



ეჭვქვეშ აქვთ ჩაყვანილი აუდიტის ანგარიში

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური



სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

„ვამტკიცებ“

სოციალური სფეროს აუდიტის

დეპარტამენტის უფროსი

მარიამ ზაალიშვილი

მ. ზაალიშვილი

2 აპრილი 2024 წელი

N 20/36

ეგზ. NI

ფსიქიკური ჯანმრთელობის
ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში

საჩივრი

ტერმინთა შემოკლება.....	3
შემაჯამებელი მიმოხილვა.....	4
1. შესავალი	11
1.1 აუდიტის მოტივაცია	11
1.2 აუდიტის მიზანი და მთავარი კითხვები.....	12
1.3 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია	12
1.4 აუდიტის კრიტერიუმები	14
2. ზოგადი ინფორმაცია.....	17
2.1 სფეროს აღწერა.....	17
აუდიტის მიგნებები	22
3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების პოლიტიკა და განხორციელების მექანიზმები.....	22
3.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დაგეგმვისა და განხორციელების მონიტორინგის ნაკლოვანებები.....	22
3.2 დაფინანსების მეთოდის ნაკლოვანებები	26
3.3 სტატისტიკური მონაცემების ნაკლოვანებები	31
4. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა	36
4.1 პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო სერვისების ინფორმაციული ხელმისაწვდომობა.....	36
4.2 პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ნაკლოვანებები	41
5. ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველყოფის მექანიზმები.....	49
5.1 სამედიცინო დაწესებულებების ზედამხედველობასთან დაკავშირებული ნაკლოვანებები	49
5.2 მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის ნაკლოვანებები.....	53
ბიბლიოგრაფია.....	59
დანართი. საერთაშორისო პრაქტიკა.....	61

ტანხმითა შერეობა

სამინისტრო – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

მინისტრი – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.

სააგენტო – სსიპ – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო.

ცენტრი – სსიპ – დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

რეგულირება – სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო.

ჯანმო – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.

OECD – ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია.

სამედიცინო სტატისტიკა – შეისწავლის მედიცინასა და ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებს.

პროგრამა – ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა.

მენტალური ჯანმრთელობა – ფსიქიკური ჯანმრთელობა.

გაიდლაინი – მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაციაა, რომელიც წარმოადგენს სახელმწიფო პოლიტიკის ამსახველ დოკუმენტს და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ. იგი განკუთვნილია კლინიკისტების, სამედიცინო სამსახურების მენეჯერების, ასევე პაციენტების, მათი ოჯახებისა და მზრუნველებისათვის.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა – მედიცინისადმი სისტემატიზებული მიდგომა, რომელსაც იყენებს ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი მედიცინის პროფესიონალი კლინიკური კვლევებით მიღებულ საუკეთესო სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, რათა პაციენტის ინდივიდუალური მკურნალობისას მიიღოს საუკეთესო გადაწყვეტილება.

პროტოკოლი – დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტი, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული ან დამოუკიდებლად შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანმიმდევრობა, რომელიც დამტკიცებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით.

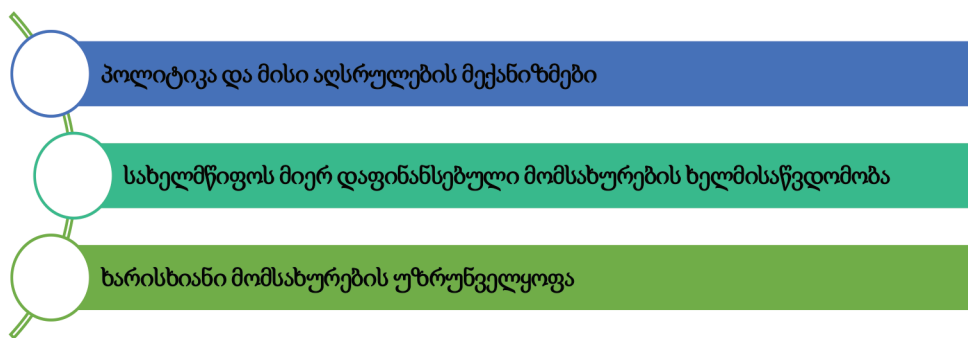


შემაჯავებელი მიმოხილვა

საქართველო, როგორც დემოკრატიული სახელმწიფო აღიარებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის ადამიანის ჯანმრთელობის ფუნდამენტური ნაწილი და საზოგადოების კეთილდღეობის აუცილებელი პირობა, ხოლო ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვა სახელმწიფოს მოვალეობაა.¹ ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაძლიერების ეროვნულ კონტექსტში კრიტიკულად მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ თითოეული მოქალაქის მენტალური კეთილდღეობის დაცვა და ხელშეწყობა, არამედ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონე ადამიანების საჭიროებების დაკმაყოფილება.²

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომში – სამინისტრო) ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით შეიმუშავებს სახელმწიფო პოლიტიკას, ახორციელებს მას და უწევს კოორდინაციას.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით დაგეგმილი და გატარებული ღონისძიებების პროდუქტიულობა და ეფექტიანობა. აუდიტის ფარგლებში შესწავლილ იქნა შემდეგი საკითხები:



აუდიტის ძირითადი მიგნებებია:

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა და მისი აღსრულების მექანიზმები

სამინისტროს შემუშავებული აქვს სტრატეგიული დოკუმენტი, რომელიც მოიცავს სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ძირითად პრიორიტეტებსა და მიმართულებებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარებისათვის;³ აღნიშნული დოკუმენტი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში უზრუნველყოფს მომსახურების დაფინანსებას. მიუხედავად ამისა, გამოწვევად რჩება პოლიტიკის ფარგლებში დაგეგმილი აქტივობების შესრულება, სანდო ინფორმაციის არსებობა და ხარჯების ეფექტიანად და პროდუქტიულად განკარგვის მიზნით დაფინანსების მექანიზმის შემუშავება.

1 საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“.

2 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

3 საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 18 იანვრის N23 დადგენილება „საქართველოს 2022 – 2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა

სამინისტრო კომპეტენციის ფარგლებში განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელების სტრატეგიულ გეგმასა და მექანიზმებს და ახორციელებს მის მონიტორინგსა და შეფასებას, მიუხედავად ამისა:

- აღსანიშნავია, რომ 2015-2020 და 2022-2030 წლების სტრატეგიებში ერთი და იგივე მიმართულებები რჩება მნიშვნელოვან გამოწვევად, როგორცაა ადამიანური რესურსის ნაკლებობა, ამბულატორიული მომსახურების გაძლიერება და შესაბამისი სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფა, მომსახურების ხარისხის ამაღლება, მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა და სხვ.;
- 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის ფარგლებში 2022 წლისთვის დაგეგმილი 8 აქტივობიდან, 2023 წლის მდგომარეობით შეუსრულებელია – 5, ნაწილობრივ განხორციელდა – მხოლოდ 2. მაგალითად, ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში პაციენტთა უფლებების დაცვისა და მომსახურების ხარისხის შეფასების მიზნით არ შექმნილა მონიტორინგის ჯგუფი და არ გაუმჯობესებულა მედიკამენტების შესყიდვის მექანიზმი.

დაფინანსების მოქალე

- სათემო ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლებისათვის მომსახურების დაფინანსების გლობალური ბიუჯეტის პრინციპი⁴ წარმოშობს არაერთგვაროვანი მიდგომის რისკებს. კერძოდ, პაციენტების რაოდენობის მიხედვით მიმწოდებლისთვის ხარჯი განსხვავებულია: მეტი პაციენტი გულისხმობს მეტ დანახარჯს, დაფინანსება კი უცვლელია. მაგალითად, სერვისის მიმწოდებლების მიხედვით, 2019 წელს ერთ პაციენტზე წლის განმავლობაში, საშუალოდ, დახარჯული თანხა მერყეობდა 106-იდან 465 ლარამდე;
- დანესებულებების მიხედვით განსხვავებულია წარმოდგენილი ხარჯების სტრუქტურა და თითოეული შემადგენელი კომპონენტის პროცენტული წილი მთლიან ხარჯთან მიმართებით, რაც გამოწვეულია იმით, რომ ზოგიერთ სერვისში არ არსებობს სამედიცინო დანესებულებებისთვის განსაზღვრული ხარჯების თანაფარდობის დასაშვები ზღვარი;
- მედიკამენტების შესყიდვა/გაცემის მექანიზმების გაანალიზების შედეგად აღმოჩნდა, რომ დანესებულებებს არ აქვთ ერთნაირი მიდგომა და სახელმწიფოს წილით შექმნილი დანესებულებები მედიკამენტებს ყიდულობენ კონსოლიდირებული შესყიდვით, იმ შემთხვევაში, თუ კერძო დანესებულებისთვის ნამლების შეძენა მოხდებოდა იმავე პრინციპით, ნამლებზე განეული ხარჯი 35%-ით შემცირდებოდა.

საანგარიშგებო ფოკუსდასახეის ზღაპხაქველობის მექანიზმი

- პროგრამის ფარგლებში დასაფინანსებელი ნოზოლოგიები განსაზღვრულია დადგენილებით. კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტის შესრულების მონაცემთა ბაზაში დაფიქსირებული დიაგნოზების მიხედვით აღმოჩნდა, რომ 2018-2022 წლებში, 43 ბენეფიციარს 335 შემთხვევაში მინიჭებული აქვს ისეთი ნოზოლოგია, რომელიც პროგრამით არ არის განსაზღვრული. ასევე: მოზრდილთა სტაციონარის 2018-2022 წლების მომსახურების შესრულების ბაზების ანალიზით გამოვლინდა, რომ 49 ბენეფიციარს 303

4 გლობალური ბიუჯეტი გულისხმობს მომსახურების მიმწოდებელი დანესებულებების ყოველთვიურ ლიმიტირებულ დაფინანსებას.



შემთხვევაში უფიქსირდება და გლობალური ბიუჯეტის დაფინანსების მოდელის ფარგლებში უნაზღაურდება ისეთი ნოზოლოგია, რომელიც არ არის განსაზღვრული პროგრამით;

- მოზრდილთა სტაციონარის 902 ბენეფიციარი (ამ კომპონენტის უნიკალური ბენეფიციარების 5,9%), სტაციონარში ყოფნის პერიოდში ასევე ფიქსირდება სათემო ამბულატორიის, კრიზისული ინტერვენციის ან მობილური გუნდების კომპონენტების ფარგლებში წარმოდგენილ საანგარიშგებო დოკუმენტებში.

მონაცემთა ბაზები

- სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (შემდგომში – ცენტრი) მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ გამოქვეყნებული მონაცემები, რომლებიც მნიშვნელოვანი წინაპირობაა პოლიტიკის შესამუშავებლად, არასრულია. პროგრამაში ჩართული სათემო მომსახურების მიმწოდებელ ზოგიერთ დაწესებულებას (ყოველწლიურად, საშუალოდ, 5 დაწესებულება, ანუ 23%) ცენტრისათვის არ წარუდგენია სტატისტიკური ინფორმაცია;
- მსოფლიოში ფართოდ გავრცელებული მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემა, როგორიცაა, დეპრესია, ცენტრის მონაცემებით უფრო იშვიათად ფიქსირდება, ვიდრე შიზოფრენია, რაც მიუთითებს არსებული მონაცემების სისწორის რისკებზე. ჯანმოს მიხედვით, მოსახლეობის 3.8%-ს უფიქსირდება დეპრესია,⁵ როცა შიზოფრენია 2022 წლის მონაცემებით 222 ადამიანიდან ერთს (0,45%) შესაძლოა ჰქონდეს.⁶ ცენტრის 2021 წლის მონაცემის მიხედვით კი საქართველოში დაფიქსირდა 895 ახალი შიზოფრენიის, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობების შემთხვევა, როცა გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობები, მათ შორის, დეპრესიის შემთხვევა – მხოლოდ 392-ია,⁷ რაც თითქმის ორჯერ ნაკლები მაჩვენებელია.

სახელმწიფო მთავრობის დაფინანსებული მომსახურების ხელისაწყო

2018-2022 წლებში საქართველოს მასშტაბით 39 მიმწოდებელი დაწესებულება ემსახურებოდა პროგრამით გათვალისწინებული კომპონენტების ბენეფიციარებს. მიუხედავად ამისა, კვლავ გამოწვევად რჩება საცხოვრებელთან ახლოს სხვადასხვა სერვისის, როგორც ფიზიკური, ისე ინფორმაციული ხელმისაწვდომობა:

ინფორმაციული ხელისაწვდომობა

- მიუხედავად ცენტრისა და სააგენტოს მიერ განხორციელებული ღონისძიებებისა, მოსახლეობის ინფორმირების მიმართულებით, 150 გამოკითხულიდან 113 რესპონდენტს არ ჰქონდა ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ. ამავე გამოკითხული ერთობლიობიდან, არ იყო ინფორმირებული 117 მოქალაქე, რომ სამედიცინო სერვისები ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ;
- ინფორმირებულობის დაბალ მაჩვენებელზე, სხვა მიზეზებთან ერთად, მიუთითებს ჯანმრთელობის დაცვის სტატისტიკური მონაცემებიც, რომელთა თანახმად, ყოველწლიურად მზარდია ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობით დაავადებული პირების რიცხვი, ხოლო სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული პირების რაოდენობა ყოველწლიურად სტაბილურია.

5 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

6 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

7 ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველოს სტატისტიკური ცნობარი, 2021 წელი, გვ. 83.



ფიზიკური ხელისაწყოობა

- ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტისთვის 2018-2022 წლებში მიმწოდებელი მხოლოდ თბილისშია წარმოდგენილი, მაშინ როცა ამავე პერიოდში ბენეფიციარები წარმოდგენილნი იყვნენ სხვადასხვა რეგიონიდან;
- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის კომპონენტისთვის 2018-2022 წლებში მიმწოდებელი ხელმისაწვდომი იყო მხოლოდ სამ რეგიონში: თბილისში, კახეთსა და იმერეთში. აღნიშნულ წლებში რეგისტრირებული ბენეფიციარების 88%-ის საცხოვრებელი რეგიონი ემთხვევა სწორედ ამ რეგიონებს. შესაბამისად, სხვა რეგიონებში მცხოვრები პოტენციური ბენეფიციარებისათვის ეს სერვისი არ არის გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი;
- 2018-2022 წლებში ბენეფიციარების 99%-ის საცხოვრებელ ქალაქში ფუნქციონირებდა ავტორიზებული აფთიაქი, საიდანაც მოსარგებლეს შეეძლო მისთვის გამოწერილი მედიკამენტის მიღება, თუმცა მათ 34%-ს მედიკამენტების მიღება უხდებოდათ საცხოვრებელი ადგილიდან დაშორებულ ქალაქში მდებარე დაწესებულებაში ან/და აფთიაქში, რითაც იზღუდება მედიკამენტებზე ფიზიკურ ხელმისაწვდომობა;
- მობილური გუნდის⁸ მომსახურება გულისხმობს რეგულარულ ვიზიტებს პაციენტის საცხოვრებელ ადგილას. დაწესებულებები ემსახურებიან სხვადასხვა მუნიციპალიტეტებს, რომლებიც მნიშვნელოვნად დაშორებული არიან საწყისი პუნქტიდან. 22 დაწესებულებიდან, რომლებიც ახორციელებდნენ მობილური გუნდის მომსახურებას 2022 წელს, მხოლოდ 12 დაწესებულებას ჰყავდა ავტომანქანა.

საჩუქარი მომსახურებით უზრუნველყოფა

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმია სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი, რასაც სამინისტრო ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების წესების, პირობებისა და ნორმატივების შემუშავების და მათი შესრულების კონტროლის გზით.⁹ საკანონმდებლო რეგულაციებში არსებული სხვადასხვა ჩანაწერის მიუხედავად, სამინისტროსა და პასუხისმგებელი ორგანოების მიერ სრულყოფილი ზედამხედველობა არ ხორციელდება. ამასთანავე, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო¹⁰ მომსახურების გაწევის შესაძლებლობა საჭიროებს გაუმჯობესებას:

სამედიცინო დაწესებულებების ზედამხედველობა

- „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, ბენეფიციარებმა მომსახურება უნდა მიიღონ ლიცენზირებულ ამბულატორიულ დაწესებულებებში, თუმცა კანონში „ლიცენზირებისა და ნებართვების შესახებ“, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაზე ლიცენზიის ფლობის მოთხოვნა განსაზღვრული არ არის;

8 გუნდი განსაზღვრულია პაციენტების ბინაზე ვიზიტისათვის და შედგება 3 სამტატო ერთეულისგან, მათ შორის, სავალდებულოდ – 1 ფსიქიატრი, დანარჩენი წევრები შესაძლებელია იყვნენ: სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ექთანი/უმცროსი ექიმი.

9 საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 16; საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 14 სექტემბრის N473 დადგენილება „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 3.

10 მედიცინისადმი სისტემატიზებული მიდგომა, რომელსაც იყენებს ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი მედიცინის პროფესიონალი კლინიკური კვლევებით მიღებულ საუკეთესო სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, რათა პაციენტის ინდივიდუალური მეურნეობისას მიიღოს საუკეთესო გადაწყვეტილება.



- გემოაღნიშნულ კანონში მითითებული ჩანაწერის შესაბამისად, სამინისტროს მიერ 2020 წლის 1 სექტემბრისათვის იგეგმებოდა მონიტორინგის ჯგუფის შემადგენლობის განსაზღვრა. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული ჯგუფი აუდიტის პერიოდისათვის არ იყო შექმნილი;
- 2018-2022 წლებში რეგულირების სააგენტოს მიერ სტაციონარული დაწესებულებების სანებართვო პირობები შემოწმდა მხოლოდ 2018 და 2019 წლებში, 6 ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. აღსანიშნავია, 2020-2022 წლებში COVID-19-ის პანდემიის გამო სანებართვო პირობების კონტროლი არ განხორციელებულა;
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი 12 სტაციონარული დაწესებულებიდან მონიტორინგი ხორციელდებოდა, ძირითადად, 3 დაწესებულებაში. დანარჩენი 9 დაწესებულების შეუმოწმებელი შემთხვევების რაოდენობა მერყეობს 83%-დან 98%-მდე;
- 2019-2021 წლებში ბავშვთა და მოზრდილთა სტაციონარების სანოლების დატვირთვა 5 სამედიცინო დაწესებულებაში აჭარბებდა 100%-ს, მათ შორის, ფიქსირდება შემთხვევები, როდესაც დატვირთვა 3-ჯერ აღემატებოდა ზღვრულ შესაძლებლობებს.

მსოფლიო პრაქტიკა და უკანასკნელი სამედიცინო მომსახურება

- ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების 58 მდგომარეობიდან,¹¹ რომელსაც ფარავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა, გაიდლაინი – კლინიკური მდგომარეობის მართვის რეკომენდაცია, შექმნილია მხოლოდ 15 შემთხვევაში;
- სამინისტროს შემუშავებული აქვს მომსახურების უზრუნველყოფის პროტოკოლები – დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტი, პროექტის სახით, რომელიც აუდიტის პერიოდში არ იყო დამტკიცებული. ამასთანავე, პროგრამაში ჩართული დაწესებულებიდან, მხოლოდ 6 დაწესებულებას აქვს შემუშავებული პროტოკოლები, საიდანაც ერთი დაწესებულების შემთხვევაში ზოგადი სახის დოკუმენტია;
- განსხვავებული სურათია დაწესებულებების მიხედვითაც, თუ რამდენ ბენეფიციარს ემსახურება მულტიდისციპლინური გუნდის¹² ერთი წარმომადგენელი. მაგალითად, არსებული პრაქტიკის მიხედვით, 1 ფსიქოლოგი ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში შესაძლოა ემსახურებოდეს, მინიმუმ, 199 პაციენტს, მაქსიმუმ – 9,303-ს.

ჩაკომუნიკაცია სამინისტროს

ჩაკომუნიკაცია N 1

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ეროვნული სტრატეგიის შესრულებისათვის მუდმივი მონიტორინგის მიზნით შემუშავდეს მისი ზედამხედველობის ეფექტიანი მექანიზმი.

ჩაკომუნიკაცია N 2

საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულად განკარგვისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიზნის სათანადოდ შესრულებისთვის, შეფასდეს არსებული და შეირჩეს პროგრამის დაფინანსების ეფექტიანი მექანიზმი, რომელიც ორიენტირებული იქნება სერვისის ხელმისაწვდომობის ზრდაზე.

11 67 დაავადებიდან პროგრამა ფარავს 58 დაავადებას.

12 მულტიდისციპლინური გუნდი, რომლის საშტატო შემადგენლობაში შედის ფსიქიატრი, ექთანი, სოციალური მუშაკი და ფსიქოლოგი. შემადგენლობის რაოდენობა განსხვავებული სერვისების მიხედვით.



ჩაკომენდაცია ზენს

ჩაკომენდაცია N 3

ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ სანდო ინფორმაციის უზრუნველყოფისათვის, დაინერგოს სამედიცინო დანესებულებების მიერ წარმოდგენილი სტატისტიკური მონაცემების გადამოწმების ეფექტიანი მექანიზმი, რომელიც გააუმჯობესებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სერვისების ქვეყანაში არსებული რეალური მდგომარეობის შეფასებასა და რესურსების შესაბამისად დაგეგმვას.

ჩაკომენდაცია საბენსო და ზენს

ჩაკომენდაცია N 4

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, დაინერგოს ქმედითი მექანიზმი, რომელიც მოსახლეობას აუმაღლებს ცნობიერებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და ასევე შესაბამის სამიზნე ჯგუფებს – ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ, რითაც გაიზრდება სერვისებზე მიმართვიანობა.

ჩაკომენდაცია საინისტრო

ჩაკომენდაცია N 5

ბენეფიციარებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ მომსახურებებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების შერჩევის მექანიზმი შემუშავდეს იმგვარად, რომ გაიზარდოს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა/დაფარვა როგორც მომსახურებაზე, ასევე მედიკამენტებზე.

ჩაკომენდაცია საინისტრო და ჩაკომენდაცია საბენსო

ჩაკომენდაცია N 6

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში სათანადო ხარისხის მომსახურების მიწოდების მიზნით, შემუშავდეს შესაბამისი პროტოკოლები და გაიდლაინები და დაინერგოს ზედამხედველობის მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს დანესებულებების მიერ პაციენტზე ორიენტირებული და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.



1. შესავალი

1.1 აუდიტის მოტივაცია

ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (შემდგომში – OECD) მიხედვით, მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემებს აქვს დამანგრეველი ეფექტი როგორც ინდივიდსა და ოჯახზე, ისე მთელ საზოგადოებაზე. ამასთანავე, ორიდან – ერთ ადამიანს, სიცოცხლის განმავლობაში ერთხელ მაინც ექმნება მსგავსი პრობლემა. COVID-19-ის პანდემიის კრიზისის დროს კი უამრავი ადამიანის მენტალური ჯანმრთელობა გაუარესდა.¹³

აღნიშნული პრობლემებით გამოწვეული სოციალური და ეკონომიკური დანახარჯები მაღალია თითოეული ადამიანისთვის, დამსაქმებლისა და მთლიანად ეკონომიკისთვის, რაც, სულ მცირე, მთლიანი შიდა პროდუქტის 3,5%-4%-ს შეადგენს წლიურად და მოიცავს როგორც პირდაპირ (განსაკუთრებით, ჯანდაცვის სისტემისათვის) და არაპირდაპირ (განსაკუთრებით, სოციალური სისტემებისათვის), ასევე არამატერიალურ ხარჯებს (განსაკუთრებით, პროდუქტიულობის შემცირების გამო).¹⁴ მაგალითად, დათვლილია, რომ დეპრესიითა და შფოთვისით აშლილობებით გამოწვეული ხარჯი არის ერთი ტრილიონი აშშ დოლარი გლობალურად.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (შემდგომში – ჯანმო) მიხედვით, იმ ადამიანების 80%-ზე მეტი, რომელთაც აქვთ რაიმე სახის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა, განიცდიან ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ზრუნვის ნაკლებობას; ასევე ჯანმოს განმარტებით, არ არსებობს ჯანმრთელობა და მდგრადი განვითარება ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარეშე. მაშინ როდესაც მსოფლიოში წელიწადში 800,000 თვითმკვლელობის შემთხვევაა, რაც ახალგაზრდებში სიკვდილიანობის გამომწვევი წამყვანი მიზეზია, ჯანმო აღნიშნავს, რომ მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა მნიშვნელოვნად დაბალია.¹⁵

საქართველოს სამედიცინო სტატისტიკური ცნობარის მიხედვით, 2018 წლის შემდგომ ყოველწლიურად იმატებს ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები მოსახლეობაში. კერძოდ, 2018 წელს დაფიქსირდა 76,508 შემთხვევა,¹⁶ ხოლო 2021 წელს ეს რიცხვი გაიზარდა 84,142-მდე. ამასთანავე, საქართველოში, საშუალოდ სტატისტიკურად თვითმკვლელობის მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება (12.3 შემთხვევა – 100,000 მოსახლეზე) რეგიონში არსებულ მონაცემებთან შედარებით.¹⁷

გემოაღნიშნული გარემოებები ხაზს უსვამს ფსიქიკური ჯანმრთელობის, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი პრიორიტეტის როლსა და მნიშვნელობას. მზარდი სტატისტიკა კი, შესაძლოა მიუთითებდეს სისტემაში არსებულ პრობლემებზე.

