

ISSN 1987-5789

ეკონომიკა და ბიზნესი
ECONOMICS AND BUSINESS
ЭКОНОМИКА И БИЗНЕС

3

ტომი ✧ Volume ✧ Том

VIII

№3, 2015

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის
ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტის რეფერირებადი და
რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

Refereed and Reviewed International Scientific and Practical Journal
of the Faculty of Economics and Business,
Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Реферируемый и рецензируемый международный научно-практический журнал
факультета экономики и бизнеса Тбилисского государственного университета
им. Иванэ Джавахишвили



გამოდის 2008 წლის იანვრიდან ორ თვეში ერთხელ,
2015 წლიდან – კვარტალში ერთხელ

Published since January 2008 once in two months,
Since 2015- Quarterly

რედაქციის მისამართი: თბილისი, უნივერსიტეტის ქ., №1,
თსუ მაღლივი კორპუსი, მე-13 სართ.,
ტელ. 230-36-68, 599-10-38-16; 599 24-77-47.
e-mail: ebf.journal@tsu.ge
lia_lugela@mail.ru

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ფინანსური უზრუნველყოფა საქართველოში

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი,
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი
Tengiz.verulava@iliauni.edu.ge

ნინო სიბაშვილი

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის სამინისტროს
ნამყვანი სპეციალისტი
nin_sibashvili@mail.ru

საქართველოში უკანასკნელ წლებში არსებულმა მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურმა მდგომარეობამ, საომარმა კონფლიქტებმა უარყოფითად იმოქმედა მოსახლეობის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. შედეგად, აღინიშნება ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეული დაავადებების ზრდა. მიუხედავად იმისა, რომ წლიდან წლამდე იზრდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაზე გამოყოფილი თანხები, იგი მაინც საკმარის დაბალია და 2015 წლის მონაცემებით ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მხოლოდ 2,15%-ს შეადგენს. რესურსების სიმწირეს კიდევ უფრო ამძიმებს შედარებით ხარჯთ-ეფექტური, საავადმყოფოს გარე, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურების ნაკლებად განვითარება ქვეყანაში. შესაბამისად, კვლევის მიზანს შეადგენდა საქართველოში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა ფსიქიატრიულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შესწავლა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში არსებული პრობლემების გამოვლენა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მწირი დაფინანსება უარყოფითად მოქმედებს პაციენტთა ჯანმრთელობაზე. საავადმყოფოს გარე, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურების ნაკლებად განვითარების გამო პაციენტთა დიდი ნაწილი

ილი, რომელიც სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას არ საჭიროებს, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში რჩება, ხოლო განერილი პაციენტების საკმაო ნაწილი მალე ისევ სტაციონარში ბრუნდება და ხელახალ ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს. პრობლემას კიდევ უფრო ამწვავებს პროფესიული კადრების სიმცირე, სერვისების არათანაბარი გადანაწილება ქვეყნის ტერიტორიაზე, ამბულატორიული ფსიქიატრიული სერვისების ნაკლები განვითარება, სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის აღჭურვისა და ფინანსური უზრუნველყოფის მხრივ სირთულეები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისათვის საჭიროა პაციენტებზე მორგებული დაფინანსების ეფექტური მექანიზმების შემუშავება, დარგის უზრუნველყოფა მაღალკვალიფიცირებული სპეციალისტებით და მათი სათანადო დონეზე ანაზღაურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების, თავშესაფრების და სხვა სახის სერვისების განვითარების ხელშეწყობა ქვეყნის მაშტაბით, არაფსიქიატრიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯების გაზრდა შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამით, საზოგადოების მხრიდან პაციენტების მიმართ დამოკიდებულების შეცვლა და სტიგმის შემცირება.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვა; ფინანსური ხელმისაწვდომობა; ფსიქიკური ჯანმრთელობა; ფსიქიატრიული დახმარება.

