინფორმაციო მიზნებით, ვინაიდან იგი უკავშირდება მოვლენებს საანგარიშო პერიოდს მიღმა (ე.ი. 2019 წლის 31 დეკემბრის შემდგომ). სხვა სიტყვებით, მიმდინარე საანგარიშო პერიოდში ქარტიასთან შესაბამისობის დასადგენად, კომიტეტი არ შეაფასებს ინფორმაციას, რომელიც წარმოდგენილია ქვეთავში Covid-19-ის შესახებ.

ზომები ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლესი სტანდარტის უზრუნველსაყოფად

წინამდებარე ციკლში დასმული მიზნობრივი კითხვით, კომიტეტი ითხოვდა შემდეგ ინფორმაციას: ზოგადი და დეტალიზებული სტატისტიკური მონაცემები სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობაზე მთელი ქვეყნის მასშტაბით და მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფში (ქალაქების მოსახლეობა, სოფლების მოსახლეობა, განსხვავებული ეთნიკური ჯგუფები და უმცირესობები, გრძელვადიანად უსახლკარო ან უმუშევარი ჯგუფები); ანომალური სიტუაციების იდენტიფიცირება (მაგ: საზოგადოების კონკრეტულ სფეროებში, კონკრეტულ პროფესიებში და სამუშაო ადგილებზე, მოქმედ ან გაუქმებულ ინდუსტრიულ სივრცეებში, უაღრესად დაბინძურებულ თუ მაღაროებთან ახლოს მდებარე ადგილებზე და ა.შ.); გარკვეული დავადებების (მაგ: კიბო) ან სისხლით გადამდები ინფექციების (მაგ: აივ/შიდსი, C ჰეპატიტის ახალი შემთხვევები ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პირებს ან პატიმრებს შორის და ა.შ.) გავრცელება შესაბამის ჯგუფებში.

ანგარიშის თანახმად, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2019 წელს სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას იყო 74.1 (საშუალო

მაჩვენებელი ორივე სქესის შემთხვევაში. შედარებისთვის, 2015 წელს იგი უტოლდებოდა 73-ს). ანგარიშში ასევე მითითებულია, რომ ბოლო რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში საქართველოში შემცირდა სიკვდილიანობა და გაიზარდა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა. ანგარიშის თანახმად, ამ ცვლილების ძირითადი მიზეზებია: არაგადამდებ დაავადებათა არალეტალური შემთხვევების ზრდა, დაზიანებით განპირობებული ლეტალური შემთხვევების შემცირება, რისკფაქტორთა კონტროლის გაუმჯობესება, დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და გაუმჯობესებული მართვა.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ საქართველოში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა კვლავ დაბალია სხვა ევროპულ ქვეყნებთან შედარებით (მაგ: 7 წლით ჩამორჩება ევროკავშირის 27 ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელს 2019 წლისათვის (81.3 წელი)).

კომიტეტი იმეორებს თხოვნას, რომ საქართველომ წარმოადგინოს ინფორმაცია სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობაზე მთელი ქვეყნის მასშტაბით (ქალაქებში/სოფლად) და სხვადასხვა ჯგუფში (განსხვავებული ეთნიკური ჯგუფები და უმცირესობები, გრძელვადიანად უსახლკარო ან უმუშევარი პირები), ასევე, კონკრეტულ დაავადებათა გავრცელებაზე ამ ჯგუფებში.

ანგარიშში წარმოდგენილია ინფორმაცია დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობაზეც. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის თანახმად, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2015-2018 წლებში ყოველ 100,000 ცოცხლად დაბადებულ ჩვილზე 32.2-დან 27.4-მდე შემცირდა. დედათა სიკვდილიანობის მიზეზებზე ანგარიში ამომწურავ ინფორმაციას ვეაწვდის. დოკუმენტის თანახმად, ყოველ 1,000 ცოცხლად დაბადებულზე სიკვდილიანობის კოეფიციენტი ჩვილ ბავშვებში ოდნავ შემცირდა - 8.6-დან (2015) 8.1-მდე (2018), ხოლო 5 წლამდე ბავშვებში 10.2-დან (2015) 9.8-მდე (2018) დაიკლო. ანგარიშში მითითებულია, რომ კლების ტენდენციის მიუხედავად, 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალია ევროპის სახელმწიფოებთან შედარებით, ხოლო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში საშუალო პოზიციას იკავებს. კომიტეტი აღნიშნავს, რომ ეს ციფრები მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის სხვა ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლებს.

ანგარიშში წარმოდგენილია ინფორმაცია იმ ზომებზეც, რომლებიც მიღებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში. 2017 წელს დამტკიცდა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის კომპლექსური და გრძელვადიანი სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის. დოკუმენტი განსაზღვრავს სახელმწიფოს 14-წლიან პოლიტიკას შემდეგ სფეროებში: დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობა, ოჯახის დაგეგმვა, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ (შემდგომში „სამინისტრო“) ჩამოაყალიბა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო, რომელიც შედგება წამყვანი ექსპერტებისგან. უწყება მუშაობს ამ სფეროში არსებული ძირითადი გამოწვევების გადასაჭრელად და განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებს დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობაზე. სხვა ზომები შეეხება პერინატალური ზრუნვის რეგიონალიზაციას და

შერჩევითი მიდგომის გამოყენებას პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებთან კონტრაქტების გასაფორმებლად. კერძოდ, 2017 წლიდან მათ უნდა აჩვენონ, რომ აკმაყოფილებენ წინასწარ დადგენილ კრიტერიუმებს. ამავე წელს დაიწყო მკვდრადშობადობისა და დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის კლინიკური აუდიტი.

ორსული ქალებისთვის, დედებისთვის, 5 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და 5-დან 18 წლამდე მოზარდებისთვის დაფინანსდა გეგმური ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება, არასავალდებულო ქირურგიული პროცედურები, ქიმიო, ჰორმონული და რადიაციული თერაპია, მშობიარობა და საკეისრო კვეთა. ქალებისა და ბავშვების სიკვდილიანობის, რკინადეფიციტური ანემიით გამოწვეული პერინატალური სიკვდილიანობის, ნაადრევი მშობიარობისა და თანდაყოლილი ანომალიების შემთხვევათა შესამცირებლად, 2014 წლიდან ყველა ორსული ქალი მე-13 კვირამდე უზრუნველყოფილია ფოლიუმის მჟავით, ხოლო რკინადეფიციტური ანემიის შემთხვევაში - სპეციფიკური მედიკამენტებით ორსულობის 26-ე კვირიდან. 2018 წლიდან, ანტენატალური ზედამხედველობის პროგრამაში რეგისტრირებულ ქალებს შეუძლიათ, ისარგებლონ 8 ვიზიტით (4-ის ნაცვლად). ანგარიშში წარმოდგენილია იმ სერვისთა ჩამონათვალი, რომლებსაც მოიცავს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა (ანტენატალური სკრინინგი შემდეგი კუთხით: აივ-ინფექცია/შიდსი, B და C ჰეპატიტები და სიფილისი; გენეტიკური პათოლოგიები. ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი დაავადებებზე, როგორცაა: ჰიპოთირეოზი, ფენილკეტონურია, ჰიპერფენილალანინემია და მუკოვისციდოზი; ახალშობილთა სმენის სკრინინგული კვლევა).

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, მოზარდებს შორის ორსულობის მაჩვენებელი შემცირდა 48,4-დან (2015 წელს) 32,3-მდე (2018 წელს).

კომიტეტი დამატებით აღნიშნავს, რომ საქართველოს ომბუდსმენის კომენტარების თანახმად, დედათა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა კვლავ მხოლოდ ფიზიკური ჯანდაცვის ასპექტებით შემოფარგლება და არ მოიცავს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისებს ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. ამავე კომენტარების მიხედვით, პერინატალური სერვისებისგან განსხვავებით, სახელმწიფოს კვლავ არ აქვს სისტემური ხედვა მშობიარობის შემდგომ სერვისებზე და, კომიტეტის თქმით, მთავრობას ჯერ არ წარმოუდგენია საპასუხო პოზიცია ომბუდსმენის ამ კომენტარებზე.

კომიტეტი ითვალისწინებს ინიცირებულ რეფორმებსა და გატარებულ ზომებს დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად; იგი სახელმწიფოს მიმართავს თხოვნით: მიაწოდოს ინფორმაცია ამ ზომების იმპლემენტაციაზე, ასევე, მათ გავლენაზე დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად; და განახლოს მონაცემები სიკვდილიანობის ტენდენციებსა და ნებისმიერ განვითარებაზე ამ სფეროში. ამავდროულად, კომიტეტი აღნიშნავს, რომ წინა საანგარიშო პერიოდთან შედარებით, ვითარება მნიშვნელოვნად არ გაუმჯობესებულა. დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლებისა და სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის დაბალი მაჩვენებლის

გათვალისწინებით, კომიტეტი ადგენს, რომ ამ სფეროში გაღებული ძალისხმევა არ კმარა და კვლავ გამოაქვს დასკვნა შეუსაბამობის შესახებ.

ჯანდაცვაზე წვდომა

მიზნობრივ კითხვაში კომიტეტმა ითხოვა ინფორმაცია ქალებისა და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისებზე, აბორტის ჩათვლით.

ანგარიშის თანახმად, 2014 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა მარეგულირებელ დოკუმენტთა პაკეტი, რომელშიც გაერთიანდა: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში შესატანი ცვლილებები (აბორტამდე მოცდის სავალდებულო პერიოდის 5 დღემდე გაზრდა); ეროვნული პროტოკოლი ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის შესახებ; და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების პროექტი „ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის განხორციელების წესების დამტკიცების თაობაზე“. ანგარიშის თანახმად, აბორტზე წვდომის საკითხი დარეგულირდება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით „ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის განხორციელების წესების დამტკიცების თაობაზე“. დოკუმენტი განსაზღვრავს სამედიცინო სერვისების ტიპებს (ამბულატორიული იქნება, თუ სტაციონარული) აბორტის ჩასატარებლად ორსულობის სხვადასხვა ვადებზე და განსხვავებული მეთოდებით. კომიტეტს აინტერესებს, ძალაშია თუ არა ზემოაღნიშნული ბრძანების პროექტი; ასევე სურს ინფორმაციის მიღება ორსულობის ნებაყოფლობითი შეწყვეტის ძირითად წესებზე (განსაკუთრებით, როგორია ორსულობის ნებაყოფლობითი შეწყვეტის ვადები, მოცდის სავალდებულო პერიოდი აბორტის მოთხოვნის დღიდან ჩატარების დღემდე, ან სავალდებულო კონსულტაცია აბორტამდე).

ანგარიშის თანახმად, როდესაც ჯანდაცვის პროვაიდერი რაიმე მიზეზის გამო უარს ამბობს აბორტზე, ვალდებულია, პაციენტი გადაამისამართოს სხვა დაწესებულებაში, რომელიც აწვდის ასეთ მომსახურებას ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის ეროვნული პროტოკოლის შესაბამისად. ანგარიშში წარმოდგენილია სტატისტიკური მონაცემები აბორტთა რაოდენობაზე და მითითებულია, რომ 20 წლამდე ასაკის ქალებში აბორტის წილი შემცირდა და საერთო მაჩვენებლის 2.2%-ს შეადგენს.

„ოჯახის დაგეგმარების საერთაშორისო ფედერაციის ევროპის ქსელის“ (IPPF EN) ანგარიშების თანახმად, მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში აბორტი ლეგალურია, ბევრ ქალს კვლავ არ მიუწვდება ხელი უსაფრთხო სერვისებზე სხვადასხვა ბარიერის გამო (მაგ: პროვაიდერთა შეზღუდული რაოდენობა, მაღალი ფასი, მიკერძოებული და არაკონფიდენციალური კონსულტაცია, სავალდებულო მოცდის პერიოდები, სოციალური ზეწოლა და წინასწარგანწყობები). ამასთან, სახალხო დამცველის 2019 წლის ანგარიშში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ მითითებულია, რომ არასასურველ ორსულობასა და აბორტს იწვევს შეზღუდული წვდომა კონტრაცეპტივებზე, შესაბამის სერვისებსა და ინფორმაციაზე. პრობლემად რჩება წვდომა აბორტის უსაფრთხო მომსახურებაზე, როგორც ტერიტორიული, ისე ფინანსური თვალსაზრისით. ამავე ანგარიშის

თანახმად, უსაფრთხო აბორტზე წვდომის ბარიერებიდან აღსანიშნავია ამ საკითხთან დაკავშირებული სტიგმა ჯანდაცვის დაწესებულებებში: კერძოდ, სტიგმა მათ უბიძგებს, ერთი მხრივ, არ გასცენ ეს სერვისი და, მეორე მხრივ, სხვადასხვა არაეთიკური გზით შეეცადონ, რომ ორსულს შეაცვლევინონ აბორტის გადაწყვეტილება.