13 <https://www.oecd.org/health/health-systems/mental-health.htm>

14 OECD Recommendation of the Council, Integrate Mental Health, Skills and Work Police, October 2018.

15 [https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-\(2019-2023\)](https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023)) WHO, Special Initiative for Mental Health (2019-2023).

16 <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=ea1784b5-d3d0-4dd9-b29f-1369f5d6bbec>

17 https://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mental_health/suicide_rates/atlas.html



1.2 აუდიტის მიზანი და მთავარი კითხვები

აუდიტის მიზანია შეფასდეს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და მის სისტემაში შემავალი ერთეულების მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით დაგეგმილი და გატარებული ღონისძიებების პროდუქტიულობა და ეფექტიანობა.

აუდიტის კითხვებად განისაზღვრა შემდეგი:

1. რამდენად ეფექტიანია სამინისტროს მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების მიზნით შემუშავებული პოლიტიკა და პროცედურები?
2. რამდენად უზრუნველყოფს დანერგილი მექანიზმები ფსიქიკური ჯანმრთელობის არსებულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობას?
3. რამდენად უზრუნველყოფს შემუშავებული მექანიზმები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხარისხიანი მომსახურების მიწოდებას?

1.3 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია

აუდიტის ობიექტად განისაზღვრა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და მის კონტროლს დაქვემდებარებული ერთეულები: სსიპ – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო და სსიპ – დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრი.

აუდიტის პერიოდად განისაზღვრა 2018-2022 წლები. ასევე, აუდიტის მიზნებიდან გამომდინარე, გამოყენებულია აუდიტის წინა და შემდგომი პერიოდების ინფორმაცია.

აუდიტის საგნად განისაზღვრა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებით გატარებული ღონისძიებების ეფექტიანობა და პროდუქტიულობა.

აღნიშნულის ფარგლებში შერჩეულია შემდეგი სახელმწიფო პროგრამები:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის შემდეგი კომპონენტები: კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარება პროფესიული სერვისის მეშვეობით და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხების და ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში არსებული სერვისების პოპულარიზაცია და გაძლიერება.

საკითხების შესასწავლად აუდიტის ჯგუფმა გამოიყენა შემდეგი მეთოდები:

- მარეგულირებელი ნორმების შესწავლა, ანალიზი;
- დოკუმენტური ინფორმაციის ანალიზი;
- პროგრამების, პროცესების მართვისა და ადმინისტრირების მექანიზმების ანალიზი;
- მონაცემთა ბაზების ანალიზი;
- საერთაშორისო პრაქტიკისა და სტანდარტების გაცნობა;
- აუდიტის ობიექტებთან ინტერვიუები;
- მოსახლეობის გამოკითხვა.



აუდიტის კითხვებზე პასუხის გასაცემად განხორციელდა შემდეგი აუდიტორული პროცედურები:

1. ჩამოვსია უფაქიანი სამინისტროს მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მონიტორინგის მიზნით შეიქმმებული პოლიტიკა და პრევენცია?

აუდიტის ჯგუფმა:

- შეისწავლა სამინისტროსა და მის კონტროლს დაქვემდებარებული ერთეულების მიერ სანდო ინფორმაციის მოპოვებისთვის არსებული მექანიზმების ეფექტიანობა. კერძოდ, გააანალიზა სტატისტიკური საანგარიშგებო ფორმებისა და სააგენტოს მიერ მოწოდებული სათემო ამბულატორიისა და მოზრდილთა სტაციონარის ბენეფიციართა მონაცემთა ბაზები ურთიერთშეღებვით, ასევე ჩაატარა ცენტრის წარმომადგენლებთან ინტერვიუები;
- გაეცნო პოლიტიკის დაგეგმვის, მონიტორინგისა და შეფასების სახელმძღვანელოს; შეისწავლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მონიტორინგის სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმა, ასევე – საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია. გაეცნო დაინტერესებული მხარეების შეხვედრების ოქმებს, შეაფასა შესრულების ინდიკატორები და გააანალიზა შესრულების შედეგები, ჩაატარა პასუხისმგებელ პირებთან ინტერვიუები;
- გააანალიზა პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული სერვისები და მიმწოდებლების მიერ ბენეფიციარებზე გაწეული მომსახურებები. შეისწავლა პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტების შესყიდვისა და გაცემის მექანიზმები, ასევე შეისწავლა და გააანალიზა პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების დაფინანსების მექანიზმები, ჩაატარა ინტერვიუები პასუხისმგებელ პირებთან.

2. ჩამოვსია უზენაესი დანაწილი მექანიზმები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ანსაზულ სარკისაზე ხელმძღვანელობას?

აუდიტის ჯგუფმა:

- შეისწავლა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის ფარგლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით გატარებული ღონისძიებები. ამასთანავე, შეადარა ცენტრის სტატისტიკურ ცნობარში დაფიქსირებული და სააგენტოს მონაცემთა ბაზების ინფორმაცია დაავადებულთა სტატისტიკის შესახებ. ჩაატარა მოსახლეობის გამოკითხვა, რომელთა შერჩევა განხორციელდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარების მიმართულების ბაზიდან, 500 პირადი ნომერი შეირჩა შემთხვევითობის პრინციპით, შერჩეულიდან შეივსო 150 კითხვარი;
- შეისწავლა ქვეყნის მასშტაბით პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების მიმწოდებლების რაოდენობა და მათი განაწილება, გააანალიზა პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა მუნიციპალიტეტისა და რეგიონის ტერიტორიაში, ასევე გამოთხოვილი ინფორმაცია მობილური გუნდის მომსახურების განმხორციელებელი 19 დაწესებულების ბალანსზე არსებული ავტომატური შესახებ. ერთმანეთს დაედარა სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ მოწოდებული ავტორიზებული აფთიაქების მონაცემები და სათემო დაწესებულებების ბენეფიციარების საცხოვრებელი ფაქტობრივი მისამართები, ჩაატარა ინტერვიუები პასუხისმგებელ პირებთან.



3. ნამდევად უზენაესი უფლებები მქონე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სანიმუში მომსახურების მიწოდებას?

აუდიტის ჯგუფმა:

- შეისწავლა ხარისხის კონტროლის ზედამხედველობის მექანიზმები. გააანალიზა 2018-2022 წლებში მიმწოდებელი 39 დაწესებულებისთვის განხორციელებული სანებართვო პირობების, კონტროლისა და რევიზიის შედეგები, ასევე 2018-2022 წლებში რეგულირების სააგენტოში შესული 24 საჩივარი. ამასთანავე, ჩაატარა ინტერვიუები როგორც სამინისტროს, ისე რეგულირების სააგენტოს წარმომადგენლებთან;
- შეისწავლა პროგრამაში ჩართული 22 დაწესებულებისგან გამოთხოვილი პროტოკოლები, გაეცნო შესაბამის გაიდლაინებს, ჩაატარა ინტერვიუები დაინტერესებულ მხარეებთან, გააანალიზა პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების მონაცემთა ბაზები გამოსავლებისა და სერვისიდან სერვისში მოძრაობის კუთხით; ასევე შეისწავლა 20 დაწესებულების ორი კომპონენტისთვის (სათემო ამბულატორია და თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდი) განსაზღვრული მულტიდისციპლინური გუნდის შემადგენლობა, მათი სამუშაო გრაფიკი და ბენეფიციართა რაოდენობასთან თანაფარდობა (დატვირთვა).

1.4 აუდიტის კონკრეტულობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით სახელმწიფოს მიერ დაგეგმილი და გატარებული ღონისძიებების პროდუქტიულობისა და ეფექტიანობის შეფასებისთვის აუდიტის პროცედურების ჩატარებისას გამოყენებულია შემდეგი კრიტერიუმები:

- საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები;
- შესაბამისი უწყებების სამოქმედო გეგმები და სტრატეგიები;
- საერთაშორისო პრაქტიკა;
- საერთაშორისო ორგანიზაციების კვლევები.

საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ – კანონის მიზანია უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა და უწყვეტობა, აღნიშნულ პირთა უფლებების თავისუფლებისა და ღირსების დაცვა. ამასთანავე, კანონი განსაზღვრავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ფსიქიატრიული დახმარების ფორმებს, მათ უფლებებსა და ფსიქიატრიის დარგის მუშაკთა საქმიანობის წესებსა და პირობებს.

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ – კანონი აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებსა და ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. კანონით განსაზღვრულია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო უზრუნველყოფს ოფიციალური სტატისტიკის მართებულობას, სიზუსტეს, დროულობასა და საჭაროობას კანონმდებლობის შესაბამისად.



საქართველოს მთავრობის დადგენილებები¹⁸ 2018-2022 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ – აღნიშნულ დადგენილებებში მოცემულია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებები, მათ შორის, მედიკამენტები; განსაზღვრულია პროგრამების მოსარგებლეები, პროგრამების ფარგლებში გაწეული ხარჯის მიმწოდებელთათვის დაფინანსების მეთოდოლოგია და მექანიზმები.

საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 20 დეკემბრის N629 დადგენილება „პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“ – წესის მიზანია შედეგებზე ორიენტირებული პოლიტიკის დაგეგმვის, მონიტორინგისა და შეფასების დანერგვა და ამ მიმართულებებით ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების ჩამოყალიბება; პოლიტიკის დოკუმენტის განხორციელების მონიტორინგის მიზანია პოლიტიკის ამოცანებითა და აქტივობებით განსაზღვრული შედეგების შესრულების შემოწმება, ხარვეზების გამოვლენა და რეკომენდაციების განსაზღვრა, ხოლო შეფასების მიზანია პოლიტიკის დოკუმენტის შედეგებისა და მიღწევების დეტალური შესწავლა და შესაძლო გავლენის დადგენა.

ჯანმოს ანგარიში (WHO Quality Rights Tool Kit) – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების ყოვლისმომცველი შეფასება და მონიტორინგი ხელს უწყობს არსებული პრობლემების იდენტიფიცირებას, რათა დაიგეგმოს ეფექტიანი გამოსავლები, რომლებიც უპასუხებს მომხმარებელთა საჭიროებებს. გარდა ამისა, შეფასების შედეგად მიღებული შედეგები და რეკომენდაციები უზრუნველყოფენ ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით მომავალი პოლიტიკის სწორად განსაზღვრას.¹⁹

ჯანმოს ეფექტიანი კომუნიკაციის სტრატეგია (WHO Strategic Communications Framework for effective communications)²⁰ – ჯანმრთელობის მსოფლიო დაცვის ორგანიზაცია აღიარებს ეფექტიანი, ინტეგრირებული და კოორდინირებული კომუნიკაციის მნიშვნელობას ჯანმრთელობის დაცვისა და ხელშეწყობი პროგრამების წარმატებით განხორციელებისათვის და შემუშავებული აქვს სტრატეგიის ჩარჩო, ეფექტიანი კომუნიკაციის 6 პრინციპის გათვალისწინებით.

18 საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 28 დეკემბრის N592 დადგენილება; საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 31 დეკემბრის N693 დადგენილება;

საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 31 დეკემბრის N674 დადგენილება;

საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 31 დეკემბრის N828 დადგენილება;

საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის N4 დადგენილება.

19 WHO Quality Rights Tool Kit Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities, World Health Organization, pg. 1. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410> (უკანასკნელად გადამოწმდა 11.07.2023).

20 <https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf> pg. 3.



გრაფიკი 1.4.1 ჯანმოს ეფექტიანი კომუნიკაციის 6 პრინციპი:



ზემოთ მითითებული პრინციპების გათვალისწინებით უნდა დაიგეგმოს საინფორმაციო კამპანია ქვეყანაში არსებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების შესახებ, მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაუმჯობესების მიზნით. ამავე დროს ჯანმო მიუთითებს, რომ უნდა ხდებოდეს განხორციელებული ქმედებების შეფასება, რამდენად ეფექტიანია გამოყენებული კომუნიკაციის საშუალებები მიზნის მიღწევისათვის.

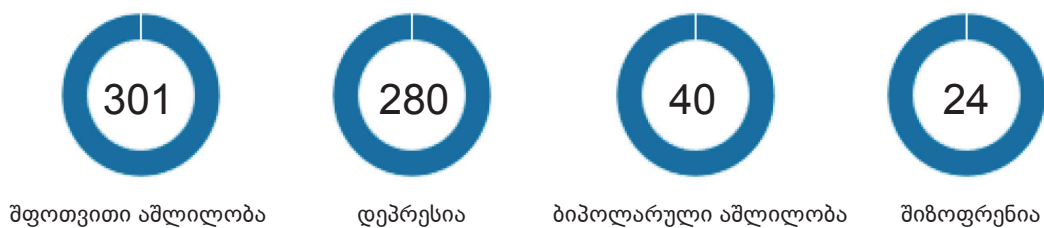
2. ზოგადი ინფორმაცია

2.1 სუბიექტური ალწინა

საქართველოს კანონის მიხედვით,²¹ ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის პირის კეთილდღეობა, სოციალური, სულიერი, კოგნიტური და ემოციური ასპექტების ჩათვლით, კერძოდ, მდგომარეობა, როდესაც იგი ავლენს და ახორციელებს საკუთარ შესაძლებლობებს, უმკლავდება ჩვეულებრივ, ცხოვრებისეულ სტრესებს და შეუძლია ეფექტიანი, ნაყოფიერი მუშაობა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში წვლილის შეტანა.

აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის მონაცემებით, მსოფლიოს მასშტაბით, რვა ადამიანიდან ერთი – ცხოვრობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემით. ყველაზე გავრცელებულია დეპრესია და შფოთვითი აშლილობები.²²

დიაგრამა 2.1.1 2019 წლის მონაცემებით მსოფლიოს მასშტაბით ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური დაავადებების სტატისტიკა (მლნ ადამიანი)



საქართველოში კანონით არის განსაზღვრული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ფსიქიატრიული დახმარების ფორმები, მათი უფლებები, აგრეთვე ფსიქიატრიის დარგის მუშაკთა საქმიანობის წესები და პირობები.

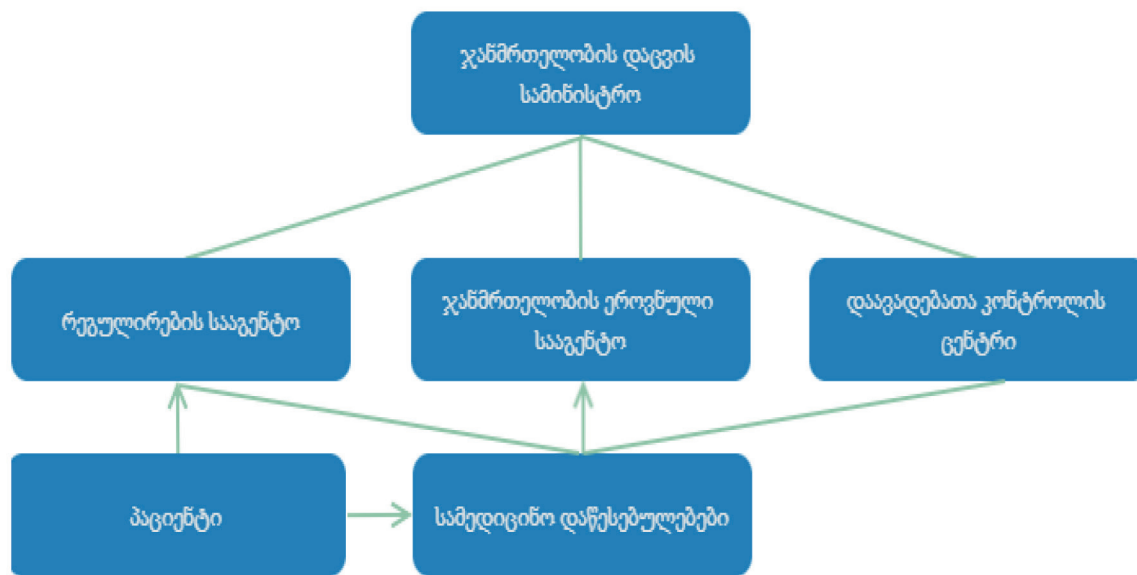
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს დაგეგმვა და ორგანიზება საკმაოდ კომპლექსურია და მასში მონაწილეობას იღებს სხვადასხვა დაინტერესებული მხარე და სახელმწიფო სტრუქტურა. სახელმწიფოს ექსკლუზიურ პრეროგატივას წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მართვა და გადამწყვეტ როლს თამაშობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების დაფინანსებაში.²³ ქვეყნების პრაქტიკა არის სხვადასხვანაირი, მაგრამ მეტწილად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხარჯები იფარება სახელმწიფოს მიერ.

21 „საქართველოს კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“, მუხლი 4.

22 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

23 საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N762 დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

სქემა N2.1.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის ორგანიზაციული სტრუქტურა საქართველოში



სახელმწიფო ორგანიზაციებს შორის უფლება-მოვალეობები გადანაწილებულია შემდეგნაირად:

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო – უზრუნველყოფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით სახელმწიფოს პოლიტიკის შემუშავებას, განხორციელებასა და საქმიანობის კოორდინაციას; რეგულირების სააგენტო – საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, რეგულირების სააგენტოს კომპეტენციაში შედის პროგრამით განსაზღვრული პირობების შესრულების კონტროლი, მიმწოდებლის მიერ გაწეული მომსახურების კონტროლი/რევიზია და ფსიქიატრიული მომსახურების გასაწევად სამედიცინო დაწესებულებებზე ნებართვების გაცემა;

დაავადებათა კონტროლის ცენტრი – აწარმოებს სამედიცინო სტატისტიკას ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გავრცელების შესახებ, ასევე შეიმუშავებს სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვებისა და ანალიზის მეთოდოლოგიას;

ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო – სააგენტოს საქმიანობის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაცია და მისი განხორციელების ხელშეწყობა, რომელსაც უზრუნველყოფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით, სახელმწიფო ახორციელებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამას, რომლის ფარგლებშიც ფინანსდება შემდეგი მომსახურებები, მათ შორის, გათვალისწინებული მედიკამენტების მიწოდება:

ცხრილი 2.1.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული მომსახურებები²⁴

ამბულატორია	- სათემო ამბულატორია: დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, მედიკამენტები, ბინაზე ვიზიტი; - ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია: ბაზისურ უნარ-ჩვევებზე აღდგენა/შესწავლა; - მოზილური გუნდის მომსახურებები: ბინაზე ვიზიტი, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; - ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა: მდგომარეობის შესწავლა და დიაგნოსტიკა.
კრიზისული ინტერვენცია	სპეციალიზებული სერვისი, სათემო ფსიქიკური ჯანდაცვის ქსელის მესამეული რგოლი, რომელიც მომსახურებას უწევს გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში მცხოვრებ (საშუალოდ, 150 000-იან პოპულაციას) პირებს, ფსიქიატრიული სტაციონარების ტვირთის შემცირების მიზნით.
სტაციონარი	- ბავშვთა და მოზრდილთა სტაციონარული მომსახურება; - არანებაყოფლობითი/იმპულსებით მკურნალობას დაქვემდებარებული პირების დაცვა; - კვება, პირადი ჰიგიენის საგნებითა და გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფა.
თავშესაფარი	ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირების საცხოვრებელი უზრუნველყოფა, მოვლა-პატრონობა და ინდივიდუალური რეაბილიტაცია.

პროგრამით გათვალისწინებული თითოეული კომპონენტის მომსახურებების შესყიდვა ყოველი წლის დასაწყისში გამართივებული შესყიდვის გზით ხორციელდება, ხოლო დაფინანსება – გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით,²⁵ გარდა ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტისა, რომელიც ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით (არაუმეტეს განსაზღვრული ბიუჯეტისა) და ამ მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესაბამისად.

ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის კვლევის მიხედვით, სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლები რეაგირებენ ფინანსურ ინიციატივებზე. დაფინანსების სხვადასხვა მეთოდს კი აქვს როგორც სუსტი, ისე ძლიერი მხარეები, არსებული პოლიტიკის მიზნების გათვალისწინებით. მაგალითად, გაწეული მომსახურების (ფაქტიური ხარჯის) მიხედვით ანაზღაურების შემთხვევაში, იზრდება მიმწოდებლის მხრიდან მომსახურების მოცულობის და შესაბამისად ხარჯების ხელოვნურად ზრდის რისკი. გლობალური ბიუჯეტის ფარგლებში ხარჯი არის კონტროლირებული, მაგრამ იზრდება მომსახურების ხარისხის გაუარესების რისკი.²⁶

შესაბამისად, ტრადიციული დაფინანსების მეთოდების (გლობალური ბიუჯეტი და ფაქტიური ხარჯის მიხედვით ანაზღაურება) ადაპტირება და შერეული დაფინანსების სისტემების

24 საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის N4 დადგენილება „ქ. თბილისის 2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“.

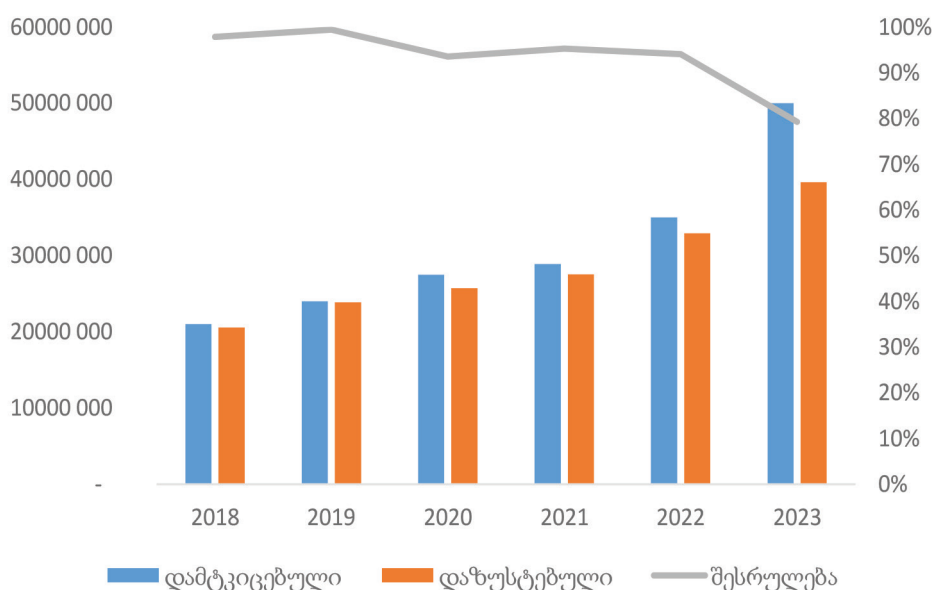
25 მიუხედავად იმისა, რომ დაფინანსების მეთოდი ერთია – გლობალური ბიუჯეტის პრინციპი, თანხის მოცულობის გამოთვლა კომპონენტებისათვის ხორციელდება სხვადასხვა პრინციპით.

26 OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>

გამოყენება დაფინანსების მეთოდების ნეგატიური და პოზიტიური გავლენების დაბალანსების გზით, უკეთესად პასუხობს ჯანდაცვის პოლიტიკის სპეციფიკურ მიზნებს.²⁷

აღსანიშნავია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი აუდიტის პერიოდში წლიდან წლამდე იზრდებოდა და 2022 წელს 2018 წელთან შედარებით დამტკიცებული ბიუჯეტის ზრდამ შეადგინა 67%, რაც ძირითადად განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ გაიზარდა გლობალური ბიუჯეტის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის მოცულობა, შესრულების მაჩვენებელი კი განსხვავებული იყო წლების მიხედვით.