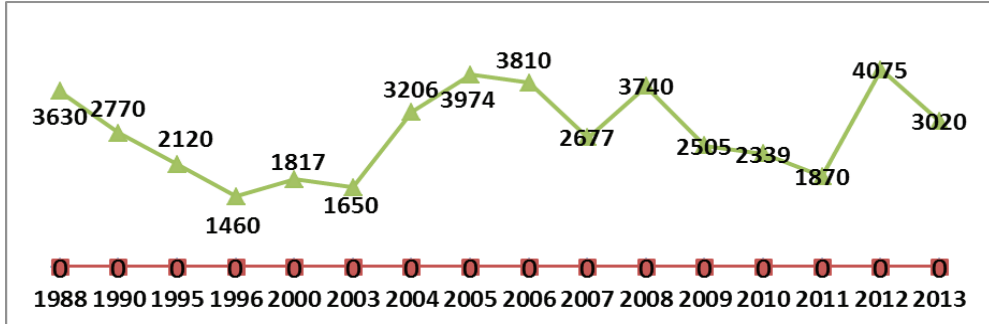
ფსიქიატრიული დაავადებების გავრცელება

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ინსტრუმენტები სახელმწიფოს აკისრებს ვალდებულებებს ფსიქიკური აშლილობებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების მიმართ [7]. 2007 წლიდან მოქმედებს “ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” კანონის ახალი რედაქცია, რომელმაც ხელი შეუწყო პაციენტთა უფლებათა დაცვის მაღალი სტანდარტების დანერგვას, შემუშავდა რეკომენდაციები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისთვის; გაცნობიერებულ იქნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დეინსტიტუციონალიზაციის აუცილებლობა; დღის წესრიგში დადგა ბალანსირებული და დიფერენცირებული სამსახურების შექმნა პირველადი დახმარების რგოლში, საზოგადოებრივ, თემზე დაფუძნებულ ცენტრებში, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში [1].

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით 2013წელს: 100000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა შეადგენს 1536-ს, ხოლო დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 3020 ახალი შემთხვევა (67.3 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე) [3].

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების ახალი შემთხვევების დინამიკა. საქართველო - 1988-2013 წწ. [3]

დიაგრამა 1.



ფსიქიკური აშლილობების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკური ინფორმაცია ზუსტად ვერ ასახავს რეალურ მდგომარეობას და ეს რიცხვი შესაძლოა დარეგისტრირებულ დაავადებულთა რაოდენობაზე გაცილებით დიდი იყოს, რაც განპირობებულია ქვეყანაში დაავადებათა აღრიცხვიანობის არასრულყოფილი სისტემის არსებობით, ასევე სოციალური სტიგმით. პაციენტები და მათი ახლობლები დანესებულებაში მოხვედრას გაურბიან და ხშირად მიმართავენ თვითმკურნალობას ან მიმართავენ არა ფსიქიატრებს, არამედ თერაპევტებს, ნევროპათოლოგებსა და ფსიქოლოგებს, რომლებიც ნაკლებად კვალიფიცირებულნი არიან აღნიშნული დაავადებების დიაგნოსტიკაში და რიგ შემთხვევაში დროულად არ გზავნიან პაციენტს ფსიქიატრთან. თავის მხრივ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ხშირად ვერ უზრუნველყოფს მათ საჭიროებებს, რის გამოც, სამედიცინო სამსახურებისადმი მიმართვიანობის მაჩვენებელი ძალიან დაბალია. აღნიშნულ მდგომარეობას ხელს უწყობს 1995 წელს მიღებული კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, რომლის თანახმად პაციენტებს მიეცათ არჩევანის თავისუფლება და უფლება აქვთ უარი განაცხადონ აღრიცხვაზე [4. გვ. 31].

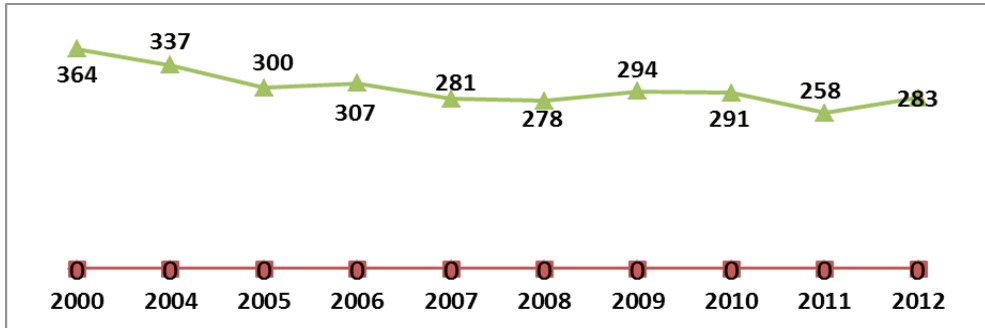
სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფა

