

პენიტენციური სისტემის პირველადი ჯანდაცვის რეფორმების შედეგები

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

ქეთევან ომანაძე

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის პაციენტთა ნაკადების მართვისა და მონიტორინგის მენეჯერი

გამოქვეყნდა რეცენზირებად სამეცნიერო ჟურნალში "ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა" N 1 2015.

ციტირება: თენგიზ ვერულავა, ქეთევან ომანაძე. „პენიტენციური სისტემის პირველადი ჯანდაცვის რეფორმების შედეგები“. *ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა*, №1 (2015).

<http://hepoin.com/index.php/component/k2/item/30-penitentiary>

შესავალი

2007-2008 წლებში საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განხორციელდა ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევა. ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა პენიტენციალური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საჭიროების ძირითადი მიზეზები¹:

- პატიმართა არადამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები და მასიური გადატვირთულობა,
- გამიჯვნა ეროვნული ჯანდაცვის სისტემიდან;
- პატიმართა და სამედიცინო პერსონალის დისბალანსი;
- პაციენტთა საჭიროებების გათვალისწინების ნაცვლად წარსულის ინერციით მუშაობა;
- სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი და დაბალი კვალიფიკაცია (არ განხორციელებულა სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლების უზრუნველყოფა, გარდა ფთიზიატრებისა);
- სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი; ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ეროვნული სტანდარტებისა და სტანდარტული სამოქმედო პროცედურების არარსებობა.
- წლების განმავლობაში არ ტარდებოდა სავალდებულო სკრინინგი (გარდა ტუბერკულოზისა).
- პენიტენციალური სისტემის ჯანდაცვით დაწესებულებებში არ იყო შემოღებული ინდივიდუალური სამედიცინო ბარათები (გარდა ციხის რესპუბლიკური საავადმყოფოსა — ტუბ/შიდსი).
- სტომატოლოგიური კაბინეტები და აფთიაქები ფუნქციონირებდა მხოლოდ დაწესებულებათა მცირე ნაწილში.

¹ შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ–გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი–2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

- ჯანმრთელობის პრობლემებს შორის ყველაზე გავრცელებული იყო ფსიქიკური, სტომატოლოგიური და ინფექციური დაავადებები.

ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევის საფუძველზე შემოთავაზებულ იქნა რეკომენდაციები, რაც უმთავრესად გულისხმობდა სამოქალაქო და პენიტენციური ჯანდაცვითი სისტემების ინტეგრირებასა და ჰარმონიზირებას ჯანდაცვის სისტემისათვის დადგენილ მოთხოვნებთან, მეტი აქცენტის გაკეთებას მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური გაიდლაინების განვითარებაზე, დაავადებათა პრევენციული ღონისძიებების გაფართოებაზე, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მომზადების ხელშეწყობაზე, სამედიცინო აღჭურვილობა-მოწყობილობების სრულყოფაზე.

პენიტენციალურ ჯანდაცვის სისტემაში არსებულმა პრობლემებმა ადექვატური ასახვა ჰპოვა მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რაც უმთავრესად მოკვდაობის გაზრდით, გარდაცვალების ძირითად მიზეზთა სტრუქტურით, ასევე, დაავადებიაობისა და ავადობის მომატებით გამოიხატა.

სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრომ მიიღო გადაწყვეტილება, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მხარდაჭერით განხორციელებინა პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროექტი სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში.

რეფორმის უმთავრეს ამოცანას წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) ეფექტურ მეთოდზე დაფუძნებული სერვისების დანერგვა, რომელიც მიზანმიმართული იქნებოდა პატიმართა რეალური საჭიროებებზე.

წარმოდგენილი კვლევის მიზანს წარმოადგენს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის დანერგვიდან დღემდე განხორციელებული ცვლილებებისა და მათი შედეგების შეფასება.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საერთაშორისო რეკომენდაციები

სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა დაცულია სხვადასხვა საერთაშორისო სტანდარტით. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია გაეროს გენერალური ასამბლეის მიერ 1966 წლის 16 დეკემბერს მიღებული „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი“, რომელიც ძალაში შევიდა 1976 წლის 3 იანვრიდან¹. 1994 წლის 25 იანვრის დადგენილებით საქართველოს პარლამენტმა მოახდინა ამ პაქტის რატიფიცირება. პაქტის მე-12 მუხლის 1 პუნქტის მიხედვით სახელმწიფო აღიარებს „ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტებზე“². აღნიშნული სტანდარტი, ყველა სხვა ადამიანებთან ერთად, ასევე ეხება ბრალდებულებს/მსჯავრდებულებს, რაც ნიშნავს, რომ ბრალდებულებს /მსჯავრდებულებს ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც არ უნდა იყოს ქვეყანაში სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორში არსებულ სტანდარტზე უარესი³. აღნიშნული პრინციპები გამყარებულია ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2006 წლის 11 იანვრის R(98) 7 რეკომენდაციით „წვერი სახელმწიფოებისადმი ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და საორგანიზაციო ასპექტების შესახებ“⁴.

ევროსაბჭოს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის მესამე ძირითად ანგარიშში კომიტეტის აქტივობების შესახებ ფორმულირებულია ძირითადი პრინციპები, რომელსაც ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უნდა აკმაყოფილებდეს⁵:

¹ ალექსიძე ლევან, ლ. გორგაძე, მ. კვაჭაძე და სხვ. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალი: ლექსიკონი-ცნობარი. თბილისი, 2005.

² მაცნე, საქართველოს საკანონმდებლო. "ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი." 05 25, 2000.

³ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია http://www.mcla.gov.ge/?action=page&p_id=262&lang=geo (nanaxia 21.05.2014)

⁴ "Council of Europe. Committee of Ministers." Recommendation No. R (98) 71 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, January 11, 2006.

⁵ Council of Europe. 3rd General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992. <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-03.htm#III>, June 4, 1993

- ბრალდებულს/მსჯავრდებულს ხელი უნდა მიუწვდებოდეს სამედიცინო მომსახურებაზე, რაც გულისხმობს ექიმთან შეუზღუდავი კონტაქტის უფლებას. დაწესებულებაში მოხვედრისთანავე მას ექიმმა უნდა გაუწიოს სამედიცინო მეთვალყურეობა, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში ჩაუტაროს გამოკვლევები. სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე, როგორც ფინანსური, ასევე ორგანიზაციული თვალსაზრისით პასუხისმგებლობას იღებს სახელმწიფო.
- ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უნდა გაეწიოს სათანადო სამედიცინო დახმარება. სამედიცინო სამსახური უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების ისეთივე სტანდარტს, როგორც ხელმისაწვდომია სამოქალაქო ჯანდაცვაში. სამედიცინო სამსახური უნდა აკმაყოფილებდეს ქვეყანაში არსებულ სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ფსიქიატრიული მომსახურების მიწოდებას, რადგან სასჯელადსრულების დაწესებულებაში ფსიქიკური აშლილობების რისკი მკვეთრად მეტია.
- დაცული უნდა იყოს პაციენტისგან ინფორმირებული თანხმობის მიღების და სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დაცვის პრინციპები (არასრულწლოვნებთან დაკავშირებით მოქმედებს საერთაშორისო და ადგილობრივი კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნორმები). პაციენტს უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია სამედიცინო კვლევების, მკურნალობის, მისი პროგნოზის შესახებ. ბრალდებულს/მსჯავრდებულს აქვს უფლება მისი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია განიხილოს ნათესავებთან ან სხვა ექიმთან დაწესებულების გარეთ. ბრალდებულს/მსჯავრდებულს აქვს უფლება უარი განაცხადოს მკურნალობაზე.
- პრევენციული ზომების გატარება – დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის ფუნქცია არ შემოიფარგლება მხოლოდ პაციენტთა მკურნალობით, არამედ მოიცავს მათ ფსიქო-სოციალურ დახმარებას და პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელებას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიგიენის, გადამდები დაავადებების, სუიციდის პრევენციის, ძალადობის

აღკვეთის საკითხებს, ასევე, სოციალური და ნათესაური კავშირების შენარჩუნების ხელშეწყობას.