კომიტეტი ითვალისწინებს ომბუდსმენის კომენტარებს, რომ, საქართველოში 2018 წელს ჩატარებული მულტიინდიკატორული კლასტერული კვლევის თანახმად, ოჯახის დაგეგმვის კუთხით არსებულ საჭიროებათა 23.1% არ არის დაკმაყოფილებული. ეს ევროპული სტანდარტებით საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი ცალსახად ზრდის არასასურველი ორსულობის რისკს. სახალხო დამცველისა და ამ საკითხზე მომუშავე ორგანიზაციების კიდევ ერთი კვლევის თანახმად, სავალდებულო მოცდის ხუთდღიანი პერიოდით ვერ შემცირდება აბორტთა რაოდენობა და ვერ მიიღწევა სხვა ლეგიტიმური მიზანი. პირიქით, იგი დამატებით ბარიერებს უქმნის მათ, ვისაც სერვისის მიღება სურს. კომიტეტი აღნიშნავს, რომ მთავრობას არ წარმოუდგენია საპასუხო პოზიცია ომბუდსმენის ამ კომენტარებზე.

კომიტეტი იხსენებს, რომ მას შემდეგ, რაც მხარე სახელმწიფოები იღებენ სხვადასხვა საკანონმდებლო დებულებას ზოგიერთ სიტუაციაში აბორტის დაშვებაზე, ისინი ვალდებულნი არიან, თავიანთი ჯანდაცვის სისტემა ჩამოაყალიბონ შემდეგი სახით: პროფესიულ კონტექსტში სინდისის თავისუფლებით ეფექტიანი სარგებლობა ჯანდაცვის პროფესიონალთა მხრიდან არ უნდა აფერხებდეს პაციენტთა წვდომას ისეთ სერვისებზე, რომელთა მიღების უფლებაც აქვთ არსებული კანონმდებლობით (International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy, საჩივარი N 87/2012, გადაწყვეტილება არსებითი გარემოებების შესახებ, 2013 წლის 10 სექტემბერი, § 69; და Confederazione Generale Italiana de Lavoro (CGIL) v. Italy, საჩივარი N 91/2013, გადაწყვეტილება არსებითი გარემოებების შესახებ, 2015 წლის 12 ოქტომბერი, §§ 166-167).

კომიტეტი ითხოვს ინფორმაციას იმ ზომებსა და ქმედებებზეც, რომელთა მიზანია, საქართველოში ჯანდაცვის პროფესიონალთა მხრიდან სინდისის თავისუფლებით სარგებლობამ არ შეაფერხოს პაციენტთა წვდომა ისეთ სერვისებზე, რომელთა მიღების უფლებაც აქვთ არსებული კანონმდებლობით, ასევე, მიუკერძოებელ, კონფიდენციალურ და სამედიცინო თვალსაზრისით ზუსტ კონსულტაციებზე.

კომიტეტი ითხოვს ინფორმაციას იმ ზომებზეც, რომელთა მიზანია, ქალებსა და გოგონებს ჰქონდეთ წვდომა თანამედროვე კონტრაცეფციაზე; ასევე აინტერესებს, კონტრაცეპტივთა ღირებულების რა ნაწილს არ ანაზღაურებს სახელმწიფო, როცა მთლიანად არ ფარავს მას.

კომიტეტი ასევე ითხოვს ინფორმაციას აბორტის ღირებულებაზე და მთლიანად ანაზღაურებს მას სახელმწიფო, თუ ნაწილობრივ.

კომიტეტმა გაითვალისწინა, რომ სახელმწიფო დანახარჯები საქართველოში დაბალი იყო (WHO-ის შეფასებით, მშპ-ის 7%), ხოლო ჯიბიდან გადახდების წილი - მაღალი, განსაკუთრებით, მედიკამენტების შემთხვევაში (2017 წლის დასკვნები). კომიტეტმა იკითხა,

რამდენად შეუმცირდა მედიკამენტთა ხარჯები ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების შედეგად ფართო საზოგადოებას, განსაკუთრებით, მოწყვლად ჯგუფებსა და ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებს; ასევე, ხომ არ იყო გათვალისწინებული ახალი კანონმდებლობის მიღება ამ კუთხით /რეფორმები მედიკამენტების შესახებ და მომდევნო ანგარიშში განახლებული ინფორმაცია მოითხოვა ჯიბიდან გადახდებზე. მოთხოვნილი ინფორმაციის მიღებამდე, კომიტეტმა თავი შეიკავა ამ საკითხზე პოზიციის გამოხატვისგან (2017 წლის დასკვნები). ანგარიში არ შეიცავს პასუხებს ზემოაღნიშნულ კითხვებზე. კომიტეტი აღნიშნავს, რომ მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, 2018 წელს სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენდა მშპ-ის 7.11%-ს (2015 წელს ეს მაჩვენებელი იყო 7.9%), ხოლო ჯიბიდან გადახდები შეადგენდა ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ხარჯების 47.67%-ს (შედარებისთვის, ეს მაჩვენებელი 2015 წელს 57.32% იყო). კომიტეტი ითხოვს, რომ მომდევნო ანგარიშში საქართველომ განახლებული ინფორმაცია წარმოადგინოს ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო დანახარჯების წილზე მშპ-სთან მიმართებით.

კომიტეტი ეყრდნობა სახალხო დამცველის ანგარიშს საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ (2019) და აღნიშნავს, რომ 2019 წელს ქვეყანამ დაიწყო რეფორმების ახალი ტალღა ჯანდაცვის სექტორში. ამავე ანგარიშში მითითებულია, რომ სახელმწიფოს მიერ გაჟღერებულ ინიციატივათა მიუხედავად, დაფინანსების სისტემაში გატარებულ ცვლილებებს ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელთა მწვავე კრიტიკა მოჰყვა. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ სერიოზულ პრობლემად რჩება სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მისაწვდომობა, ექიმებისა და მედლების სამუშაო პირობების გაუმჯობესება, შესაბამისი ინფრასტრუქტურის ცვლილება და უწყვეტი სავალდებულო პროფესიული განათლების სისტემის შემოღება. კვლავ მწვავე საკითხია მედიკამენტთა ხელმისაწვდომობა და ხარისხის პოლიტიკის ეფექტიანი და თანმიმდევრული განხორციელება. ამავდროულად, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ გამოქვეყნებულ ანგარიშში წამოჭრილია ლეგიტიმური კითხვები C ჰეპატიტის აღმოფხვრის პროგრამის ეფექტიან დანერგვაზე.

2021 წლის 29 ივნისის კომენტარებში ომბუდსმენი აცხადებს, რომ ქვეყანაში მედიკამენტებზე წვდომის კუთხით, მდგომარეობა ნელ-ნელა უარესდება მუდმივად მზარდი ფასების გამო. შედეგად, მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს არ აქვს მათი შეძენის საშუალება. ამასთანავე, მედიკამენტთა ხარისხი ხშირად ვერ აკმაყოფილებს შესაბამის მოთხოვნებს, ეფექტიანობა კი საეჭვოა. კომიტეტის მითითებით, მთავრობას არ წარმოუდგენია პასუხი ომბუდსმენის ამ კომენტარებზე.

ამგვარად, კომიტეტი ითხოვს, რომ საქართველომ მომდევნო ანგარიშში წარმოადგინოს ინფორმაცია ბოლოდროინდელ რეფორმაზე ჯანდაცვის სექტორში: კერძოდ, რამდენად შემცირდა რეფორმების შედეგად ფინანსური ტვირთი (მედიკამენტთა ღირებულება), რომელიც აწევს მოსახლეობას, განსაკუთრებით, მოწყვლად ჯგუფებსა და ქრონიკული დაავადებების მქონე (როგორცაა კიბო და C ჰეპატიტი) პირებს. კომიტეტი ხაზგასმით

აღნიშნავს, რომ თუ მომდევნო ანგარიშში არ მიეწოდება საჭირო ინფორმაცია, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ არსებული სიტუაცია ამ კუთხით შეესაბამება ქარტიას. კომიტეტი ითხოვს ინფორმაციას იმ ზომებზეც, რომლებიც მიღებულია პირველადი ჯანდაცვის სერვისების განვითარებისათვის და სოფლად მათზე წვდომის გასაზრდელად.

წინა დასკვნებში კომიტეტი აღნიშნავდა, რომ ჯანდაცვაზე წვდომის უფლების თანახმად, ორგანიზებული წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე ზედმეტად არ უნდა აყოვნებდეს მათ მიწოდებას (2017 წლის დასკვნები). კომიტეტმა არაერთხელ მოითხოვა ინფორმაცია წესებზე, რომლებიც ვრცელდება მომლოდინეთა სიის (waiting list) მართვაზე, ასევე, სტატისტიკური მონაცემები ჯანდაცვის სფეროში მოლოდინის საშუალო ხანგრძლივობაზე (2013 და 2017 წლების დასკვნები). კომიტეტი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ მოთხოვნილი ინფორმაციის მიწოდების გარეშე, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ არსებული სიტუაცია ამ კუთხით შეესაბამება ქარტიას (2017 წლის დასკვნები). ანგარიში ასეთი ინფორმაციას არ შეიცავს. შესაბამისად, კომიტეტი ასკვნის, რომ არსებული სიტუაცია ეწინააღმდეგება ქარტიას, ვინაიდან არ დადგენილა, რომ ჯანდაცვის სერვისები მიეწოდება ზედმეტი დაყოვნების გარეშე.

კომიტეტი მიუთითებს ზოგად კითხვაზე ტრანსგენდერ პირთა ჯანდაცვის უფლების შესახებ, რომელიც დასვა შესავალ ნაწილში. იგი აღნიშნავს, რომ ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ხელშეუხებლობის დაცვა მე-11 მუხლით გარანტირებული ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განუყოფელი ნაწილია. ეს მუხლი არაერთ დადებით თუ უარყოფით ვალდებულებას აკისრებს სახელმწიფოს, მათ შორისაა თავშეკავება პირდაპირ ან ირიბი ჩარევისგან ჯანმრთელობის უფლებით სარგებლობაში. ნებისმიერი არააუცილებელი სამედიცინო მკურნალობა შესაძლოა მე-11 მუხლს ეწინააღმდეგებოდეს, თუკი მასზე დამოკიდებულია რომელიმე სხვა უფლებაზე წვდომა (Transgender Europe and ILGA Europe v. Czech Republic, საჩივარი N 117/2015, გადაწყვეტილება არსებითი გარემოებების შესახებ, 2018 წლის 15 მაისი, §§74, 79, 80).

კომიტეტი მიუთითებს, რომ სახელმწიფოს მიერ პირის გენდერული იდენტობის აღიარება არის უფლება, რომელიც აღიარებულია ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლით (მათ შორის, ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს იურისპრუდენციით) და მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ადამიანის უფლებებით სრულად სარგებლობაში. კომიტეტი ასევე აღნიშნავს, რომ ნებისმიერი სამედიცინო მკურნალობა ნებაყოფლობითი, ინფორმირებული თანხმობის გარეშე (რაზეც დაწესებულია მკაცრი გამონაკლისები) ვერ შეეთავსება ფიზიკურ ხელშეუხებლობას ან ჯანმრთელობის უფლებას. ნებაყოფლობითი თანხმობის გარანტია ფუნდამენტურ როლს ასრულებს ჯანმრთელობის უფლებით სარგებლობაში და განუყოფელი ნაწილია ვალდებულებისა, რომელიც მოიცავს ავტონომიისა და ადამიანური ღირსების, ასევე, ჯანმრთელობის უფლების დაცვას (Transgender Europe and ILGA Europe v. Czech Republic, op. cit., §§78 და 82).