ფსიქიატრიული მომსახურების სისტემა და მინოდებული სერვისები არსებითად არის დამოკიდებული ქსელში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობასა და კვალიფიკაციაზე. საქართველოში ბოლო ათწლეულში ფსიქიატრების რაოდენობა 30 %-ით შემცირდა [3. გვ. 92]. კვლევები ადასტურებს, რომ დარგში აღინიშნება პროფესიული რესურსების კვალიფიკაციის და თანამედროვე მიდგომების ცოდნის და გამოყენების არა-

საკმარისი დონე; პროფესიული კადრების კორპუსი წარმოდგენილია ძირითადად ექიმ-ფსიქიატრების, ფსიქოლოგების და მედდების მიერ და პრაქტიკულად არ არსებობენ სოციალური მუშაკები, ოკუპაციური თერაპევტები, ფსიქოთერაპევტები, თემის მუშაკები, ოჯახის ექიმები [4].

ფსიქიატრების რაოდენობა საქართველოში. 2000-2012 წწ. [3]

დიაგრამა 2.



ფსიქიატრიული სამედიცინო დაწესებულებების მდგომარეობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურების მდგომარეობა წლების განმავლობაში ხასიათდებოდა მომსახურების დაბალი ხარისხით, ამორტიზებული დაწესებულებების სიჭარბით, არაეფექტური ინფრასტრუქტურით, პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების უკიდურესად მწირი მოცულობით. უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს ჰოსპიტალგარე სერვისების ნაკლები განვითარება, რის გამოც პაციენტთა დიდი ნაწილი, რომელიც სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას არ საჭიროებს, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში რჩება, ხოლო განერილი პაციენტების დიდი ნაწილი მალევე ბრუნდება სტაციონარში და ხელახალ ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს.

დაბალია ფსიქიატრიული პროფილის საწოლთა ფონდით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი. საქართველოში, სადაც თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურება არაა განვითარებული, მოსახლეობასთან საწოლების თანაფარდობა საკმაოდ დაბალია ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით.

2010 წელს შემუშავდა ჰოსპიტალური სექტორის რესტრუქტურირების ახალი ეროვნული პროგრამა: “100 ახალი საავადმყოფო”, რომელიც ითვალისწინებდა:

- ინტეგრირებული სამსახურების საჭიროებას და ძველი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების დახურვას;
- მწვავე ფსიქიატრიული მკურნალობის განყოფილებების გახსნას მრავალპროფილიან კლინიკებში;
- რამდენიმე გრძელვადიანი მოვლის სახლის (თავშესაფარი) შექმნას.

2011 წლის ზაფხულიდან დაიგეგმა ძირეული რეფორმის პირველი ეტაპი, რომელიც ითვალისწინებდა ქ. თბილისში ახალი სამსახურების ამოქმედებას. სტაციონარული მომსახურება დაიყო ორი ტიპის სერვისად:

1. მოკლევადიანი სტაციონარული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების კუპირებას;
2. გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს, საჭიროების შემთხვევაში მოკლევადიანი სტაციონარული დახმარების შემდგომი მკურნალობის გაგრძელებას ან იმ პაციენტთა მკურნალობას, რომელთა სტაციონარგარეშე დახმარება ვერ ხერხდება ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების უხეში დარღვევების გამო.

რეფორმა ითვალისწინებდა ზოგადი პროფილის კლინიკებში ახალი ინფრასტრუქტურის შექმნას, კერძოდ, მწვავე სამკურნალო განყოფილებების ჩამოყალიბებას, ასევე ქალთა და მამაკაცთა განყოფილების გაერთიანებას (განყოფილებების შერეული ხასიათი), რაც სრულიად ახალ კონცეფციას წარმოადგენდა ტრადიციული ფსიქიატრიისთვის და აქამდე საქართველოში არ არსებობდა. ქრონიკული პაციენტებისთვის უნდა ჩამოყალიბებულიყო ფსიქიკური ცენტრები. 3 მრავალპროფილურ კლინიკაში 2011 წელს გაიხსნა მოზრდილთა და ბავშვთა განყოფილებები (სულ 40 საწოლი), ასევე სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი მწვავე და ქრონიკული პაციენტებისათვის, რომელშიც გაერთიანდა რამდენიმე ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი; გაიხსნა კრიზისული ინტერვენციის დღის ცენტრი რამდენიმე დღის საწოლით და მობილური გუნდით.