- ჰუმანიტარული თანადგომა – ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა შორის უნდა იყოს იდენტიფიცირებული მოწყვლადი კატეგორიები, რომელთაც განსაკუთრებული მხარდაჭერა ესაჭიროებათ. ყურადღება უნდა გამახვილდეს დედათა და ბავშვთა საკითხზე, არასრულწლოვან ბრალდებულებზე/მსჯავრდებულებზე და მათზე, ვისაც პიროვნული აშლილობები აღენიშნებათ.
- პროფესიული დამოუკიდებლობა – სამედიცინო პერსონალის მოვალეობა, რომ პაციმარს გაუწიოს სამედიცინო დახმარება, ხშირად წინააღმდეგობაში მოდის დაწესებულების ადმინისტრაციისა და უსაფრთხოების სამსახურის ინტერესებთან. ეს ფაქტორი ხშირად იწვევს ეთიკურ პრობლემებს და სამედიცინო პერსონალს რთული არჩევანის წინაშე აყენებს. ამის თავიდან ასაცილებლად, საჭიროა დაწესებულების სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობის უზრუნველყოფა. ნებისმიერ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი საკუთარი ფუნქციების განხორციელებისას უნდა ხელმძღვანელობდეს მხოლოდ სამედიცინო კრიტერიუმებით.
- პროფესიული კომპეტენცია – დაწესებულების სამედიცინო პერსონალი დამატებით უნდა იყოს აღჭურვილი სათანადო ცოდნით და უნარებით, რათა მოახდინოს სამედიცინო პრაქტიკის ადაპტირება პაციმრობით გამოწვეული რისკ ფაქტორების მიმართ.
- ინტეგრაციის პრინციპი - პენიტენციური ჯანდაცვა უნდა იყოს ინტეგრირებული ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში, ვინაიდან მისი იზოლირება საფრთხეს უქმნის სამედიცინო მომსახურების ექვივალენტურობას, ხარისხს და ხელმისაწვდომობას¹.

¹ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია http://www.mcla.gov.ge/?action=page&p_id=262&lang=geo (21.05.2014)

„ციხის ევროპული წესების“ მესამე ნაწილში ასევე მოცემულია სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის ორგანიზაციის და ჯანდაცვის უფლების გააზრება¹:

- დაწესებულების ხელმძღვანელობამ უნდა დაიცვას მისი მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პატიმრების ჯანმრთელობა;
- დაწესებულებაში სამედიცინო სამსახური უნდა იყოს ორგანიზებული სახელმწიფო ჯანდაცვით ორგანიზაციებთან ახლო თანამშრომლობით;
- პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკა უნდა იყოს ინტეგრირებული და ეთავსებოდეს ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკას;
- პატიმრებს უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის სამსახურზე ყოველგვარი არსებული დისკრიმინაციის გარეშე;
- პატიმრებს უნდა გაეწიოს ყველა საჭირო სამედიცინო მომსახურება (მ.შ. ქირურგიული, ფსიქიატრიული და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისები);
- ყოველი დაწესებულება უნდა სარგებლობდეს მინიმუმ ერთი კვალიფიცირებული ზოგადი პროფილის ექიმის მომსახურებით;
- გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევებში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს კვალიფიცირებული მედიცინის მუშაკის ხელმისაწვდომობა;
- ყოველ დაწესებულებას უნდა ჰყავდეს ჯანდაცვის სფეროში სათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პერსონალი;
- ყოველი პატიმრისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს კვალიფიცირებული სტომატოლოგისა და ოკულისტის დახმარება;
- მედიცინის მუშაკი ან კვალიფიცირებული მედდა პატიმრებს სამედიცინო მეთვალყურეობას უწევს მათი მიღებიდან შემდგომისდაგვარად უმოკლეს პერიოდში, ხოლო საჭიროებისას უტარებს სამედიცინო გამოკვლევას;

¹ "Council of Europe. Committee of Ministers." Recommendation No. R (98) 71 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, January 11, 2006

- მედიცინის მუშაკი რეგულარულად უნდა ამოწმებდეს, აგროვებდეს ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე: საკვების და წყლის ხარისხი, დაწესებულების და პაციენტების ჰიგიენა და სისუფთავე, დაწესებულების სანიტარული მდგომარეობა, გათბობა, განათება და ვენტილაცია, პაციენტთა ტანსაცმლისა და ქვეშაგების სისუფთავე და ვარგისიანობა;
- ავადმყოფი პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალისტის მკურნალობას, გადაყვანილ უნდა იქნან სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან სამოქალაქო საავადმყოფოებში;
- დაწესებულების სამედიცინო სამსახურმა უნდა უზრუნველყოს ფსიქიატრიული სამედიცინო მომსახურება საჭიროების შემთხვევაში და ყურადღება მიაქციოს სუიციდის პრევენციას.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ეტაპები

საქართველოს პრეზიდენტის 2005 წლის 9 ივლისის № 549 ბრძანებულების შესაბამისად, რომელიც ითვალისწინებდა ევროგაერთიანების ნორმებთან და სტანდარტებთან მაქსიმალური ინტეგრაციის მოთხოვნას, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა სამინისტროს შორის მიღწეულ იქნა შეთანხმება სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო სამსახურის რეფორმის გრძელვადიანი და მოკლევადიანი ამოცანების შემუშავების, სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის შესწავლისა და ანალიზის შესახებ. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტს ეთხოვა პროექტის ტექნიკური და საექსპერტო დახმარება, რომლის ხელშეწყობით ორგანიზება გაუკეთდა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ექსპერტთა ჯგუფის მონაწილეობას ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევის მოსამზადებელ პერიოდში და კვლევის შედეგების განსახილველად¹.

¹ ვერულავა თენგიზ. "რეფორმები პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში." თბილისი 2010: <https://burusi.wordpress.com/2010/06/21/tengiz-verulava-21/>

2006 წელს სახელმწიფოს მიერ წითელი ჯვრის მხარდაჭერით ჩატარებული პენიტენციურ სისტემაში ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევის შედეგად შესწავლილ იქნა დემოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და მსჯავრდებულთა მდგომარეობის მაჩვენებლები, ჯანმრთელობის (ფიზიკური და ფსიქიური მდგომარეობა) სტატუსი, ავადობის მაჩვენებლები, მომსახურების უტილიზაცია, ინფრასტრუქტურა, ადამიანური რესურსები¹.

ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა პენიტენციალური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საჭიროების ძირითადი მიზეზები: გამიჯვნა ეროვნული ჯანდაცვის სისტემიდან, პატიმართა და სამედიცინო პერსონალის დისბალანსი; პაციენტთა საჭიროებების გათვალისწინების ნაცვლად წარსულის ინერციით მუშაობა, სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი, სამედიცინო კადრების დაბალი კვალიფიკაცია, ჯანდაცვის სტანდარტის არარსებობა².

შექმნილმა სიტუაციამ დღის წესრიგში დააყენა პენიტენციალური ჯანდაცვის სისტემის ძირეული ფუნქციური და ინსტიტუციური ცვლილებების განხორციელების საჭიროება და საქართველოს მთავრობამ დაიწყო პენიტენციალური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება. შემოთავაზებული რეფორმა მიზნად ისახავდა მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებების მართვისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების მიზნით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიების განვითარებას³.

2009 წლის ზაფხულში სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრომ მიიღო გადაწყვეტილება საპილოტე მოდელის ორ დაწესებულებაში რუსთავის 6 და გლდანის 8 დაწესებულებებში პილოტირების შესახებ. ზემოაღნიშნული დაწესებულებები ერთმანეთისგან განსხვავდებოდა პატიმართა თავისუფლების რეჟიმითა და პატიმართა

¹ იქვე
² იქვე.
³ იქვე

დაყოვნების ვადებით, შესაბამისად ასეთი შერჩევა ეფუძნებოდა ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების, ადამიანური რესურსებზე მოთხოვნისა თუ მენეჯერული საკითხების გადაწყვეტის თავისებურებათა გავლენას პატიმრობისა და სასჯელაღსრულების დაწესებულებებს შორის¹. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ შემუშავებულ პენიტენციური ჯანდაცვის სტრატეგიულ დოკუმენტში გაწერილი იყო ამ მოდელის თანდათანობითი გავრცობა მთელს პენიტენციურ სისტემაში².

თავისუფლებაადკვეთილი პიროვნებების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით აქტიური თანამშრომლობა მიმდინარეობდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს შორის. 2011 წლის 17 თებერვალს ხელი მოეწერა ურთიერთგაგების მემორანდუმს, რომლის მიზანს წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების სისტემის პილოტირება პენიტენციურ სისტემაში. სამინისტროებს შორის ნაყოფიერი თანამშრომლობის შედეგად კიდევ უფრო დაიხვეწა პირველადი ჯანდაცვის პროექტის განხორციელების გეგმა.

2011 წლის პირველ ივლისს პილოტური პროგრამა ოფიციალურად დაიწყო სასჯელაღსრულების რუსთავის მე-6 და გლდანის მე-8 დაწესებულებებში. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ხელშეწყობით განხორციელდა სამედიცინო პერსონალის ორი კოჰორტის გადამზადება ოჯახის ექიმისა (20 ექიმი) და ზოგადი პრაქტიკის ექთნის (19 ექთანი) სპეციალობით, მათ სწავლება გაიარეს დამატებით მოდულებშიც (ფსიქიატრია, კარდიოლოგია, ფარმაკოლოგია). განხორციელდა საპილოტე დაწესებულებების სამედიცინო პუნქტების აღჭურვა

¹ შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ–გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი–2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

² იქვე.

ქვეყანაში არსებული სტანდარტების შესაბამისად¹. პროგრამა დასრულდა 2012 წლის თებერვალში.

2013 წელს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ შეფასდა 2011–2013 წლების რეფორმის სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის განხორციელებისას მიღწეული ცვლილებები. სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ თავისი ფუნქციების უკეთ შესრულების, რესურსების ეფექტურად გამოყენების და მართვის გაუმჯობესების მიზნით აუცილებელი გახდა დეპარტამენტის რეორგანიზაცია და სათანადო სამმართველოების შექმნა.

ერთ-ერთ უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენდა სისტემის გადატვირთულობა. კერძოდ, სტრატეგიის შემუშავების მომენტისათვის, 18 სამკურნალო დაწესებულებაში 180 საწოლზე 285 პაციმარი იყო მოთავსებული. ასევე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენდა სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის დაფინანსების საკითხი. 2012 წელს დაზუსტებულმა დაფინანსებამ გეგმის მიხედვით შეადგინა 7.187.000 ლარი (მსჯავრდებულზე წელიწადში საშუალოდ 330 ლარი).

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვდა ადამიანური რესურსები და მათი ანაზღაურებასთან დაკავშირებული პრობლემები. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ ორ დაწესებულებაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტირებამ ცხადყო, რომ სამედიცინო კადრების ჯეროვანმა შერჩევამ, მათმა გადამზადებამ და განვითარება დადებითი შედეგები განაპირობა დაწესებულებების პოპულაციის ჯანმრთელობის მართვაში. ამ თვალსაზრისით, აუცილებელი გახდა პჯდ ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში დამოუკიდებლობის (ავტონომიურობის) უზრუნველყოფა.

ექიმის ანაზღაურება რეფორმის დაწყების მომენტში იყო 750 ლარი, ხოლო ექთნის 438 ლარი. პრობლემას წარმოადგენდა ინფრასტრუქტურა. სტრატეგიის შემუშავების პროცესში N18 დაწესებულებაში მწყობრიდან იყო გამოსული სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო აღჭურვილობა, ხოლო 19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და

¹ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013. <http://www.healthrights.ge/wp-content/uploads/2013/01/jandacvis-sistemis-efekturobis-angarishi.pdf>

სარეაბილიტაციო ცენტრი მოცემული მომენტისთვის ვერავითარ კრიტიკას ვერ უძლებდა. ასევე პრობლემას წარმოადგენდა სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება, ბარათები იყო არასტანდარტული და მასში შეტანილი ინფორმაცია არ იყო სარწმუნო. პაციენტის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულების ექიმებსა და სასჯელაღსრულების სამედიცინო პერსონალს შორის ინფორმაციის გაცვლა არასრულყოფილი იყო. არ ხდებოდა კოორდინაცია.

შემუშავდა პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის ახალი, უფრო მოქნილი 18 თვიანი სტრატეგია, რომლის უმთვარეს მიზანს შეადგენდა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთათვის ადექვატური სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, სამოქალაქო ჯანდაცვასთან ექვივალენტური სტანდარტის უზრუნველყოფა.