კომიტეტი ასევე მოუწოდებს სახელმწიფოებს, წარმოადგინონ ინფორმაცია, რომელიც შეეხება ტრანსგენდერ პირთა წვდომას გენდერის კვლავმინიჭებისთვის საჭირო მკურნალობაზე. კომიტეტს აინტერესებს, ტრანსგენდერ პირთა შემთხვევაში გენდერის სამართლებრივი

აღიარება აწესებს თუ არა (საკანონმდებლო დონეზე ან პრაქტიკაში) სტერილიზაციის ან ნებისმიერ სხვა სამედიცინო მოთხოვნას, რომელმაც შეიძლება ზიანი მიაყენოს მათ ჯანმრთელობას ან ფიზიკურ თუ ფსიქოლოგიურ ხელშეუხებლობას. კომიტეტი სახელმწიფოებს მოუწოდებს ინფორმაციის წარმოდგენას იმ ზომებზეც, რომლებიც ზოგადად ჯანდაცვასა და, მათ შორის, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანდაცვაზე წვდომას უზრუნველყოფს გენდერული იდენტობის ნიშნით დისკრიმინაციის გარეშე.

საქართველოს ომბუდსმენი ყურადღებას ამახვილებს ფაქტზე, რომ: (i) არ არსებობს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელო ტრანსსპეციფიკურ სამედიცინო პროცედურებზე; (ii) ტრანსგენდერ ადამიანთა საჭიროებები არ არის შესწავლილი და სათანადოდ ასახული სახელმწიფო პროგრამებსა და ჯანდაცვის სტრატეგიებში; (iii) პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებს არ აქვთ სათანადო ცოდნა ტრანსსექსუალობაზე/ ინტერსექსუალობაზე, რაც ქმნის ტრანსგენდერ პირთა დისკრიმინაციისა და არასათანადო მოპყრობის რისკებს; და (iv) საქართველოში არსებული სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო სქემები არ ფარავს გენდერის კვლავმინიჭების სამედიცინო პროცედურებს ტრანზიციის არცერთ ეტაპზე. კომიტეტი მთავრობას მოუწოდებს კომენტარი გაკეთებას ომბუდსმენის მიერ წამოჭრილ ამ საკითხებზე.

მიზნობრივ კითხვაში კომიტეტმა ითხოვა ინფორმაცია იმ ზომებზეც, რომლებიც უზრუნველყოფს ინფორმირებულ თანხმობას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ჩარევებსა ან მკურნალობაზე (11§2 მუხლის თანახმად). ანგარიშში მითითებულია, რომ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის თანახმად, ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების აუცილებელი პირობაა. ანგარიშში განსაზღვრულია სამედიცინო მომსახურების ის ტიპები, რომლებიც საჭიროებს ინფორმირებულ თანხმობას: ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე მანიპულაციებისა; აბორტი; ქირურგიული კონტრაცეფცია – სტერილიზაცია; მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია; ჰემოდიალიზი და პერიტონული დიალიზი; ექსტრაკორპორული განაყოფიერება; გენეტიკური ტესტირება; გენური თერაპია; სხივური თერაპია; ავთვისებიანი სიმსივნის ქიმიოთერაპია. ანგარიშზე დაყრდნობით, კომიტეტი ითვალისწინებს, რომ ყველა სხვა შემთხვევაში წერილობითი თანხმობა აუცილებელია მაშინ, თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ჩათვლის საჭიროდ.

Covid-19

Covid-19-თან დაკავშირებული კრიზისის კონტექსტში, კომიტეტმა მხარე სახელმწიფოებს მიმართა თხოვნით, შეეფასებინათ იმ ზომების ადეკვატურობა, რომლებიც მიღებულია საზოგადოებაში ვირუსის გავრცელების შესამცირებლად და ინფიცირებულთა სამკურნალოდ (მუხლი 11§3).

11§1 მუხლის მიზნებისთვის, კომიტეტი ითვალისწინებს ინფორმაციას ინფიცირებულთა მკურნალობის ზომებზე (საავადმყოფოებში საწოლების საკმარისი რაოდენობა,

რეანიმაციული განყოფილებებისა და მოწყობილობების ჩათვლით; საკმარისი სამედიცინო პერსონალის სწრაფად მობილიზება).

ანგარიშის თანახმად, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, 2020 წლის თებერვალში შეფასდა საავადმყოფოების მზაობა ინფექციის კონტროლისათვის. ასევე გამოიკვლიეს არსებული პირობები და ხელოვნური ვენტილაციის აპარატებისა და კვალიფიცირებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა. საერთო ჯამში, ქვეყნის მასშტაბით მუშაობს 297 სტაციონარული დაწესებულება (რომელთა 86% კერძო მფლობელობაშია), 17,514 საწოლით, საიდანაც 2,290 განკუთვნილია ინტენსიური თერაპიისა და გადაუდებელი სამედიცინო სერვისებისთვის. ეს დაწესებულებები ფლობენ ხელოვნური ვენტილაციის 2,043 აპარატს, რომლებიც ამჟამად მუშაობს ან რეზერვშია. მათგან 1,749 გამოიყენება რესპირატორული დისტრეს სინდრომის სამართავად. Covid-19-ით ინფიცირებულთა სამართავად, მთელი ქვეყნის მასშტაბით სულ მობილიზებული იყო 9,000 საწოლი.

საავადმყოფოთა სექტორის მზაობის პარალელურად, ამოქმედდა ცხელ ხაზზე (112) განხორციელებული ზარის ოჯახის ექიმთან გადამისამართების სერვისი, რათა სიცხისა და რესპირატორული სიმპტომების მქონე პაციენტებმა არ გადატვირთონ გადაუდებელი სერვისები და Covid-19-ის მართვაში ეფექტიანად ჩაერთონ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ ომბუდსმენის კომენტარების თანახმად, საქართველოში ყოველ ექიმზე 0.6 მედდა მოდის, მაშინ, როდესაც ევროპის ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 2-დან 5-მდე მერყეობს. ომბუდსმენის თქმით, Covid-19-ის გავრცელებასთან ერთად, ნათლად გამოიკვეთა კვალიფიციური ექიმების საჭიროება და მედდების ნაკლებობა.

კომიტეტი მიუთითებს, რომ პანდემიის დროს მხარე სახელმწიფოები ვალდებულნი არიან, ყველა საჭირო ზომა მიიღონ ინფიცირებულთა სამკურნალოდ, მათ შორის, საავადმყოფოებში უზრუნველყონ წვდომა საკმარისი რაოდენობის საწოლებზე, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებსა და შესაბამის აღჭურვილობაზე. ყველა შესაძლო ზომაა მისაღები ადეკვატური რაოდენობის ჯანდაცვის პროფესიონალთა მობილიზებისთვისაც (განცხადება პანდემიისას ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განმარტებაზე, 2020 წლის 21 აპრილი).

კომიტეტი ასევე მიუთითებს, რომ ჯანდაცვაზე წვდომა ყველას უნდა ჰქონდეს დისკრიმინაციის გარეშე. ეს ნიშნავს, რომ ჯანდაცვა პანდემიის დროს უნდა იყოს ეფექტიანი და ყველასთვის ხელმისაწვდომი (მათ შორის, ფინანსურად), განსაკუთრებით მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ ჯგუფები კი (მაგ: უსახლკარო, სიღარიბეში მცხოვრები, ხანდაზმული, შშმ, ინსტიტუციებში მცხოვრები ან ციხეებში თავისუფლებააღკვეთილი პირები და არარეგულარული მიგრანტები) ადეკვატურად უნდა იყვნენ დაცულნი არსებული ჯანდაცვის ზომებით. ამასთან, სახელმწიფოებმა უნდა გაატარონ კონკრეტული მიზნობრივი ღონისძიებები, რათა ჯანმრთელობის დაცვის უფლებით ისარგებლონ იმ პირებმაც, რომლებიც თავიანთი (ფორმალური ან არაფორმალური) საქმიანობის გამო, ინფიცირების

განსაკუთრებული რისკის ქვეშ არიან (განცხადება პანდემიისას ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განმარტებაზე, 2020 წლის 21 აპრილი).

პანდემიის დროს სახელმწიფოებმა უმოკლეს ვადებში უნდა მიიღონ ზემოთ მითითებული ყველა ზომა; ასევე, მაქსიმალურად გამოიყენონ ფინანსური, ტექნიკური თუ ადამიანური რესურსები და ყველა სათანადო ადგილობრივი თუ საერთაშორისო საშუალება, საერთაშორისო დახმარებისა და თანამშრომლობის ჩათვლით (განცხადება პანდემიისას ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განმარტებაზე, 2020 წლის 21 აპრილი).

დასკვნა

კომიტეტი ასკვნის, რომ საქართველოში არსებული სიტუაცია არ შეესაბამება ქარტიის 11§1 მუხლს, ვინაიდან:

- საკმარისი არ აღმოჩნდა დედათა და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად მიღებული ზომები;
- არ დადგენილა, რომ ჯანდაცვის სერვისები მიწოდება ზედმეტი დაყოვნების გარეშე.

მუხლი 11 - ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

პუნქტი 2 - საკონსულტაციო და საგანმანათლებლო საშუალებები

კომიტეტი ითვალისწინებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს საქართველოს მიერ წარმოდგენილი ანგარიში.

იგი აღნიშნავს, რომ წინამდებარე ანგარიშის მიზნებისთვის, სახელმწიფოებს ეთხოვათ, პასუხი გაეცათ კონკრეტულ მიზნობრივ კითხვებზე, რომლებიც კომიტეტმა სახელმწიფოებს დაუსვა ამ კონკრეტულ დებულებასთან მიმართებით (კითხვები წარმოდგენილია 2020 წლის 3 ივნისით დათარიღებული წერილში, რომლითაც კომიტეტმა ითხოვა ანგარიშის წარდგენა ქარტიის დებულებათა შესრულებაზე თემატური ჯგუფიდან „ჯანმრთელობა, სოციალური უზრუნველყოფა და სოციალური დაცვა“); ასევე, მათ საპასუხო პოზიცია უნდა წარმოედგინათ შეუსაბამობის დასკვნაზე, ან დასკვნის გადავადებაზე სათანადო ინფორმაციის არარსებობის გამო.

წინა დასკვნებში კომიტეტმა დაადგინა, რომ საქართველოში არსებული მდგომარეობა არ შეესაბამებოდა ქარტიის 11§2 მუხლს, ვინაიდან ორსული ქალებისა და ბავშვების კონსულტირებისა და სკრინინგული გამოკვლევის ზომები არ იყო ადეკვატური (2017 წლის დასკვნები).

განათლება და ცნობიერების ამაღლება

მიზნობრივ კითხვებში კომიტეტი ითხოვდა ინფორმაციას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ განათლებასა (სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ჩათვლით) და პრევენციის სტრატეგიებზე (მათ შორის, გაძლიერებით, რასაც გარკვეული

როლის შესრულება შეუძლია თვითდაზიანების, კვებითი აშლილობების, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების აღმოფხვრაში), რომლებიც მუდმივ ან უწყვეტ რეჟიმში ხორციელდება ადგილობრივ თემსა და სკოლებში.

ანგარიშის თანახმად, 2016 წლიდან მოქმედებს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია, ამაღლდეს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული განათლება და ცნობიერება და შეიქმნას ხელშემწყობი გარემო ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ ფაქტორთა გასაკონტროლებლად და გასაუმჯობესებლად. ანგარიშის თანახმად, პროგრამა ითვალისწინებს აქტივობებს სხვადასხვა სფეროში, რომლებიც ფოკუსირებულია საზიანო ქცევის (მოწევა, ალკოჰოლის გადაჭარბებით მოხმარება და ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენება) პრევენციაზე, ასევე, ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის ხელშეწყობაზე, კერძოდ, კვების ჯანსაღი ჩვევების, ფიზიკური აქტივობის, მენტალური ჯანმრთელობის, სექსუალობისა და გარემოს მიმართ.

ამასთან, ანგარიშში ნახსენებია რამდენიმე პროგრამა, რომელთა მიზანია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მხარდაჭერა ადგილობრივ დონეზე, ჯანსაღი ცხოვრების წესების შექმნა და სხვადასხვა სახიფათო დაავადების პრევენცია. კომიტეტი ითვალისწინებს დაავადების ადრეულად გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამებს, როგორცაა: „უსაფრთხო სისხლის“ პროგრამა, რომელიც მოიცავს დონორული სისხლის კვლევას B და C ჰეპატიტზე, აივ-ინფექცია/შიდსსა და სიფილისზე; გადამდებ დაავადებათა კონტროლის პროგრამა, რომლის მიზანია ჰოსპიტალიზაცია და ადეკვატური მკურნალობა ასეთი დაავადებების შემთხვევაში; ტუბერკულოზისა და შიდსის კონტროლის პროგრამები, რომლებიც ფოკუსირებულია ინფექციის კონტროლზე, დიაგნოზსა და მკურნალობაზე; ნარკოტიკების მოხმარების პრევენცია და ა.შ.