რეფორმის სამუშაო ჯგუფის მიერ შეთავაზებული იყო ე.წ. დაცული საცხოვრისის ტიპის სერვისის (როტეცტედ ივინგ ნვირონმენტ) შექმნა რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრსა და სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში. იგი ითვალისწინებდა უსახლკაროებთან ერთად იმ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურებას, რომელთაც შეზღუდული სოციალური უნარ-ჩვევების გამო, არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად ცხოვრება, ან სახლში აღარ იღებენ ოჯახის წევრები. ამის გამო, ისინი, ფაქტიობრივად თავიანთ ცხოვრებას ატარებენ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებსა და გრძელვადიანი მომსახურების განყოფილებებში. ფსიქიკური ცენტრების რეაბილიტაცია მთელი საქართვე-

ლოს მასშტაბით განხორციელდა. სარემონტო სამუშაოები ჩატარდა და გაიხსნა ქ. ქუთაისის და ქ. ბათუმის (ხელვაჩაურის) გრძელვადიანი მომსახურების განყოფილებები, რომლებიც თავდაპირველად ჩაფიქრებული იყო, როგორც საცხოვრისები. თუმცა, ამ ეტაპზე საცხოვრისის ტიპის სერვისების შემოღება ვერ განხორციელდა და მისი განვითარება მომავლისთვის გადაიდო.

**ფსიქიატრიულ სერვისებზე სახელმწიფო დანახარჯები საქართველოში
2006-2015 წწ. [7]**

კომპონენტი	ლონისძიება	2006	2009	2010	2011	2012	2015
ამბულატორიული მომსახურება	ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურება		2,579.3	2,597.23 2	2,833.6	2,855	2,865.3
	ფსიქო სოციალური რეაბილიტაცია		70.100	70.100	70.100	70.100	70.1
	ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა				145 500	151.0	151.0
	ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია				236.100		662.3
	თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება						96.8
	სულ	1 200 000	2,649.4	2,667.3	3,285.3	3,076.1	29633.2
სტაციონარული მომსახურება	მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება		6,933.78 0	6,933.8	7,170.20	8,072	10 778.7
	ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება		100.688	151.032	125.5		
	ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობების მქონე პეციენტთა ურგენტული სტაციონარული მომსახურება		45.0	45.0	45.0	45.0	
	ფსიქოპათიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება		48.000	144.000	144.000	147.0	
	ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება (2015 წლის 1 ივლისამდე)						481.2
	ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავმჯავრით უზრუნველყოფის კომპონენტი						540.0
	სულ	3 750 000	7,127.5	7,273.8	7,484.70		
	სულ ბიუჯეტი	4 950 000	9,794.8	9,941.144	10,770.000	11,860	15,645.4

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვაზე განხორციელებული დანახარჯებში სახელმწიფოს დანახარჯების წილი. ჯანდაცვაზე განხორციელებული დანახარჯების ზრდის პარარელურად იზრდება სახელმწიფო ბიუჯეტის დანახარჯები როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული ფსიქიატრიული მომსახურებისათვის. 2006-2015 წლებში აღნიშნული

მარჯვენებელი პრაქტიკულად 3.2-ჯერ გაიზარდა. ასეთი ზრდის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე განეული დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში არცთუ მაღალია და მხოლოდ 2,15 %-ს შეადგენს; შედარებისათვის, განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს ხარჯი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 8-12%-ია [8].

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ითვალისწინებს ხანგრძლივად მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობების კონსულტაციას, მკურნალობას, მედიკამენტებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების შემთხვევები ფინანსდება 840 ლარის ფარგლებში, ხოლო ქრონიკული პაციენტებისათვის ხანგრძლივი დაყოვნების შემთხვევები - თვეში 450 ლარიანი ვაუჩერით. ამბულატორიებში ერთ პაციენტზე დახარჯული თანხა თვეში (წამლის, პერსონალის, კომუნალური ხარჯი) საშუალოდ, 10-15 ლარია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება სრულად, გარდა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურებისა. ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურების ქვეკომპონენტით განსაზღვრული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის 70 %-ით, გარდა ალკოჰოლური ინტოქსიკაციისა, რომელიც ანაზღაურდება სრულად [7].