გრაფიკი 2.1.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის 2018-2023 წლების დამტკიცებული და დაზუსტებული ბიუჯეტები, შესრულების მაჩვენებელი (%)



რაც შეეხება ბენეფიციართა რაოდენობას, რომლებიც ჩართული იყვნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში, 2022 წელს 2018 წელთან შედარებით გაიზარდა მხოლოდ 9%-ით.²⁸

ცხრილი 2.1.2 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბენეფიციართა უნიკალური რაოდენობა 2018-2022 წლებში კომპონენტების მიხედვით

სერვისის დასახელება	2018	2019	2020	2021	2022	ტენდენცია
სათემო ამბულატორია	22,884	23,869	23,164	23,172	23,776	↔
მოზრდილთა სტაციონარი	4,751	5,353	5,491	5,735	5,800	↗
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია	75	69	63	77	69	↔
ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა	328	324	243	328	317	↔
კრიზისული ინტერვენცია მოზრდილთათვის	612	572	510	416	450	↘
თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდი	437	946	1,079	1,207	1,235	↗
ბავშვთა სტაციონარი	120	132	114	139	134	↔
სულ	29,207	31,265	30,664	31,074	31,781	↗

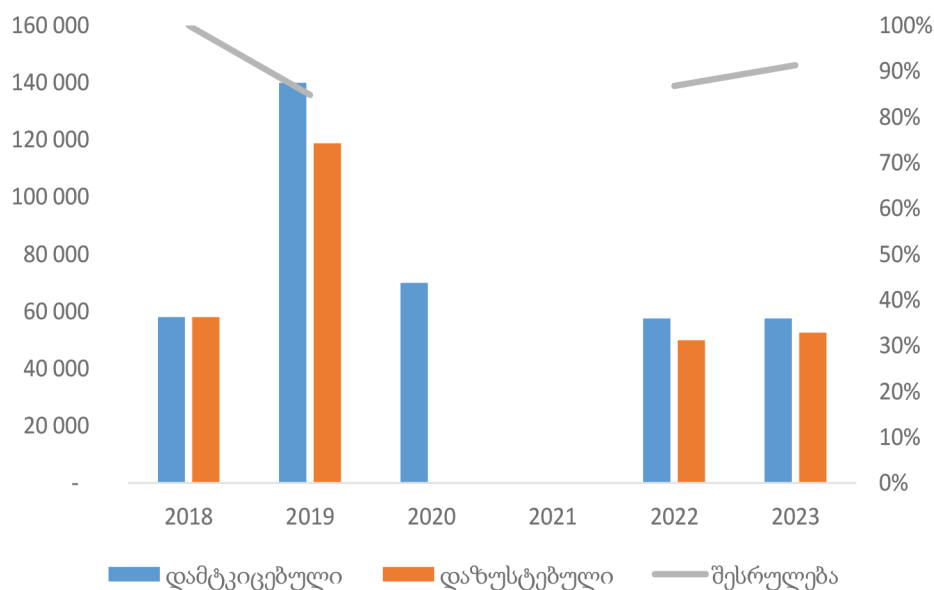
27 OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>

28 გრაფიკი 2.1.2-ზე ჩამოთვლილი კომპონენტების ბენეფიციარების რაოდენობების დაჯამებით მიღებული რიცხვების საფუძველზეა დათვლილი.



გარდა ზემოთ მოცემული სერვისებისა, ცენტრი 2018-2020 წლებში ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის ფარგლებში უზრუნველყოფდა მოსახლეობის განათლებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, თუმცა ეს კომპონენტი 2020 წელს ამოღებულ იქნა, გაერთიანდა ამავე პროგრამის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხების და ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში არსებული სერვისების პოპულარიზაცია და გაძლიერების კომპონენტთან.

გრაფიკი 2.1.2 2018-2023 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობასთან დაკავშირებული პროგრამების დამტკიცებული და დაზუსტებული ბიუჯეტები, შესრულების მაჩვენებელი (%)



2020 წლის მაისში შეიქმნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცხელი ხაზი, რომელიც ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამაში ინტეგრირდა 2021 წლიდან, 2022 წელს კი ცალკე კომპონენტად გამოეყო კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარების პროფესიული სერვისი, რომელიც სატელეფონო პროფესიული მომსახურების გაწევის გარდა, მოსახლეობას აწვდის ინფორმაციას არსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ.

ჯანმოს განმარტებით ჯანმრთელობა არის ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა უბრალოდ დაავადების არქონა,²⁹ ქართულ ბაზარზე მოქმედი სადაზღვევო კომპანიები ძირითადად არ ფარავენ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ხარჯებს. შესაბამისად, საქართველოში არსებული მდგომარეობით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ძირითადი დამფინანსებელი არის სახელმწიფო და თავად პაციენტი, რაც ართულებს სერვისებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

29 <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

აუდიტის მიზნები

3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების პოლიტიკა და განხორციელების მექანიზმები

3.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დაგეგმვისა და განხორციელების მონიტორინგის ნაკრძანები

პოლიტიკის დოკუმენტის მიზანია შედეგებზე ორიენტირებული პოლიტიკის დაგეგმვის, მონიტორინგისა და შეფასების დანერგვა და ამ მიმართულებებით ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების ჩამოყალიბება. პოლიტიკის დოკუმენტის განხორციელების მონიტორინგის მიზანია პოლიტიკის ამოცანებითა და აქტივობებით განსაზღვრული შედეგების შესრულების შემოწმება, ხარვეზების გამოვლენა და რეკომენდაციების განსაზღვრა.³⁰

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს რეფორმა დაიწყო 2013 წლიდან, როდესაც ქვეყნის საკანონმდებლო ორგანომ დაამტკიცა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია“,³¹ რომლის შესაბამისად, 2014 წლის ბოლოს საქართველოს მთავრობამ მიიღო „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმა“. ეროვნული გეგმა ასახავდა ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების ხედვას, ფასეულობებსა და პრინციპებს.

სტრატეგიის მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მოწყობა ძირითადად ეფუძნებოდა რამდენიმე ეტაპიან სისტემურ მიდგომას, რომელიც მოიცავდა სხვადასხვა ელემენტს.

სქემა N3.1.1 2015-2020 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი



30 საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 20 დეკემბრის N629 დადგენილება „პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 11.

31 საქართველოს პარლამენტის 2013 წლის 11 დეკემბრის N1741-ის დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის დამტკიცების შესახებ“.



სამინისტრომ ვერ წარმოადგინა 2015-2020 წლების სტრატეგიული დოკუმენტის შემუშავების მიზნით წინამოსამზადებელ პერიოდში განხორციელებული აქტივობების (კონსულტაციები, შეხვედრები და სხვა) ამსახველი მტკიცებულებები. ამასთანავე, სამინისტროს ევალება სტრატეგიასა და სამოქმედო გეგმაზე მონიტორინგის განხორციელება და შეფასება,³² თუმცა ამ მიმართულებით ზედამხედველობა არ განხორციელებულა; არ მომზადებულა სტრატეგიის შესრულებისა და შეფასების ანგარიშები, რომლებიც გამომავდა სამინისტროს მიერ დაგეგმილ აქტივობებში მიღწეულ შედეგს (სამინისტროს მიერ მომზადებულია მხოლოდ შესრულების ინდიკატორების დოკუმენტი, რომელიც ზოგადი ხასიათისაა, არ მოიცავს დეტალურ ინფორმაციას). შესრულება შეფასდა მხოლოდ 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის სიტუაციური ანალიზის ჭრილში.

2015-2020 წლების სტრატეგიის შესრულების შესაფასებლად სამინისტრომ წარმოგვიდგინა შესრულების ინდიკატორები. აღსანიშნავია, რომ 7 ინდიკატორიდან – 3, დაგეგმილთან შედარებით, უკეთესი მაჩვენებლით შესრულდა, მაგრამ უმეტესობა 2020 წლის მდგომარეობით სრულად არ არის შესრულებული.

ცხრილი N3.1.1 2020 წლისათვის 2015-2020 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიით გათვალისწინებული ინდიკატორების შესრულების მაჩვენებელი

N	ინდიკატორი	დაგეგმილი	შესრულებული
1.	ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი დროული ამბულატორიული ჩარევა/სერვისების უწყვეტობის უზრუნველყოფა	80%	46%
2.	შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთა სათანადო მკურნალობით მოცვის მაჩვენებელი	>25%	6.1%
3.	6 თვეზე მეტხანს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა	20%	5.7%
4.	თანამედროვე (თემზე დაფუძნებული) ფსიქიატრიული სერვისების მოცვის გაზრდა	50%	92%
5.	ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების საერთო ბიუჯეტში	50%-50%	41%-59%
6.	ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების ავადობა (სერვისების მოცვის გაუმჯობესების ხარჯზე)	15%	5.3%
7.	სიკვდილიანობის ინდექსი	0.5%	0.09%

32 საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 14 სექტემბრის N473 დადგენილება „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“.

2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმის ვადის დასრულების შემდგომ³³ განახლდა და შემუშავდა 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი,³⁴ რომელიც ასახავს სამინისტროს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომავალი განვითარების ხედვას. სტრატეგიაში წარმოდგენილი მიზნები და ამოცანები დაკავშირებულია გაეროს მდგრადი განვითარების (SDGs) მესამე მიზანთან – „ჯანმრთელი ცხოვრება და კეთილდღეობა“, რომლის მიხედვითაც შემუშავდა 6 ძირითადი ამოცანა:

- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის, მხარდაჭერისა და მათი ოჯახების კეთილდღეობის უზრუნველყოფა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა უფლებების დაცვა და სტიგმის შემცირება;
- ხარისხიანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საცხოვრებელთან მაქსიმალურად ახლოს მიწოდება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ადიქციის³⁵ მქონე პირთა მკურნალობის ხელშეწყობა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ადამიანური რესურსების განვითარება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის რეგულირება, მართვა, კონტროლი და ფინანსური რესურსების უზრუნველყოფა.

ამოცანების შესასრულებლად დაიგეგმა სხვადასხვა აქტივობა, რომელიც მოიცავდა ადამიანური რესურსების განვითარებას, ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრების შექმნას, თანამშრომელთა გადამზადებას „პაციენტთა უფლებების დაცვისა“ და ადამიანის უფლებების სტანდარტის მიმართულებით, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის გაზრდას, სამუშაო პირობებისა და სახელფასო ანაზღაურების გაუმჯობესებას, სამედიცინო სერვისების გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომობას, სტანდარტებისა და გაიდლაინების შემუშავებას, მობილური გუნდების რაოდენობის გაზრდას, თუმცა სამინისტროს მხრიდან დაგეგმილი აქტივობები მხოლოდ ნაწილობრივ შესრულდა.

2022 წლისათვის დაგეგმილი 8 აქტივობიდან, 2023 წლის მდგომარეობით შეუსრულებელია – 5, ნაწილობრივ განხორციელდა მხოლოდ – 2, მათ შორის, მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დაფინანსების მოდელის ოპტიმიზაცია.

33 საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია მომზადდა საფრანგეთის განვითარების სააგენტოს – Expertise France და ქართული ორგანიზაციის – „ჯანმრთელობის კვლევის კავშირის“ მხარდაჭერით.

34 საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია.

35 მკომარეობა, როდესაც ადამიანი დამოკიდებულია რაიმე სუბსტანციაზე ან აქტივობაზე.



ცხრილი N3.1.2 საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის 2022 წლისათვის შესასრულებელი აქტივობების მდგომარეობა

აქტივობა	შესრულების ვადა	სტატუსი
ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირთა უფლებების დაცვასთან დაკავშირებული საკანონმდებლო ცვლილებების პაკეტის მომზადება	IV კვარტალი, 2022	არ განხორციელებულა
ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა დასაქმების ხელშეწყობისთვის საკანონმდებლო ცვლილებების პაკეტის შემუშავება	IV კვარტალი, 2022	არ განხორციელებულა
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში უფლებებთან დაკავშირებული გასაჩივრების და მათზე რეაგირების მექანიზმის შემუშავება	IV კვარტალი, 2022	არ განხორციელებულა
თავშესაფართა კონცეფციის გადახედვა და ისეთ სტრუქტურებში ტრანსფორმაცია, რომლებიც პაციენტების დამოუკიდებელ ცხოვრებას შეუწყობს ხელს	IV კვარტალი, 2022	ნაწილობრივ განხორციელდა (განხორციელდა 30%, მიმდინარეობს სტანდარტების გადახედვა)
საოჯახო ტიპის საცხოვრისების შექმნა იმ პირებისთვის, რომლებიც არ საჭიროებენ ინტენსიურ ფსიქიატრიულ მკურნალობას და არ შეუძლიათ საკუთარ ოჯახებში ცხოვრება	IV კვარტალი, 2022	განხორციელდა დაგვიანებით
ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში პაციენტთა უფლებების დაცვისა და მომსახურების ხარისხის შეფასების მიზნით მონიტორინგის ჯგუფის შექმნა	III კვარტალი, 2022	არ განხორციელებულა
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დაფინანსების მოდელის ოპტიმიზაცია	II კვარტალი, 2022	ნაწილობრივ განხორციელდა (2022 წლის ბოლოს გადაიხედა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მოზრდილთა და ბავშვთა სტაციონარული მომსახურების კომპონენტის დაფინანსების მეთოდი და მოცულობა)
მედიკამენტების შესყიდვის მექანიზმების დახვეწა	II კვარტალი, 2022	არ განხორციელებულა

სტრატეგიით დაგეგმილი ამოცანების შედეგების მიღწევისა და სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული აქტივობების შესრულების პროგრესის დადგენის მიზნით, მონიტორინგზე პასუხისმგებელ ორგანოდ განისაზღვრა სამინისტრო და მთავრობის ადმინისტრაცია. დაგეგმილი იყო სამოქმედო გეგმის სისტემატური მონიტორინგი პროგრესანგარიშებისა და წლიური ანგარიშების მომზადების გზით.

ზედამხედველ ორგანოებს აქვთ სტრატეგიებისა და შესრულების ანგარიშების ელექტრონულად გამოქვეყნების ვალდებულება, თუმცა აუდიტის მიმდინარეობისას დოკუმენტები გამოქვეყნებული არ იყო.



3.2 ღაფინანსების მეთოდის ნაკლავანება

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განმარტებულია ხარისხიანი მომსახურება, რაც ერთ-ერთი მიდგომით გულისხმობს მაქსიმალური სარგებლის მიღებას, ნაკლები დანახარჯებით.³⁶ ქვეყნებისთვის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ზრდის ერთ-ერთი მთავარი ბერკეტია სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლების დაფინანსების მექანიზმი. ტრადიციული დაფინანსების მოდელები, როგორიცაა, განუვლი მომსახურების მიხედვით ანაზღაურება, კაპიტაცია,³⁷ ხელფასი, გლობალური ბიუჯეტი და შედარებით ახალი – დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG);³⁸ მეთოდები ხშირად ვერ პასუხობს თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის ისეთ პრიორიტეტებს, როგორებიცაა, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და პროდუქტიულობა.³⁹

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება უმეტესად გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით,⁴⁰ გამონაკლისია მხოლოდ ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტი, რომლის ფარგლებშიც განუვლი მომსახურება ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს განსაზღვრული ბიუჯეტისა.

სამინისტრომ 2017 წელს საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ანალიზისა და თითოეული მუნიციპალიტეტის მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით განსაზღვრა კომპონენტების მიმწოდებლებისათვის გლობალური ბიუჯეტის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის მოცულობა.⁴¹

სათემო ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების ღირებულების განსაზღვრის მეთოდოლოგიით, სათემო ამბულატორიის სერვისის მიმწოდებლებისთვის, მუნიციპალიტეტების დაფარვის მიხედვით⁴² და მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით, გაანგარიშებულია სავარაუდო ბენეფიციარების რაოდენობა და ერთი ბენეფიციარის მომსახურების ყოველთვიური ფიქსირებული ღირებულება.⁴³

36 https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

37 სერვისის ანაზღაურება ფიქსირებული ტარიფით რეგისტრირებული ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით.

38 სტაციონარული შემთხვევების ტიპების კლასიფიკაცია ჯგუფებად, რომლებიც კლინიკურად (დიაგნოზით) მსგავსია და მოსალოდნელია, იყენებდნენ მსგავს რესურსებს. დაჯგუფებები ეფუძნება დიაგნოზებს. შესაძლებელია დაფუძნდეს პროცედურებზე, ასაკზე, სქესზე, გართულებების ან თანმხლები დაავადებების არსებობაზე.

39 OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>

40 გლობალური ბიუჯეტი გულისხმობს პროგრამის ასიგნებებიდან მიმწოდებელი დაწესებულებების ყოველთვიურ დადგენილებით ლიმიტირებულ დაფინანსებას.

41 საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 28 დეკემბრის N592 დადგენილება „2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N12.

42 ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ მთავრობის დადგენილებებით განსაზღვრულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებები, მუნიციპალიტეტები, ვისაც ემსახურებიან და ასევე – მომსახურების ღირებულება.

43 განსაზღვრული მუნიციპალიტეტის მოსახლეობის რაოდენობის 3% ჩაითვალა ბენეფიციარებად, ფსიქიკური პრობლემების მქონედ, მათგან 46%-ს გაენია ამბულატორიული მომსახურება. ერთი მოსარგებლისთვის სერვისის ღირებულებაა 7.99 ლარი. მაგალითად, ლანჩხუთის მუნიციპალიტეტის მოსახლეობა 2018 წლის მონაცემით იყო 31,486, საიდანაც ფსიქიკური პრობლემის მქონედ ჩაითვალა $31,486 \times 3/100 = (31,486 \times 3/100) \times 46/100 = 510, 510 \times 7,99 = 4,075$ ლარით განისაზღვრა სერვისის მიმწოდებლისათვის ამ მუნიციპალიტეტში სათემო ამბულატორიული მომსახურების ყოველთვიური ანაზღაურება. 2019 წლის მარტიდან ამ დაწესებულებისათვის ყოველთვიურად ასანაზღაურებელი თანხა გაიზარდა და შეადგინა 9,000 ლარი.



საანგარიშგებო მონაცემების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ დაფინანსების ამგვარი მექანიზმი, სათემო ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლებისათვის წარმოშობს არაეთვალისწინებად მიდგომის რისკებს, რადგან პაციენტების რაოდენობის მიხედვით მიმწოდებლის ხარჯი განსხვავებულია: მეტი პაციენტი გულისხმობს მეტ დანახარჯს, დაფინანსება კი – უცვლელია. მნიშვნელოვანი სხვაობაა წლის განმავლობაში ერთ პაციენტზე გაწეულ დანახარჯებში სერვისის მიმწოდებლების მიხედვით.

მაგალითად, 2019 წელს ბათუმში არსებული სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ემსახურება 333,953 მოსახლეს,⁴⁴ მოემსახურა სულ 1,301 უნიკალურ პაციენტს, წლის განმავლობაში (საშუალოდ, ყოველთვიურად ემსახურებოდა 763 ბენეფიციარს), სადაც თითო პაციენტზე გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენდა 465 ლარს (ჯამში ანაზღაურებულია 606,540.00 ლარი); იმავე პერიოდში, ლანჩხუთში არსებული სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ემსახურება 31,486 მოსახლეს, ფაქტობრივად მოემსახურა 741 უნიკალურ ბენეფიციარს (საშუალოდ, ყოველთვიურად მოემსახურა 229 ბენეფიციარს), სადაც ხარჯი ერთ პაციენტზე შეადგენდა 106 ლარს (ჯამში ანაზღაურებულია 93,300.00 ლარი).

გრაფიკზე წარმოდგენილია სერვისის მიმწოდებლების მიერ ერთ პაციენტზე ერთი წლის განმავლობაში გაწეული ხარჯის დიაპაზონი 2018-2022 წლებში.

ცხრილი N3.2.1 2018-2022 წლებში სათემო ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების ერთ პაციენტზე ერთი წლის განმავლობაში გაწეული ხარჯის დიაპაზონი⁴⁵

წელი	მომსახურების მიმწოდებლის რაოდენობა	ერთ პაციენტზე დაფიქსირებული მინიმალური ხარჯი	ერთ პაციენტზე დაფიქსირებული მაქსიმალური ხარჯი
2018	14	46	361
2019	16	106	465
2020	18	183	513
2021	18	189	443
2022	18	232	656
საშუალო		151	488

ცხრილიდან ჩანს, რომ სერვისის მიმწოდებლების მიხედვით, მაგალითად, 2018-2022 წლებში ერთ პაციენტზე წლის განმავლობაში საშუალოდ დახარჯული თანხა მერყეობდა 151-იდან 488 ლარამდე.

აღსანიშნავია, რომ დაწესებულებების მიხედვით განსხვავებულია წარმოდგენილი ხარჯების სტრუქტურა და თითოეული შემადგენელი ნაწილის პროცენტული წილი მთლიან ხარჯთან მიმართებით მოზრდილთა სტაციონარული მომსახურების კომპონენტის ფარგლებში, რაც გამოწვეულია იმით, რომ არ არსებობს სამედიცინო დაწესებულებებისთვის განსაზღვრული ხარჯის თანაფარდობის დასაშვები ზღვარი, როგორცაა, სათემო ამბულატორიისა და მობილური გუნდის კომპონენტების ფარგლებში.⁴⁶

44 სამინისტროს მიერ მოწოდებული ბუჯეტის კალკულაციის მიხედვით.

45 გათვალისწინებულია მხოლოდ ის დაწესებულებები, რომლებიც თითოეულ წელს, 12 თვე უწყვეტად ემსახურებოდა ბენეფიციარს.

46 სათემო ამბულატორიის შემთხვევაში: არანაკლებ 35% – ბენეფიციართათვის საჭირო მედიკამენტების შესასყიდად და არანაკლებ 35% მულტიდისციპლინური გუნდის წევრების ხელფასების ასანაზღაურებლად. მობილური გუნდის შემთხვევაში, არანაკლებ 35% მულტიდისციპლინური გუნდის წევრების ხელფასების ასანაზღაურებლად.

ცხრილი 3.2.2 2018-2022 წლებში მოზრდილთა სტაციონარული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებათა ხარჯების წილის⁴⁷ დიაპაზონი

ხარჯის დასახელება	სტაციონარული დიაპაზონი
არაპირდაპირი ხარჯი	21%-85%
სამედიცინო პერსონალის ხელფასი	7%-56%
მედიკამენტები	2%-14%
გამოკვლევები	0%-16%
კვების ხარჯი	5%-28%
ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციაზე გაწეული ხარჯი	0%-1%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, წარმოდგენილი საანგარიშგებო ფორმების მიხედვით, ხარჯების სტრუქტურა განსხვავებულია დაწესებულებების მიხედვით. მაგალითად, არაპირდაპირი ხარჯების წილი მთლიან ხარჯში მერყეობს 21%-დან 85%-მდე.

2018-2022 წლების მთავრობის დადგენილებაში⁴⁸ განსაზღვრულია, რომ სათემო ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელი ვალდებულია პროგრამით განსაზღვრული ყოველთვიური ბიუჯეტის არანაკლებ, 35% გაითვალისწინოს ბენეფიციართათვის საჭირო მედიკამენტების შესასყიდად.

სამინისტროს განმარტებით, აღნიშნულის საფუძველს წარმოადგენს სამინისტროს მიერ 2017 წელს სახელმწიფო პროგრამის ანგარიშგების მონაცემების ანალიზი, სადაც აღმოჩნდა, რომ არასაკმარისი თანხა იხარჯებოდა მედიკამენტებზე და დიდი წილი არაპირდაპირ ხარჯებს ეკუთვნოდა. ობიექტის განმარტებით, 35%-იანი ზღვარი დაწესდა ექსპერტებთან კონსულტაციით, თუმცა არ არის წარმოდგენილი შესაბამისი დოკუმენტაცია და მედიკამენტების ჩამონათვალი. აღსანიშნავია ისიც, რომ მთავრობის დადგენილებით,⁴⁹ 2019 წლიდან საქართველოს აღმასრულებელი ხელისუფლების დაწესებულებებმა და მათ კონტროლს დაქვემდებარებულმა შემსყიდველმა ორგანიზაციებმა მედიკამენტების შეძენა დაიწყეს სახელმწიფო შესყიდვების სააგენტოსთან შეთანხმებითა და კონსოლიდირებული ტენდერის შედეგად განსაზღვრული ფასით, თუმცა აღნიშნულ წლებში პროგრამით დადგენილი ზღვარი არ გადახდილა/დაკორექტირებულა, ცვლადი გარემო პირობების მიუხედავად. აღსანიშნავია, რომ 35%-იანი ზღვარის მოთხოვნა მედიკამენტებისათვის ამოღებულია 2024 წლიდან.