კომიტეტი ითხოვს, რომ მომდევნო ანგარიშში წარმოდგენილი იყოს ინფორმაცია იმ აქტივობებზე (კონკრეტულ და სპეციფიკურ კამპანიებზე), რომლებსაც ახორციელებენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები ან სხვა ორგანოები ჯანმრთელობის დასაცავად და დაავადებათა პრევენციისთვის.

ანგარიში არ შეიცავს რაიმე ინფორმაციას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ განათლებასა და პრევენციის სტრატეგიებზე სკოლებში (მათ შორის, გაძლიერებით, რასაც გარკვეული როლის შესრულება შეუძლია თვითდაზიანების, კვებითი აშლილობების, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების აღმოფხვრაში). შესაბამისად, კომიტეტი იმეორებს კითხვას და აღნიშნავს, რომ თუ მომდევნო ანგარიშში არ წარედგინება საჭირო ინფორმაცია, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ საქართველოში არსებული სიტუაცია ამ კუთხით შეესაბამება ქართის 11§2 მუხლს.

ანგარიშში არ გვაწვდის რაიმე ინფორმაციას სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. შესაბამისად, კომიტეტი იმეორებს კითხვას და ითხოვს ინფორმაციას, თუ როგორ მიეწოდება სექსუალური და რეპროდუქციული განათლება სკოლებსა და თემში, მუდმივი ან უწყვეტი ფორმით. იგი აღნიშნავს, რომ თუ მომდევნო ანგარიშში არ წარედგინება

საჭირო ინფორმაცია, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ საქართველოში არსებული მდგომარეობა ამ კუთხით შეესაბამება ქარტიის 11§2 მუხლს.

მიზნობრივ კითხვებში კომიტეტი ასევე ითხოვდა ინფორმაციას ცნობიერების ამაღლებასა და განათლებაზე სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერულ იდენტობის (SOGI), ასევე, გენდერის ნიშნით ძალადობის შესახებ. ანგარიში არ შეიცავს რაიმე ინფორმაციას ამ საკითხზე. შესაბამისად, კომიტეტი იმეორებს კითხვას და აღნიშნავს, რომ თუ მომდევნო ანგარიშში არ წარედგინება საჭირო ინფორმაცია, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ საქართველოში არსებული მდგომარეობა ამ კუთხით შეესაბამება ქარტიის 11§2 მუხლს.

კონსულტირება და სკრინინგული გამოკვლევა

წინა დასკვნებში კომიტეტმა დაადგინა, რომ არსებული სიტუაცია არ შეესაბამებოდა ქარტიას, ვინაიდან ორსული ქალებისა და ბავშვების კონსულტირებისა და სკრინინგული კვლევის ზომები არ იყო ადეკვატური (2017, 2013 და 2009 წლების დასკვნები).

ანგარიშში მითითებულია, რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამაში ერთიანდება: ანტენატალური ვიზიტები; ახალშობილთა სკრინინგული გამოკვლევა ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე; ორსულთა სკრინინგული გამოკვლევა გენეტიკურ პათოლოგიებზე; რისკქვეშ მყოფ ორსულთა ადეკვატური ჰოსპიტალური მკურნალობა მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდგომ. კომიტეტი ითვალისწინებს, რომ შესაძლებელია 0-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა სკრინინგული შეფასება განვითარების შეფერხების გამოსავლენად. ამასთან, 2018 წლიდან ანტენატალური ზედამხედველობის პროგრამაში რეგისტრირებულ ორსულებს შეუძლიათ სარგებლობა 8 ვიზიტით, 4-ის ნაცვლად.

კომიტეტი ითვალისწინებს, რომ ანგარიშში წარმოდგენილი ინფორმაციით, დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალია. მაგალითად, სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2018 წლის მონაცემებით, ყოველ 1,000 ცოცხლად დაბადებულ ჩვილზე სიკვდილიანობის კოეფიციენტი იყო 8.1 (შედარებისთვის, 2015 წელს იყო 8.6), ხოლო დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტი ყოველ 100,000 ცოცხლად დაბადებულ ჩვილზე უტოლდებოდა 27.4-ს (შედარებისთვის, 2015 წელს იყო 32.2). სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელთა გათვალისწინებით, კომიტეტი მიიჩნევს, რომ ანტენატალური სერვისები და გამოკვლევები ორსული ქალებისა და ბავშვებისთვის ჯერ საკმარისად არ გაუმჯობესებულა. შესაბამისად, იგი იმეორებს დასკვნას შეუსაბამობის შესახებ, ვინაიდან ორსული ქალების და ბავშვების კონსულტირებისა და სკრინინგული გამოკვლევის ზომები არ არის ადეკვატური.

წინა დასკვნებში კომიტეტმა განმეორებით მოითხოვა კონკრეტული ინფორმაცია გარკვეულ დაავადებათა (როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა და რესპირატორული დაავადებები) მასობრივი სკრინინგის პროგრამებზე და თავი შეიკავა ამ საკითხზე პოზიციის გამოხატვისგან. პასუხად, ანგარიშში წარმოდგენილია ზოგადი ინფორმაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გარკვეულ პროგრამებზე და მითითებულია კიბოს სკრინინგი, ასევე, ეპილეფსიის ადრეული

გამოვლენა და პრევენცია. კომიტეტი ითხოვს, რომ მომდევნო ანგარიშში საქართველომ უფრო დეტალური ინფორმაცია წარმოადგინოს ამ საკითხზე.

დასკვნა

კომიტეტი ასკვნის, რომ საქართველოში არსებული სიტუაცია არ შეესაბამება ქარტიის 11§2 მუხლს, ვინაიდან ორსული ქალებისა და ბავშვების კონსულტირებისა და სკრინინგული გამოკვლევის ზომები არ არის ადეკვატური.

მუხლი 11 - ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

პუნქტი 3 - დაავადებებისა და უბედური შემთხვევების აღკვეთა

კომიტეტი ითვალისწინებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს საქართველოს მიერ წარმოდგენილი ანგარიში; ასევე ითვალისწინებს საქართველოს სახალხო დამცველის (ომბუდსმენის) ოფისის მიერ წარმოდგენილ კომენტარებს.

იგი აღნიშნავს, რომ წინამდებარე ანგარიშის მიზნებისთვის, სახელმწიფოებს ეთხოვათ, პასუხი გაეცათ კონკრეტულ მიზნობრივ კითხვებზე, რომლებიც კომიტეტმა სახელმწიფოებს დაუსვა ამ დებულებასთან მიმართებით (კითხვები წარმოდგენილია 2020 წლის 3 ივნისის წერილის დანართში, რომლითაც კომიტეტმა ითხოვა ანგარიშის წარდგენა ქარტიის დებულებათა შესრულებაზე თემატური ჯგუფიდან „ჯანმრთელობა, სოციალური უზრუნველყოფა და სოციალური დაცვა“); ასევე, მათ საპასუხო პოზიცია უნდა წარმოედგინათ შეუსაბამობის დასკვნაზე, ან დასკვნის გადავადებაზე სათანადო ინფორმაციის არარსებობის გამო.

ამრიგად, კომიტეტი ყურადღებას გაამახვილებს მთავრობის პასუხებზე მიზნობრივი კითხვების შესახებ, რომლებიც მიემართება შემდეგ საკითხებს: ჯანდაცვის სერვისები პენიტენციურ დაწესებულებებში; თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები; ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების პრევენცია და ზიანის შემცირება; ჯანსაღი გარემო; იმუნიზაცია და ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგი; Covid-19; დასკვნა შეუსაბამობის შესახებ, ან დასკვნის გადავადება სათანადო ინფორმაციის არარსებობის გამო.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ Covid-19-ის შესახებ პასუხს გაითვალისწინებს მხოლოდ საინფორმაციო მიზნებით, ვინაიდან იგი უკავშირდება მოვლენებს საანგარიშო პერიოდს მიღმა (კერძოდ, 2019 წლის 31 დეკემბრის შემდგომ). სხვა სიტყვებით, მიმდინარე საანგარიშო პერიოდში ქარტიასთან შესაბამისობის დასადგენად, კომიტეტი არ შეაფასებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს ქვეთავი Covid-19-ის შესახებ.

წინა დასკვნებში კომიტეტმა დაადგინა, რომ საქართველოში არსებული მდგომარეობა არ შეესაბამებოდა ქარტიის 11§3 მუხლს, ვინაიდან სოფლებში უსაფრთხო სასმელ წყალზე წვდომისთვის მიღებული ზომები არ იყო საკმარისი (2017 წლის დასკვნები).

ჯანდაცვის სერვისები პენიტენციურ დაწესებულებებში

კომიტეტის მიზნობრივი კითხვა შეეხებოდა ჯანდაცვის სერვისების ზოგად მიმოხილვას პენიტენციურ დაწესებულებებში, კერძოდ, ციხეებში (მაგ: ვისი პასუხისმგებლობის ქვეშ ოპერირებენ ისინი/რომელი სამინისტროს წინაშე არიან ანგარიშვალდებულნი, მათი პერსონალი და სხვა რესურსები, პრაქტიკული მოწყობა, სამედიცინო შემოწმება დაწესებულებაში მიღებისას, წვდომა სამედიცინო სპეციალისტის მომსახურებაზე, გადამდები დაავადებების პრევენცია, ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება, ზრუნვის პირობები თემზე დაფუძნებულ დაწესებულებებში და ა.შ.).

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ ეს ინფორმაცია არ არის წარმოდგენილი. შესაბამისად, იგი იმეორებს მოთხოვნას და მიიჩნევს, რომ თუ მომდევნო ანგარიშში არ წარედგინება საჭირო ინფორმაცია, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ საქართველოში არსებული სიტუაცია ამ კუთხით შეესაბამება ქარტიის 11§3 მუხლს.

თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები

მიზნობრივ კითხვაში კომიტეტი ითხოვდა ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და რას მოიცავს ის; ინსტიტუციური დაწესებულებიდან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურებაზე გადასვლა. კომიტეტმა სტატისტიკური ინფორმაცია ითხოვა საველე (outreach) ზომებზე მოწყვლადი პოპულაციების ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის შესაფასებლად, ასევე, პროაქტიულ ზომებზე, რომლებიც გატარდა ფსიქიკური ჯანდაცვის საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად.

ანგარიში მიუთითებს ფსიქიკური ჯანდაცვის პოლიტიკის დოკუმენტებზე, რომელთა შორისაც არის: ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია (მიღებულია 2013 წელს), ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის 2015-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა (მიღებულია 2014 წელს) და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყოველწლიური პროგრამები. ჯანდაცვის სამინისტრო მუშაობს შემდეგი მიმართულებებით: ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებებში, ბენეფიციართა უფლებების დაცვა სტაციონარულ დაწესებულებებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებათა დეცენტრალიზაცია და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სტიგმის შემცირება. ანგარიშის თანახმად, საქართველომ ინსტიტუციური ზრუნვის მოდელიდან გადაინაცვლა სათემო ცენტრებისა და მობილური ჯგუფების მოდელისკენ. კომიტეტი განახლებულ ინფორმაციას ითხოვს ზემოაღნიშნულ პოლიტიკის დოკუმენტთა განხორციელებასა და გავლენაზე.

ანგარიშში მითითებულია, რომ 2018 წელს სათემო სერვისების დასაფინანსებლად ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების წილი (54%) აღემატებოდა ინსტიტუციური ზრუნვისთვის გამოყოფილი სახსრების წილს (46%). ამუშავდა თავშესაფრები და მცირე ზომის საოჯახო ტიპის სახლები, რომელთა რაოდენობაც მითითებული არ არის. მიმდინარეობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონმდებლობის გადახედვა. ამასთანავე, უფრო მეტი ინვესტიცია მიემართება ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა რეაბილიტაციისკენ.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპლექსური სამოქმედო გეგმისა (2013-2030) და სხვა რელევანტური სტანდარტების შესაბამისად, კომიტეტი მიიჩნევს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომა მოითხოვს, სულ მცირე, შემდეგ ელემენტებს: ა) ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვის განვითარება ადამიანის უფლებათა შესაბამისად, მათ შორის, ისეთი კანონმდებლობისა და სტრატეგიების მეშვეობით, რომლებიც შესაბამეა შშმ პირთა უფლებების კონვენციასა და სხვა რელევანტურ ინსტრუმენტებს, ასევე, საუკეთესო პრაქტიკასა და მტკიცებულებას; ბ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა პირველადი ჯანდაცვის სათემო მომსახურების ბაზაზე, მათ შორის, ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ჩანაცვლება არასპეციალიზებული სათემო ჯანდაცვით; და გ) სტრატეგიების განხორციელება ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში დისკრიმინაციისა და ადამიანის უფლებათა დარღვევების ასარიდებლად, სტიგმატიზაციის შესამცირებელ კამპანიათა ჩათვლით.

ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების პრევენცია და ზიანის შემცირება

მიზნობრივ კითხვაში კომიტეტი ითხოვდა ინფორმაციას ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ გარდაცვალების შემთხვევებზე, ასევე, ინექციურ დაავადებათა გადაცემაზე ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მომხმარებლებს ან ინექციურ მომხმარებლებს შორის (როგორც სათემო, ისე პენიტენციურ გარემოში). კომიტეტმა ითხოვა იმ ეროვნული პოლიტიკის მიმოხილვაც, რომელიც განსაზღვრავს რეაგირებას ნივთიერებათა გამოყენებასა და მასთან დაკავშირებულ დარღვევებზე (გადარწმუნება, განათლება და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე დაფუძნებული მიდგომა ზიანის შესამცირებლად, მათ შორის, ჯანმო-ს მიერ განსაზღვრული მედიკამენტების გამოყენება და ხელმისაწვდომობა ოპიოიდური აგონისტური მკურნალობისთვის). ამავდროულად, ამ პოლიტიკით დაცულია „ხელმისაწვდომი, მისაწვდომი, მისაღები და საკმარისი ხარისხის“ კრიტერიუმები (WHO-ს 3AQ) და მასზე ყოველთვის ვრცელდება ინფორმირებული თანხმობის მოთხოვნა. ეს გამორიცხავს, ერთი მხრივ, იძულებით თანხმობას, მაგალითად, დეტოქსისა და სხვა სავალდებულო მკურნალობაზე, სასჯელის სახით თავისუფლების აღკვეთის ნაცვლად და, მეორე მხრივ, თანხმობის გაცემას არასაკმარის, უზუსტო ან მცდარ ინფორმაციაზე დაყრდნობით (რომელიც არ ეფუძნება უახლეს სამედიცინო მტკიცებულებებს).

ანგარიშის თანახმად, აღრიცხულია ნარკოტიკის 52,500-მდე ინტრავენული მომხმარებელი (15-64 წლის მოსახლეობის 2.24%), რომელთა რაოდენობა წლებია მყარად იზრდება. ანგარიში შეიცავს ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე: ყველაზე ხშირად მოხმარებადი ნარკოტიკები; რეაგირება რისკებზე, რომლებიც უკავშირდება ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებასა და სექსუალურ ქცევას; და აივ-ის (შედარებით დაბალი) და C ჰეპატიტის (შედარებით მაღალი) გავრცელება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის. ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს ისეთ სერვისებს, როგორცაა: სტაციონარული დეტოქსიკაცია და ოპიოიდების, სტიმულატორებისა და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა პირველადი რეაბილიტაცია მოხმარებით გამოწვეული

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობისას; ჩანაცვლებითი თერაპია და ჩამნაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტების მიწოდება; ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია; ალკოჰოლით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მკურნალობა.

წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა ბოლო ანგარიშში საქართველოს შესახებ (CPT 2018) აღნიშნა: მიუხედავად იმისა, რომ არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებებისა და ინტოქსიკაციის გამომწვევი სხვა ნივთიერებების (როგორცაა ალკოჰოლი) მოხმარება მნიშვნელოვანი პრობლემაა საქართველოს პენიტენციურ დაწესებულებებში, მათ უმეტესობაში ხელმიუწვდომელია ოპიოიდური აგონისტებით მკურნალობა და ზიანის შესამცირებელი ზომები (მაგ: ჩანაცვლებითი თერაპია, შპრიცებსა და ნემსებთან დაკავშირებული პროგრამები, სადეზინფექციო საშუალებებით უზრუნველყოფა და ინფორმირება ნემსების სტერილიზაციაზე); ამასთანავე, თითქმის არ არსებობს სპეციფიკური ფსიქოსოციალური და საგანმანათლებლო დახმარება. CPT-მ ასევე ხაზი გაუსვა, რომ არ შემუშავებულა კომპლექსური სტრატეგია პენიტენციურ დაწესებულებებში ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირთა დახმარების შესახებ (ზიანის შესამცირებელი ზომების ჩათვლით).

კომიტეტი ითხოვს ინფორმაციას ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირთა მართვაზე პენიტენციურ დაწესებულებებში, მათ შორის, გადასარწმუნებელ და საგანმანათლებლო მეთოდებზე, ასევე, საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე დაფუძნებულ ზიანის შესამცირებელ მიდგომებზე.

ჯანსაღი გარემო

მიზნობრივ კითხვაში კომიტეტი ითხოვდა ინფორმაციას ზომებზე, რომლებიც გატარდა ჰაერის, წყლისა და გარემოს დაბინძურების სხვა ფორმების აღსაკვეთად, მათ შორის, მოქმედ ან გაუქმებულ (მაგრამ არასათანადოდ იზოლირებულ ან დეკონტამინირებულ) ინდუსტრიულ ობიექტთა სიახლოვეს, სადაც აღინიშნება დაბინძურება ან მომწამლავი ემისიები, გაჟონვა ან გადინება, ნელი გამოყოფა ან მომიჯნავე გარემოში გადაცემა, ასევე, ბირთვული ობიექტებისა და მალაროების მიმდებარე ტერიტორიებზე. კომიტეტი ითხოვდა ინფორმაციას იმ ზომებზეც, რომელთა მიზანია ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრობლემებზე რეაგირება ამ კონტექსტში, ასევე, საზოგადოების, მათ შორის, მოსწავლეებისა და სტუდენტების ინფორმირება ზოგად და ადგილობრივ გარემოსდაცვით პრობლემებზე.

წინა დასკვნებში კომიტეტმა განმეორებით მოითხოვა შემდეგი ინფორმაცია: კონკრეტულად მიღებული ზომები, კომპლექსური გარემოსდაცვითი კანონმდებლობისა და რეგულაციების ჩათვლით; ასევე, ჰაერის დაბინძურების, ნარჩენების მართვის, წყლის დაბინძურებისა და საკვების უსაფრთხოების კუთხით არსებული მდგომარეობა და ტენდენციები საანგარიშო პერიოდში (2017 წლის დასკვნები). კომიტეტმა ხაზგასმით აღნიშნა, რომ თუ მოთხოვნილი ინფორმაცია არ წარედგინება, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ არსებული სიტუაცია ამ კუთხით შეესაბამება ქართიას.

ანგარიშში შეზღუდულად არის წარდგენილი ინფორმაცია საკითხებზე, როგორცაა „საქართველოს გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის 2018-2020 წლების სამოქმედო გეგმა“, 2019 წელს ჰაერის ხარისხის პორტალის შექმნა და კვლევა სხვადასხვა დამაბინძურებელი ნივთიერების კონცენტრაციაზე.

სახალხო დამცველის (ომბუდსმენის) ოფისმა კომიტეტს, სხვა საკითხებთან ერთად, მიაწოდა ინფორმაცია საქართველოში აღრიცხულ ჰაერისა და წყლის დაბინძურებაზე. ამ ინფორმაციის თანახმად, 2021 წელს (საანგარიშო პერიოდის მიღმა) ქვეყანამ, ნაწილობრივ, მიიღო საკანონმდებლო ზომები, რათა განახორციელოს ევროკავშირის კანონთა კრებული ჰაერის ხარისხის მონიტორინგისა და მართვის შესახებ, თუმცა ამ კუთხით კვლავ არ არსებობს ფუნქციური და კომპლექსური მონიტორინგის საშუალებები. მიმდინარეობს მუშაობა კარგი სასოფლო-სამეურნეო პრაქტიკის კოდექსზე, სასოფლო-სამეურნეო საქმიანობიდან ამიაკის გაფრქვევის შესამცირებლად; ასევე, გაანალიზების პროცესშია საერთაშორისო პრაქტიკა, რომელიც შეეხება სათბურის აირების ემისიათა შემცირებას ამავე სექტორში. მწვავედ იკვეთება საჭიროება, რომ გაუმჯობესდეს ინდუსტრიული, სატრანსპორტო და სამშენებლო სექტორებიდან მომდინარე დაბინძურების სტანდარტები.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ მოთხოვნილი ინფორმაციის უმეტესი ნაწილი არ არის წარმოდგენილი. შესაბამისად, იგი იმეორებს მოთხოვნას შემდეგი ინფორმაციის მიწოდებაზე: ჰაერის, წყლისა და სხვა ტიპის დაბინძურების დონე და ტენდენციები, რაც გამოწვეულია ინდუსტრიული აქტივობითა და სხვა ფაქტორებით; ნარჩენების მართვისა და საკვების უსაფრთხოების კუთხით არსებული მდგომარეობა და ტენდენციები; მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრობლემებზე რეაგირებისთვის მიღებული ზომები ამ კონტექსტში; და სხვა ღონისძიებები, რომლებიც გატარდა საანგარიშო პერიოდში გარემოსდაცვით ინფორმაციაზე წვდომის გასაუმჯობესებლად. ამ ინფორმაციის მიღებამდე, კომიტეტი ასკვნის, რომ არსებული სიტუაცია არ შეესაბამება ქარტიის 11§3 მუხლს, ვინაიდან არ დადგენილა, რომ გარემოს დაბინძურებასთან საბრძოლველად გატარდა ადეკვატური ზომები.

წინა დასკვნებში კომიტეტმა დაადგინა შეუსაბამობა და დეტალური და განახლებული ინფორმაცია მოითხოვა შემდეგ საკითხებზე: სოფლებში უსაფრთხო სასმელ წყალზე წვდომის კუთხით არსებული სიტუაცია, მიღებული ზომები და მათი გავლენა (2017 წლის დასკვნები).

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ მოთხოვნილი ინფორმაცია არ არის წარმოდგენილი და ითხოვს, რომ ის აისახოს მომდევნო ანგარიშში. მანამდე კომიტეტი იმეორებს დასკვნას, რომ არსებული სიტუაცია არ შეესაბამება ქარტიის 11§3 მუხლს, ვინაიდან სოფლებში უსაფრთხო სასმელ წყალზე წვდომისთვის მიღებული ზომები საკმარისი არ არის.

იმუნიზაცია და ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგი

მიზნობრივ კითხვაში კომიტეტი მხარე სახელმწიფოებს სთხოვდა, აღეწერათ საჯარო და კერძო სექტორებში მიღებული ზომები, რომელთა მიზანია ვაქცინების კვლევათა ხელშეწყობა, ადეკვატური დაფინანსება და ეფექტიანი კოორდინაცია.

ანგარიშში წარმოდგენილია ზოგადი ინფორმაცია საქართველოში ვაქცინების ხელმისაწვდომობასა და დაფარვის ფარგლებზე, რაც ქვემოთ უფრო დეტალურად არის გაანალიზებული.

წინა დასკვნებში კომიტეტი განახლებულ ინფორმაციას ითხოვდა შემდეგ საკითხებზე: ვაქცინაციის ეროვნული პროგრამა და ბოლოდროინდელი განვითარებები; ტენდენციები აცრებით დაფარვის მაჩვენებელთან მიმართებით; და ინფექციურ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისთვის მიღებული ზომები (2017 წლის დასკვნები).

ანგარიშში დეტალური მონაცემებია წარმოდგენილი აცრების ეროვნულ კალენდარსა და დაფარვის მზარდ მაჩვენებელზე. მათი დონე აღემატება ან მცირედით ჩამორჩება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტებს.

თამბაქო და ალკოჰოლი

წინა დასკვნებში კომიტეტმა აღნიშნა, რომ საქართველოში მაღალია თამბაქოს მოხმარებისა და გავრცელების მაჩვენებელი და ითხოვა ინფორმაცია ბოლოდროინდელ განვითარებებზე ისეთ კუთხით, როგორცაა: თამბაქოს კონტროლი, კერძოდ, კანონმდებლობა თამბაქოსგან თავისუფალი გარემოს შესახებ; სამედიცინო გაფრთხილებები თამბაქოს ნაწარმზე; თამბაქოს რეკლამა; და განახლებული მონაცემები და ტენდენციები თამბაქოს მოხმარების შესახებ (2017 წლის დასკვნები). მოთხოვნილი ინფორმაციის მიღებამდე, კომიტეტმა თავი შეიკავა ამ საკითხზე პოზიციის გამოხატვისგან.