სფეროში არსებული მწვავე პრობლემები

სამედიცინო დანებსებულების წარმომადგენლების გამოკითხვით, წლიდან წლამდე იზრდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტთა რიცხვი, შესაბამისად, მათთვის საჭირო დაფინანსება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრულ დაფინანსებას არ შეესაბამება. დაფინანსების სიმწირის გამო, ნაკლებად გამოიყენება ძვირადღირებული და ახალი თაობის მედიკამენტები. პაციენტს ეძლევა დაბალფასიანი. ძველი თაობის მედიკამენტები, ისიც არა მთელი თვის, არამედ მხოლოდ 15 დღის სამყოფი. შედეგად, პაციენტი იძულებულია თავად იყიდოს დარჩენილი დღეების სამყოფი მედიკამენტები. აღნიშნული უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის შედეგებზე. არასრულფასოვანი მკურნალობა ზრდის დაავადების გამწვავების სიხშირეს.

ექსპერტთა აზრით, დაფინანსების წესი არახელსაყრელია როგორც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისათვის, ასევე ბენეფიციართათვის. კლინიკაში მოხვედრილი მწვავე ფსიქიკური მდგომარეობის მქონე ადამიან-

ის სამკურნალოდ სახელმწიფოსგან გამყოფილი თანხის (840 ლარის ვაუჩერი ერთჯერადად) ამონურვის შემდეგ სამედიცინო დანესებულება იძულებულია თავად გაილოს ხარჯები. ასეთ შემთხვევაში სამედიცინო დანესებულება ცდილობს თავიდან მოიშოროს პაციენტი, ან მკურნალობისთვის განსაზღვრული თანხის ამონურვის შემდეგ პაციენტი გადაიყვანოს მოკლევადიანიდან გრძელვადიან მკურნალობაზე და ამით პაციენტს მკურნალობის გაგრძელების საშუალება მისცეს. არის შემთხვევები, როდესაც რიგი კლინიკა, იმის გამო, რომ მკურნალობის ხარჯები მათი ასანაზლაურებელი არ გახდეს, პაციენტს მწვავე ან არასტაბილიზებულ ფსიქოზურ მდგომარეობაშიც კი წერენ. ასევე დაბალია ამბულატორიულ პირობებში ერთ პაციენტზე გამოყოფილი თანხა, რაც დღეში საშუალოდ 10-15 ლარს შეადგენს (მასში შედის ყველანაირი ხარჯი: კვება, კომუნალური გადასახადები, პერსონალის ხელფასი, ტანსაცმლის, ჰიგიენური საშუალებების ხარჯები და ა.შ.). მწირი დაფინანსება, ფაქტობრივად შეუძლებელს ხდის რეაბილიტაციის კურსის გავლას. ცხადია, ასეთ ვითარებაში სრული მომსახურების ჩატარება შეუძლებელია და პაციენტები ძვირადღირებულ სარეზილიტაციო ჩარევას ვერ ღებულობენ. სამედიცინო დანესებულება იძულებულია პაციენტებს მხოლოდ რეაბილიტაციის მცირე კურსი ჩაუტარონ.

არაიშვიათად, სამედიცინო დანესებულება იძულებულია თავად გასწიოს დამატებითი ხარჯები ისეთი დაავადებების სამკურნალოდ, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო პროგრამით. პრობლემას წარმოადგენს ფსიქიატრიული პაციენტების სომატური და სტომატოლოგიური დაავადებების მკურნალობა, მაშინ როდესაც პაციენტს უფლება აქვს, მიიღოს არაფსიქიატრიული პროფილის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.

ექსპერტთა აზრით, ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად რჩება რეჰოსპიტალიზაციის საკითხიც. როდესაც სტაციონარიდან განერილი პაციენტი 7 დღის განმავლობაში ისევ ბრუნდება, შემთხვევა ითვლება რეჰოსპიტალიზაციად და შესაბამისად სამედიცინო დანესებულება არ ფინანსდება. ამ მხრივ, მდგომარეობას ართულებს ის გარემოება, რომ ფსიქიატრიულ დაავადებათა მკურნალობის წინასწარი შედეგების შეფასება შეუძლებელია, ხოლო საავადმყოფოდან განერილი პაციენტის ქმედებების გაკონტროლება სიძნელეს წარმოადგენს, შესაბამისად, სამედიცინო დანესებულება ვერც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე აგებს პასუხს. დაფინანსების შეჩერების გამო საავადმყოფო იძულებულია უარი განაცხადოს ახლადგანერილი პაციენტის რეჰოსპიტალიზაციაზე. ასეთ შემთხვევებში, ხშირად საავადმყოფო ვერ ღალატობს ეთიკურ პრინციპებს, უარს ვერ ეუბნება პაციენტს მიღებაზე. შედეგად, განერილ პაციენტს უგრძელდება მკურნალობა, თუმცა, დაფინანსების გარეშე.