გეგმა მოიცავდა სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის გადაწყობას, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაფართოებას და გაძლიერებას, სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებების შესაძლებლობების განვითარებას, თანამედროვე ფსიქიატრიული სამსახურის შექმნას, განსაკუთრებულ ყურადღებას არასრულწლოვანი და ქალი ბრალდებულების/მსჯავრდებულების მიმართ, ინფექციური დაავადებების ჯეროვან მართვას (აივ/შიდსის მკურნალობის სტანდარტის შენარჩუნებას, ტუბერკულოზის პრევენციისა და მკურნალობის პროცესის გაუმჯობესებას, ჰეპატიტების პრევენციისა და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას), სამედიცინო პერსონალისთვის პროფესიული განვითარების შესაძლებლობებს, პაციენტთა უსაფრთხოების სტანდარტების შემოტანას, ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის გამო სასჯელისგან გათავისუფლების მექანიზმის ეფექტურ მუშაობას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემებში ინტეგრაციას და სასჯელის მოხდის პერიოდში სამედიცინო პერსონალის თანამშრომლობის გაუმჯობესებას მულტიდისციპლინურ გუნდთან¹.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მართვა

¹ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია http://www.mcla.gov.ge/?action=page&p_id=262&lang=geo (21.05.2014)

2000–2006 წლებში პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისები იყო იუსტიციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის პასუხისმგებლობის ქვეშ და დამოუკიდებელი იყო სასჯელაღსრულების დეპარტამენტისგან. 2007 წლის ოქტომბერში ხელი მოეწერა სამწლიან ხელშეკრულებას სახელმწიფო შესყიდვებზე სასჯელაღსრულების დეპარტამენტსა და კერძო სადაზღვევო კომპანიას „აღდაგი ბი სი აი“-ს შორის, რითაც მოხდა იუსტიციის სამინისტროს პერსონალის კონტრაქტირება აღნიშნული სადაზღვევო კომპანიის მიერ.

2008 წელს იუსტიციის სამინისტროს რეორგანიზაციის შემდეგ გაუქმდა რეფორმების მონიტორინგისა და სამედიცინო ზედამხედველობის დეპარტამენტი, ამგვარად, იუსტიციის სამინისტროში გაქრა ჯანდაცვის მართვის უკანასკნელი რგოლი. 2009 წელს ხელშეკრულება სადაზღვევო კომპანიასთან შეფასდა როგორც წარუმატებელი და კონტრაქტი ანულირებულ იქნა. ამავე დროს, 2009 წლის თებერვალში, საკონსტიტუციო ცვლილებებზე ხანგრძლივი დებატების შემდეგ, შეიქმნა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო პენიტენციურ დაწესებულებებზე სრული პასუხისმგებლობით. სამინისტროს შექმნიდან 6 თვეში ჩამოყალიბდა სამედიცინო დეპარტამენტი¹.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები

პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენდა სამოქალაქო სექტორში არსებულ პირველად ჯანდაცვასთან მაქსიმალურად იდენტური მოდელის დანერგვა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის პილოტირების პროექტი, რომელიც უნდა განხორციელებულიყო საპილოტე მოდელის ორ დაწესებულებაში. რეფორმის შემდგომ ეტაპებზე დაგეგმილი იყო მოდელის თანდათანობითი გავრცობა მთელს პენიტენციურ სისტემაში.

¹ შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ–გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი–2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია პირველად ჯანდაცვას განიხილავს, როგორც უმნიშვნელოვანეს რგოლს, სადაც დროული და ეფექტური ჩარევის შედეგად, დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესების საშუალებით, შესაძლებელია ეკონომიკური ეფექტურობის გაზრდა¹.

პირველადი ჯანდაცვის პილოტირების პროექტის მიზნებს წარმოადგენდა:

- თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდა პატიმართათვის;
- სკრინინგის სისტემის დანერგვა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში, დაავადებათა დროული გამოვლენის მიზნით;
- გამოვლენილი შემთხვევების რეგისტრაცია და ადექვატური მკრნალობის მიწოდება (მტკიცებულებებითი მედიცინის საფუძველზე/საჭიროებებზე დაყრდნობით);
- სახელმწიფოს მიერ აკრედიტებული საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამით სამედიცინო პერსონალის გადამზადება;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლება—მოდულარული სასწავლო სესიები;
- პჯდ ცენტრების უზრუნველყოფა პირველი რიგის (საბაზისო) მედიკამენტებით;
- სტომატოლოგიური, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ინფექციური დაავადებების კონტროლის გაზრდა.
- უნიფიცირებული საინფორმაციო სისტემების დანერგვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტანდარტების შესაბამისად².

პროექტის პილოტირება ითვალისწინებდა პენიტენციურ სისტემაში ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფას პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოთხოვნის შესაბამისად. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზაციულ ფორმად

¹ შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ—გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი—2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

² შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ—გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი—2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

განისაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი, პირველადი ჯანდაცვის გუნდი¹. გუნდის შემადგენლობა განისაზღვრა 1 ექიმი/1 ექთანი. გუნდის მოცვის არეალი შეადგენდა დაახლოებით 200-400 პაციმარს. გუნდების განაწილება ეყრდნობა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პაციმართა არსებულ რაოდენობას. გუნდი მუშაობს მხოლოდ დღის საათებში, ღამით რეკომენდირებულია მხოლოდ ექთნების მორიგეობა. აუცილებელია გუნდზე მიმაგრებული ყველა პაციმარის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა, ხოლო ქრონიკული პაციმარის მონახულება პროაქტიურად, ასევე სამედიცინო დოკუმენტების წარმოება ჯანდაცვის ეროვნული სტანდარტების შესაბამისად.

განისაზღვრა პჯდ გუნდის მოვალეობები: ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრება, პრაქტიკულად ჯანმრთელ პოპულაციაზე მეთვალყურეობა, რისკ-ჯგუფების გამოვლენა (სკრინინგი სხვადასხვა დაავადებების გამოსავლენად), მწვავე და ქრონიკული მდგომარეობების მართვა, ქრონიკული დაავადებების გართულებების მართვა, სანიტარული განათლება, სხვადასხვა პრევენციულ ღონისძიებათა (კლინიკების) ორგანიზება, საჭიროების შემთხვევაში მიმართვა სპეციალისტთან.

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება ითხოვს სისტემურ მიდგომას, სამსახურის სტრუქტურისა და საჭიროების შესაბამისად დაკომპლექტებას. ამ მიზნით დადგინდა პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურის რუქა. პილოტირებაში ჩაერთო საერთო პენიტენციური პოპულაციის (რომელიც შეადგენდა 23695-ს) 14% (3800 პირი), ასევე საშტატო განრიგით არსებული სამედიცინო პერსონალის (რომელიც შეადგენდა 449-ს) 87%, მოქმედი საექიმო პერსონალის (რომელიც შეადგენდა 255-ს) 86% (ანუ 219 ექიმი), მოქმედი საექთნო პერსონალის (რომელიც შეადგენდა 232-ს) - 82% (ანუ 190 ექთანი)².

სამედიცინო პერსონალის პროფესიული გადამზადება

¹ ვერულავა თენგიზ. პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის განვითარების კონცეფცია. თბილისი. 2010 <http://burusi.wordpress.com/2010/06/21/tengiz-verulava-19/>

² შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ-გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი-2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

საპილოტე პროგრამის დასაწყისისთვის სამედიცინო მომსახურების პროცესში ექთნის ჩართულობა მინიმალურს წარმოადგენდა. ექთნის ძირითად დანიშნულებას წარმოადგენდა მედიკამენტების დახარისხება-დარიგება¹.