სხვა წყაროებზე დაყრდნობით, კომიტეტი აღნიშნავს, რომ თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა ძალაში შევიდა 2018 წელს, ხოლო 2019 წელს გაიზარდა სიგარეტზე დაწესებული სააქციზო გადასახადი. ამ ახალი კანონით გათვალისწინებულია სამედიცინო გაფრთხილებების დატანა პიქტოგრამის სახით, მოწვევის აკრძალვა თითქმის ყველა საჯარო სივრცეში და თამბაქოს რეკლამის მკაცრად შეზღუდვა. ამავდროულად, სახალხო დამცველის ოფისის ინფორმაციაზე დაყრდნობით, 2018 წლის ცვლილებებმა შეასუსტა კანონის ზოგიერთი დებულების მოქმედება და მოწვევა დაშვებული გახდა სლოტკლუბებში. სახალხო დამცველის ოფისის ინფორმაციით, გარკვეული პრობლემები აღინიშნება კანონის ერთგვაროვან დაცვასთან მიმართებით: კერძოდ, სამედიცინო და საჯარო დაწესებულებებში აღინიშნა თამბაქოს მოხმარების შემთხვევები, რაც ეწინააღმდეგება კანონს.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ ანგარიშში არ არის წარმოდგენილი მოთხოვნილი ინფორმაცია (ბოლოდროინდელი განვითარებები ისეთი კუთხით, როგორცაა: თამბაქოს კონტროლი, კერძოდ, კანონმდებლობა თამბაქოსგან თავისუფალი გარემოს შესახებ; სამედიცინო გაფრთხილებები თამბაქოს ნაწარმზე; თამბაქოს რეკლამა; და განახლებული მონაცემები და ტენდენციები თამბაქოს მოხმარების შესახებ). შესაბამისად, კომიტეტი იმეორებს მოთხოვნას და მიიჩნევს, რომ თუ მომდევნო ანგარიშში არ წარედგინება საჭირო ინფორმაცია, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ საქართველოში არსებული სიტუაცია ამ კუთხით შეესაბამება ქართის 11§3 მუხლს.

წინა დასკვნებში კომიტეტი ითხოვდა განახლებულ მონაცემებს ალკოჰოლის მოხმარების მდგომარეობასა და ტენდენციებზე და თავი შეიკავა ამ საკითხზე პოზიციის გამოხატვისგან (2017 წლის დასკვნები).

იგი აღნიშნავს, რომ მოთხოვნილი ინფორმაცია არ არის წარმოდგენილი. შესაბამისად, კომიტეტი იმეორებს მოთხოვნას და მიიჩნევს, რომ თუ მომდევნო ანგარიშში არ წარედგინება საჭირო ინფორმაცია, ვერ შეძლებს დადგენას, რომ საქართველოში არსებული სიტუაცია ამ კუთხით შეესაბამება ქართის 11§3 მუხლს.

უბედური შემთხვევები

წინა დასკვნაში კომიტეტი ითხოვდა ინფორმაციას მიღებულ ზომებზე, ასევე, ავტოსაგზაო შემთხვევათა და შინ ან დასვენებისას მომხდარ უბედურ შემთხვევათა რაოდენობაზე (2017 წლის დასკვნები). იგი გაფრთხილების სახით მიუთითებდა, რომ ამ ინფორმაციის წარუდგენლობის შემთხვევაში, დაადგენდა ქართისათან შეუსაბამობას.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ მოთხოვნილი ინფორმაცია არ არის წარმოდგენილი და ითხოვს, რომ ის აისახოს მომდევნო ანგარიშში. მანამდე იგი ადგენს, რომ არსებული სიტუაცია არ შეესაბამება ქართის 11§3 მუხლს, ვინაიდან არ დადგენილა ადეკვატური ზომების მიღება უბედურ შემთხვევათა ასაცილებლად.

Covid-19

კომიტეტმა მხარე სახელმწიფოებს მიმართა თხოვნით, შეეფასებინათ იმ ზომების ადეკვატურობა, რომლებიც მიღებულია მოსახლეობაში Covid-19-ის გავრცელების შესაჩერებლად (ტესტირება და კონტაქტების მოძიება, სოციალური დისტანცია და თვითიზოლაცია, ქირურგიული ნიღბებისა და სადეზინფექციო საშუალებების უზრუნველყოფა და ა.შ.).

ანგარიში დეტალურ ინფორმაციას შეიცავს Covid-19-ის საწინააღმდეგო ზოგიერთ ზომაზე, როგორცაა ტესტირება, კონტაქტების მოძიება, კარანტინი და ინფორმაციის გავრცელება.

კომიტეტი მიუთითებს, რომ მხარე სახელმწიფოები ვალდებულნი არიან, მიიღონ ზომები ვირუსის გავრცელების შესაჩერებლად და ასარიდებლად. მათ შორისაა: ტესტირება და კონტაქტების მოძიება, სოციალური დისტანცია და თვითიზოლაცია, სათანადო ნიღბებისა და სადეზინფექციო საშუალებების უზრუნველყოფა, ასევე, კარანტინისა და ლოქდაუნის დაწესება. ასეთი ზომები უნდა შემუშავდეს და გატარდეს არსებული სამეცნიერო ცოდნის გათვალისწინებით და ადამიანის უფლებათა სტანდარტების შესაბამისად (განცხადება პანდემიისას ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განმარტებაზე, 2020 წლის 21 აპრილი). ამასთან, ჯანდაცვაზე წვდომა ყველას უნდა ჰქონდეს დისკრიმინაციის გარეშე. ეს ნიშნავს, რომ ჯანდაცვა პანდემიისას უნდა იყოს ეფექტიანი და ყველასათვის ხელმისაწვდომი (მათ შორის, ფინანსურად), მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფები კი (მაგ: უსახლკარო, სიღარიბეში მცხოვრები, ხანდაზმული, შშმ, ინსტიტუციებში მცხოვრები ან ციხეებში თავისუფლებადკვეთილი პირები და არარეგულარული მიგრანტები) ადეკვატურად უნდა

იყვნენ დაცულნი არსებული ჯანდაცვის ზომებით (განცხადება პანდემიისას ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განმარტებაზე, 2020 წლის 21 აპრილი).

დასკვნა

კომიტეტი ასკვნის, რომ საქართველოში არსებული სიტუაცია არ შეესაბამება ქარტიის 11§3 მუხლს, რადგან არ დადგენილა, რომ:

- გარემოს დაბინძურებასთან საბრძოლველად მიღებულია ადეკვატური ზომები;
- სოფლებში უსაფრთხო სასმელ წყალზე წვდომისთვის მიღებულია საკმარისი ზომები;
- უბედურ შემთხვევათა აღსაკვეთად მიღებულია ადეკვატური ზომები.

მუხლი 12 - სოციალური უზრუნველყოფის უფლება

პუნქტი 1 - სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის არსებობა

კომიტეტი ითვალისწინებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს საქართველოს მიერ წარმოდგენილი ანგარიში.

რისკები, რომლებსაც ფარავს, დახმარების დაფინანსება და პირადი დაზღვევა

წინა დასკვნაში (2017 წლის დასკვნები) კომიტეტმა გაითვალისწინა ინფორმაცია, რომელიც შეეხება სოციალური უზრუნველყოფის რისკების პირად დაზღვევას (personal coverage). მან მიიჩნია, რომ არსებული სიტუაცია არ შეესაბამებოდა ქარტიას, ვინაიდან სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა არ მოიცავს ადეკვატური რაოდენობის რისკებს და არ ითვალისწინებს ოჯახების დახმარებას, უმუშევრობის დახმარებას, ან დახმარებას სამუშაო პროცესში ჯანმრთელობის დაზიანების გამო.

რაც შეეხება სამუშაო პროცესში ჯანმრთელობის დაზიანების რისკს, კომიტეტმა გაითვალისწინა საქართველოს კანონი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“, ასევე, მთავრობის 2013 წლის 1 მარტის N 45 დადგენილება „შრომითი მოვალეობის შესრულებისას დასაქმებულის ჯანმრთელობისათვის ვნების შედეგად მიყენებული ზიანის ანაზღაურების დახმარების დანიშვნისა და გაცემის წესის დამტკიცების თაობაზე“, და მიიჩნია, რომ ეს სამართლებრივი ჩარჩო ვერ ჩაითვლება სოციალური დაზღვევის სქემის ტოლფასად. კომიტეტი აღნიშნავს, რომ ანგარიში კვლავ მიუთითებს მთავრობის 2013 წლის დადგენილებაზე, რომლის თანახმადაც დამსაქმებლებს ევალებათ უსაფრთხო სამუშაო გარემოს უზრუნველყოფა დასაქმებულთათვის და, თუ სასამართლო დაადასტურებს, რომ დასაქმებულის ჯანმრთელობა დაზიანდა დამსაქმებლის ბრალეულობით, ეს უკანასკნელი ვალდებულია, აანაზღაუროს მიყენებული ზიანი. კომიტეტი აღნიშნავს, რომ სიტუაცია არ შეცვლილა; შესაბამისად, კვლავ ადგენს, რომ არსებული სამართლებრივი ჩარჩო არ მოიცავს დაზღვევის სქემას სამუშაო პროცესში ჯანმრთელობის დაზიანებისა და პროფესიული დაავადებებისთვის, ქარტიის მე-12 მუხლის გაგებით. კომიტეტი ითვალისწინებს საქართველოს კანონს „შრომის უსაფრთხოების შესახებ“ (2018), რომელზე ინფორმაციაც წარმოადგინა MISSCEO-მ. კანონის თანახმად, დამსაქმებელი ვალდებულია, დასაქმებული მუშაობის პერიოდში საკუთარი ხარჯებით დააზღვიოს უბედური შემთხვევისგან. კომიტეტი ითხოვს, რომ მომდევნო ანგარიშში უფრო დეტალური ინფორმაცია წარედგინოს ამ კანონსა და მის გამოყენებაზე.

რაც შეეხება ოჯახების დახმარებას, 2017 წელს კომიტეტმა გაითვალისწინა რამდენიმე სახის სოციალური დახმარება, რომლებიც ხელმისაწვდომია გარკვეული კატეგორიის მოწყვლადი ოჯახებისთვის (მაგ: მაღალმთიან ადგილებსა ან იმ რეგიონებში მცხოვრები ოჯახები, სადაც სიკვდილიანობის მაჩვენებელი აჭარბებს შობადობის მაჩვენებელს; შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების ოჯახები; და ოჯახები, რომელთაც ჰყავთ 7 ან მეტი შვილი). კომიტეტი ითვალისწინებს, რომ ოჯახების დახმარების სისტემა, რომელიც აღწერილია

საქართველოს მიერ წარმოდგენილ ანგარიშში, ვერ გაუტოლდება სოციალური უზრუნველყოფის ფარგლებში ოჯახებისთვის გაწეულ დახმარებას, ქარტიის მე-12 და მე-16 მუხლების გაგებით.

კომიტეტი ითვალისწინებს 2014 წლის N 262 რეზოლუციას, რომლითაც საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამა მესამე ან მეოთხე ბავშვზე დახმარებას უწევს საქართველოს იმ რეგიონებში მცხოვრებ ოჯახებს, სადაც წლიური ბუნებრივი მატების საშუალო მაჩვენებელი უარყოფითია. ამასთან, კანონი „მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ“ სოციალური დახმარების უფლებას ანიჭებს 2016 წლის 1 იანვრის შემდეგ დაბადებულ ბავშვებს, რომელთა მშობლებიც მუდმივად ცხოვრობენ მაღალმთიან რეგიონში. 2019 წლიდან ოჯახები, სადაც ოთხი ან მეტი ბავშვია, მიიღებენ ყოველთვიურ შემწეობას ელექტროენერჯის საფასურის ანაზღაურებისას.