აუდიტის ჯგუფის მიერ გააანალიზდა მედიკამენტების შესყიდვის/გაცემის მექანიზმები და აღმოჩნდა, რომ დაწესებულებებს არ აქვთ ერთნაირი მიდგომა. სახელმწიფოს წილით შექმნილი დაწესებულებები მედიკამენტებს ყიდულობენ კონსოლიდირებული შესყიდვით,⁵⁰ წინასწარ

47 სხვადასხვა ხარჯის ტიპის თანაფარდობა წარმოდგენილ მთლიან ხარჯთან მიმართებით წლების მიხედვით, ჯამურად.

48 2018-2022 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მთავრობის დადგენილებები.

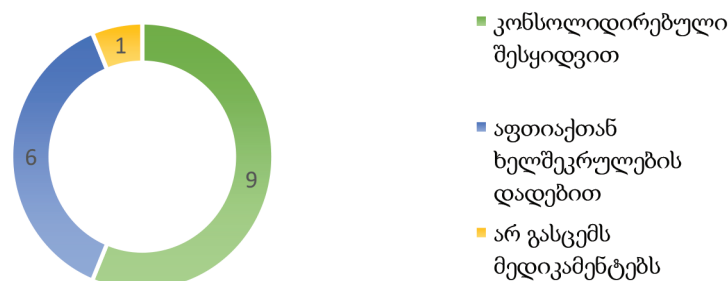
49 საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 29 აგვისტოს N446 დადგენილება „კონსოლიდირებული ტენდერების ჩატარებასთან დაკავშირებული ზოგიერთი ღონისძიების შესახებ“.

50 კონსოლიდირებული ტენდერის ჩატარება – სახელმწიფო შესყიდვის კონსოლიდირებული ტენდერის საშუალებით განხორციელების მიზნით, სატენდერო კომისიის გადაწყვეტილებების, აგრეთვე სატენდერო კომისიისა და მისი უფლებამოსილი წარმომადგენელ(ებ)ის ქმედებების ერთობლიობა, რომელიც მოიცავს სატენდერო პროცედურების ჩატარებას, შემსყიდველ ორგანიზაციებსა და მიმწოდებელს/მიმწოდებლებს შორის ხელშეკრულებების დადების პროცესის უზრუნველყოფას, დადებული ხელშეკრულებების შესრულებასთან დაკავშირებული საქმიანობის რეგლამენტაციასა და კონსოლიდირებული ტენდერის შემდგომ ადმინისტრირებას; სახელმწიფო შესყიდვების სააგენტოს თავმჯდომარის 2018 წლის 14 დეკემბრის N14 ბრძანება „კონსოლიდირებული ტენდერის ჩატარების წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 2, „ბ“ ქვეპუნქტი.



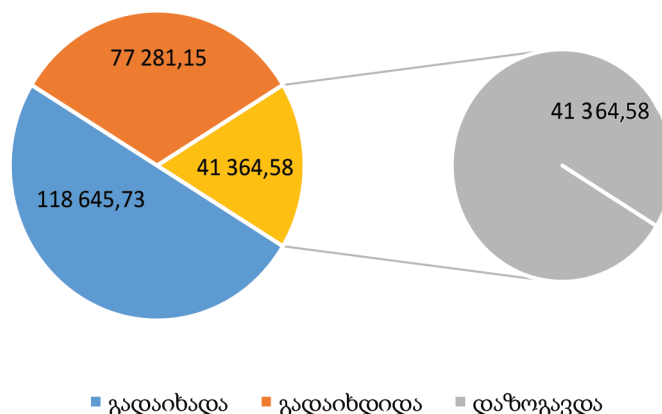
განსაზღვრული სატენდერო პირობებით,⁵¹ ასევე ტენდერით ან გამარტივებული შესყიდვის წესით, ხოლო კერძო დაწესებულებები – აფთიაქებთან პირდაპირ დაკონტრაქტების გზით.

გრაფიკი N3.2.2 მედიკამენტების უზრუნველყოფის მიხედვით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის მონაწილე დაწესებულებების რაოდენობა



ფასთა შორის სხვაობის გამოსავლენად, ერთმანეთს შედარდა ერთ-ერთი კერძო დაწესებულების მიერ 2020 სათემო ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში ბენეფიციარისათვის მიწოდებული და კონსოლიდირებული შესყიდვის საშუალებით შეძენილი მედიკამენტების ფასები. გამოვლინდა, რომ იმ შემთხვევაში, თუ კერძო დაწესებულებისთვის წამლების შეძენა მოხდებოდა იმავე პრინციპით, წამლებზე გაწეული ხარჯი 35%-ით ნაკლები იქნებოდა. კერძოდ, ნაცვლად 118,645 ლარისა, დახარჯავდა 77,281 ლარს.⁵²

გრაფიკი N3.2.3 კერძო დაწესებულებაში ერთი წლის განმავლობაში პოტენციურად დაზოგილი თანხის რაოდენობა იმ შემთხვევაში, თუ მედიკამენტებს კონსოლიდირებული ტენდერით შეისყიდდა



პროგრამის ზედამხედველობის ნაწილია საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირება, რაც გულისხმობს მომსახურების მიმწოდებლის მიერ წარმოდგენილი მონაცემების სისწორის

51 სატენდერო პირობები – სატენდერო განცხადებითა და სატენდერო დოკუმენტაციით გათვალისწინებული ინფორმაცია შესყიდვის შესახებ, აგრეთვე შესყიდვის ობიექტისა და პრეტენდენტის მიმართ სატენდერო კომისიის მიერ დადგენილი პირობების/მოთხოვნების ერთობლიობა; სახელმწიფო შესყიდვების სააგენტოს თავმჯდომარის 2018 წლის 14 დეკემბრის N14 ბრძანება „კონსოლიდირებული ტენდერის ჩატარების წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 2, „გ“ ქვეპუნქტი.

52 აღნიშნული ანალიზი მოიცავს ერთი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების 42 დასახელების მედიკამენტის ანალიზს: 66 მედიკამენტიდან 7 მედიკამენტის შემთხვევაში არ დაემთხვა დოზები და 17 მედიკამენტის გენერიკი საერთოდ არ იყო შეძენილი კონსოლიდირებული ტენდერის ფარგლებში.

გადამონმებას. სახელმწიფო პროგრამის ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტის მოზრდილთა სტაციონარის 2018-2022 წლების მომსახურების შესრულების ბაზების ანალიზით გამოვლინდა, რომ 49 ბენეფიციარს 303 შემთხვევაში უფიქსირდება და უნაზღაურდება ისეთი ნოზოლოგია,⁵³ რომელიც არ არის განსაზღვრული პროგრამით. აღსანიშნავია, რომ ამ ბენეფიციარებზე სახელმწიფომ, გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით დაფინანსების ფარგლებში, დახარჯა 208,039.77 ლარი, მათ შორის, 85,175.6 ლარი განეულია ისეთ ნოზოლოგიაზე,⁵⁴ რომელიც ფინანსდება ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის პროგრამის კომპონენტის ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურების ფარგლებში.

ნოზოლოგიები განსაზღვრულია კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტისთვისაც, თუმცა მიუხედავად ამისა, ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს მიერ მოწოდებულ ბაზაში⁵⁵ დაფიქსირებული დიაგნოზების დამუშავების შემდგომ აღმოჩნდა, რომ 2018-2022 წლებში, 43 ბენეფიციარს 335 შემთხვევაში მინიჭებული აქვს ისეთი ნოზოლოგია, რომელიც პროგრამით არ არის განსაზღვრული და ანაზღაურებადი ამ კომპონენტის ფარგლებში. ასეთ შემთხვევებზე ჯამში გახარჯულია 33,989.98 ლარი.

გემოლნიშნულის გამომწვევ მიზეზია ის ფაქტი, რომ არ არის დანერგილი მონიტორინგის მექანიზმი, რისი მეშვეობითაც მოხდებოდა დანესებულებების მიერ წარდგენილი შესრულების ბაზების სიზუსტის ანალიზი და შესაბამისი რეაგირება; ასევე სერვისის მიმწოდებელ დანესებულებებს ფიქსირებულად, მონიტორინგის გარეშე ერიცხებათ გლობალური ბიუჯეტით განსაზღვრული თანხები.

სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებად ყველა სახელმწიფო პროგრამაში, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში, განიხილება მხოლოდ ის შემთხვევები, რომლებიც საჭიროებენ პაციენტის სტაციონარში 24 საათზე მეტი დროით მოთავსებას.⁵⁶

აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა 2018-2022 წლების მომსახურების შესრულების ბაზები.

ცხრილი N3.2.3 სტაციონარის პარალელურად სხვა კომპონენტებში მკურნალობის მიმღები ბენეფიციარების რაოდენობის თანაფარდობა, სტაციონარის ბენეფიციარების რაოდენობასთან

წლები	პარალელურად სხვა კომპონენტებში მკურნალობის მიმღები ბენეფიციარების რაოდენობა	სტაციონარული მკურნალობის მიმღები ბენეფიციარების რაოდენობა	პროცენტული თანაფარდობა
2018	159	4,751	3.3%
2019	163	5,353	3.0%
2020	185	5,491	3.4%
2021	217	5,735	3.8%
2022	178	5,800	3.1%
სულ	902	15,340	5.9%

53 F10, F12, F15, F19.

54 F10 ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.

55 დამუშავდა ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს მიერ მოწოდებული ბაზა, სადაც ჩანს კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტის ფარგლებში 2018-2022 წლებში განეული ხარჯები. კომპონენტის ჭრილში ჩატარდა დიაგნოზების ანალიზი.

56 საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის N4 დადგენილება „2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 16, პუნქტი 6.



ანალიზით გამოვლინდა, რომ მოზრდილთა სტაციონარის 902 ბენეფიციარი (ამ კომპონენტის უნიკალური ბენეფიციარების 5,9%), სტაციონარში ყოფნის პერიოდში ასევე გატარებულია სათემო ამბულატორიის, კრიზისული ინტერვენციის ან მობილური გუნდების კომპონენტების ფარგლებში წარმოდგენილ საანგარიშგებო დოკუმენტებში, რაც მიუთითებს გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით დაფინანსების მოდელის ფარგლებში საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ზედამხედველობის ნაკლოვანებაზე. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს მონაცემთა ბაზაში კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტის ფარგლებში გახარჯული მედიკამენტების რაოდენობის ანალიზისას გამოვლინდა, რომ ერთ-ერთი დაწესებულების მიერ, 2020-2022 წლებში არ მომხდარა მედიკამენტის ხარჯის გაწევა ბენეფიციარებზე, თუმცა დაწესებულებების მიერ გამოთხოვილ დეტალურ მონაცემებში გამოჩნდა, რომ ამ დაწესებულების მიერ, კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტის ფარგლებში, ხარჯი მედიკამენტებზეც იყო გაწეული.⁵⁷

3.3 სტატისტიკური მონაცემების ნაკლოვანებები

სამედიცინო სტატისტიკა⁵⁸ შეისწავლის მედიცინასა და ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებს, რომელებიც გამოიყენება საზოგადოების რისკ-ფაქტორების დასაიდენტიფიცირებლად, დაავადებების ტენდენციების გასაანალიზებლად, მტკიცებულებებზე დაყრდნობით პოლიტიკის შემუშავებისა და პოლიტიკის ცვლილებების გავლენის შესაფასებლად.⁵⁹

საქართველოს კანონის⁶⁰ მიხედვით, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო უზრუნველყოფს ოფიციალური სტატისტიკის მართებულობას, სიზუსტეს, დროულობასა და საჭაროობას. სამედიცინო საქმიანობის ხელმძღვანელი ვალდებულია სამედიცინო-სტატისტიკური ინფორმაცია დადგენილი წესით აწარმოოს და შესაბამისი ფორმებით წარუდგინოს ცენტრს.⁶¹ ცენტრი ყოველწლიურად აქვეყნებს ანგარიშს სტატისტიკური ცნობარის შესახებ, სადაც წარმოდგენილია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანდაცვის რესურსების ამსახველი ძირითადი სტატისტიკური მაჩვენებლები.

ცენტრის მიერ მიღებული მონაცემები არასრულია, ცენტრი ყოველწლიურად აგროვებს ინფორმაციას ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებაში წლის ბოლოს რეგისტრირებული პაციენტებისა და ახალი შემთხვევების შესახებ. ფიქსირდება ცდომილება იმ დაწესებულებების ანალიზის მიხედვით, რომელთაც 2018-2022 წლებში წარმოდგინეს სტატისტიკური მონაცემები და ასევე სააგენტოს წარუდგინეს ინფორმაცია შესრულებული სამუშაოების შესახებ. პროგრამაში ჩართულ სათემო მომსახურების ზოგიერთ დაწესებულებას, რომელმაც ამ წლებში გასწია მომსახურება, ცენტრისათვის არ წარუდგენია სტატისტიკური ინფორმაცია. ასეთი დაწესებულებების ყოველწლიური რაოდენობა, საშუალოდ, შეადგენს 5(23%)-ს.

57 ბენეფიციარების ინდივიდუალური მონაცემების შედარების დროს გამოვლინდა, მაშინ როცა ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს მიერ მოწოდებულ ბაზაში არ ჩანდა მედიკამენტის გაცემა, დაწესებულების მიერ მოწოდებულ ბაზაში ამ ბენეფიციარს მიღებული ჰქონდა მედიკამენტი.

58 <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=62445de9-2eb3-4e43-bf23-4363f3fc044c>

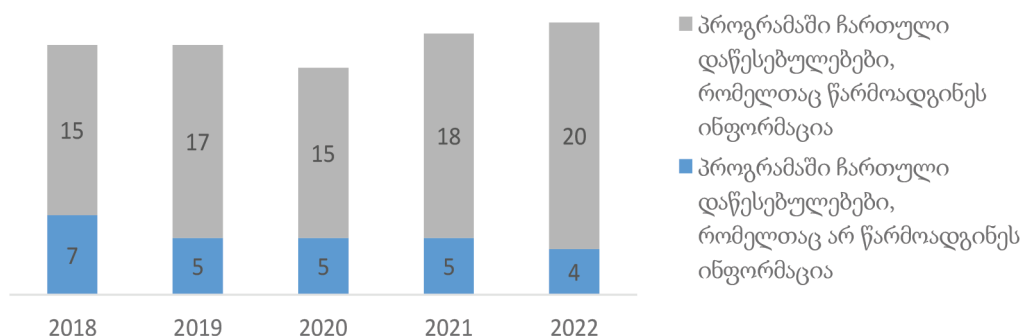
59 https://www.nlm.nih.gov/nichsr/stats_tutorial/section1/index.html#:~:text=Health%20statistics%20are%20used%20to,that%20can%20support%20a%20conclusion

60 საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 20.

61 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 25 მარტი N01-26/6 ბრძანება „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“, მუხლი 2.

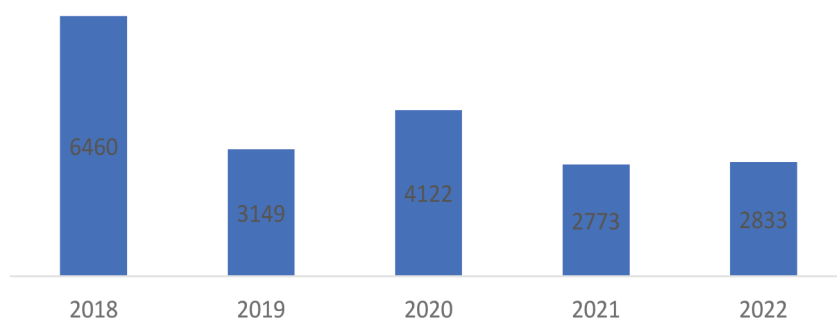


გრაფიკი N3.3.1 პროგრამაში ჩართული დაწესებულებების ანალიზი სტატისტიკური მონაცემების წარდგენის მიხედვით



იმ დაწესებულებების მიერ, რომლებიც ჩართული არიან სახელმწიფო პროგრამაში, მაგრამ ცენტრისათვის არ წარუდგენიათ ინფორმაცია, 2018-2022 წლებში მომსახურება გაუწიეს საშუალოდ 3,867 ბენეფიციარს.

გრაფიკი N3.3.2 2018-2022 წლებში ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებიც მომსახურებას იღებდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის სათემო ამბულატორიულის იმ მიმწოდებელთან, რომელმაც არ წარმოადგინა ინფორმაცია



მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებებს მინისტრის ბრძანებით⁶² ევალებათ ინფორმაციის მიწოდება, არმიწოდების შემთხვევაში ცენტრს არ აქვს ქმედითი ბერკეტი ამ ვალდებულების შესრულების უზრუნველყოფისათვის და მეტწილად დამოკიდებულია დაწესებულების ნებაზე.

გარდა ამისა, ინფორმაციის ნაკლოვანების რისკზე მეტყველებს ცენტრის მიერ გამოქვეყნებული მონაცემები დაავადებების შესახებ. მსოფლიოში ფართოდ გავრცელებული მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემა, როგორც დეპრესიაა, ცენტრის მონაცემებით უფრო იშვიათად ფიქსირდება, ვიდრე შიზოფრენია. ჯანმოს მიხედვით, მოსახლეობის 3.8%-ს უფიქსირდება დეპრესია,⁶³ მაშინ როცა შიზოფრენია, 2022 წლის მონაცემებით, 222 ადამიანიდან – ერთს (0,45%) შეიძლება ჰქონდეს;⁶⁴ ცენტრის 2021 წლის მონაცემის მიხედვით კი, საქართველოში დაფიქსირდა ახალი შიზოფრენიის, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობების, 895 შემთხვევა,

62 შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 25 მარტის N01-26/ნ ბრძანება.

63 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

64 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>



როცა გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობები, მათ შორის, დეპრესიის შემთხვევები, მხოლოდ 392-ია,⁶⁵ რაც თითქმის ორჯერ ნაკლებია.

ზემოთ ხსენებული სტატისტიკური ინფორმაციის სრულყოფის მიზნით 2018 წელს ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოსა და ცენტრს შორის გაფორმდა მემორანდუმი, რომლის მიხედვითაც სააგენტო ყოველწლიურად უგზავნის ცენტრს, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შევსებულ საანგარიშგებო ფორმებს.

საანგარიშგებო ფორმები შევსებულია ხარვეზით (იხ. ქვეთავი 3.2 – დაფინანსების მეთოდის ნაკლოვანებები). ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში სხვადასხვა კომპონენტისთვის განსაზღვრულია კონკრეტული ნოზოლოგიები, რომელთა ფარგლებშიც ხდება ბენეფიციარებისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა.⁶⁶ თითოეულმა დაწესებულებამ ყოველი პროგრამის/კომპონენტის მიხედვით მომსახურების შესრულებისთვის, დანახარჯთა დადასტურების მიზნით, ცალ-ცალკე უნდა აწარმოოს პროგრამით/კომპონენტით გახარჯული მედიკამენტების, სამედიცინო დანიშნულების საგნების, სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ღონისძიებების პროცედურების, მანიპულაციების, მათ შორის, საოპერაციო მასალის ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევების აღრიცხვა, ცალ-ცალკე საანგარიშო პერიოდში.⁶⁷

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ბრძანება⁶⁸ სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ სტატისტიკური ინფორმაციის წარდგენის ვალდებულების შესახებ, არ არსებობს კონტროლის მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარდგენილი საანგარიშგებო ფორმების ვალიდურობასა და შესაბამისი დოკუმენტაციის რევიზიის განხორციელებას. შესაბამისად, სრული და ზუსტი სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვების მექანიზმი ნაკლოვანია, კერძოდ:

- ანგარიში ფსიქიკურ ავადმყოფთა შესახებ⁶⁹ მოიცავს აგრეგირებულ/ჯამურ მონაცემებს, რომელიც ზოგადია და არ ხდება მონაცემების ინდივიდუალურ დონეზე მოპოვება. არსებობს რისკი იმისა, რომ დაწესებულებას მეტი ან/და ნაკლები რაოდენობით ჰქონდეს ასახული მონაცემები საანგარიშგებო ფორმებში;
- ვერ ხერხდება ისეთი შემთხვევების იდენტიფიცირება, როგორიცაა, ბენეფიციარის ერთი ამბულატორიული დაწესებულებიდან გადასვლა სერვისის მისაღებად, მეორე ამბულატორიულ დაწესებულებაში, შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილ ფორმებში ბენეფიციარები შესაძლოა იყვნენ დუბლირებული;
- არ არსებობს კონტროლის მექანიზმი, რითიც შესაძლებელი იქნებოდა ახალი სამედიცინო დაწესებულების გახსნის შემთხვევის იდენტიფიცირება და მათ მიერ საანგარიშგებო ფორმების წარდგენის მონიტორინგი. შესაბამისად, არსებობს რისკი იმისა, რომ ახალმა გახსნილმა დაწესებულებებმა ცენტრს არ წარუდგინონ სტატისტიკური ფორმები.

65 ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველოს სტატისტიკური ცნობარი, 2021 წელი, გვ 83.

66 საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის N4 დადგენილება „2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, დანართი 11.3 – ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციით განსაზღვრული ნოზოლოგიები.

67 საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის N4 დადგენილება „2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 23, „კ“ ქვეპუნქტი.

68 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 25 მარტი N01-26/ნ ბრძანება „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“.

69 ფ. IV-10.



ზუსტი და სრული სტატისტიკური მონაცემების არსებობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დაგეგმვისა და დაფინანსების მოდელის მართებულობის შესაფასებლად.

დასკვნა

სამინისტროს 2015 წლიდან შემუშავებული აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგია. მიუხედავად ამისა, კვლავ გამოწვევად რჩება დასახული მიზნების შესრულება, ვინაიდან არ არის დანერგილი მათი ზედამხედველობის ქმედითი მექანიზმები.

სამედიცინო სერვისების დაფინანსების არსებული მექანიზმი არ ქმნის საკმარის წინაპირობას ეფექტიანობის მისაღწევად. გლობალური ბიუჯეტის ფარგლებში მიმწოდებლებს უნაზღაურდებათ ყოველთვიურად განსაზღვრული თანხა, მიუხედავად იმისა, მიიღეს თუ არა ბენეფიციარებმა მათთვის განკუთვნილი სერვისი; ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ დაწესებულება მოემსახურება მეტ ბენეფიციარს, გლობალური ბიუჯეტის სპეციფიკიდან გამომდინარე, მიმწოდებელს ეზრდება ხარჯი დაფინანსების უცვლელობის პირობებში, შესაბამისად, აღნიშნული მექანიზმი არ არის ორიენტირებული მომსახურების მოსარგებლეების რაოდენობის ზრდაზე.

ამასთანავე, მედიკამენტების შესყიდვის დროს სახელმწიფოს წილობრივი მონაწილეობით შექმნილი დაწესებულებებისა და კერძო დაწესებულებებისათვის გამოყენებული განსხვავებული პროცედურები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის მომსახურების მომწოდებლებს აყენებს არათანაბარ პირობებში. შედეგად, პროგრამის მართვის ადმინისტრირების მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულ და ეკონომიურ ხარჯვას.

ცენტრის მიერ დანერგილი მექანიზმი ვერ უზრუნველყოფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ სანდო ინფორმაციის არსებობას. ამასთანავე, გამოვლენილი ცდომილებები მიუთითებს იმაზე, რომ სააგენტოს არ განუხორციელებია დაწესებულებების მხრიდან მოწოდებული ინფორმაციის სისწორის ანალიზი, შესაბამისად, აღნიშნული მონაცემები საჭიროებს დაზუსტებას.



რეკომენდაცია საპინისტროს

რეკომენდაცია N 1

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ეროვნული სტრატეგიის შესრულებისათვის მუდმივი მონიტორინგის მიზნით შემუშავდეს მისი ზედამხედველობის ეფექტიანი მექანიზმი.

რეკომენდაცია N 2

საბიუჯეტო სახსრების პროდუქტიულად განკარგვისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიზნის სათანადოდ შესრულებისთვის, შეფასდეს არსებული და შეიქმნას პროგრამის დაფინანსების ეფექტიანი მექანიზმი, რომელიც ორიენტირებული იქნება სერვისის ხელმისაწვდომობის ზრდაზე.

რეკომენდაცია ზენს

რეკომენდაცია N 3

ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ სანდო ინფორმაციის უზრუნველყოფისათვის, დაინერგოს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი სტატისტიკური მონაცემების გადამოწმების ეფექტიანი მექანიზმი, რომელიც გააუმჯობესებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სერვისების ქვეყანაში არსებული რეალური მდგომარეობის შეფასებასა და რესურსების შესაბამისად დაგეგმვას.



4. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიის ხელმძღვანელობა

4.1 პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო სტრატეგიის ინფორმაციული ხელმძღვანელობა

ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის კონცეფციის მიხედვით, პაციენტებისათვის ჯანდაცვის სერვისები უნდა იყოს მისაღები, ასევე – ფიზიკურად, ფინანსურად და ინფორმაციულად ხელმისაწვდომი.⁷⁰

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტს წარმოადგენს მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობების შესახებ.⁷¹

ქვეყანაში მოქმედი ჯანდაცვის სერვისების შესახებ მოსახლეობის დროული და ზუსტი ინფორმირებულობა მნიშვნელოვანია, როგორც ამ სფეროში სახელმწიფოს მიერ დასახული მიზნების წარმატებით შესასრულებლად, ასევე ბენეფიციართა მხრიდან ჯანდაცვაზე განხორციელებული ხარჯების შესამცირებლად.

მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ გატარებული ღონისძიებებისა, მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისზე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება. აღნიშნულ საკითხს ეხება საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგია, რომელშიც პრიორიტეტად განსაზღვრულია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, დამოკიდებულების შეცვლა და სტიგმის შემცირება.

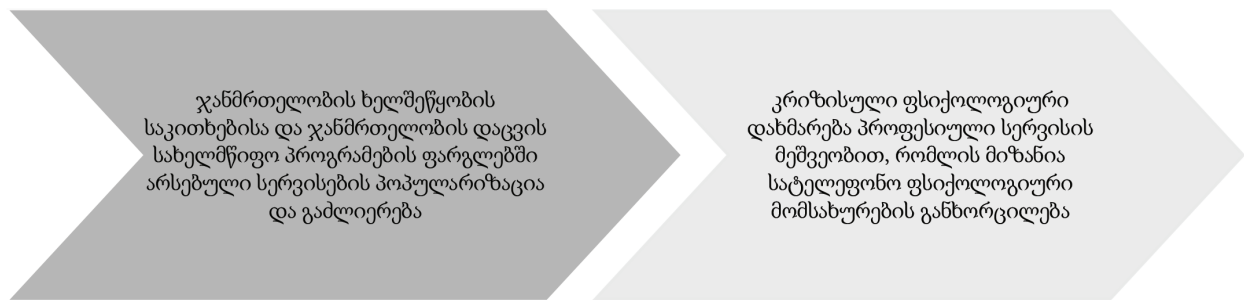
ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს მოსახლეობის განათლებისა და ცნობიერების ამაღლების, ასევე ჯანმრთელობის ხელშეწყობი გარემოს შექმნის მიზნით, ქვეყანაში მოქმედებს „ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამა“, რომლის განმახორციელებელია ცენტრი. აღსანიშნავია, რომ 2018-2019 წლებში აღნიშნული პროგრამა კომპონენტის სახით მოიცავდა უშუალოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, თუმცა ეს საკითხი 2020 წლიდან ამოღებულია პროგრამიდან, როგორც ცალკე კომპონენტი და გაერთიანებულია ამავე პროგრამის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხების და ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში არსებული სერვისების პოპულარიზაცია და გაძლიერების კომპონენტის ფარგლებში.

70 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/271346/PMC3738317.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

71 საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 4, „8“ ქვეპუნქტი.



2022 წლის დადგენილების⁷² მიხედვით პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება:



ცენტრის ინფორმაციის თანახმად, პროგრამის ფარგლებში 2018-2022 წლებში განხორციელდა სხვადასხვა აქტივობა, რომელიც მოიცავდა სკოლის ექიმების გადამზადებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემაზე, ცენტრის ვებგვერდსა და სოციალურ ქსელებში საგანმანათლებლო მასალის განთავსებას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე ორგანიზაციებთან ჩატარებულ შეხვედრებს, მენტალური ჯანმრთელობის თემატიკაზე ბუკლეტების გავრცელებასა და სხვა აქტივობებს.

სქემა 4.1.1 ცენტრის მიერ 2018-2022 წლებში განხორციელებული აქტივობები

2018	მომზადდა და გამოქვეყნდა საგანმანათლებლო მასალები, მომზადდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის გაიდლაინი, სხვადასხვა ენაზე დაიბეჭდა 30,000 ბუკლეტი, გადამზადდა 44 ექიმი, განხორციელდა 6 რადიოსტუმრობა და სატელევიზიო სიუჟეტი.
2019	დაიგეგმა საგანმანათლებლო და ცნობიერების ამაღლების კამპანია, შეიქმნა 3 ვიდეო და 3 კლიპი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ. დაიბეჭდა 20,000 საგანმანათლებლო ბუკლეტი, მომზადდა 5 საგანმანათლებლო მასალა ვებგვერდზე დასაღები ფორმატით, გადამზადდა 45 პედაგოგი.
2020	მომზადდა და ითარგმნა ჯანმრთელობის საგანმანათლებლო მასალა/რეკომენდაციები ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემაზე, სუიციდისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მსოფლიო დღეებთან დაკავშირებით, მომზადდა და გავრცელდა საგანმანათლებლო შინაარსის მასალა.
2021	პროგრამის ფარგლებში ამოქმედდა კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარების სატელეფონო ცხელი ხაზი, მომზადდა საინფორმაციო მასალა ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, მომზადდა და განთავსდა მასალები ჯანმრთელობის მსოფლიო დღეებთან დაკავშირებით ცენტრის ვებგვერდსა და ფეისბუქგვერდზე.
2022	ფსიქიკური ჯანმრთელობის Facebook-ის გვერდზე განთავსდა 55-ზე მეტი საგანმანათლებლო სახის პოსტი, 17 პოსტი - კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარების ცხელი ხაზის არსებული სერვისის შესახებ. შემუშავდა ვიდეო და აუდიოროგოლები. ერთი თვის განმავლობაში განთავსდა საინფორმაციო ბანერები კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარების ცხელი ხაზის შესახებ საინფორმაციო და სხვა ონლაინ პლატფორმაზე.

ცენტრის მიერ განხორციელდა სხვადასხვა ღონისძიება სტიგმის შემცირებისა და ცნობიერების ამაღლების მიმართულებით, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2022-2030 წლების სტრატეგიასა

72 საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის N4 დადგენილება „2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ“. 2021 წლის 5 მაისიდან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამას დაემატა კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარების ცხელი ხაზის კომპონენტი.

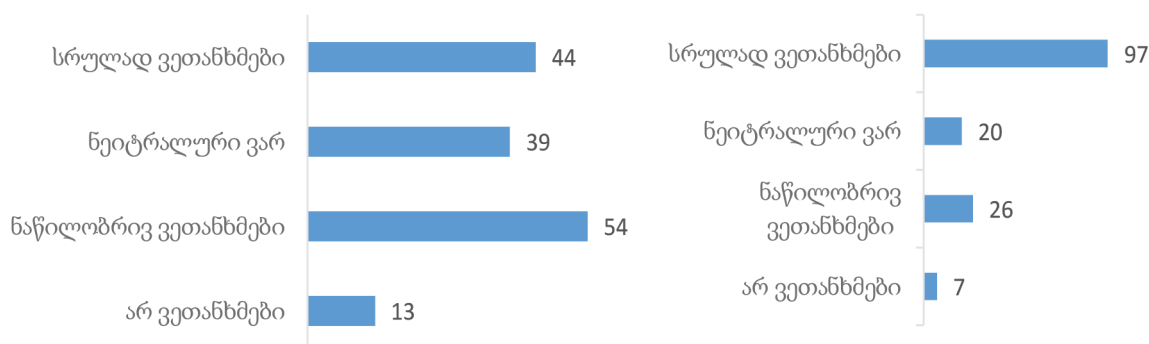
და 2020–2030 წლებისთვის საქართველოს ახალგაზრდული პოლიტიკის კონცეფციის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ ამოცანას წარმოადგენდა.

აუდიტის ჯგუფმა, შეთხვევითი შერჩევის პრინციპით, ჩაატარა მოსახლეობის სატელეფონო გამოკითხვა (სულ – 150 შევსებული კითხვარი), იმის დასადგენად, თუ რამდენად ინფორმირებულია მოსახლეობა მენტალური ჯანმრთელობისა და ამ კუთხით სახელმწიფოში არსებული სერვისების შესახებ. გამოკითხულთა დიდი ნაწილი მიიჩნევს, რომ საქართველოში მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემები სტიგმატიზებულია და ცნობიერების ამაღლება სტიგმის შემცირებას შეუწყობს ხელს.

გრაფიკი 4.1.1 აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის შედეგები სტიგმის შესახებ

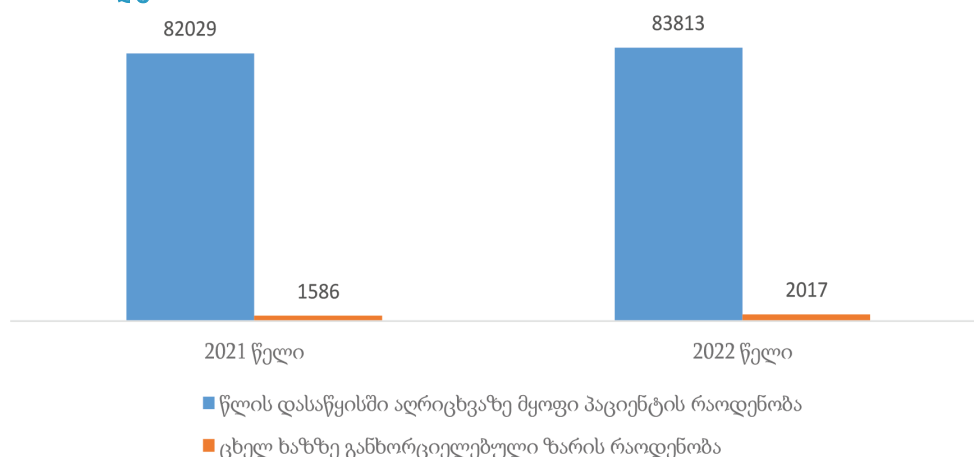
ეთანხმებით თუ არა მოსაზრებას, რომ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემები საქართველოში სტიგმატიზებულია?

ეთანხმებით თუ არა მოსაზრებას, რომ ცნობიერების ამაღლება მენტალური ჯანმრთელობის საკითხში სტიგმის შემცირებას შეუწყობს ხელს?



აღსანიშნავია, რომ 2021 წლის მაისიდან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარების პროფესიული სერვისი – სატელეფონო ფსიქოლოგიური დახმარების ცხელი ხაზი (911 000). კომპონენტის მთავარ ამოცანას წარმოადგენდა სამიზნე კონტინგენტისათვის ფსიქიკური აშლილობის ან/და გართულების თავიდან არიდების უზრუნველყოფა.

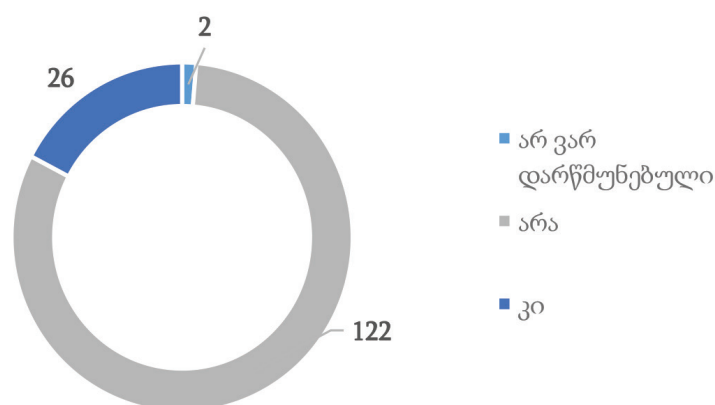
გრაფიკი N4.1.2 2021-2022 წლებში ფსიქოლოგიური დახმარების ცხელ ხაზზე განხორციელებული ზარების რაოდენობის შედარება, წლის დასაწყისში აღრიცხვაზე მყოფი პაციენტების რაოდენობასთან



როგორც გრაფიკზე ჩანს, 2021 წელს ცხელ ხაზზე განხორციელდა 1,586 ზარი, მაშინ როცა ცენტრის მონაცემებით, იმავე წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე 82,029 პაციენტი წლის დასაწყისში იყო ამბულატორიულ დაწესებულებაში აღრიცხვამდე.

აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული სატელეფონო გამოკითხვის მიხედვით, 150 გამოკითხულიდან 122 რესპონდენტი არ ფლობდა ინფორმაციას კრიზისული ფსიქოლოგიური დახმარების ცხელი ხაზის შესახებ.

გრაფიკი N4.1.3 აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის შედეგები, ფლობდნენ თუ არა რესპონდენტები ცხელი ხაზის შესახებ ინფორმაციას



გარდა ამისა, ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს მიერ ხორციელდება სხვადასხვა სახის აქტივობა, მათ შორის, სააგენტოს ვებგვერდზე (nha.moh.gov.ge) განთავსებულია ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის შესახებ; სამინისტროსთან ერთად სააგენტომ მონაწილეობა მიიღო ეთნიკური უმცირესობებით მჭიდროდ დასახლებულ რეგიონებში განხორციელებულ საინფორმაციო კამპანიაში, რაც გულისხმობდა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამების, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდას, ტელევიზიასა და რადიომაუწყებლობებში რამდენიმე რუბრიკა მიეძღვნა ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, გამოქვეყნდა სტატიები სააგენტოს სოციალურ ქსელში.⁷³ დაიბეჭდა ბუკლეტები, რომლებიც მოიცავს ინფორმაციას ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ. აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული ცნობარი ზოგადი ხასიათისაა, არ არის დეტალურად მითითებული, კონკრეტულად რა სერვისებს სთავაზობს სახელმწიფო პაციენტებს.

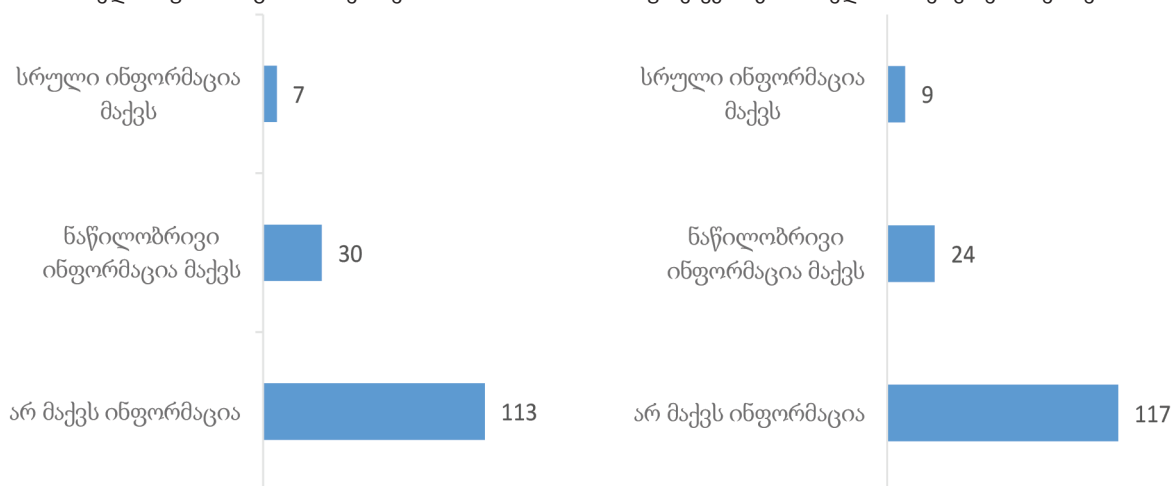
მიუხედავად ცენტრისა და სააგენტოს მიერ განხორციელებული ღონისძიებებისა, 150 გამოკითხულიდან 113 რესპონდენტს არ ჰქონდა ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ, ამასთანავე, 117 მოქალაქე არ იყო ინფორმირებული, რომ სამედიცინო სერვისები ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ.

73 მასალა განთავსებულია სააგენტოს ვებგვერდსა (www.nha.moh.gov.ge) და ფეისბუქ გვერდზე (<https://www.facebook.com/nationalhealthagency/>), აგრეთვე ტელეკომპანია „იმედისა“ და რადიო „იმედის“ პლატფორმებზე.

გრაფიკი 4.1.4 აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის შედეგები, ფლობენ თუ არა რესპონდენტები ინფორმაციას სახელმწიფო პროგრამის შესახებ

გაქვთ თუ არა ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ?

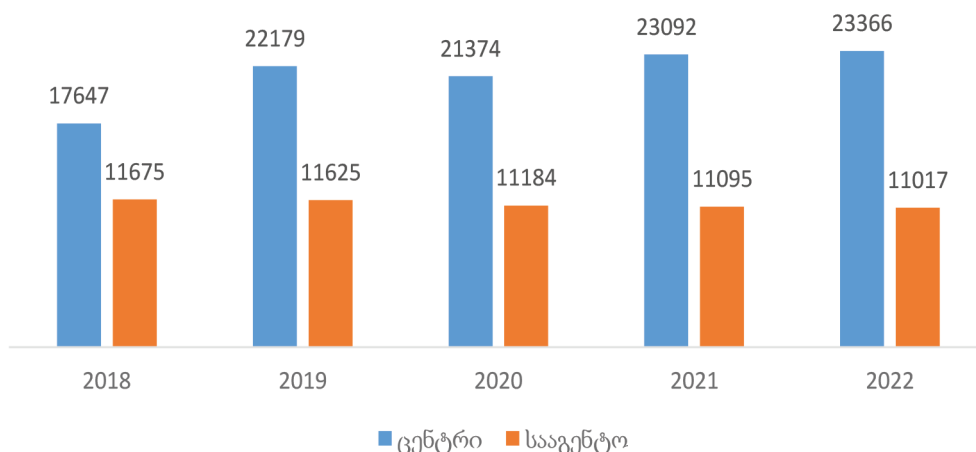
გაქვთ თუ არა ინფორმაცია სახელმწიფო მიერ დაფინანსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ?



ინფორმირებულობის დაბალ მაჩვენებელზე მიუთითებს ჯანმრთელობის დაცვის სტატისტიკური მონაცემებიც, რომელთა თანახმად, ყოველწლიურად მზარდია ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობით დაავადებული პირების რიცხვი, სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული პირების რაოდენობა კი ყოველწლიურად სტაბილურია. სახელმწიფო პროგრამის სათემო ამბულატორიული კომპონენტის ფარგლებში ჩართული ბენეფიციარების რიცხვი გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე ცენტრის მონაცემით ქვეყანაში ფიქსირდება.

აუდიტის ფარგლებში შედარდა შიზოფრენიის, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობების დიაგნოზებით დაფიქსირებული პაციენტების რაოდენობა, ცენტრისა და სააგენტოს საანგარიშგებო ფორმებში მითითებული პაციენტების რაოდენობას; 2018-2022 წლებში ცენტრის მონაცემები, საშუალოდ, 53%-ით აღემატებოდა სააგენტოს მონაცემს.

გრაფიკი N4.1.5 2018-2022 წლებში შიზოფრენიის, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობების დიაგნოზით დაფიქსირებული პაციენტების რაოდენობა, ცენტრისა და სააგენტოს მონაცემების მიხედვით⁷⁴

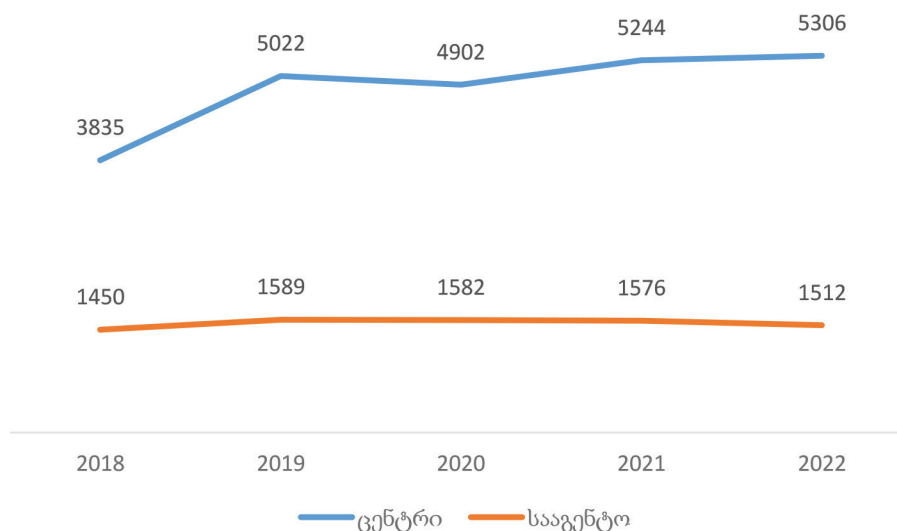


74 ICD10 F20-29 კოდებით დაფიქსირებული პაციენტები.



გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობების დიაგნოზით აღრიცხული პაციენტების შემთხვევაში კი, ცენტრის მონაცემით, 2018-2022 წლებში თითქმის სამჯერ მეტია, სააგენტოს მონაცემთან შედარებით.

გრაფიკი N4.1.6 2018-2022 წლებში გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობების დიაგნოზით დაფიქსირებული პაციენტების რაოდენობა ცენტრისა და სააგენტოს მონაცემების მიხედვით⁷⁵



მიუხედავად ცენტრის მიერ განხორციელებული სხვადასხვა აქტივობისა, მოსახლეობა არ ფლობს საკმარის ინფორმაციას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის შესახებ, რაც მიუთითებს ცნობიერების ამაღლების კუთხით ჩატარებული ღონისძიებების არასაკმარისობაზე, როგორებიცაა, სატელევიზიო ვიდეორგოლი, საგანმანათლებლო ბუკლეტის დაბეჭდვა, პოსტები სოციალურ მედიაში და სხვ.

4.2 პროგრამით გათვალისწინებული სტრატეგიის ფიზიკური ხაზისა და ფორმის ნაკვეთები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონცეფციის თანახმად, ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სერვისის სხვა კრიტერიუმებთან ერთად უნდა აკმაყოფილებდეს ფიზიკური ხელმისაწვდომობის კრიტერიუმს, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის სათანადო სერვისების არსებობას – გონივრული ფიზიკური დაშორებით მათგან, ვინც მას საჭიროებს.⁷⁶ ამასთანავე, საქართველოს კანონით „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ პაციენტის ძირითადი უფლებაა, ისარგებლოს შესაბამისი მკურნალობით, შეძლებისდაგვარად თავის საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს.⁷⁷

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე მოსახლეობის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ერთ-ერთი მიზანია. 2018-2022 წლებში საქართველოს მასშტაბით 39 მიმწოდებელი დაწესებულება⁷⁸ ემსახურებოდა აღნიშნული პროგრამით გათვალისწინებული კომპონენტების ბენეფიციარებს.

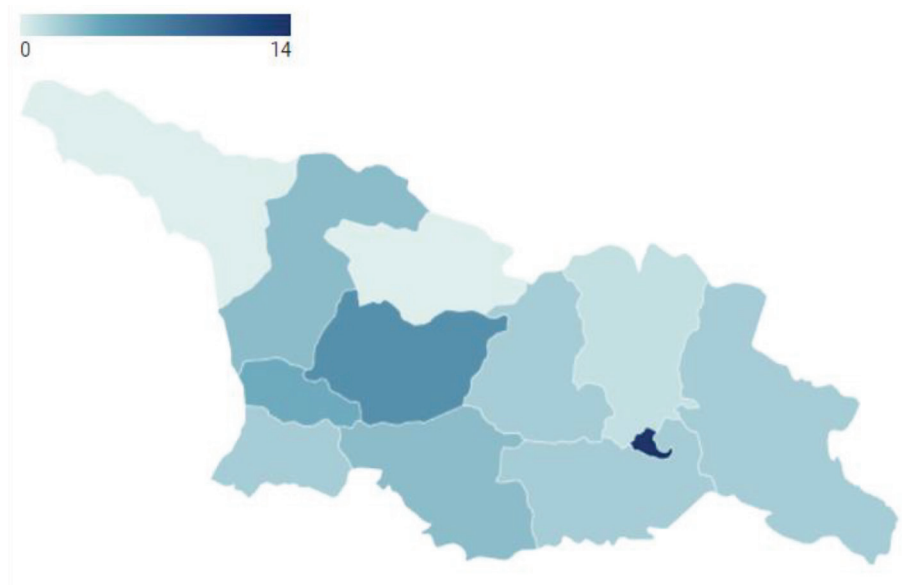
75 ICD10 F30-39 კოდებით დაფიქსირებული პაციენტები.

76 WHO Strategic Communications Framework for effective communications, <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>

77 საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“, თავი II, მუხლი 5, „ბ“ ქვეპუნქტი.