ექსპერტთა აზრით, ერთ-ერთ მწვავე პრობლემას წარმოადგენს ურგენტული შემთხვევების დროს სამედიცინო მომსახურების განვივისას არსებული სირთულეები. დაფინანსების ამჟამინდელი სისტემა დაფუძნებულია ბენეფიციარების დაყოფაზე მწვავე და ქრონიკულ პაციენტებად, რაც ფსიქიატრიის სფეროში არც თუ ისე მარტივია და დაწესებულების გამართულ ფუნქციონირებას არაერთ პრობლემას უქმნის. ხშირად დაავადების გამწვავებამდე არ ტარდება მკურნალობა, რაც ხშირ შემთხვევაში სირთულეს უქმნის როგორც პაციენტებს ასევე სავადმყოფოს, რადგან მკურნალობის ხარჯების გაღება თავად ფსიქიატრიულ დაწესებულებას უწევს. ამასთან, პაციენტის სტატუსის მინიჭების დროს რთულია გაკონტროლდეს ესა თუ ის პაციენტი, რომელ კატეგორიას მიაკუთვნება - მწვავეს, თუ ქრონიკულს.

პრობლემურ საკითხად დასახელდა, აგრეთვე, მასალების შესასყიდად გამოცხადებული ტენდერები. ექსპერტის განცხადებით, საავადმყოფო ვალდებულია წინასწარ შეადგინოს გეგმა, თუ რის შესყიდვას აპირებს წლის განმავლობაში და ყოველივე ეს წარუდგინოს შესყიდვების ეროვნულ სააგენტოს. ფაქტობრივად შეუძლებელია წინასწარ განისაზღვროს იმ მედიკამენტების მოცულობა, რომელიც შეიძლება კლინიკას დაჭირდეს ერთი წლის განმავლობაში. ამასთან, ტენდერებით შესყიდული მედიკამენტების ხარისხი ერთობ დაბალია, რადგან ტენდერებში იმარჯვებს კომპანია, რომელიც კლინიკას მედიკამენტებს ყველაზე იაფად სთავაზობს. შედეგად, ხშირია შედარებით იაფი მედიკამენტების მიწოდება, რომელსაც ნაკლები თერაპიული ეფექტი აქვს.

არსებული დაფინანსება ვერ ფარავს ხარისხიანი მომსახურებისათვის საჭირო ხარჯებს. ასევე, დაფინანსების სიმცირიდან გამომდინარე, საკმაოდ დაბალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება, რაც ვერ უზრუნველყოფს კვალიფიციური პერსონალის მოზიდვას და შენარჩუნებას. ამ მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია ექთნების ნაკლებობა, რის გამოც პაციენტს სათანადო ყურადღება ვერ ექცევა. აქვე, აღსანიშნავია, რომ პროფესიულ განვითარებას არ აქვს უწყვეტი, სისტემური ხასიათი. ამ მხრივ შედარებით ნაკლებად ტარდება სათანადო ტრენინგები, თეორიული და პრაქტიკული კლინიკური უნარჩვევების გაუმჯობესების მიზნით. ყოველივე აღნიშნული მკვეთრად უარყოფითად აისახება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

ექსპერტების აზრით, დაფინანსების ვაუჩერული სისტემა საჭიროებს დახვეწას, რათა გახდეს რეალურ საჭიროებებზე მორგებული. მათი გაანგარიშებით, გლობალური ბიუჯეტის ფარგლებში ოპტიმალურ დაფინანსებად შეიძლება განისაზღვროს ერთ პაციენტზე 20-25 ლარი დღეში, ხოლო კომუნალური ხარჯებისათვის, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეკეთებისათვის, ინფრასტრუქტურის განვითარებისთვის და მშენებლობისთვის დამატებითი თანხები უნდა გამოიყოს.