წინა დასკვნებში კომიტეტი მიუთითებდა, რომ სოციალურ უზრუნველყოფასა და სოციალურ დახმარებას ეთმობა ქარტიის ორი სხვადასხვა მუხლი (მუხლები 12 და 13), რომლებიც სხვადასხვა მოვალეობას მოიცავს. კომიტეტი ითვალისწინებს სახელმწიფოს მოსაზრებებს, უნდა ჩაითვალოს თუ არა კონკრეტული შეღავათი სოციალურ დახმარებად ან სოციალურ უზრუნველყოფად. ამავდროულად, იგი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს შეღავათის მიზანსა და პირობებს. ამრიგად, კომიტეტი სოციალურ დახმარებად მიიჩნევს შეღავათებს, რომელთა მისაღებადაც მთავარი კრიტერიუმია ინდივიდუალური საჭიროება და არ მოქმედებს მოთხოვნა გარკვეული რისკის დასაზღვევად გამიზნულ სოციალური უზრუნველყოფის სქემაში მონაწილეობაზე, ან პროფესიულ საქმიანობასა თუ შენატანების გადახდაზე. ამასთან, დახმარება გაიცემა მაშინ, როდესაც შესაბამისი პირის სამედიცინო მკურნალობის ხარჯების დასაფარად საკმარის რესურსებს ან საშუალებებს არ უზრუნველყოფს სოციალური უზრუნველყოფით გათვალისწინებული რომელიმე შეღავათი (დასკვნები XIII-4 (1996), განცხადება მე-12 და მე-13 მუხლების განმარტების შესახებ).

კომიტეტი მიიჩნევს, რომ საანგარიშო პერიოდისთვის ანგარიშში წარმოდგენილი ახალი ინფორმაცია მოიცავს დახმარების ზომებს მაღალმთიან რეგიონებში მცხოვრები ან ოთხი და მეტშვილიანი ოჯახებისთვის. ეს ზომები მიემართება სოციალურ დახმარებას და ვერ გაუტოლდება ოჯახების დახმარებას სოციალური უზრუნველყოფის ფარგლებში, რომელიც უნდა შეფასდეს პირადი დაზღვევის, ე.ი. უნივერსალურობის საფუძველზე, ან რომლით სარგებლობის უფლებაც უნდა განისაზღვროს გადახდისუნარიანობის შეფასებით (სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასებით) (რა შემთხვევაშიც, მნიშვნელოვანი უნდა იყოს პირადი დაზღვევა).

ამასთან, კომიტეტი აღნიშნავს, რომ ანგარიშში წარმოდგენილ ინფორმაციას სხვადასხვა სოციალური შეღავათის შესახებ (როგორცაა სახელმწიფო კომპენსაცია, საარსებო შემწეობა და სოციალური პაკეტი) ვერ გაითვალისწინებს სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის შეფასებისას.

კომიტეტი მიუთითებს, რომ 12§1 მუხლი იცავს სოციალური უზრუნველყოფის უფლებას დასაქმებულებისა და მათზე დამოკიდებული პირებისთვის, თვითდასაქმებულთა ჩათვლით. მხარე სახელმწიფოები ვალდებულნი არიან, ეს უფლება უზრუნველყონ კანონის საფუძველზე შექმნილი და პრაქტიკაში მოქმედი სოციალური უზრუნველყოფის სისტემით. სოციალური უზრუნველყოფა, რომელიც მოიცავს როგორც უნივერსალურ, ისე პროფესიულ სქემებს, გარკვეულ რისკებთან მიმართებით ითვალისწინებს შემწეობას შენატანებით, შენატანების გარეშე ან კომბინირებული სახით. ეს შემწეობა ენიჭება რისკების წარმოქმნის შემთხვევაში, თუმცა მიზნად არ ისახავს კომპენსაციას თავად რისკის შედეგად წარმოქმნილი პოტენციური საჭიროებისათვის. სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა 12§1 მუხლის გაგებით არსებობს, თუ აკმაყოფილებს შემდეგ კრიტერიუმებს:

- რისკების რაოდენობა, რომლებსაც ფარავს: სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა უნდა მოიცავდეს ტრადიციულ რისკებს და ითვალისწინებდეს შემდეგ შეღავათებს: სამედიცინო მზრუნველობა, დახმარება ავადმყოფობის დროს, უმუშევრობის დახმარება, ხანდაზმულთა დახმარება, სამუშაო პროცესში ჯანმრთელობის დაზიანებასთან დაკავშირებული დახმარება, ოჯახების დახმარება და ორსულთა დახმარება.
- პირადი დაზღვევა: სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა უნდა მოიცავდეს მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს ჯანმრთელობის დაზღვევისა და ოჯახების დახმარების კუთხით. ჯანმრთელობის დაზღვევა უნდა ვრცელდებოდეს შრომითი ურთიერთობების მიღმაც. სისტემა უნდა ფარავდეს აქტიური მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს, როცა საქმე ეხება შემოსავლების დაკარგვის გამო მინიჭებულ შეღავათებს (მაგ: დახმარება ავადმყოფობის დროს, ორსულების დახმარება, უმუშევრობის დახმარება, პენსიები და დახმარება სამუშაო ადგილზე უბედური შემთხვევისა ან პროფესიულ დაავადების გამო).
- დაფინანსება: სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა უნდა დაფინანსდეს კოლექტიურად, დასაქმებულთა და დამსაქმებელთა შენატანებით და/ან სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. თუ სისტემა ფინანსდება გადასახადებიდან, ის დაცულ პირებს უნდა ფარავდეს დისკრიმინაციის აკრძალვის პრინციპზე დაყრდნობით, ისე, რომ ხელი არ შეუშალოს სოციალური უზრუნველყოფით სარგებლობის პირობებს (გადახდისუნარიანობის შეფასება (სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასება) და ა.შ.).

სამუშაო პროცესში ჯანმრთელობის დაზიანებასთან დაკავშირებული დახმარების, ოჯახების დახმარებისა და უმუშევრობის დახმარების არარსებობის გამო, კომიტეტი მიიჩნევს, რომ სოციალური უზრუნველყოფის უფლება არ არის გარანტირებული ყველა მუშაკისა და მათზე დამოკიდებული პირებისთვის.

შეღავათების ადეკვატურობა

Eurostat-ის მედიანური გათანაბრებული შემოსავლის ინდიკატორის არარსებობის პირობებში, კომიტეტი ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებზე (Geostatic) დაყრდნობით აღნიშნავს, რომ 2019 წელს საშუალო მომხმარებლის საარსებო მინიმუმი იყო თვეში 158.7 ლარი (€45). წინა დასკვნებში მან მიუთითა, რომ ეს ინდიკატორი ეფუძნება საკვებ და არასაკვებ პროდუქტებზე არსებულ საშუალო ფასებს.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ შეღავათების ადეკვატურობის შესაფასებლად, იგი ითვალისწინებს სიღარიბის ზღვარს, რომელიც გაანგარიშდება Eurostat-ის მედიანური გათანაბრებული შემოსავლის საფუძველზე. იგი მიიჩნევს, რომ საარსებო მინიმუმი, რომელსაც ეფუძნებოდა კომიტეტის წინა შეფასება, ვერ ჩაითვლება ამ ინდიკატორის ტოლფასად. შესაბამისად, იგი ითხოვს, რომ მომდევნო ანგარიშში წარედგინოს ინფორმაცია მედიანურ შემოსავალზე ეკონომიკაში, რომელიც გაანგარიშებულია დაუქორწინებელი პირისათვის. ამ ინფორმაციის მიღებამდე, კომიტეტმა თავი შეიკავა შეღავათების ადეკვატურობაზე პოზიციის გამოხატვისგან.

დასკვნა

კომიტეტი ასკვნის, რომ საქართველოში არსებული მდგომარეობა არ შეესაბამება ქარტიის 12§1 მუხლს, ვინაიდან სოციალური უზრუნველყოფის უფლება არ არის გარანტირებული ყველა დასაქმებულისა და მათზე დამოკიდებული პირებისთვის.

მუხლი 12 - სოციალური უზრუნველყოფის უფლება

პუნქტი 3 - სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის შემუშავება

კომიტეტი ითვალისწინებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს საქართველოს მიერ წარმოდგენილი ანგარიში.

იგი მიუთითებს, რომ სახელმწიფოებს ეთხოვათ, პასუხი გაეცათ ორ მიზნობრივ კითხვაზე, რომლებიც შეეხებოდა ქარტიის 12§3 მუხლს (იხ. 2020 წლის 3 ივნისის წერილის დანართი, რომლითაც კომიტეტი ითხოვს ანგარიშს ქარტიის დებულებათა შესრულებაზე თემატური ჯგუფიდან: „ჯანმრთელობა, სოციალური უზრუნველყოფა და სოციალური დაცვა“); ასევე, მათ საპასუხო პოზიცია უნდა წარმოედგინათ შეუსაბამობის დასკვნაზე, ან დასკვნის გადავადებაზე სათანადო ინფორმაციის არარსებობის გამო.

წინა დასკვნაში კომიტეტმა დაადგინა, რომ საქართველოში არსებული მდგომარეობა არ შეესაბამებოდა ქარტიის 12§3 მუხლს (2017 წლის დასკვნები). შესაბამისად, ამჯერად კომიტეტი განიხილავს მთავრობის პასუხებს მხოლოდ ორ მიზნობრივ კითხვაზე, კერძოდ:

- სოციალური უზრუნველყოფის ფარგლები და მისი მოდალობები იმ პირთათვის, რომლებიც დასაქმებულნი არიან ციფრულ პლატფორმაზე, ან რომელთა საქმიანობაც იმართება ასეთი პლატფორმების მეშვეობით;

- Covid-19-ის კრიზისის გავლენა სოციალური უზრუნველყოფის ფარგლებზე და კონკრეტული ზომები, რომლებიც მიღებულია შესაძლო უარყოფითი გავლენის კომპენსაციისა ან შემსუბუქებისათვის.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ Covid-19-ის შესახებ პასუხს გაითვალისწინებს მხოლოდ საინფორმაციო მიზნებით, ვინაიდან იგი უკავშირდება მოვლენებს საანგარიშო პერიოდს მიღმა (ე.ი. 2019 წლის 31 დეკემბრის შემდგომ). სხვა სიტყვებით, მიმდინარე საანგარიშო პერიოდში ქარტიასთან შესაბამისობის დასადგენად, კომიტეტი არ შეაფასებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს ქვეთავი Covid-19-ის შესახებ.

პლატფორმაზე დასაქმებული პირები

კომიტეტი მიუთითებს, რომ სახელმწიფოებს დაუსვა მიზნობრივი კითხვა სოციალური უზრუნველყოფის ფარგლებზე იმ პირთა შემთხვევაში, რომლებიც დასაქმებულნი არიან ციფრულ პლატფორმაზე, ან რომელთა საქმიანობაც იმართება ასეთი პლატფორმების მეშვეობით. დასაქმების ამ ახალი ფორმების წარმოქმნა უარყოფითი გავლენას ახდენს შესაბამის მუშაკთა გარკვეულ უფლებებზე, რაც განმარტებულია შესავალ ნაწილში. სოციალური უზრუნველყოფის საკითხებში ქარტიის 12§3 მუხლთან შესაბამისობა მოითხოვს, რომ სოციალური უზრუნველყოფის არსებული სისტემები მოერგოს კონკრეტული სიტუაციას და შესაბამის დასაქმებულთა საჭიროებებს, რათა მათთვის გარანტირებული იყოს სოციალური შეღავათებით სარგებლობა 12§1 მუხლის მოქმედების სფეროში. კომიტეტმა კარგად უწყის, რომ მნიშვნელოვანი ხარვეზები არსებობს იმ დასაქმებულთა სოციალური დაცვის კუთხით, რომლებიც ჩართულნი არიან დასაქმების ახალ ფორმებში (მაგ: პლატფორმაზე დასაქმებულნი). იგი მიიჩნევს, რომ მხარე სახელმწიფოებს ევალებათ ყველა შესაბამისი ზომის მიღება ამ ნაკლოვანებათა აღმოსაფხვრელად.

კერძოდ, წევრმა ქვეყნებმა უნდა გადადგან ნაბიჯები, რათა დასაქმების ახალ ფორმაში ჩართულ ყველა პირს ჰქონდეს შესაბამისი სამართლებრივი სტატუსი (დასაქმებული, თვითდასაქმებული ან სხვა), რომელიც შეესაბამება რეალურ სიტუაციას. შედეგად, გამოირიცხება მისი ბოროტად გამოყენება (მაგ: „ყალბი“ ან „ცრუ“ თვითდასაქმების სტატუსით სარგებლობა სოციალური უზრუნველყოფის რეგულაციებისთვის თავის ასარიდებლად); ასევე, პლატფორმაზე დასაქმებულებს მიენიჭებათ სოციალური უზრუნველყოფის ადეკვატური უფლებები, როგორც გარანტირებულია ქარტიის მე-12 მუხლით.