როგორც ავლინმნეთ, პილოტური პროექტი მიზნად ისახავდა პენიტენციურ სისტემაში ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფას პირველადი ჯანდაცვის წესებისა და მოთხოვნების შესაბამისად. იგი ითვალისწინებდა პროექტში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის გადამზადებას, მათ უზრუნველყოფას ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებითა და პროტოკოლით. ამ მიზნის განსახორციელებლად, 2010–2011 წლებში, პირველადი ჯანდაცვის პილოტირების ფარგლებში, ევროკავშირის მხარდაჭერით, დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭოს მიერ დამტკიცებული ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების პროფესიული მზადების პროგრამების შესაბამისად, თავდაპირველად გადამზადდა პენიტენციური სისტემის 8 ექიმი და ექთანი. კურსის დასრულების შემდეგ, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ფარგლებში ჩატარდა მოკლევადიანი ტრენინგები: კარდიოლოგიაში, ფსიქიატრიაში, კლინიკურ ფარმაკოლოგიაში, როგორც ექიმებისათვის, ასევე ექთნებისთვის. ტრენინგები ჩატარდა, აგრეთვე, ექიმებისთვის დაავადებათა და ჯანმრთელობის პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკატორების (ICD-10 და ICPC-2-R) გამოყენების უნარ-ჩვევებში. ამავე დროს, შეიქმნა მონიტორინგისა და შეფასების მულტიდისციპლინარული გუნდი, გადამზადებულ სამედიცინო პერსონალთან მუშაობის, პროგრესირების და ცვლილებების შეფასების მიზნით².

რეფორმის შედეგად პენიტენციურ პირველადი ჯანდაცვაში ჩართულ ყველა ექიმს აქვს სერტიფიკატი საოჯახო მედიცინაში და ყველა ექთანი გადამზადებულია ზოგადი პრაქტიკის ექთნად სახელმწიფოს დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო

¹ იქვე.

² შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ–გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი–2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

განათლების საბჭოს მიერ აკრედიტებული გადამზადებული სასწავლო პროგრამის მიხედვით¹.

პირველადი ჯანდაცვის გუნდების აღჭურვა სათანადო ინვენტარით

ევროსაბჭოსა და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ფინანსური მხარდაჭერით თავდაპირველად ორი სასჯელაღსრულების დაწესებულება გლდანის N6 და რუსთავის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულების პჯდ გუნდები აღიჭურვა სტანდარტული სამედიცინო და არასამედიცინო ინვენტარით, ქვეყანაში დამტკიცებული სტანდარტების სიის მიხედვით. ტექნიკური აღჭურვილობიდან აღსანიშნავია გლუკომეტრები, ეკგ, სამედიცინო სასწორი, სიმაღლის მზომი, ტონომეტრი, ოტოსკოპი, ოფთალმოსკოპი, პიკფლოუმეტრი, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა ნაადრევი გამოვლენის, დიაგნოსტიკისა და მართვის საქმეში ისეთი გავრცელებული დაავადებისთვის, როგორცაა გულის იშემიური დაავადება, არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, ბრონქული ასთმა, მეტაბოლური სინდრომი, სიმსუქნე და სხვა².

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის განვითარებისა და სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით პილოტი ითვალისწინებდა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კლინიკური გაიდლაინებისა და პროტოკოლების გამოყენებას. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ფინანსური მხარდაჭერით, ასევე, მოხდა პჯდ გუნდების უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებითა და პროტოკოლებით. აღნიშნული გაიდლაინები უზრუნველყოფს ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებას, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კლინიკურ გადაწყვეტილებებს, ხარჯთეფექტურ მკურნალობას, აწესრიგებს მიმართვიანობას უზრუნველყოფს ზედმეტი გამოკვლევებისა და არარაციონალური მკურნალობის თავიდან აცილებას.

¹ იქვე.

² იქვე.

წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მხარდაჭერით პჯდ გუნდები მომარაგდა პაციენტთა სამახსოვროებით სამედიცინო პრობლემების შესახებ, რაც სამედიცინო განათლების კომპონენტში ამცირებს ექიმისა და ექთნის საქმეს, ზოგავს დროს და ზრდის პრევენციულ ღონისძიებებზე პაციენტთა მოტივაციას¹.

სამედიცინო დოკუმენტაციის მოწესრიგება

რეფორმამდე პენიტენციურ სისტემაში არსებული სამედიცინო დოკუმენტაცია არ შეესაბამებოდა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დოკუმენტაციას: პაციენტთა ბარათები გამსხვავდებოდა სამოქალაქო სექტორში არსებული ინდივიდუალური ბარათებისგან. ექიმები აწარმოებდნენ ყოველდღიური მიღების ჟურნალს, სადაც განსხვავებით სამოქალაქო სექტორისაგან, ხდებოდა ჩივილებისა და მკურნალობის დეტალური აღწერა, მაგრამ არ ფიქსირდებოდა პაციენტის განმეორებითი ვიზიტის თარიღი. ჩივილებისა და მკურნალობის დეტალური აღწერა ხდებოდა პაციენტთა ინდივიდუალურ ბარათში, რაც იწვევდა ჩანაწერების დუბლირებას და შესაბამისად სამედიცინო პერსონალის უკმაყოფილებას.

2012 წლის 1 იანვრიდან სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ დაინერგა ახალი ფორმის სამედიცინო ბარათები, რომელიც სრულად შეესაბამებოდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს N1-41/ნ ბრძანების „ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“ შედეგად სამინისტროს მიერ შემუშავებულ და დამტკიცებულ ფორმებს.

პილოტირების საწყის ეტაპზე არ კეთდებოდა ამბულატორიული მიღების ჟურნალებში ყველა გატარებული პაციენტის შესახებ ჩანაწერი, რასაც ექიმები უკავშირებდნენ დროის დეფიციტს. ისინი მხოლოდ მნიშვნელოვანი სამედიცინო ჩარევების შესახებ აკეთებდნენ ჩანაწერს. ექიმებს მიეცათ ყველა მიღებული პაციენტის

¹ შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ–გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი–2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

გატარების შესახებ შესაბამისი რეკომენდაციები, რაც აუცილებელია უტილიზაციის ანალიზისათვის¹.

თავდაპირველად, საპილოტე პროგრამის დაწყებისას ექთანი, როგორც გუნდის წევრი, ნაკლებად იყო ჩართული დოკუმენტაციის წარმოების პროცესში, იგი დაკავებული იყო მედიკამენტების დახარისხება-დარიგებით, რის გამოც, საჭირო გახდა თითოეულ გუნდს დამატებოდა ნახევარი განაკვეთის ექთან-ფარმაცევტი, რომელიც მედიკამენტების დახარისხება-დარიგებაზე იქნებოდა პასუხისმგებელი. საპილოტე პროგრამის ამუშავებიდან რამდენიმე ხანში ექთნები აწარმოებდნენ ყოველდღიური საქმიანობის ჟურნალებს, ასევე, მედიკამენტების აღრიცხვის ჟურნალებს².