დადებითად უნდა შეფასდეს ის ფაქტი, რომ სავადმყოფოებში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პირთა პირობები საგრძნობლად გაუმჯობესდა წინა წლებთან შედარებით. აქვე აღსანიშნავია, რომ პაციენტების ნაწილი არ საჭიროებს სტაციონარულ მკურნალობას, მაგრამ ისინი წლების მანძილზე რჩებიან ფსიქიატრიულ სავადმყოფოში. ამის მიზეზია ის გარემოება, რომ პაციენტებს არ გააჩნიათ პირადი საცხოვრებელი. არის შემთხვევები, როცა ნათესავი უარს აცხადებს პაციენტის სახლში წაყვანაზე. ამ მხრივ, არ არსებობს ქრონიკულ პაციენტთა ჰოსპიტალგარე სამედიცინო მომსახურება.

ხშირად ირღვევა პაციენტის უფლებები, კერძოდ, მათი ქონებრივი უფლებები. პაციენტის მეურვე, ნათესავი ნებართვის გარეშე განკარგავს მის ქონებას და მოიხმარს პირადი მიზნებისათვის, ამიტომ პაციენტთა გარკვეული ნაწილი გამოჯანმრთელების შემდეგ იძულებულია იცხოვროს სავადმყოფოში, მაშინ როდესაც შეეძლო დაბრუნებოდა საკუთარ სახლს. ამ ადამიანების მიმართ საზოგადოებაში გამჯდარი უარყოფითი სტერეოტიპების ერთ-ერთი გამოვლინებაა სასამართლოს წინასწარი განწყობა დაიცვას ჯანმრთელი მოსარჩელის მხარე, ვიდრე პაციენტის მხარე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლებმა ხაზი გაუსვეს თბილისთან შედარებით რეგიონში სამედიცინო მომსახურების დაბალ დონეს. მათი აზრით, რეგიონში არ ხდება პაციენტთა რეგულარული შემომწმება კვალიფიციური ექიმების მიერ. არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტზე მედიკამენტის გაცემა ხდება ექთნის მიერ, ფსიქიატრთან კონსულტაციის გარეშე. ამის მიზეზია ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისის შემადგენელ სხვადასხვა კომპონენტებს (პირველადი ჯანდაცვა, ფსიქიატრიული ამბულატორია, სტაციონარი და ფსიქო-სოციალური სერვისები) შორის კოორდინაციისა და თანამშრომლობის დაბალი დონე, რის გამოც, პაციენტი სპეციალისტთან ვერ ხვდება.

კვლევით დასტურდება, რომ პაციენტს ან მის ახლობლებს არ აქვს დადგენილი დიაგნოზის, დაავადების სიმპტომების, მკურნალობის კურსის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაცია. მიტომ, ისინი მკურნალობის პროცესში ნაკლებად ან საერთოდ ვერ ღებულობენ მონაწილეობას. ასევე, ექიმი ნაკლებად არის დაინტერესებული მკურნალობის შედეგების მონიტორინგით. შედეგად, პაციენტი იძულებულია მკურნალობა თბილისში გააგრძელოს, რაც დამატებით დროს და ხარჯებს მოითხოვს. ამასთან, პაციენტის თბილისში ტრანსპორტირება ხშირად ართულებს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

* * *

მიუხედავად იმისა, რომ წლიდან წლამდე იზრდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტთა რიცხვი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული დაფინანსების ოდენობა არ მატულობს. დაფინანსების სიმწირის გამო პაციენტს თავად უწევს თანხების გაღება გარკვეულ სერვისებზე (მაგ., მედიკამენტები), რაც უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის შედეგებზე. არაიშვიათად სამედიცინო დანესებულება იძულებული ხდება თავად გაილოს პაციენტის მკურნალობის ხარჯები.