78 ეს რიცხვი მოიცავს სხვადასხვა წლებში ურთიერთშემცვლელ დაწესებულებებსაც.

გრაფიკი 4.2.1 2018-2022 წლებში სხვადასხვა კომპონენტის მიმწოდებელი დაწესებულებები რეგიონების მიხედვით



მიუხედავად რეგიონალური მოცვისა, ვლინდება შემთხვევები, როდესაც გათვალისწინებული სერვისი არ არის გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი მოსახლეობისათვის. რიგ შემთხვევებში, პროგრამის ფარგლებში, სხვადასხვა სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება ხელმისაწვდომია მხოლოდ რამდენიმე რეგიონში, მიუხედავად ბენეფიციარების საცხოვრებელი ადგილისა:

- ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტისთვის 2018-2022 წლებში მიმწოდებელი მხოლოდ თბილისშია ხელმისაწვდომი, მაშინ როცა ამავე პერიოდში ბენეფიციარები წარმოდგენილნი იყვნენ სხვადასხვა რეგიონიდან. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ წლებში ბენეფიციარების მხოლოდ 44%-ისთვის იყო სამედიცინო მომსახურება ხელმისაწვდომი იმავე რეგიონში, სადაც ფიქსირდება მათი საცხოვრებელი მისამართი, დანარჩენი 56%-ის საცხოვრებელი ადგილის მისამართი არ ემთხვევა იმ რეგიონს, სადაც მდებარეობს კომპონენტის მიმწოდებელი დაწესებულება;
- სათემო ამბულატორიის კომპონენტების ფარგლებში, 2018-2022 წლებში სულ 134,767 შემთხვევიდან,⁷⁹ საშუალოდ, 21%-ისთვის მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების რეგიონი არ იყო ხელმისაწვდომი იმ რეგიონში, სადაც ფიქსირდება მათი ფაქტობრივი მისამართი. ბენეფიციართა საცხოვრებელი ქალაქების შედარებისას⁸⁰ კი, მხოლოდ 52%-თვის იყო ხელმისაწვდომი მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების ქალაქი.

79 ბენეფიციარები არ იცვლებიან, ანუ ერთი და იგივე ბენეფიციარი 2018-2022 წლებში სერვისს იღებს ყოველწლიურად.

80 ბენეფიციართა ფაქტობრივი საცხოვრებელი ქალაქების რაოდენობა არის 68, სამედიცინო დაწესებულებების ქალაქებისა კი – 19; 2018-2022 წლებში 134,767 შემთხვევიდან 48%-ის შემთხვევაში, ბენეფიციარის ფაქტობრივი საცხოვრებელი ქალაქი, არ ედრება დაწესებულების ქალაქს.

ცხრილი 4.2.1 ბენეფიციარების ფაქტობრივი საცხოვრებელი რეგიონის შედარება სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების რეგიონთან, 2018-2022 წლებში⁸¹

	2018	2019	2020	2021	2022
არ ედრება რეგიონი	17%	21%	23%	24%	20%
ედრება რეგიონი	83%	79%	77%	76%	80%

- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის კომპონენტისთვის 2018-2022 წლებში მიმწოდებელი წარმოდგენილი იყო მხოლოდ სამ რეგიონში: თბილისში, კახეთსა და იმერეთში. აღნიშნულ წლებში რეგისტრირებული ბენეფიციარების 88%-ის ფაქტობრივი საცხოვრებელი მისამართი ემთხვევა სწორედ ამ რეგიონებს, სადაც მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებებია წარმოდგენილი.

ცხრილი 4.2.2 2018-2022 წლებში ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ბენეფიციართა განაწილება რეგიონების მიხედვით

რეგიონი	უნიკალურ ბენეფიციართა რაოდენობა	%
კახეთი	56	31,8%
თბილისი	51	29,0%
იმერეთი	47	26,7%
აფხაზეთი	11	6,3%
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	7	4,0%
ქვემო ქართლი	3	1,7%
მცხეთა-მთიანეთი	1	0,6%
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	1	0,6%

- 2018-2022 წლებში კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტის მიმწოდებელი მომსახურებას ახორციელებდა მხოლოდ ოთხ ქალაქში: თბილისში, ქუთაისში, ბათუმსა და რუსთავში. აღნიშნული წლების მონაცემების ანალიზით გამოვლინდა, რომ 385 შემთხვევაში, რაც შემთხვევების საერთო რაოდენობის მხოლოდ 1%-ია, ბენეფიციარის ფაქტობრივი საცხოვრებელი რეგიონი განსხვავდებოდა მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების ადგილმდებარეობისგან, დანარჩენ 99%-ში კი მომსახურებას იღებდა იმავე რეგიონში მცხოვრები ბენეფიციარი.

იქიდან გამომდინარე, რომ პროგრამის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია ბენეფიციარების საჭირო მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა ინფორმაცია, რამდენად ჰქონდათ ბენეფიციარებს საშუალება მედიკამენტები მიეღოთ საცხოვრებელ მისამართთან ახლო არეალში.

ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა, რომ სათემო ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი არ უზრუნველყოფს მედიკამენტების გაცემას ბენეფიციარის ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით და ბენეფიციარები საჭირო მედიკამენტებს იღებენ უშუალოდ სათემო დაწესებულებაში ან ამ დაწესებულების მიერ ხელშეკრულებით განსაზღვრულ აფთიაქში.

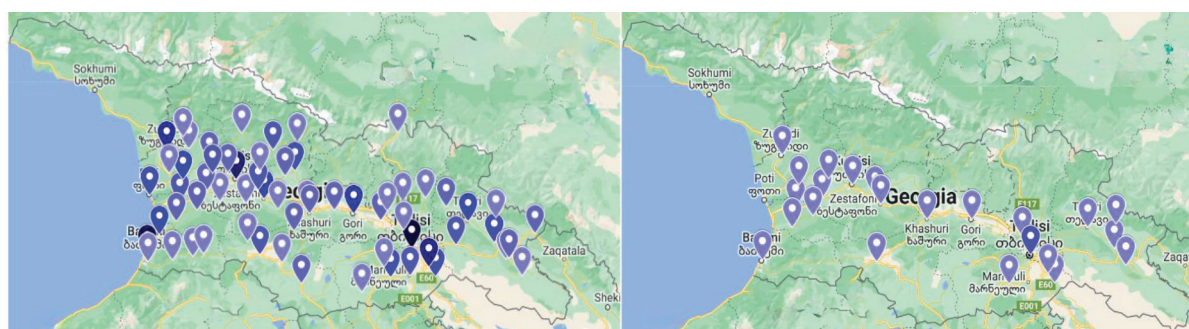
81 2018-2022 წლების მიხედვით, 134,767 შემთხვევა მოიცავს 39,258 უნიკალურ ბენეფიციარს.

კანონმდებლობის მიხედვით, ავტორიზებული აფთიაქი ვალდებულია უზრუნველყოს სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული და ლეგალური ბრუნვის რეჟიმის თვალსაზრისით მასთან გათანაბრებული სამკურნალო საშუალების რეალიზაცია, ფარმაცევტულ საქმიანობაზე პასუხისმგებელი პირ(ებ)ის საშუალებით.⁸² სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს 2018-2022 წლებში რეგისტრირებული ავტორიზებული აფთიაქების შესახებ ინფორმაცია შედარდა სათემო დაწესებულებების ბენეფიციარების საცხოვრებელ ფაქტობრივ მისამართებს, რათა გამოვლენილიყო ავტორიზებული აფთიაქების არსებობა ბენეფიციარების საცხოვრებელ ქალაქში.⁸³

გრაფიკი N4.2.2 2018-2022 წლებში საქართველოს მასშტაბით არსებული ავტორიზებული აფთიაქებისა და სათემო ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებები⁸⁴

2018-2022 წლებში მოქმედი ავტორიზებული აფთიაქების განაწილება ქვეყნის მასშტაბით

2018-2022 წლებში სათემო ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების განაწილება ქვეყნის მასშტაბით



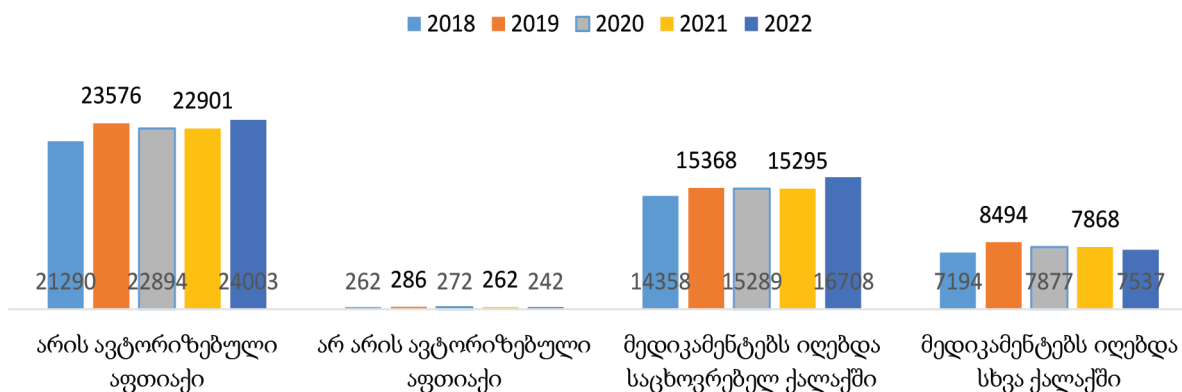
ანალიზით დადგინდა, რომ 2018-2022 წლებში ბენეფიციარების 99%-ის საცხოვრებელ ქალაქში ფუნქციონირებდა ავტორიზებული აფთიაქი, საიდანაც მოსარგებლეს შეეძლო მისთვის გამოწერილი მედიკამენტის მიღება, მაშინ როცა მათი 34% მედიკამენტებს იღებდა საცხოვრებელი ადგილისგან განსხვავებულ ქალაქში მდებარე დაწესებულებაში ან/და აფთიაქში. აღნიშნულის მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ დადგენილი წესით, პროგრამის ბენეფიციარი მედიკამენტს იღებს იმ დაწესებულებაში, სადაც ასევე იღებს მომსახურებას ან ამ დაწესებულებასთან დაკონტრაქტებულ აფთიაქში, აღნიშნული კი შეიძლება არ იყოს მის საცხოვრებელთან ახლოს.

82 საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 16 ივლისის N335 დადგენილება „ფარმაცევტული საშუალებათა კლინიკური კვლევის, ფარმაცევტული წარმოების, ავტორიზებული აფთიაქის, სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ სამკურნალო საშუალებათა იმპორტის ან ექსპორტის ნებართვების გაცემის წესისა და პირობების დამტკიცების თაობაზე“, დანართი N3 (ავტორიზებული აფთიაქის ნებართვების გაცემის წესი და პირობები), მუხლი 1, პუნქტი 3.

83 ვინაიდან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პაციენტები ხშირად საჭიროებენ სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ მედიკამენტებს.

84 რაც უფრო ნაკლებია მუნიციპალიტეტში სათემო დაწესებულება/აფთიაქი, მეტად ღია ლურჯი ფერის ნიშნული აქვს მინიჭებული რუკაზე. შესაბამისად, რაც უფრო მეტია დაწესებულება/აფთიაქი – ნიშნული კიდევ უფრო მეტად მუქი ლურჯი ფერისაა. ავტორიზებული აფთიაქების რაოდენობა მერყეობდა ერთ მუნიციპალიტეტში 1-დან 177-მდე, ხოლო სათემო დაწესებულებები – 1-დან 5-მდე.

გრაფიკი N4.2.3 სათემო ამბულატორიული მომსახურების მიმღები ბენეფიციარებისათვის მედიკამენტებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა



ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს მიერ მოწოდებული მობილური გუნდების კომპონენტის ფარგლებში 2018-2022 წლების მონაცემთა ბაზის ანალიზით აღმოჩნდა, რომ: რიგ შემთხვევებში, ბენეფიციარების წილი, რომლებიც ცხოვრობენ იმავე მუნიციპალიტეტში, სადაც მდებარეობს სამედიცინო დაწესებულება, ბევრად აღემატება იმ ბენეფიციარების წილს, რომელთა საცხოვრებელი ადგილიც განსხვავებულია დაწესებულების მისამართისგან. მაგალითად, 9 მობილური ჯგუფის შემთხვევაში იმ ბენეფიციარების რაოდენობა, რომლებიც ცხოვრობენ იმავე მუნიციპალიტეტში, სადაც მდებარეობს დაწესებულება, საშუალოდ, 4-ჯერ აღემატება სხვა ქალაქში მცხოვრები ბენეფიციარების რაოდენობას.⁸⁵ შესაბამისად, არსებობს რისკი, რომ მიმწოდებლები მათი მისამართისაგან მოშორებით მცხოვრებ ბენეფიციარებს ნაკლებად ემსახურებიან.

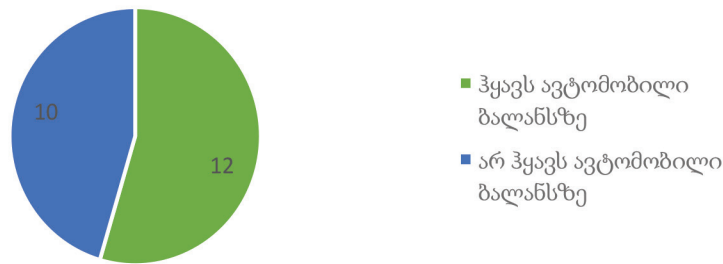
გარდა ამისა, მობილური გუნდის მომსახურება გულისხმობს რეგულარულ ვიზიტებს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის/მცირე საოჯახო ტიპის სახლის/მინდობით აღმზრდელთან/24-საათიანი ზრუნვის დაწესებულების გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით. იმ ორგანიზაციებისგან, რომლებიც 2022 წელს ახორციელებდნენ მობილური გუნდის მომსახურებას აუდიტის ჯგუფმა გამოითხოვა და დაამუშავა ინფორმაცია მათ მფლობელობაში არსებული ავტომანქანების შესახებ. 22 დაწესებულებიდან,⁸⁶ რომლებიც ახორციელებდნენ მობილური გუნდის მომსახურებას, 2022 წელს 12 დაწესებულებას ერიცხება ავტომობილი ბალანსზე, ხოლო 10 დაწესებულების⁸⁷ შემთხვევაში პერსონალი საკუთარი ავტომობილით ან სხვა საშუალებით ახორციელებს ბენეფიციარებთან ბინაზე ვიზიტს.

85 ბენეფიციარების რაოდენობა შეფარდებულია შესაბამისი მუნიციპალიტეტების მოსახლეობის რაოდენობასთან, რათა მონაცემები ყოფილიყო შესადარისი.

86 აქედან, ერთ დაწესებულებას აქვს 4 ფილიალი საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში.

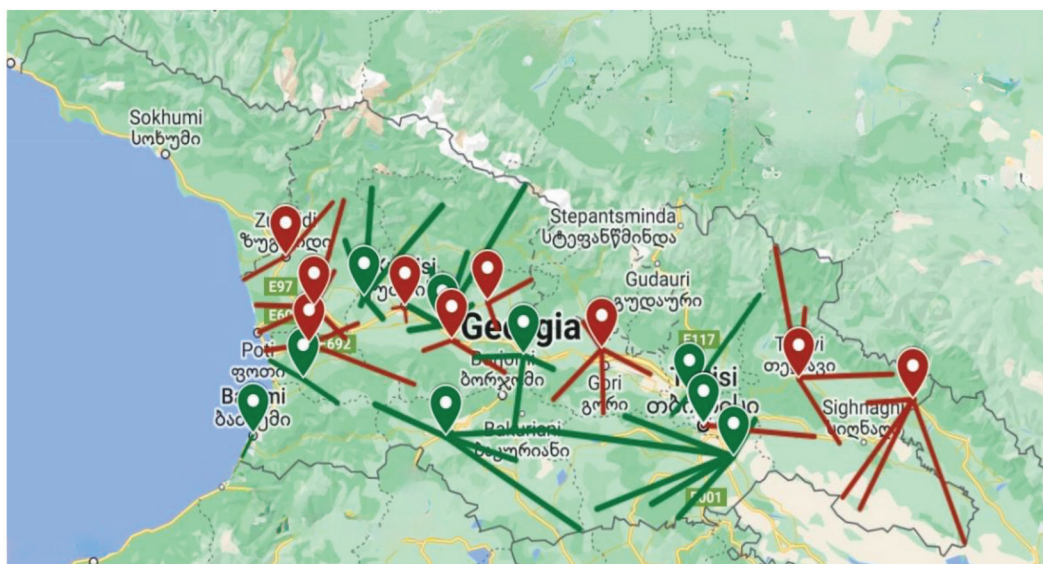
87 ერთ შემთხვევაში დაწესებულებას მობილური გუნდები ჰყავდა 2018-2022 წლებში, თუმცა ავტომობილს ფლობს 2019 წლიდან.

გრაფიკი N4.2.4 თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურების განმახორციელებელ დაწესებულებებს ჰყავთ თუ არა ბალანსზე ავტომობილი



მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ დაწესებულებები ემსახურებიან მისამართისაგან განსხვავებულ მუნიციპალიტეტებს, რომლებიც საგრძნობლად არის დაშორებული.

გრაფიკი N4.2.5 2022 წლისათვის მობილური ჯგუფების სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებები და მათი დაფარვის არეალი ავტომანქანით ან/და მის გარეშე⁸⁸



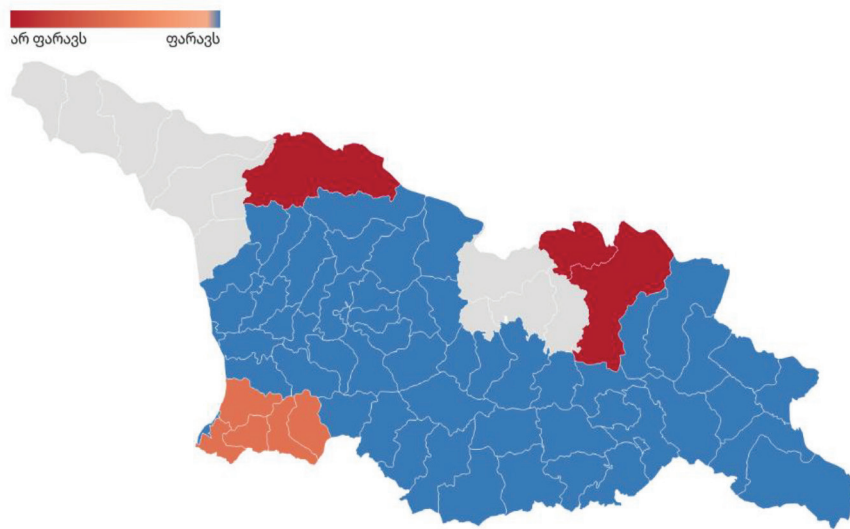
გრაფიკიდან ჩანს, რომ ერთი დაწესებულება ემსახურება რამდენიმე მუნიციპალიტეტს და მათი გადაადგილების შესაძლებლობა არაერთგვაროვანია, მობილური გუნდების გარკვეულ ნაწილს აქვს მიმწოდებლის ავტომანქანით გადაადგილების საშუალება, ნაწილი კი – მას მოკლებულია.⁸⁹ ამასთანავე, აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ მობილური გუნდის მომსახურება სრულად არ ფარავს საქართველოს მუნიციპალიტეტებს.

88 წითლად მითითებულია ის დაწესებულებები, რომელთაც 2022 წლის მდგომარეობით არ ჰყავდათ ავტომანქანა, მვანდ კი -დაწესებულებები, რომელთაც ერიცხებოდათ მფლობელობაში; სხივებად მინიშნებულია მუნიციპალიტეტების უკიდურესი წერტილები, რომელთა მომსახურებაც ევალებათ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 დეკემბრის N4 დადგენილების – „2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N11.8-ის მიხედვით.

89 პროგრამის დაფინანსების მეთოდოლოგიაში არ არის განსაზღვრული ტრანსპორტირების ხარჯი. სერვისის მიმწოდებლების განმარტებით, მგზავრობის დაფინანსებას ბინაზე ვიზიტის დროს უზრუნველყოფს საწვავის დაფინანსების ან საზოგადოებრივი ტრანსპორტის საფასურის ხარჯის ანაზღაურების გზით.



გრაფიკი N4.2.6 2022 წლისათვის სათემო მობილური გუნდების მომსახურების დაფარვის მუნიციპალიტეტები⁹⁰



კერძოდ, პროგრამის ფარგლებში 64 მუნიციპალიტეტიდან⁹¹ 3 მუნიციპალიტეტი დარჩენილია მობილური გუნდის მომსახურების მიღმა, ხოლო ზოგიერთ დაწესებულებას ჰყავს მხოლოდ ერთი მობილური გუნდი და ემსახურება რამდენიმე მუნიციპალიტეტს, რაც ზრდის დასაფარავი მანძილის სიდიდეს და ართულებს ხელმისაწვდომობას.

ცხრილი N4.2.3 დაწესებულებების მიერ გამოყოფილი ერთი მობილური გუნდის მიერ დაფარული მანძილი⁹²

მობილური გუნდების რაოდენობა	ერთი მობილური გუნდი რა ფართობს ფარავს (კვ.კმ)
3	1-100
0	100.1-1,000
5	1,000.1-1,500
4	1,500.1-2,000
2	2,000.1-3000
4	3,000.1-5,300

ცხრილიდან ჩანს, რომ მობილურ გუნდებს უწევთ განსხვავებული ფართობის დაფარვა და შესაბამისად, სხვადასხვა დატვირთვით მუშაობა. ამასთანვე დაწესებულებები, რომლებსაც საკუთარი ავტომობილი ჰყავთ, ფარავენ უფრო დიდ მანძილს, ვიდრე ის მიმწოდებლები, ვისაც შესაბამისი სატრანსპორტო საშუალება არ გააჩნიათ.

90 ნარიტიფრად მონიშნულ მუნიციპალიტეტებში, რომლებიც ეკუთვნის აჭარის რეგიონს, მობილური გუნდის მომსახურებას უზრუნველყოფს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

91 საქართველოში 69 მუნიციპალიტეტი, თუმცა 5 მუნიციპალიტეტი ოკუპირებულია რუსეთის მიერ.

92 მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების მიერ გამოყოფილი მობილური გუნდების რაოდენობა შევაფარდეთ დაწესებულებების მიერ დასაფარავი მუნიციპალიტეტების ფართობებთან, იმის დასაზუსტებლად, თუ მობილური გუნდები, დაახლოებით, რა ფართობს ფარავენ.

დასკვნა

სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სერვისების სათანადოდ უზრუნველყოფისათვის მნიშვნელოვანია როგორც მათი ფიზიკური, ასევე – ინფორმაციული ხელმისაწვდომობა.

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ არსებული მექანიზმები ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის საკმარის ინფორმირებულობას. ცენტრის მონაცემებით, ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის თითქმის 3-ჯერ მეტი შემთხვევა ფიქსირდება, სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ ბენეფიციარებთან შედარებით.

აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის შედეგაც ადასტურებს, რომ 150 გამოკითხულიდან მხოლოდ 7-ს ჰქონდა სრული ინფორმაცია ქვეყანაში არსებული სახელმწიფო პროგრამის შესახებ, ინფორმაციის ნაკლებობა კი აფერხებს სერვისებზე წვდომის შესაძლებლობას.

სამინისტროს მიერ დანერგილი მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სერვისებზე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, რაც რიგ შემთხვევებში წარმოშობს ბენეფიციარების მიერ, როგორც მომსახურების მიუღებლობის, ასევე რისკს იმისა, რომ ბენეფიციართა ნაწილს მომსახურების მიღება უწევთ საცხოვრებელი მისამართისგან შორს, რაც დამატებით დროით და ფინანსურ რესურსთან არის დაკავშირებული.

ამასთანავე, ხელმისაწვდომობას აფერხებს მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ.

რეკომენდაცია სააგენტოს და მხედს

რეკომენდაცია N 4

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, დაინერგოს ქმედითი მექანიზმი, რომელიც მოსახლეობას აუმაღლებს ცნობიერებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და ასევე შესაბამის სამიზნე ჯგუფებს – ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ, რითაც გაიზრდება სერვისებზე მიმართვიანობა.

რეკომენდაცია სამინისტროს

რეკომენდაცია N 5

ბენეფიციარებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ მომსახურებებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების შერჩევის მექანიზმი შემუშავდეს იმგვარად, რომ გაიზარდოს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა/დაფარვა როგორც მომსახურებაზე, ასევე მედიკამენტებზე.