თითოეულ პატიმარს, იმის მიუხედავად, პირველად ხვდება სისტემაში თუ განმეორებით, შესვლისთანავე უტარდება სამედიცინო გამოკვლევა (სკრინინგი). იხსნება ინდივიდუალური სამედიცინო ბარათი, რომელიც თან მიჰყვება მას მთელი პატიმრობის მანძილზე. დოკუმენტში ფიქსირდება ყველა სამედიცინო ეპიზოდი და მიმართვა. სამედიცინო ბარათი პატიმრის პერსონალური საქმის შემადგენელი ნაწილი გახდა³.

შემდგომ ეტაპზე სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების მეთოდოლოგია დაიხვეწა. ყველა ექიმს აქვს მიმაგრებული პაციენტების სია, ქრონიკული პაციენტების ჟურნალი, რაც აადვილებს სამედიცინო სერვისების დაგეგმვის პროცესს და უზრუნველყოფს სერვისების დროულ მიწოდებას. სამედიცინო ბარათები ეხმარება ნათელი მოეფინოს მომსახურების მიწოდებისა და მართვის არსებულ პრაქტიკას. ყოველდღიური მიღების ჟურნალებიდან შესაძლებელი გახდა ინფორმაციის მოპოვება მიღებულ პაციენტთა შესახებ, კერძოდ, მწვავე და ქრონიკული, პირველადი და განმეორებითი ვიზიტების რაოდენობის თაობაზე⁴.

¹ შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ-გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი-2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

² იქვე.

³ შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ-გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი-2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012..

⁴ იქვე.

მართვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვა

პენიტენციურ პირველად ჯანდაცვაში მომსახურების მოდელის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვა, რომელიც ითვალისწინებს ერთიანი ელექტრონული საინფორმაციო ბაზის შემუშავებას. მართვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვა აადვილებს მონაცემთა აკუმულირებას, აგრეგაციას, ანგარიშების წარმოებას. საინფორმაციო სისტემების საშუალებით შესაძლებელია ჩატარდეს კლინიკური ინფორმაციის (პაციენტის ისტორია), ავადობისა და დაავადებიანობის შესახებ სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი¹.

წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მხარდაჭერით დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ბაზაზე მოხდა პჯდ გუნდების (ექიმების) გადამზადება დაავადებათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორების (ICD-10 და ICPC-2-R)-ის გამოყენების უნარ-ჩვევებში. კლასიფიკატორების გამოყენების უნარ-ჩვევების განმტკიცების მიზნით განხორციელდა კონსულტანტი ოჯახის ექიმის ყოველკვირეული ვიზიტები დაწესებულებებში, რამაც გაადვილა დიაგნოზის დასმისას მათი გამოყენება და შემდგომ სტატისტიკური ანალიზი².

უნდა აღინიშნოს, რომ 2011 წლის ივლისისათვის პჯდ საერთაშორისო კლასიფიკატორის ICPC-2-R-ის გამოყენება სამოქალაქო სექტორშიც არ იყო საყოველთაოდ დანერგილი, მიუხედავად ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებულებისა, რომლის თანახმადაც მისი დანერგვა 2011 წლის 1 მარტიდან უნდა განხორციელებულიყო³.

სამედიცინო მომსახურება

¹ იქვე.

² შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ-გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი-2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

³ იქვე.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, პილოტური პროგრამა დაიწყო რუსთავის N6 და გლდანის 8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში. დაწესებულებები ერთმანეთისგან განსხვავდებოდა კონტიგენტის მხრივ, კერძოდ, რუსთავის N6 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, მუდმივი კონტიგენტი არის გრძელვადიანი სასჯელების მქონე პატიმრები, ხოლო გლდანის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ძირითადად წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პატიმრები არიან. აღნიშნულის გამო, გლდანის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მაღალი იყო წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირების დენადობა, ასევე მაღალი იყო ქრონიკული დაავადებების მქონე პირთა რიცხვი, რაც ზრდიდა ექიმთან მიმართვიანობას; რუსთავის N6 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ჭარბობდა ფსიქო-სოციალური პრობლემები, რის გამოც დაბალი იყო სომატური პრობლემებით ექიმთან მიმართვიანობა; ერთ ექიმთან დღეში გასინჯულ პაციენტთა რაოდენობა შეადგენდა 5–6-ს, მაშინ როდესაც გლდანის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში იგი 15–17-ს აღწევდა¹.

პილოტირების საწყის ეტაპზე ექიმებს ახალშემოსული პატიმრის გარდა უწევდათ მათზე მიმაგრებული ყველა პატიმრის ჯანმრთელობის გამოკვლევა და სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსება. შესაბამისად, მათი დატვირთვა იყო მაღალი, მაგრამ ყველა პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოკვლევის შემდეგ, სამუშაო უფრო გეგმაზომიერი გახდა. ამასთან, ექთანთა სათანადო ჩართულობამ შეამცირა ექიმების დატვირთვა, შესაბამისად, გაზარდა მათი მუშაობის ხარისხი და გამოსავლები².

რეფორმის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა პატიმრის დაწესებულებაში მოხვედრიდან ექიმთან კონსულტაციის გაწევამდე საჭირო დროის რაოდენობა. ამა თუ იმ დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის მიზნით ექიმები ახორციელებენ პატიმართა ქცევითი და კომორბიდული რისკების შეფასებას, ასევე აწარმოებენ გამოკვლევის მეთოდებს (ეკგ-ის გადაღება, გლუკომეტრის გამოყენება, სხეულის მასის ინდექსის

¹ შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ-გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი–2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

² იქვე.

დადგენა და ა.შ.), რაც ხელს ხელს უწყობს სწორი კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების პროცესს.

შემუშავდა პირველი რიგის (ესენციური) მედიკამენტების სია. პილოტირების პერიოდში სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში გაიხსნა სამოქალაქო აფთიაქები, სადაც, საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია, პჯდ ექიმების მიერ გამოწერილი მედიკამენტების შეძენა პატიმრებისთვის¹.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველს წარმოადგენდა პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხებზე არსებული ქართული და უცხოური ლიტერატურა, საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, მთავრობის დადგენილებები, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მასალები, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მასალები.

კვლევა მოიცავდა თვისებრივ კომპონენტს, რომელიც გულისხმობდა პენიტენციურ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საკითხების, ამ სფეროს ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს წარმომადგენლებთან, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის სპეციალისტებთან, პენიტენციური ჯანდაცვის ექსპერტებთან. ჩაღრმავებული ინტერვიუ განხორციელდა 2014 წლის მაისში, თბილისში.

შედეგები, ინტერპრეტაცია

¹ იქვე.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ექსპერტებთან სიღრმისეული ინტერვიუს მეშვეობით გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი მოსაზრებები პენიტენციურ ჯანდაცვის და კერძოდ პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმებთან დაკავშირებით.

ექსპერტთა უმრავლესობის აზრით, პენიტენციური ჯანდაცვა საჭიროებდა რეფორმირებას, რადგან შეინიშნებოდა ადამიანური რესურსების დეფიციტი, პერსონალის პროფესიული ჩვევების, განათლების დაბალი დონე. ექსპერტთა უმრავლესობა დადებითად აფასებს პენიტენციურ სისტემაში ჩატარებულ საპილოტე პროგრამას, პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმირების სტრატეგიისა და განხორციელების 18 თვიან გეგმას. განსაკუთრებით აღნიშნავენ პირველადი ჯანდაცვის განვითარების უმთავრეს პრიორიტეტად გამოყოფას.