კომიტეტი აღნიშნავს, რომ ანგარიშში მთავრობამ მიუთითა ცვლილებებზე, რომლებიც საანგარიშო პერიოდში განხორციელდა სოციალური უზრუნველყოფის კუთხით (მათ შორისაა: პენსიების გაზრდა; სოციალური პაკეტის შემუშავება გარკვეული კატეგორიის შშმ პირებისთვის; და სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის განსაზღვრა 2019 წლისათვის). ამავდროულად, მთავრობას არ წარმოუდგენია რაიმე ინფორმაცია სოციალური უზრუნველყოფის ფარგლებზე იმ პირთათვის, რომლებიც დასაქმებულნი არიან ციფრულ პლატფორმაზე. შესაბამისად, კომიტეტი იმეორებს კითხვას და ითხოვს, რომ მომდევნო ანგარიშში წარედგინოს ინფორმაცია

შემდეგ საკითხებზე: ციფრულ პლატფორმაზე დასაქმებულთა რაოდენობა (პროცენტული წილი დასაქმებულთა საერთო რაოდენობაში); მათი სტატუსი (დასაქმებულები, თვითდასაქმებულები და/ან სხვა); და რაოდენობა/პროცენტული მაჩვენებელი სტატუსისა და სოციალური უზრუნველყოფის გავრცელების მიხედვით (სტატუსის შესაბამისად). მოთხოვნილი ინფორმაციის მიღებამდე, კომიტეტმა თავი შეიკავა ამ საკითხზე პოზიციის გამოხატვისგან.

Covid-19

მეორე კითხვაზე პასუხად, მთავრობამ ანგარიშში მიუთითა, რომ 2020 წელს მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა სოციალური დაცვის სფეროში, პანდემიიდან მომდინარე გამოწვევათა დასაძლევად. კერძოდ, შეუფერხებლად გრძელდებოდა სახელმწიფო გასაცემლების (პენსიები, სოციალური პაკეტი და ა.შ.) გაცემა (მიუხედავად იმისა, რომ კანონი ითვალისწინებდა მათი შეწყვეტის საფუძვლებს), ასევე გაგრძელდა საარსებო შემწეობის გაცემა, რომელიც შეწყვეტილი იყო. მთავრობის 2020 წლის 4 მაისის N 286 დადგენილება პანდემიით მიყენებული ზიანის შემსუბუქების მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ ითვალისწინებდა დამატებით დახმარებასაც, როგორცაა: ყოველთვიური შემწეობა მოწყვლადი ჯგუფებისთვის (დაბალშემოსავლიანი ოჯახები, მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და შშმ ბავშვები), რომელიც გაიცემოდა 6 თვის განმავლობაში; სოციალური შემწეობა 200 ლარის ოდენობით (დაახლოებით €56) ყველა არასრულწლოვნისთვის; უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულების სოციალურად დაუცველ სტუდენტთა სწავლის საფასურის დაფინანსება (ერთი სემესტრისთვის).

დასკვნა

მოთხოვნილი ინფორმაციის მიღებამდე, კომიტეტმა თავი შეიკავა დასკვნის მიღებისგან.

მუხლი 14 - სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურებით სარგებლობის უფლება

პუნქტი 1 - სოციალური სამსახურების შექმნის ხელშეწყობა ან უზრუნველყოფა

კომიტეტი ითვალისწინებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს საქართველოს მიერ წარმოდგენილი ანგარიში, ასევე, საქართველოს სახალხო დამცველის (ომბუდსმენის) ოფისის მიერ წარმოდგენილ კომენტარებს.

კომიტეტი მიუთითებს, რომ 14§1 მუხლი იცავს ზოგადი სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურებით სარგებლობის უფლებას. იგი აღნიშნავს, რომ წინამდებარე ანგარიშის მიზნებისთვის, სახელმწიფოებს კომიტეტმა სთხოვა, პასუხი გაეცათ შესაბამის მიზნობრივ კითხვებზე (წარმოდგენილია 2020 წლის 3 ივნისის წერილის დანართში, რომლითაც კომიტეტმა ითხოვა ანგარიში ქარტიის დებულებათა შესრულებაზე თემატური ჯგუფიდან „ჯანმრთელობა, სოციალური უზრუნველყოფა და სოციალური დაცვა“); ასევე, მათ საპასუხო პოზიცია უნდა წარმოედგინათ შეუსაბამობის დასკვნაზე, ან დასკვნის გადავადებაზე სათანადო ინფორმაციის არარსებობის გამო.

შესაბამისად, კომიტეტი ყურადღებას გაამახვილებს მთავრობის პასუხებზე მიზნობრივი კითხვების შესახებ: კერძოდ, როგორ და რა მასშტაბით შენარჩუნდა სოციალური სამსახურების საქმიანობა Covid-19-ის კრიზისის პირობებში და მიღებულია თუ არა კონკრეტული ზომები მომავალში მსგავსი კრიზისის წარმოქმნის გათვალისწინებით. კომიტეტი აღნიშნავს, რომ Covid-19-ის შესახებ პასუხს გაითვალისწინებს მხოლოდ საინფორმაციო მიზნებით, ვინაიდან იგი უკავშირდება მოვლენებს საანგარიშო პერიოდს მიღმა (ე.ი. 2019 წლის 31 დეკემბრის შემდგომ). სხვა სიტყვებით, მიმდინარე საანგარიშო პერიოდში ქარტიასთან შესაბამისობის დასადგენად, კომიტეტი არ შეაფასებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს ქვეთავი Covid-19-ის შესახებ.

რაც შეეხება სოციალური სერვისების ზოგად ორგანიზაციულ მოწყობას, კომიტეტი მიუთითებს თავის წინა დასკვნებზე, რომელთა თანახმადაც არსებული სიტუაცია შეესაბამება ქარტიას (იხ. 2017 წლის დასკვნები). ცვლილებებზე ინფორმაცია მას არ წარდგენია.

ანგარიშის თანახმად, Covid-19-ის პანდემიის დროს უწყვეტად გაიცემოდა სახელმწიფო გასაცემლები (სახელმწიფო პენსია, კომპენსაცია, სოციალური პაკეტი, საარსებო შემწეობა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პენსიები და ა.შ.), მიუხედავად იმისა, რომ კანონი ითვალისწინებდა შეწყვეტის საფუძვლებს. სოციალური სამსახურების ფუნქციონირება შეწყდა, როგორც კორონავირუსის გავრცელების ასარიდებლად მიღებული ზომების ნაწილი. თუმცა, სოციალური სამსახურების შესანარჩუნებლად, მათი დაფინანსება გრძელდებოდა გარკვეული პრინციპების შესაბამისად. ამასთან, სხვადასხვა ქვეპროგრამის ფარგლებში შემუშავდა სერვისების დისტანციურად მიწოდება (მათ შორისაა ადრეული განვითარების მხარდაჭერა, ბავშვთა რეაბილიტაცია, დღის ცენტრები და ა.შ.).

სოციალური დაცვის სფეროში გატარდა გარკვეული ზომები, კერძოდ, შესაბამისმა სამინისტროებმა გამოსცეს რეკომენდაციები და სტანდარტები (რეკომენდაციები სამუშაო

ადგილას ახალი კორონავირუსის გავრცელების პრევენციაზე; სტანდარტები, რომელთა მიზანია ახალი კორონავირუსული ინფექციის პრევენცია და გავრცელების კონტროლი ხანდაზმულთა და შშმ პირთა დღის ცენტრებსა და ბავშვზე ზრუნვის 24-საათიან სამსახურებში). ამასთან, მთავრობამ დაამტკიცა მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა ახალი კორონავირუსით (SARS-COV-2) გამოწვეული ინფექციით მიყენებული ზიანის შესამსუბუქებლად. პროგრამის თანახმად, სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებულ ოჯახებს მიენიჭათ 6-თვიანი სახელმწიფო დახმარების მიღების უფლება. მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და 18 წლამდე ასაკის შშმ პირები 6 თვის განმავლობაში იღებდნენ შემწეობას, სოციალური პაკეტით გათვალისწინებულ დახმარებასთან ერთად. გარდა ამისა, 18 წლამდე ასაკის პირები იღებდნენ სოციალურ დახმარებას, ხოლო უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულების სოციალურად დაუცველ სტუდენტებს დაუფინანსდათ 1 სემესტრის სწავლის საფასური.

ანგარიში არ შეიცავს ინფორმაციას რაიმე კონკრეტულ ზომებზე, რომლებიც მიღებულია მომავალში მსგავსი კრიზისის წარმოქმნის გათვალისწინებით.

დასკვნა

კომიტეტი ასკვნის, რომ საქართველოში არსებული მდგომარეობა შეესაბამება ქართის 14§1 მუხლს.

მუხლი 14 - სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურებით სარგებლობის უფლება

პუნქტი 2 - საზოგადოების მონაწილეობა სოციალური სამსახურების შექმნასა და შენარჩუნებაში

კომიტეტი ითვალისწინებს ინფორმაციას, რომელსაც შეიცავს საქართველოს მიერ წარმოდგენილი ანგარიში.

იგი მიუთითებს, რომ 14§2 მუხლის თანახმად, მხარე სახელმწიფოებს მოეთხოვებათ, მხარი დაუჭირონ მოხალისეობრივ ასოციაციებს, რომელთაც სურთ სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურების შექმნა. „პირები და ნებაყოფლობითი ან სხვა ორგანიზაციები“, რომლებზეც მე-2 პუნქტი მიუთითებს, მოიცავს მოხალისეობრივ სექტორს (არასამთავრობო ორგანიზაციებს და სხვა ასოციაციებს), კერძო პირებსა და ფირმებს.

კომიტეტი ასევე აღნიშნავს, რომ შეფასების მიზნებისთვის, სახელმწიფოებს სთხოვა, პასუხი გაეცათ სპეციფიკურ მიზნობრივ კითხვებზე (წარმოდგენილია 2020 წლის 3 ივნისის წერილის დანართში, რომლითაც კომიტეტმა ითხოვა ანგარიში ქართის დებულებათა შესრულებაზე თემატური ჯგუფიდან „ჯანმრთელობა, სოციალური უზრუნველყოფა და სოციალური დაცვა“); ასევე, მათ საპასუხო პოზიცია უნდა წარმოედგინათ შეუსაბამობის დასკვნაზე, ან დასკვნის გადავადებაზე სათანადო ინფორმაციის არარსებობის გამო. შესაბამისად, სახელმწიფოებს ეთხოვათ, წარმოედგინათ შემდეგი ინფორმაცია: მომხმარებელთა

ჩართულობა („თანაშექმნა“) სოციალურ სამსახურებში, განსაკუთრებით, ასეთი ჩართულობის წახალისება კანონმდებლობაში, ბიუჯეტის განაწილებასა და გადაწყვეტილების მიღებაში ყველა დონეზე, ასევე, სერვისების შემუშავებასა თუ პრაქტიკულად დაწერგვაში. თანაშექმნა გულისხმობს სოციალური სამსახურების მუშაობას მომხმარებლებთან ერთად, ისეთი ფუნდამენტური პრინციპების საფუძველზე, როგორცაა თანასწორობა, მრავალფეროვნება, მისაწვდომობა და ნაცვალება.

ანგარიში ხაზს უსვამს, რომ სოციალურ მომსახურებაზე ყველა გადაწყვეტილება მიიღება სამართლიანობისა და მიუკერძოებლობის პრინციპებზე დაყრდნობით, ხოლო თანასწორი მოპყრობის პრინციპი გამოიყენება ისეთ სფეროებში, როგორცაა სოციალური დაცვა, სოციალური უზრუნველყოფა, სოციალური შეღავათები და სხვა. ანგარიშის თანახმად, ამ პრინციპებით ხელმძღვანელობენ სოციალური მომსახურების სააგენტო და ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდი.

ამავდროულად, ანგარიში პასუხს არ სცემს კომიტეტის კონკრეტულ კითხვებს წინამდებარე შეფასების მიზნებისთვის. შესაბამისად, კომიტეტი ვერ შეძლებს არსებული სიტუაციის შეფასებას წარმოდგენილი ინფორმაციის საფუძველზე. ამრიგად, იგი სახელმწიფოს მოუწოდებს, მომდევნო ანგარიშში სრული ინფორმაცია მიაწოდოს სოციალურ სამსახურებში მომხმარებელთა ჩართულობაზე.

დასკვნა

მოთხოვნილი ინფორმაციის მიღებამდე, კომიტეტმა თავი შეიკავა დასკვნის მიღებისგან.