5. საჩისიანი მომსახურების უზრუნველყოფის მექანიზმები

5.1 სამედიცინო დაწესებულებების ზედამხედველობასთან დაკავშირებული ნაკლებობები

ჯანმოს განმარტებით, სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების ყოვლისმომცველი შეფასება და მონიტორინგი ხელს უწყობს არსებული პრობლემების იდენტიფიცირებას, რათა დაიგეგმოს ეფექტიანი გამოსავალი, რომელიც უპასუხებს მომხმარებელთა საჭიროებებს. ჯანმოს მიერ შემუშავებულია მონიტორინგის, შეფასებისა და ხარისხის კონტროლის ინსტრუმენტების ნაკრები, რომლის მიზანია ქვეყნებს ხელი შეუწყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების შეფასების, მომსახურების ხარისხისა და ადამიანის უფლებების დაცვის გაუმჯობესებაში. ჯანმოს შეფასებით, ფსიქიატრიული და სხვა ხანგრძლივი დაყოვნების სტაციონარული დაწესებულებების საქმიანობა ხშირად დაკავშირებულია დაბალი ხარისხის მომსახურებებთან და ადამიანის უფლებების დარღვევებთან.⁹³

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების ზედამხედველობას უზრუნველყოფს სხვადასხვა მექანიზმით, მათ შორის, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიებისა და სანებართვო პირობების, ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების კონტროლით და სხვ.

ცხრილი 5.1.1. ფსიქიკური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების ტიპი და მათი ზედამხედველობის მექანიზმი

ზედამხედველობის ტიპი/დაწესებულების ტიპი	სტაციონარი	ამბულატორია
სამედიცინო დაწესებულებებზე ნებართვის გაცემა		
სამედიცინო დაწესებულებებზე ლიცენზიის გაცემა ⁹⁴		
მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა		
ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონის მონიტორინგი ⁹⁵		
ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ზედამხედველობა		

საკანონმდებლო რეგულაციებში არსებული სხვადასხვა ჩანაწერის მიუხედავად, სამინისტროსა და პასუხისმგებელი ორგანოების მიერ სრულყოფილი ზედამხედველობა არ ხორციელდება. მაგალითად, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის

93 WHO Quality/Rights Tool Kit Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities, World Health Organization.

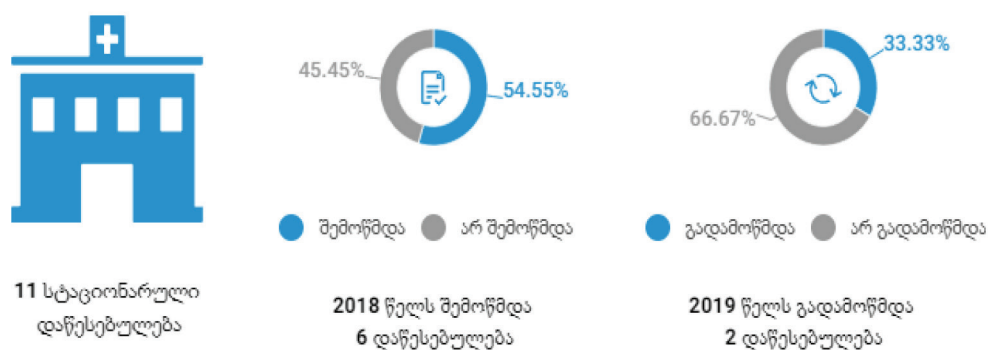
94 საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“, მუხლი 14, პუნქტი 1.

95 საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“, მუხლი 26¹.

მიხედვით, ბენეფიციარებმა მომსახურება უნდა მიიღონ ლიცენზირებულ ამბულატორიულ დაწესებულებებში, თუმცა კანონში „ლიცენზირებისა და ნებართვების შესახებ“, აღნიშნულ სერვისთან მიმართებით ჩანაწერი არ ფიქსირდება. ამავე კანონის მიხედვით, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებსა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურებებში (სერვისებში) პაციენტთა უფლებების დაცვისა და მომსახურების ხარისხის შეფასება ხდება მონიტორინგის ფორმით, რაც გულისხმობს მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებსა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურებებში (სერვისებში) არსებული მდგომარეობის ადგილზე შემოწმებას.⁹⁶ კანონში მითითებული ჩანაწერის შესაბამისად, სამინისტროს მიერ 2020 წლის 1 სექტემბრისათვის იგეგმებოდა მონიტორინგის ჯგუფის შემადგენლობის განსაზღვრა. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული ჯგუფი აუდიტის პერიოდისათვის შექმნილი არ იყო. შესაბამისად, სამინისტროს მიერ არ ხდება ბენეფიციართა უფლებების დაცვასა და მომსახურების შეფასებაზე ზედამხედველობა.

2018-2022 წლებში რეგულირების სააგენტოს მიერ სტაციონარული დაწესებულებების სანებართვო პირობები შემოწმდა 6 ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, ისიც მხოლოდ 2018 და 2019 წლებში. აღსანიშნავია, რომ 2020-2022 წლებში COVID-19-ის პანდემიის გამო სანებართვო პირობების კონტროლი არ განხორციელებულა.

გრაფიკი 5.1.1 დაწესებულებები, სადაც 2018-2019 წლებში შემოწმდა და შემდგომ გადამოწმდა სანებართვო პირობები



შემოწმების აქტების მიხედვით, აღნიშნული დაწესებულებები ვერ აკმაყოფილებენ პაციენტთა მომსახურების შესაბამისი კანონმდებლობის მოთხოვნებსა და სტანდარტებს: შენობა-ნაგებობები საჭიროებს რემონტს, არსებული ავეჯი ამორტიზებულია, არაადაამაყოფილებელია პალატების ფართობის გადანაწილება, ზოგიერთ დაწესებულებაში არ არსებობს ბოქსირებული პალატა.

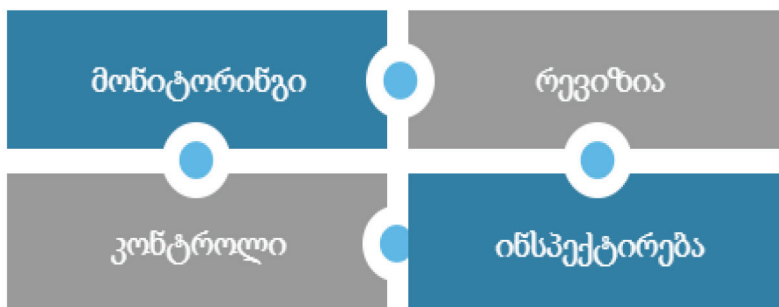
უნდა აღინიშნოს, რომ 2019 წელს ხელახლა შემოწმებულმა ერთ-ერთმა დაწესებულებამ სანებართვო პირობები ვერ დააკმაყოფილა და გადაკეთდა თავშესაფრად. გასათვალისწინებელია, რომ თავშესაფარი კანონმდებლობით არ საჭიროებს ფუნქციონირებისთვის ნებართვას.

გარდა ამისა, სახელმწიფო უშუალოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ზედამხედველობას უზრუნველყოფს სააგენტოსა და რეგულირების სააგენტოს მეშვეობით. სააგენტო უზრუნველყოფს: პირის მოსარგებლედ ცნობას, შეტყობინებას შემთხვევების შესახებ

96 საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“, მუხლი 26¹.

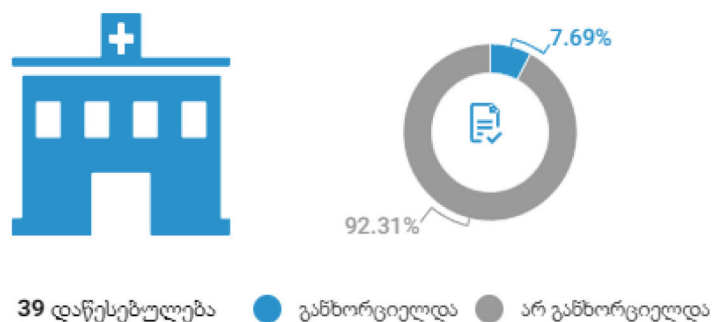
– მონიტორინგს, ანგარიშის წარდგენას, შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურებას ან/და ანაზღაურებაზე უარის განსაზღვრას, ხოლო რეგულირების სააგენტოს კომპეტენციაში შედის: პროგრამით განსაზღვრული პირობების შესრულების კონტროლი, მიმწოდებლის მიერ განეული მომსახურების კონტროლი/რევიზია და ფსიქიატრიული მომსახურების გასაწევად სამედიცინო დანესებულებებზე ლიცენზიებისა და ნებართვების გაცემა.

სქემა 5.1.1 პროგრამის ზედამხედველობის მექანიზმები



ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის სერვისის მიმწოდებლები წინასწარ განსაზღვრულია 2018-2022 წლებში მთავრობის დადგენილებებით ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ. ამავე წლებში პროგრამის სხვადასხვა კომპონენტს მომსახურებას უწევდა 39 მიმწოდებელი. სააგენტოს მიერ 2018-2021 წლებში რევიზია განხორციელდა მხოლოდ 3 ფსიქიატრიულ დანესებულებაში.

გრაფიკი 5.1.2 დანესებულებების პროცენტული წილი, სადაც 2018-2021 წლებში განხორციელდა რევიზია

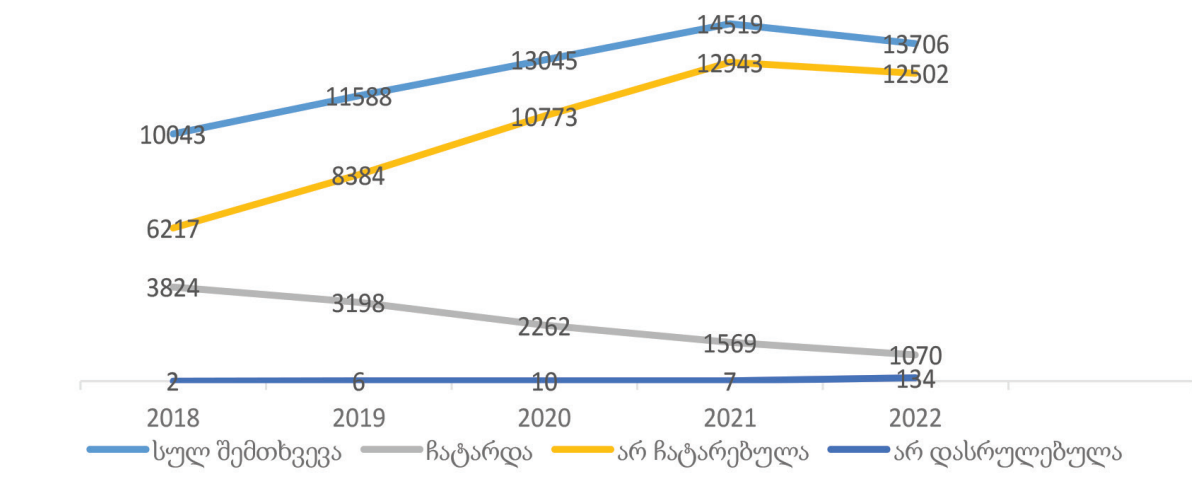


ობიექტის განმარტებით, მხოლოდ მიმართვის შემთხვევაში ხორციელდება რევიზია. ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოს 2018-2022 წლებში რეგულირების სააგენტოსათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში კონტროლი/რევიზიის მოთხოვნაზე მიმართვა არ განუხორციელებია.

საეჭვო კლინიკური შემთხვევების არსებობისას, სააგენტოს მოთხოვნის საფუძველზე დამატებით ერთვება რეგულირების სააგენტო, კონტროლისა თუ რევიზიის გზით. აღსანიშნავია, რომ 2019-2021 წლებში ბავშვთა და მოზრდილთა სტაციონარების საწოლების დატვირთვა 5 სამედიცინო დანესებულებაში აჭარბებდა 100%-ს, მათ შორის, დატვირთვის მაქსიმალური რაოდენობა 3-ჯერ აღემატებოდა არსებულ რესურსს.

სააგენტოს დებულებით განსაზღვრულია მონიტორინგის ჯგუფის უფლება-მოვალეობები, რომლის მიხედვითაც ხორციელდება მიმწოდებლების მიერ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების შერჩევითი მონიტორინგი, თუმცა მონოდედებული ინფორმაციის საფუძველზე აუდიტის ჯგუფმა გამოავლინა, რომ სააგენტოს მიერ 2018-2022 წლებში განხორციელებული მონიტორინგი არასრულია: შემთხვევების 81% არ არის შესწავლილი, რაც მიუთითებს მონიტორინგის სერვისების დაფარვის ნაკლოვანებაზე.

გრაფიკი N5.1.3 2018-2022 წლებში განხორციელებული მონიტორინგი



სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი 12 სტაციონარული დაწესებულებიდან, მონიტორინგი ხორციელდებოდა, ძირითადად, 3 დაწესებულებაში; დანარჩენი 9 დაწესებულების შემოწმებული შემთხვევების რაოდენობა მერყეობს 83%-დან 98%-მდე.

გარდა ამისა, მომსახურების ხარისხის კონტროლის მიზნით, რეგულირების სააგენტო განიხილავს ფსიქიატრიული დახმარების თაობაზე შესულ საჩივრებს. 2018-2022 წლებში რეგულირების სააგენტოში შესულია სულ 24 განცხადება. საჩივრებში ძირითად საკითხად მითითებულია პაციენტთა უფლებების დარღვევა, არასათანადო მოპყრობა.

ცხრილი N5.1.2 შემოსული საჩივრების რაოდენობა 2018-2022 წლების მიხედვით

წელი	2018	2019	2020	2021	2022
საჩივრის რაოდენობა	4	2	4	6	8

2023 წლის აპრილის მდგომარეობით, აუდიტის ჯგუფისათვის მონოდედებული ინფორმაციის მიხედვით, საქმისწარმოება დასრულებულია 12 საჩივარზე, ხოლო მიმდინარეა – 12.

საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიულ დოკუმენტშიც ყურადღება გამახვილებულია სისტემის ადმინისტრირების, რეგულირების, მართვისა და კონტროლის ნაკლოვანებებზე. მიზეზებად დასახელებულია საინფორმაციო სისტემის სისუსტე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით არსებულ რესურსებზე სანდო ინფორმაციის



ფლობის ნაკლოვანება, პროგრამის დაფინანსების მოცულობა და ადამიანური რესურსის ნაკლებობა.⁹⁷

ყოველივე ზემოაღნიშნული მიუთითებს პროგრამის არასათანადო ზედამხედველობასა და მონიტორინგის ნაკლოვანებებზე, რაც ზრდის რისკს, რომ ბენეფიციარები ვერ იღებენ შესაბამისი ხარისხის მომსახურებას.

5.2 მსკიფიანობაზე დაუძინებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის ნაკლოვანებები

საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა მიმწოდებლისგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.⁹⁸ ამასთანავე, პაციენტის ძირითადი უფლებაა ისარგებლოს მკურნალობის იმ მეთოდებით, რომლებიც დაამტკიცა სამინისტრომ.⁹⁹

სამინისტროს მიერ გამოქვეყნებული სახელმძღვანელოს მიხედვით, ერთი მხრივ, მნიშვნელოვანია გაიდლაინის გადახედვა და მასში ახალი მტკიცებულებების ასახვა, ხოლო, მეორე მხრივ, გარკვეული სტაბილურობის დაცვაა საჭირო, რათა ძალიან ხშირმა ცვლილებებმა ხელი არ შეუშალოს გაიდლაინის რეკომენდაციების დანერგვას.¹⁰⁰ ასევე მითითებულია, რომ კარგი გაიდლაინი დადებითად აისახება სამედიცინო მომსახურების პროცესზე, აუმჯობესებს კლინიკურ გამოსავლებს და ხელს უწყობს ჯანდაცვის რესურსის ეფექტიანად ხარჯვას. გაიდლაინების საფუძველზე შესაძლებელია ჯანდაცვის პროფესიონალების საქმიანობის სტანდარტების ჩამოყალიბება, რაც აიოლებს მომსახურების ხარისხის შეფასებას.¹⁰¹

აუდიტის ჯგუფმა განიხილა ფსიქიკური მდგომარეობისათვის შექმნილი გაიდლაინები და აღმოჩნდა, რომ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების 58 მდგომარეობიდან, რომელსაც ფარავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა, გაიდლაინი შექმნილია მხოლოდ 15 შემთხვევაში; 15 გაიდლაინიდან 8 მათგანი შედგენილი და დამტკიცებულია 2008 წელს, ერთი – 2010 წელს, სამი – 2013 წელს, ხოლო ორი – 2017 წელს.

97 საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია, გვ. 18-27.

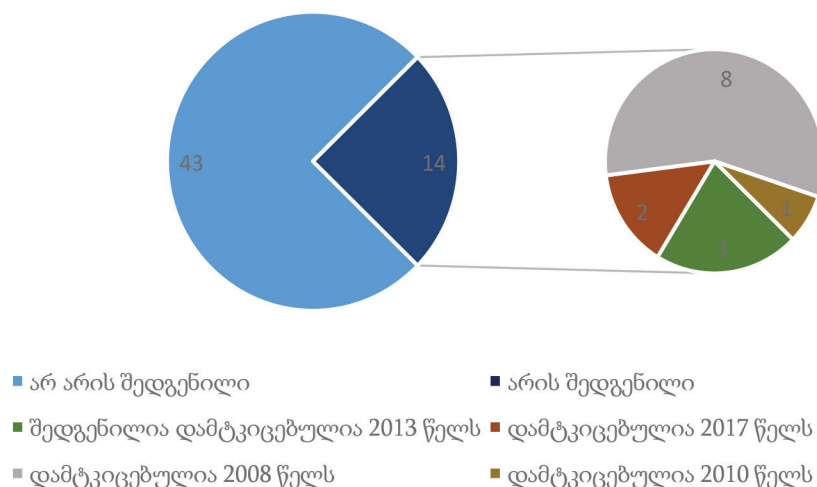
98 საქართველოს „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, თავი I, მუხლი 5.

99 საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“, თავი II, მუხლი 5, „ბ“ ქვეპუნქტი.

100 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2010 წლის დეკემბერში შემუშავებული „დაავადებათა მართვის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) შემუშავების სახელმძღვანელო“, თავი 13, გვ. 95.

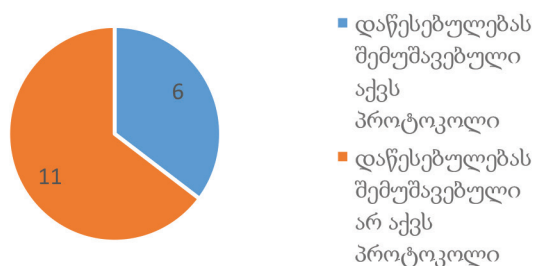
101 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2010 წლის დეკემბერში შემუშავებული „დაავადებათა მართვის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) შემუშავების სახელმძღვანელო“, თავი 1, გვ. 9.

გრაფიკი N5.2.1 დამტკიცების წლის მიხედვით აუდიტის პერიოდში არსებული გაიდლაინების ანალიზი



გარდა გაიდლაინებისა, აუდიტის ჯგუფმა პროგრამის მონაწილე 22 სამედიცინო დაწესებულებისა და სამინისტროსგან გამოითხოვა სერვისის განხორციელების პროტოკოლები, თითოეული კომპონენტისათვის. 17 დაწესებულებიდან¹⁰² მიღებული ინფორმაციის ანალიზით გამოვლინდა, რომ მხოლოდ 6 დაწესებულებას აქვს შემუშავებული პროტოკოლები, საიდანაც ერთი დაწესებულების პროტოკოლი ზოგადი ხასიათისაა. დანარჩენ დაწესებულებებს არ აქვთ პროტოკოლები შედგენილი და აღსანიშნავია ისიც, რომ მიუხედავად იმისა, რომ სამინისტროს შემუშავებული აქვს კლინიკური პროტოკოლები პროექტის სახით, აუდიტის პერიოდში ისინი არ იყო დამტკიცებული.

გრაფიკი N5.2.2 პროგრამის მონაწილე დაწესებულებების მიერ 2018-2022 წლებში შემუშავებული პროტოკოლების ანალიზი



პაციენტის გამოკვლევის, მკურნალობისა და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის დროს გამოიყენება მხოლოდ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით განსაზღვრული მეთოდები.¹⁰³ ექიმს უფლება აქვს, პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე, გამოწეროს და/ან დანიშნოს ნებისმიერი აპრობირებული მედიკამენტი და მკურნალობის მეთოდი.¹⁰⁴

¹⁰² იმ ორგანიზაციებიდან, რომლებიც 2022 წელს ჩართული იყვნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში, გამოვითხოვეთ ინფორმაცია. 22 დაწესებულებიდან ინფორმაცია მოგვაწოდა 17-მა დაწესებულებამ და გავაანალიზეთ აღნიშნული ინფორმაცია.

¹⁰³ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 8, პუნქტი 4.

¹⁰⁴ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, თავი V, მუხლი 51.

აუდიტის ჯგუფმა იმის გასარკვევად, პროგრამის მონაწილე ბენეფიციარები იღებენ თუ არა მინისტრის მიერ დამტკიცებული ეროვნული კლინიკური გაიდლაინით¹⁰⁵ განსაზღვრულ მედიკამენტებს, შეარჩია ერთ-ერთი ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზი, რომლის მომსახურება იფარება პროგრამის ფარგლებში. დამტკიცებულ გაიდლაინში განსაზღვრული მედიკამენტები შედარდა სათემო ამბულატორიის მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების ბენეფიციარების მიერ მიღებულ მედიკამენტებს. შერჩეული დიაგნოზით ბენეფიციარები სათემო ამბულატორიაში ჰყავდა სულ 6 დაწესებულებას, საიდანაც 2-მა არ მოგვანოდა ინფორმაცია მედიკამენტების გაცემების შესახებ, ხოლო დანარჩენი 4 დაწესებულების მიერ გაცემული მედიკამენტების ანალიზით აღმოჩნდა, რომ ბენეფიციარები გაიდლაინებით რეკომენდებულ მედიკამენტებს არ იღებენ. რეგულირების სააგენტოსგან გამოთხოვილი ინფორმაციით დგინდება, რომ ამ მდგომარეობის სამკურნალო პირველი რიგის ორი მედიკამენტიდან, 2018-2022 წლებში ერთი მათგანი შემოპქონდათ 3 წლის განმავლობაში მცირე რაოდენობით, მხოლოდ სპეციფიკური დანიშნულებით, ხოლო მეორე მედიკამენტის იმპორტი ქვეყანაში არ განხორციელებულა.

აუდიტის ჯგუფმა ასევე გააანალიზა, სტაციონარიდან განწერის შემდგომ პაციენტები აგრძელებდნენ თუ არა ამბულატორიაში მკურნალობას. გამოვლინდა, რომ 2018-2022 წლებში სტაციონარში მოხვედრილი 15,340 ბენეფიციარიდან 6,957 (45%) აგრძელებს სათემო ამბულატორიაში მკურნალობას, თუმცა სათემოს სერვისისათვის მიმართვის პერიოდები სხვადასხვაა.¹⁰⁶

ცხრილი N5.2.1 2018-2022 წლებში სტაციონარიდან განწერის შემდგომ სათემო ამბულატორიაში მკურნალობის გაგრძელების ვადები

ვადები	ბენეფიციარების რაოდენობა
1 თვემდე	4,779
1 თვიდან 2 თვემდე	1,135
2 თვიდან 6 თვემდე	573
6 თვიდან 1 წლამდე	248
1 წელზე მეტი	222

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის განვითარება შეუძლებელია სათანადო ადამიანური რესურსების გარეშე.¹⁰⁷

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმის“ მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ფუნდამენტურ პრობლემას ადამიანური რესურსების ნაკლებობა წარმოადგენს.¹⁰⁸ აღნიშნული საკითხი ისევ გამოწვევად

105 საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 11 სექტემბრის N332/ო პრძანებით დამტკიცებული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) – „ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომის მართვა სასკოლო ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე“, თავი 6.

106 2018-2022 წლებში სტაციონარში ბენეფიციარების მოხვედრის თარიღები შედარებულია ამავე წლებში ამბულატორიაში მოხვედრის თარიღებთან. ანალიზი მოიცავს მცირე უზუსტობას, რადგან 2022 წელს სტაციონარში მოხვედრილი ბენეფიციარების ნაწილმა შესაძლოა ამბულატორიული მკურნალობა 2023 წელს გააგრძელა.

107 საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია.