ექსპერტთა აზრით, საპილოტე პროგრამის ფარგლებში ძირითადად მოხერხდა დასახული ამოცანების შესრულება. დღეისათვის, რეფორმის განხორციელების შედეგად, შექმნილია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები.

ექსპერტებმა ხაზი გაუსვეს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის დაახლოებას სამოქალაქო ჯანდაცვის მოთხოვნებთან და არსებულ წესებთან. ამ მხრივ, აღსანიშნავია სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება, რაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უმთავრეს ინსტრუმენტებს წარმოადგენენ. დღეისათვის პენიტენციური პირველადი ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს დაახლოებით 40-მდე პჯდ გუნდს, რომლის სამედიცინო პერსონალის დიდმა ნაწილმა გაიარა ტრენინგები.

განახლდა და გადაიარაღდა სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფო; მოწესრიგდა მარეგულირებელი ბაზა და სასჯელაღსრულების დაწესებულებები დაექვემდებარა ლიცენზირებას სამოქალაქო ჯანდაცვის მოთხოვნების შესაბამისად. გაიხსნა ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ახალი ცენტრი.

პენიტენციური ჯანდაცვის პერსონალის დასაკომპლექტებლად გამოცხადებული კონკურსის შედეგად გადახალისდა არსებული სამედიცინო პერსონალი. ჩატარდა ტრენინგები ინფექციების კონტროლის, კრიზისების მართვის, ჯანდაცვის ადმინისტრირების საკითხებში. განხორციელდა ექთნების კვალიფიკაციის ამაღლება.

ამჟამად, ჯანდაცვის კუთხით 439 თანამშრომელი მუშაობს (175 ექიმი, მათ შორის, 100 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, 75 ექიმ-სპეციალისტი და 264 ექთანი) 10 328 პაციმარზე. ამავდროულად, წარმოდგენილია 141 სოციალური მუშაკი და 15 ფსიქოლოგი. წინა წლებთან შედარებით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა პაციმარის/სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი თანაფარდობა. უფრო მეტიც, 2012 წლის დეკემბრის შემდეგ სამედიცინო პერსონალის დაახლოებით 40% ახლად დასაქმებული ან ხელახლა დასაქმებული პერსონალით ჩანაცვლდა.

განხორციელებული ღონისძიებების მეშვეობით პირველადი ჯანდაცვა ხელმისაწვდომი გახდა, როგორც ადამიანური რესურსების (ექიმი, ექთანი), ასევე გეოგრაფიული თვალსაზრისით (ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებას აქვს მინიმუმ სამედიცინო კაბინეტი).

მნიშვნელოვანია საპილოტე პროგრამის განხორციელების შედეგად პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის პრინციპი დანერგვა. შედეგად, თითოეულ ექიმს ჰყავს მასზე მიმაგრებული კონტიგენტი, ანუ ყველა პაციმარი გადანაწილებულია ექიმებზე, თითოეულ პაციმარს სამედიცინო მეთვალყურეობას უწევს საკუთარი ექიმი, რომელიც პასუხისმგებელია მის ჯანმრთელობაზე. დაცულია სამედიცინო სამსახურის და ექიმის ავტონომია – სამედიცინო მომსახურების შესახებ გადაწყვეტილებებს იღებს სამედიცინო სამსახური. გაუმჯობესდა ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე. პენიტენციური ჯანდაცვის პერსონალმა 45000-ზე მეტი ამბულატორიული ვიზიტი და სამკურნალო პროცედურა ჩაატარა; პრევენციული ღონისძიებები გატარდა დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრთან ერთად.

2013 წელს პენიტენციური ჯანდაცვის ბიუჯეტი 100 %-თ გაიზარდა 2012 წელთან შედარებით (7 მლნ–დან 14 მლნ–მდე), 60 % გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება (მაგ: ექიმის ხელფასი 750–დან 1200 ლარამდე, ხოლო ექთნის 350–დან 750 ლარამდე). დაინერგა ელექტრონული სამედიცინო ისტორია და საავადმყოფოში გადაყვანისთვის განკუთვნილი ელექტრონული რიგი, რომელიც გეგმიური სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციმართა რეგისტრაციას ახდენს და გამჭვირვალობას და

თანასწორობას უზრუნველყოფს. განხორციელდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის და სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროებს შორის არსებული მუდმივმოქმედი კომისიის რეფორმირება; შეიცვალა დაავადებათა ჩამონათვალი, რომელიც ავადმყოფთა შეფასებისთვის გამოიყენებოდა; WHO რეკომენდაციების თანახმად, შეიქმნა და დამტკიცდა მედიკამენტების სტანდარტი და გაუმჯობესდა მედიკამენტებით მომარაგება, კერძოდ, სახელმწიფოს დაფინანსებითა და ექიმის დანიშნულებით პატიმრებისთვის ხელმისაწვდომი გახდა 500–ზე მეტი დასახელების მედიკამენტი; 2013 წელს შეიქმნა და დაინერგა პატიმართა კვების ახალი სტანდარტი, რომელიც ითვალისწინებს 12 მიზნობრივ რაციონს სხვადასხვა ფიზიკური აქტივობის, კატეგორიის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონე პირთათვის; გაუმჯობესდა საკვების ხარისხი, კალორიულობა და მრავალფეროვნება; მიგრანტი პატიმრებისთვის შემუშავდა სამედიცინო ინფორმაციის მიწოდების სტანდარტი 10 სხვადასხვა ენაზე; სუიციდის პრევენციის პროგრამით განხორციელდა სუიციდისკენ მიდრეკილი პირების იდენტიფიცირება და სათანადო დახმარების უზრუნველყოფა; მნიშვნელოვანია, რომ მკვეთრად შემცირდა პატიმართა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 142-დან 21 მდე¹.

ექსპერტთა აზრით, 18 თვიანი სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიღწევაა სამოქალაქო სექტორში აპრობირებული სავალდებულო სამედიცინო დოკუმენტაციის, ელექტრონული სამედიცინო ისტორიის სისტემის შექმნა და დანერგვა. ასევე აღსანიშნავია, რომ შემოღებულ იქნა მედიკამენტების სტანდარტები, რამაც ხელი შეუწყო სასჯელაღსრულების დაწესებულებების მედიკამენტებით მომარაგების საკითხის მოწესრიგებას. პატიმრებისთვის ხელმისაწვდომი გახდა 500-ზე მეტი მედიკამენტი, რაც გაიცემა ექიმის დანიშნულებისამებრ. ასევე აღსანიშნავია კვების ახალი სტანდარტის დანერგვა, რომელიც მოიცავს 12 მიზნობრივ რაციონს სხვადასხვა ფიზიკური აქტივობის, კატეგორიის პირთათვის.

¹ ანგარიში საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიისა და განხორციელების გეგმის თაობაზე 2013 წლის იანვრიდან 2014 წლის ივნისის პერიოდისათვის (18 თვე)

განსაკუთრებით აღსანიშნავია პენიტენციური ჯანდაცვის ბიუჯეტის ზრდა. შედეგად, საგრძობლად გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება, რითაც ერთგვარად მოხდა პერსონალის მოტივაციის ამაღლება.