აქტუალურ პრობლემად რჩება რეჰოსპიტალიზაციის საკითხი. სახელმწიფო პროგრამით ფინანსდება მხოლოდ გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევები, რაც სირთულეს უქმნის როგორც პაციენტებს, ასევე სავადმყოფოს. არსებული დაფინანსება ვერ ფარავს ხარისხიანი მომსახურებისათვის საჭირო ხარჯებს. საკმაოდ დაბალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. პაციენტების ნაწილი არ საჭიროებს სტაციონარულ მკურნალობას, მაგრამ რადგან მათ არ გააჩნიათ პირადი საცხოვრებელი, წლების მანძილზე რჩებიან ფსიქიატრიულ სავადმყოფოში. არ არსებობს ქრონიკულ პაციენტთა ჰოსპიტალგარეთა სამედიცინო მომსახურება. ირღვევა პაციენტის უფლებები (მა.შ. ქონებრივი უფლებები). სასამართლოც ცდილობს დაიცვას ჯანმრთელი მოსარჩელის მხარე, ვიდრე პაციენტის მხარე. თბილისსა და რეგიონებს შორის სამედიცინო მომსახურების დონე არათანაბარია. კერძოდ, რეგიონებში თბილისთან შედარებით, დაბალია ექიმთა კვალიფიკაციის დონე. დაბალია პაციენტების ან მისი ახლობლების ინფორმირებულობა მკურნალობის კურსის შესახებ.

ჩატარებული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისათვის აუცილებლად მიგვაჩნია:

- დაფინანსების მდგრადი, მოქნილი და ეფექტური მექანიზმების შემუშავება;
- დარგის უზრუნველყოფა მაღალკვალიფიცირებული სპეციალისტებით და მათი სათანადო დონეზე ანაზღაურება;
- თემზე დაფუძნებული სამსახურების, როგორცაა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების, თავშესაფრების და სხვა სახის სერვისების განვითარების ხელშეწყობა ქვეყნის მასშტაბით;
- არაფსიქიატრიულ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯების გაზრდა შესაბამის სახელმწიფო პროგრამაში;
- საზოგადოების მხრიდან პაციენტების მიმართ დამოკიდებულების შეცვლა და სტიგმის შემცირება;
- დაინტერესებულ პირებთან კონსულტაციების საფუძველზე დაფინანსების ისეთი სისტემა შექმნა, რომელიც პაციენტებისა და პერსონალის საჭიროებებზე იქნება მორგებული.

ლიტერატურა:

1. მახაშვილი ნ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავების საჭიროებები: ადამიანის უფლებების პერსპექტივიდან. ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“. 2010. http://www.parliament.ge/files/736_10443_617317_ninomakhashvili_30November.
2. მახაშვილი ნ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა საქართველოში. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში. თბ., 2012.
3. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2013
4. სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბ., 2010.
5. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული ამბულატორიული სერვისის მოდელის შემუშავება და პილოტირება, თბ., 2011.
6. Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki, Finland, 12–15 January 2005. WHO.
7. სოციალური მომსახურების სააგენტო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა, თბ., 2015,
8. Mental Health Atlas. WHO-Geneva. 2005.

Financial Support for Mental Health Services in Georgia

Tengiz Verulava, Nino Sibashvili

Difficult socio-economic situation and military conflicts have a negative impact on mental health of the population in recent years in Georgia, as a result, prevalence of mental disorders has been marked to be increased. Despite the fact that from year to year allocation of funds from mental health state program has increased, it is still quite low and comprises only 2,11% of the total expenses on health care (2012). Scarcity of resources is aggravated by less development of relatively cost-effective, out-of-hospital, community-based mental health services in the country. The purpose of survey is to study accessibility of psychiatric services in Georgia, to identify gaps existing in mental health state program. **Methodology:** Within the qualitative research component in-depth interviews were conducted among the managers of medical institutions and medical personnel. Face to face interviewing by usage of a specially designed questionnaire was conducted among mental health state pro-

gram beneficiaries as part of the quantitative research. **Findings and discussion:** Scarcity of funding of the mental health program has negative impact on patients' health. A large portion of patients, who do not require inpatient psychiatric care, remain in psychiatric institutions due to lack of development of out-of-hospital, community based mental health services, while many of those, who discharged from hospitals have been returning because of re-hospitalization needs. The problem is further aggravated by lack of professional personnel, unequal distribution of services by country's territory, fewer outpatient psychiatric services development, and difficulties in ensuring the proper material-technical capacity, equipment and finances. **Conclusion:** Effective funding mechanism is necessary for the development of mental health sphere, which will be tailored to the needs of patients. Besides this, our recommendations are: to enhance high-skilled specialists in the field and their appropriate level of compensation; to facilitate the development of psychosocial rehabilitation centers, shelters and other services in the country; to extend costs of state programs towards a non-psychiatric diagnosis and treatment; to modify the public's attitude towards the patients and to reduce stigma.

Keywords: Health care, Georgia, financial accessibility, mental health, mental disorders.

JEL Classification: I10, I11, I12