108 საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N762 დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

რჩება საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიაშიც, რომლის მიხედვით, არსებულ ვითარებაში მნიშვნელოვანი პრობლემაა ფსიქიატრიული პროფილის სპეციალიზებული ექთნების, სერტიფიცირებული სოციალური მუშაკებისა და კლინიკური ფსიქოლოგების ნაკლებობა.¹⁰⁹

აღსანიშნავია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა განსაზღვრავს თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურების ფარგლებში გუნდის სავალდებულო შემადგენლობას,¹¹⁰ ასევე სათემო ამბულატორიის ფარგლებშიც განსაზღვრავს საშტატო ერთეულებს.¹¹¹

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა 20 სამედიცინო დაწესებულებისგან მიღებული ინფორმაცია თემზე დაფუძნებულ მობილურ გუნდებსა და სათემო ამბულატორიაში 2022 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით დასაქმებული მულტიდისციპლინური გუნდის რაოდენობის შესახებ. მოწოდებული ინფორმაციის ანალიზის საფუძველზეც გამოვლინდა, რომ ორივე კომპონენტში ჯამურად ჩართულ 23,028 ბენეფიციარს მთელი ქვეყნის მასშტაბით ემსახურება: 81 ფსიქიატრი, 72 ექთანი, 24 ფსიქოლოგი, 9 უმცროსი ექიმი და 26 სოციალური მუშაკი.

სქემა N5.2.1 თემზე დაფუძნებულ მობილური გუნდისა და სათემო ამბულატორიის პერსონალი



უნდა აღინიშნოს, რომ პერსონალის ნაწილი მუშაობს პარალელურად ორივე კომპონენტის ფარგლებში. გარდა ამისა, 8 დასაქმებული¹¹² პარალელურად დასაქმებულია სხვადასხვა დაწესებულებაშიც, ხოლო გამოთხოვილი ხელშეკრულებებით დასტურდება, რომ განსაზღვრული სამუშაო საათები ერთმანეთს ემთხვევა.

აუდიტის ჯგუფის მიერ მოპოვებული ინფორმაციის ანალიზმა ცხადყო, რომ დაწესებულებებში მობილური გუნდების შემადგენლობა სრულია, თუმცა იმის გამო, რომ ერთი პიროვნება პარალელურად მუშაობს სხვადასხვა გუნდში. რაც შეეხება სათემო ამბულატორიის კომპონენტში დადგენილებით განსაზღვრული პერსონალის თანაფარდობას მოსახლეობის რაოდენობასთან, აკმაყოფილებს ფსიქიატრების შემთხვევაში, თუმცა განსხვავებული სურათია სხვა პერსონალთან მიმართებით და მათი რაოდენობა მცირეა განსაზღვრულთან შედარებით.

109 საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია.

110 გუნდი შედგება 3 საშტატო ერთეულისგან, მათ შორის, სავალდებულოდ – 1 ფსიქიატრი, დანარჩენი წევრები შესაძლებელია იყვნენ: სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ექთანი/უმცროსი ექიმი.

111 კომპონენტის ფარგლებში მომსახურებას ახორციელებს მულტიდისციპლინური გუნდი, საშტატო ერთეულის შემდეგი თანაფარდობით: 70 000 – 100 000 მოსახლეზე – 1 ფსიქიატრი, 1.5 ექთანი, 0.5 სოციალური მუშაკი/ფსიქოლოგი.

112 დასაქმებული – ფსიქიატრი, ექთანი, უმცროსი ექიმი და სოციალური მუშაკი.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ განსხვავებული სურათია უშუალოდ დაწესებულებების მიხედვითაც იმის გათვალისწინებით, თუ რამდენ ბენეფიციარს ემსახურება 1 მულტიდისციპლინური გუნდის ერთი წარმომადგენელი. მაგალითად, 1 ფსიქოლოგი ერთ კლინიკაში შესაძლოა ემსახურებოდეს, მინიმუმ, 199 პაციენტს, მაქსიმუმ – 9,303-ს.

ცხრილი N5.2.2 სათემო ამბულატორიის კომპონენტში დასაქმებული ერთი პერსონალის თანაფარდობა ბენეფიციარების რაოდენობასთან¹¹³

	ფსიქიატრი	ექთანი	ფსიქოლოგი	უმცროსი ექიმი	სოც. მუშაკი
ბენეფიციარების რაოდენობა, მინიმუმ	99.5	97.5	199	404	199
ბენეფიციარების რაოდენობა, მაქსიმუმ	775.3	4,651.5	9,303	9,303	4,651.5

რაც შეეხება თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის წევრებს, აქაც განსხვავდება დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობა.

ცხრილი N5.2.3 თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის კომპონენტში დასაქმებული პერსონალის¹¹⁴ თანაფარდობა ბენეფიციარის რაოდენობასთან

	ფსიქიატრი	ექთანი	ფსიქოლოგი	უმცროსი ექიმი	სოც. მუშაკი
ბენეფიციარის რაოდენობა, მინიმუმ	19	18.5	30	19	19
ბენეფიციარის რაოდენობა, მაქსიმუმ	44	77	254	138	88

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მაგალითად: 1 ფსიქიატრი ერთ კლინიკაში შესაძლოა ემსახურებოდეს, მინიმუმ, 19 პაციენტს და მაქსიმუმ – 44-ს; 1 ფსიქოლოგი, მინიმუმ – 30-ს, მაქსიმუმ – 254-ს.

სათანადო ხარისხის მომსახურების უზრუნველყოფისათვის მნიშვნელოვანია ქვეყანაში შემუშავებული იყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინები და პროტოკოლები. მათი დამტკიცება მინისტრის პრეროგატივაა, ხოლო მომზადებაში ჩართული არიან შესაბამისი სფეროს ექსპერტები და ასოციაციები. აღსანიშნავია, რომ სამინისტრომ 2023 წლიდან შეიმუშავა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დარგობრივი პროფესიული ასოციაციების განსაზღვრის წესი და პირობები, რაც პოზიტიური ცვლილებაა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე, ეფექტიანი სისტემის ჩამოყალიბებაში: კონსულტაციების, სამეცნიერო და პროფესიული განხილვების, სათანადო პროექტების შემუშავების, პაციენტის უფლებების დაცვაში მონაწილეობისა და სხვა ღონისძიებებთან დაკავშირებული თანამშრომლობის მექანიზმის ჩამოყალიბებაში.¹¹⁵

113 2022 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით პერსონალისა და ბენეფიციარების რაოდენობა 2022 წელს.

114 2022 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით.

115 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 6 ივნისის N39/ნ ბრძანება „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დარგობრივი პროფესიული ასოციაციების განსაზღვრის წესისა და პირობების შესახებ“.

დასკვნა

კანონით განსაზღვრული სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების მონიტორინგისა და ლიცენზიის მოთხოვნები არ ხორციელდება. ამასთანავე, დაბალია სტაციონარული მომსახურების მიმწოდებელი შემომწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა.

არასათანადო მომსახურების რისკს ზრდის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული შესაბამისი დაავადებების მართვის გაიდლაინებისა და მომსახურების პროტოკოლების არარსებობა უმეტეს შემთხვევაში და სამედიცინო დაწესებულებებში პერსონალის არათანაბარი განაწილება/დატვირთვა.

გემოლნიშნული მიუთითებს პროგრამის არასათანადო გედამხედველობაზე, რაც ზრდის რისკს, რომ ბენეფიციარები ვერ მიიღებენ შესაბამის ხარისხიან მომსახურებას.

რეკომენდაცია საინისტროსა და რეგულირების სააგენტოს

რეკომენდაცია N 6

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში სათანადო ხარისხის მომსახურების მიწოდების მიზნით, შემუშავდეს შესაბამისი პროტოკოლები და გაიდლაინები და დაინერგოს გედამხედველობის მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს დაწესებულებების მიერ პაციენტზე ორიენტირებული და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.

აუდიტორები

ხელმოწერა

ნაზი ჩაგანავა

წამყვანი აუდიტორი

ანანო ლომია

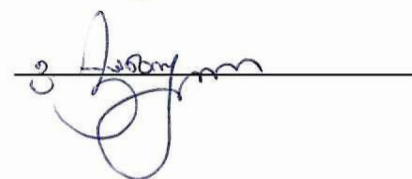
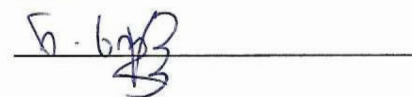
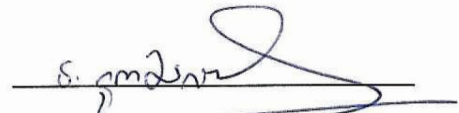
აუდიტორი

ნინო ხაზალია

აუდიტორი

ვერიკო ჯანხოთელი

აუდიტორ-ასისტენტი



ბიბლიოგრაფია

წერილობითი მასალა

- საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“;
- საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
- საქართველოს კანონი „სახელმწიფო შიდა ფინანსური კონტროლის შესახებ“;
- საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „2020-2030 წლებისათვის საქართველოს ახალგაზრდული პოლიტიკის კონცეფციის დამტკიცების შესახებ“.
- საქართველოს მთავრობის დადგენილებები სხვადასხვა წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ;
- საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 20 დეკემბრის N629 დადგენილება „პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N762 დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია;
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 25 მარტის N01-26/ნ ბრძანება „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის N01-9/ნ ბრძანება „სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის თაობაზე, სპეციალიზებული სტაციონარი (ტიპი „B“) – დაწესებულება, რომელიც ორიენტირებულია უპირატესად ნოზოლოგიათა და მდგომარეობათა განსაზღვრული ჯგუფის მართვაზე, დიაგნოსტიკებასა და მკურნალობაზე. სპეციალიზებულ სტაციონარებს მიეკუთვნება: ფსიქიატრიული, ნარკოლოგიური, ფთიზიატრიული, სამეანო-გინეკოლოგიური და სხვ.“;
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 25 მარტის N01-26/ნ ბრძანება „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“.

საერთაშორისო პრაქტიკა

- WHO Strategic Communications Framework for effective communications;
- WHO QualityRights Tool Kit;
- WHO’s Guidance on community mental health services; promoting person-centred and rights-based approaches;
- OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris



პიკტოგრამები:

- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://sdg.gov.ge/goals-details-inner/3> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018/promoting-mental-health-in-europe-why-and-how_health_glance_eur-2018-4-en;jsessionid=ojxyb-q4k9aeegZe10qFxfvP3iWfq_rT5pYXir9O.ip-10-240-5-70 – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/understanding-effective-approaches-to-promoting-mental-health-and-preventing-mental-illness_bc364fb2-en – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=62445de9-2eb3-4e43-bf23-4363f3fc044c> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- https://www.nlm.nih.gov/nichsr/stats_tutorial/section1/index.html#:~:text=Health%20statistics%20are%20used%20to,that%20can%20support%20a%20conclusion – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/271346/PMC3738317.pdf?sequence=1&isAllowed=y> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=ea1784b5-d3d0-4dd9-b29f-1369f5d6bbec> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://www.cdc.gov/adhd/hcp/treatment-recommendations/index.html> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/treating-and-dealing-adhd> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024;
- <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en> – უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 31.07.2024.



დანართი. საერთაშორისო პრაქტიკა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სახელმძღვანელო „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისების შესახებ: პაციენტზე ორიენტირებული და მის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომების ხელშეწყობა“¹¹⁶ მოითხოვს ფოკუსირებას თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გაფართოებაზე. ის იძლევა კარგი პრაქტიკის მაგალითებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ, სხვადასხვა კონტექსტში, მთელს მსოფლიოში და აღწერს კავშირებს, რომლებიც საჭიროა საცხოვრებლის, განათლების, დასაქმებისა და სოციალური დაცვის სექტორებთან, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების ჩართულობა საზოგადოებაში.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია (CRPD) აღიარებს გამოწვევებს და მოითხოვს ადამიანის უფლებების ხელშეწყობას და ძირითად რეფორმებს ამ მიმართულებით, რაც გამყარებულია მდგრადი განვითარების მიზნებით (SDGs).

დოკუმენტი წარმოგვიდგენს სერვისების ძირითად პრინციპებს, ასევე მომსახურების შეფასების მეთოდს, რასაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ხარისხის, ეფექტიანობისა და ხარჯ-ეფექტურობის მუდმივი შეფასებისთვის; ასევე წარმოადგენს პრაქტიკულ ნაბიჯებსა და რეკომენდაციებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შექმნისა და ტრანსფორმაციისთვის. აღნიშნული დოკუმენტის მიზანია სწორედ ეს არის, რომ მიაწოდოს ინფორმაცია ყველა დაინტერესებულ მხარეს, ვისაც სურს ამ სფეროში ცვლილებები, კერძოდ, დოკუმენტი განკუთვნილია:

- შესაბამისი სამინისტროებისა (მათ შორის, ჯანდაცვა და სოციალური დაცვა) და პოლიტიკის შემქმნელებისთვის;
- ზოგადი ჯანმრთელობის, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური მომსახურების მენეჯერებისთვის;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ჩართული პერსონალისთვის;
- პირებისთვის, რომლებსაც აქვთ შეზღუდული ფსიქოსოციალური შესაძლებლობები;
- ადამიანებისთვის, რომლებიც სარგებლობენ ან ადრე იყენებდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალურ სერვისებს;
- იმ არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვის, რომლებიც ჩართულნი არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროებში;
- ოჯახის წევრების, დამხმარე პირებისთვის და სხვა დაინტერესებული მხარეებისთვის.

116 WHO's Guidance on community mental health services; Promoting person-centred and rights-based approaches.



დოკუმენტს ახლავს 7 დამხმარე ტექნიკური პაკეტი, რომელიც შეიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილი სერვისების აღწერას და კარგი პრაქტიკის მაგალითებს:

სათემო ცენტრების სერვისები	• ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება, კონსულტაციები, ჯგუფური თერაპიები, მედიკამენტები და ა.შ.
კრიზისული სერვისები	• კრიზისის დაძლევა სახლში მულტიდისციპლინური გუნდის დახმარებით • კრიზისის დაძლევა სარეაბილიტაციო ცენტრში
სტაციონარზე დაფუძნებული სერვისები	• უზრუნველყოფს პაციენტის მოვლას ზოგადი პროფილის სტაციონარულ დაწესებულებაში
თანასწორთა მხარდაჭერის სერვისები	• ინდივიდუალური და ჯგუფური მხარდაჭერის სეანსები
მობილური სერვისები	• სთავაზობს სერვისს სამედიცინო დაწესებულების გარეთ
საცხოვრებლით მხარდაჭერა	• უზრუნველყოფს ბენეფიციარებს თავშესაფრებით
სერვისების ყოვლისმომცველი ქსელები	• აერთიანებს ისეთ სერვისებს, როგორებიცაა, მობილური გუნდი, მასპინძელი ოჯახი, სხვადასხვა ცენტრი და ა.შ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ზანსრუაბი¹¹⁷

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ცენტრები ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქოსოციალურად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების მოვლასა და მხარდაჭერას უზრუნველყოფენ. ეს ცენტრები უზრუნველყოფენ პაციენტების მხარდაჭერას ინსტიტუციური გარემოს გარეთ და მათი სახლების სიახლოვეს.

დოკუმენტი განიხილავს ერთ-ერთი კლინიკის მაგალითს, როგორც საუკეთესო პრაქტიკას: სათემო სერვისი უზრუნველყოფს ინტერვენციების სრულ სპექტრს, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებას, ინდივიდუალურ კონსულტაციებს, ჯგუფურ თერაპიებს, მედიკამენტებს, მხარდაჭერათა ჯგუფებს და ასევე პროფესიული უნარების ტრენინგებს. უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა სერვისი ნებაყოფლობითია სამედიცინო პერსონალი ყველა ხერხს იყენებს, რომ დაარწმუნოს ადამიანები მკურნალობის საჭიროებაში, რათა თავიდან აირიდონ იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია.

რაც შეეხება სხვა ქვეყნის მაგალითს, რომელსაც დოკუმენტი გვთავაზობს, იქ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა ხორციელდება ერთიანი ჯანდაცვის სისტემის ქვეშ სხვადასხვა სერვისის მეშვეობით, მათ შორის, სათემო ცენტრებით, რომლებიც კარგად არიან ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. სათემო ცენტრებში შექმნილია სახლის მსგავსი გარემო და პერსონალი არ ატარებს უნიფორმას. ასევე: ის მუშაობს ღია კარის პრინციპით, რაც გულისხმობს იმას, რომ არ არის შეზღუდული, თუ ვინ მიიღებს სერვისს და ამისთვის არ არის აუცილებელი ფორმალური დიაგნოზი ჰქონდეს ადამიანს, პირიქით, გამოიყენება საჭიროებების ფართო

117 WHO Technical Package on Community mental health centres.



ინტერპრეტაცია, რომელიც დაფუძნებულია პირად ისტორიაზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებებზე, სოციალურ ურთიერთობასა და სოციალურ დაუცველობაზე. ცენტრი მიზნად ისახავს ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის შემცირებას. თანამშრომლები ყოველდღე ამოწმებენ, ვინმემ ხომ არ მიიღო სასწრაფო დახმარების სერვისი ფსიქიკური აშლილობის გამო და ასეთ შემთხვევაში ხვდებიან პირს/მის ოჯახის წევრს და სთავაზობენ მხარდაჭერას და შესაბამის ზრუნვას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული სერვისები¹¹⁸

კრიზისული სერვისების მიზანია მწვავე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების მხარდაჭერა. საზოგადოდ, ეს სერვისები მიდრეკილია იძულებითი მკურნალობისკენ, ამიტომ ადამიანები ხვდებიან უფლებების დარღვევის გაზრდილი რისკის ქვეშ, თუმცა აღნიშნული ტექნიკური პაკეტი აღწერს ისეთ სერვისებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ეფექტიან ზრუნვას უფლებების შელახვის გარეშე და განიხილავს სხვადასხვა მაგალითს, როგორიცაა: კრიზისის დაძლევის სახლში მულტიდისციპლინური გუნდის დახმარებით და მხარდაჭერას სარეაბილიტაციო ცენტრებში.

დოკუმენტი განიხილავს ერთ-ერთი კლინიკის მაგალითს, როგორც საუკეთესო პრაქტიკას, რაც გულისხმობს, რომ მათი სარეაბილიტაციო ცენტრი ღიაა ყველა 18 წელს გადაცილებული პირისთვის და მიზნად ისახავს მათი კრიზისის გადაქცევას სწავლისა და ზრდის შესაძლებლობად.

სტაციონარზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები¹¹⁹

ისტორიულად, სტაციონარზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ბევრ ქვეყანაში მოიცავდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს ან სოციალური დახმარების დაწესებულებებს, რომლებიც იზოლირებულია დანარჩენი საზოგადოებისგან. ადამიანები ხშირად ცხოვრობენ ამ გარემოში კვირების, თვეებისა და წლების განმავლობაშიც კი. ეს გარემო ხშირად ასოცირდება იძულებით პრაქტიკასთან.

ამ ტექნიკურ პაკეტში წარმოდგენილი სერვისები შორდება ზემოთ ხსენებულ მოდელს და უზრუნველყოფს მოვლას ზოგადი პროფილის სტაციონარულ დაწესებულებებში, რომლებიც ინტეგრირებულია ზოგადი ჯანმრთელობის სისტემასა და დანარჩენ საზოგადოებასთან. ეს სერვისები ისეა ორგანიზებული, რომ ადამიანებმა მინიმალური დრო გაატარონ სტაციონარულ დაწესებულებაში სამკურნალოდ.

დოკუმენტი განიხილავს ერთ-ერთი კლინიკის მაგალითს, როგორც კარგ პრაქტიკას – სერვისი უზრუნველყოფს როგორც სტაციონარულ მომსახურებას, ისე – დღის კლინიკებს, სახლში მკურნალობას და დახმარებას, ასევე – ამბულატორიულ მომსახურებას. სერვისის მიღება შესაძლებელია შეფერხების ან ლოდინის გარეშე და ადამიანებს შეუძლიათ ნებისმიერ დროს გადაინაცვლონ სტაციონარიდან სახლში დაფუძნებულ მკურნალობაზე ან პირიქით. სტაციონარში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა 21 დღეა, დღის კლინიკებში შემოთავაზებული პროგრამების კი – 28 დღე. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს სახლში მკურნალობა

118 WHO Technical Package on Mental health crisis services.

119 WHO Technical Package on Hospital-based mental health services.



ურჩევნია, მაშინ ის მოიცავს ექთნის ყოველდღიურ, ხოლო ექიმის ყოველკვირეულ ვიზიტს. მოთხოვნის შემთხვევაში, სახლში ვიზიტს ახორციელებს სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, თერაპევტები და მხარდაჭერის მუშაკები. მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობაა 28 დღე.

თანასწორთა მხარდაჭერის (PEER SUPPORT) ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები¹²⁰

თანასწორთა მხარდაჭერის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები შედგება ინდივიდუალური ან ჯგუფური მხარდაჭერის სესიებისაგან, რომლებიც უზრუნველყოფილია გამოცდილების მქონე ადამიანების მიერ სხვებისთვის გამოცდილების გაზიარებით, რომლებსაც სურთ ისარგებლონ მათი გამოცდილებით და მხარდაჭერით. პრაქტიკის მიზანია მხარი დაუჭიროს ადამიანებს იმ საკითხებში, რომლებსაც ისინი თვლიან მნიშვნელოვნად საკუთარი ცხოვრებისა და გამოჯანმრთელებისთვის ისე, რომ თავისუფალი იყოს განსჯისა და ვარაუდებისგან. თანასწორთა მხარდაჭერაში მონაწილეობა ყოველთვის ეფუძნება არჩევანს და ინფორმირებულ თანხმობას და ადამიანები, რომლებიც იღებენ ამ სერვისს, არ არიან ვალდებული გააგრძელონ შეთავაზებული მხარდაჭერა, რაც საშუალებას აძლევს ადამიანს გააკეთოს არჩევანი თავისი ნების, უპირატესობისა და თვითიდენტიფიცირებული საჭიროებების საფუძველზე.

მოზილური სერვისები¹²¹

სათემო მოზილური სერვისები უზრუნველყოფენ მოსახლეობის ზრუნვას და მხარდაჭერას თავიანთ სახლებში ან სხვა ისეთ ადგილებში, როგორებიცაა, საჯარო სივრცეები, ქუჩები. საზოგადოებასთან ურთიერთობის სერვისები ხშირად ქმნიან მოზილურ გუნდებს, რომლის შემადგენლობაში არიან ჯანდაცვისა და სოციალური მუშაკები და თემის სხვა წევრები. ტექნიკურ პაკეტში განხილულია საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითები, რომლებიც ხაზს უსვამს ადამიანის უფლებებისადმი პატივისცემის მნიშვნელობას. ეს ნიშნავს, რომ ადამიანები, რომლებიც იყენებენ სერვისს, აკონტროლებენ და მხარს უჭერენ, მიიღონ საკუთარი გადაწყვეტილებები იმის შესახებ, სად განხორციელდება მომსახურება, როდის, რა შედის სერვისში და სხვა ასპექტები. პრიორიტეტია პიროვნების მენტალური მდგომარეობის გაუმჯობესების და დამოუკიდებელი ცხოვრების გზის ხელშეწყობა.

სახსოვრებით მხარდაჭერა¹²²

საცხოვრებლით მხარდაჭერა განკუთვნილია ადამიანებისთვის, რომლებსაც არ გააჩნიათ საცხოვრებელი სახლი და ამავდროულად აქვთ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კომპლექსური, გრძელვადიანი საჭიროებები.

120 WHO Technical Package on Peer support mental health services.

121 WHO Technical Package on Community outreach mental health services.

122 WHO Technical Package on Supported living for mental health.



ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ყოვლისმომცველი ქსელები¹²³

დოკუმენტი მოცემულია კარგი პრაქტიკის მაგალითი, სადაც ყოვლისმომცველი ქსელების ელემენტებად განხილულია:

- ადგილობრივი სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრები, სადაც პირველადი კონტაქტი აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს;
- მობილური გუნდი, რომელიც ხელმისაწვდომია კვირაში 7 დღე, 24 საათის განმავლობაში;
- ჰოსპიტალი, რომელიც იღებს პაციენტებს საჭიროების შემთხვევაში და რომელსაც ჰყავს ასევე მულტიდისციპლინური გუნდი;
- თერაპიული მასპინძელი ოჯახები, რომელიც განიხილება ჰოსპიტალიზაციის ალტერნატივად. ამ სერვისის მიზანია ბენეფიციარმა თავი იგრძნოს ისე, როგორც საკუთარ სახლში;
- სხვადასხვა ტიპის ცენტრი.

123 WHO Technical Package on Comprehensive mental health service networks.