გატარებული რეფორმები დადებითად აისახა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, კერძოდ, მკვეთრად შემცირდა სიკვდილიანობა, სხვადასხვა დაავადებათა მაჩვენებლები. 2011–2012 წლებთან შედარებით, საშუალოდ 8–ჯერ შემცირდა ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების რაოდენობა.

ექსპერტთა აზრით, სასურველია პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის გამჭვირვალობის, მიმდინარე რეფორმების შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლება. ასევე, მნიშვნელოვანია გაიზარდოს სამოქალაქო სექტორის, უნივერსიტეტების, კვლევითი ინსტიტუტების ჩართულობა პენიტენციურ სისტემაში მიმდინარე რეფორმებთან დაკავშირებით. ამ მხრივ, მიზანშეწონილია არსებულ პრობლემებზე კვლევების ჩატარება, რათა უფრო სრულყოფილად მოხდეს საჭიროებების იდენტიფიცირება, რეფორმის შედეგების გააზრება.

დასკვნა და რეკომენდაციები

პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მიღწეულ იქნა განსაზღვრული მიზნები, გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობა, გადამზადდა სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი, სამედიცინო პუნქტები გარემონტდა და აღიჭურვა საბაზისო სამედიცინო ინვენტარით. გატარებული რეფორმები დადებითად აისახა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, კერძოდ, მკვეთრად შემცირდა სიკვდილიანობა, სხვადასხვა დაავადებათა მაჩვენებლები.

კვლევის შედეგად შემუშავდა რეკომენდაციები:

- სამედიცინო პერსონალის სათანადოდ მომზადებისა და არსებული კადრის გადამზადების მასშტაბის გაზრდა;
- კონკრეტული სასწავლო საჭიროებების განსაზღვრა და პრაქტიკაზე ორიენტირებული და კომპეტენციებზე დაფუძნებული სასწავლო პროგრამის შემუშავება სამედიცინო დეპარტამენტის თანამშრომლებისათვის;

- პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისების სტანდარტების, ასევე ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა;
- სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლება, პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლება. სამოქალაქო სექტორის, უნივერსიტეტების, ჩართულობის გაზრდა პენიტენციურ სისტემაში მიმდინარე რეფორმებთან დაკავშირებით.

აბსტრაქტი

შესავალი: პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენს სამოქალაქო სექტორში არსებულ პირველად ჯანდაცვასთან მაქსიმალურად იდენტური მოდელის დანერგვა, რომელიც ეფუძნება პატიმართა რეალურ საჭიროებებს. წარმოდგენილი კვლევის მიზანს წარმოადგენს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის დანერგვიდან დღემდე განხორციელებული ცვლილებებისა და მათი შედეგების დადგენა. **მეთოდოლოგია:** კვლევა მოიცავდა თვისებრივ კომპონენტს, რომელიც გულისხმობდა პენიტენციურ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საკითხების, ამ სფეროს ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ. **შედეგები:** პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად დაინერგა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ახალი ორგანიზაციული ფორმა - პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი, ჩამოყალიბდა პირველადი ჯანდაცვის გუნდი. გადამზადდა სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი, სამედიცინო პუნქტები გარემონტდა და აღიჭურვა საბაზისო სამედიცინო ინვენტარით. გატარებული რეფორმების შედეგად გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობა, რაც დადებითად აისახა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე,

კერძოდ, მკვეთრად შემცირდა სიკვდილიანობა, სხვადასხვა დაავადებათა მაჩვენებლები. **დისკუსია, დასკვნა:** მიღწეული დადებითი შედეგები საჭიროებს შემდგომ განვითარებას. მიზანშეწონილია სამედიცინო პერსონალის სათანადოდ მომზადების მასშტაბის გაზრდა, ტრენინგის თემატიკის პრიორიტეტების განსაზღვრა საჭიროებათა შეფასების შედეგების შესაბამისად, პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისების სტანდარტების, ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა, სისტემის გამჭვირვალობის, მიმდინარე რეფორმების შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლება.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ჯანდაცვა, პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა

Results of Reforms in Penitentiary Health Care System

Tengiz Verulava, Ketevan Omanadze

Abstract

Background: Prison health care reform with the main purpose of the civil sector with the introduction of the identical model, which is founded on the real necessity of prisoner's everyday life. The reason of investigation is to look out the facts which are found from the beginning up today. **Methodology:** The study included a qualitative component, which meant the prison health related issues, the views of experts in the field of identification. Qualitative focus group discussions and in-depth interviews were conducted within the component. **Result:** Prison health care reform has been introduced as a result of the new organizational form of delivery of primary health care services primary health care center, formed by the primary care team. Trained medical personnel important part, medical facilities, renovated and equipped with basic medical facilities. Access to medical services has increased as a result of the reform carried out, which reflected positively on the health condition of prisoners, in particular, significantly reduced mortality rates of different diseases. **Discussion, Conclusion:** The positive results achieved needs further development. It is recommended to increase the scale of the medical staff in the proper preparation, training needs assessment to determine the result of the thematic priorities. Health care services, standards, quality

assurance instrument development and implementation of a system of transparency, raise awareness about of the rising reforms.

Keywords: Prison Health Care, Georgia.

bibliografia

1. ადამიანის უფლებები პაციენტთა მზრუნველობის სფეროში, „კონფერენცია „პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმა საქართველოში - ვასრულებთ დაპირებას“, 2013. <http://www.mcla.gov.ge/?action=news&lang=geo&npid=1728> (21.05.2014)
2. ალექსიძე ლევან, ლ. გიორგაძე, მ. კვაჭაძე და სხვ. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალი: ლექსიკონი-ცნობარი. თბილისი, 2005.
3. ანგარიში საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიისა და განხორციელების გეგმის თაობაზე 2013 წლის იანვრიდან 2014 წლის ივნისის პერიოდისათვის (18 თვე)
4. ვერულავა თენგიზ. "რეფორმები პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში." თბილისი 2010: <https://burusi.wordpress.com/2010/06/21/tengiz-verulava-21/>
5. ვერულავა თენგიზ. პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის განვითარების კონცეფცია. თბილისი. 2010 <http://burusi.wordpress.com/2010/06/21/tengiz-verulava-19/>
6. ვერულავა თენგიზ. პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა ევროპის ქვეყნებში. თბილისი. 2010 <http://burusi.wordpress.com/2010/06/21/tengiz-verulava-20/>
7. მაცნე, საქართველოს საკანონმდებლო. "ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი." 05 25, 2000.
8. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია http://www.mcla.gov.ge/?action=page&p_id=262&lang=geo (21.05.2014)
9. შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ–გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი–2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.

10. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013.
<http://www.healthrights.ge/wp-content/uploads/2013/01/jandacvis-sistemis-efekturobis-angarishi.pdf>,
11. Council of Europe. 3rd General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992. <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-03.htm#III>, June 4, 1993
12. "Council of Europe. Committee of Ministers." Recommendation No. R (98) 71 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, January 11, 2006.
13. Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules. 2006.