



## ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის პრობლემები საქართველოში

თინათინ ორმოცაძე<sup>1</sup>, თენგიზ ვერულავა<sup>2</sup>

<sup>1</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს  
წამყვანი სპეციალისტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მაგისტრი

<sup>2</sup> მედიცინის დოქტორი, ბიზნესის სკოლა, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოში მოქმედებს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა“. წლიდან წლამდე იზრდება პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობა, თუმცა, პროგრამისთვის გამოყოფილი თანხის ოდენობა შესამჩნევ ცვლილებას არ განიცდის. კვლევის მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებისას არსებული პრობლემების შესწავლა.

მეთოდოლოგია: თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა საქართველოში დღეის მდგომარეობით არსებული 10 სტაციონარული და 7 ამბულატორიული ფსიქიატრიული დაწესებულებების მენეჯერები. შედეგები, დისკუსია: სტაციონარული და ამბულატორიული ფსიქიატრიული სერვისების სახელმწიფო დაფინანსება არასაკმარისია. დაბალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა არადაამაკმაყოფილებელია. პრობლემებია სერვისის ამბულატორიულად მიწოდების მხრივ, რადგან ამბულატორიული სამსახური (ასევე თემზე დაფუძნებული სერვისები) არ არის განვითარებული შესაბამის დონეზე. დასკვნა, რეკომენდაციები: დაფინანსების სისტემა და სერვისების მიწოდება საჭიროებს მნიშვნელოვან დახვეწას, რათა გახდეს რეალურ საჭიროებებზე მორგებული. საჭიროა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო

პროგრამის დაფინანსების გაზრდა და დაფინანსების ეფექტური მექანიზმების შემუშავება, დარგის უზრუნველყოფა მაღალკვალიფიცირებული სპეციალისტებით და მათი სათანადო დონეზე ანაზღაურება, თავშესაფრების და სხვა სახის სერვისების განვითარების ხელშეწყობა.

**საძიებო სიტყვები:** ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ფსიქიატრიული მომსახურება

**ციტირება:** თინათინ ორმოცაძე, თენგიზ ვერულავა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2018; 4.

## Problems of Mental Health State Program in Georgia

**Tinatin Ormotsadze<sup>1</sup>, Tengiz Verulava<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> leading specialist of the Ministry of labor, Health and Social Affairs of Georgia, Ilia State University MBA, Master of Healthcare Administration

<sup>2</sup> *Doctor of Medicine, Ilia State University*

### Abstract

Introduction: Georgia operates a “Mental Health State Program”. The number of the program beneficiaries increases each year, however, the amount of money allocated for the program does not change significantly. The research aims to study the existing problems in implementing the Mental Health State Program. Methodology: In the frame of qualitative research, managers of 10 inpatients and 7 outpatient Georgian psychiatric institutions were interviewed. Results, Discussion: The State funding for inpatient and outpatient psychiatric services is insufficient. The salary of medical personnel is also low. Providing a shelter for people with mental health problems is hard and unsatisfactory. There are problems with the outpatient delivery of these services, because the outpatient service (also community – based services) is not developed at the appropriate level. Conclusion, Recommendations: The financing system and service delivery needs considerable improvement to fit its real needs. It is necessary to increase the financing of the Mental Health State Program and elaborate effective mechanisms for funding, sheltering and other services. It is also important to ensure the development of this sector with highly qualified specialists and their adequate payment.

**Keywords:** Mental health, Psychiatric services

**Quote:** Tinatin Ormotsadze, Tengiz Verulava. Problems of Mental Health State Program in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology 2018; 4.

## შესავალი

### ფსიქიატრიული დაავადებების გავრცელება

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ინსტრუმენტები სახელმწიფოს აკისრებს ვალდებულებებს ფსიქიკური აშლილობებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების მიმართ [1]. 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 [2].

საქართველოში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების წილი დაავადებათა გავრცელების სტრუქტურაში 2,5%-ს შეადგენს და მზარდი ტენდენციით ხასიათდება. 2013 წელს ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე შეადგენდა 1536-ს, ხოლო ინციდენტობის მაჩვენებელი 167.8-ს [3].

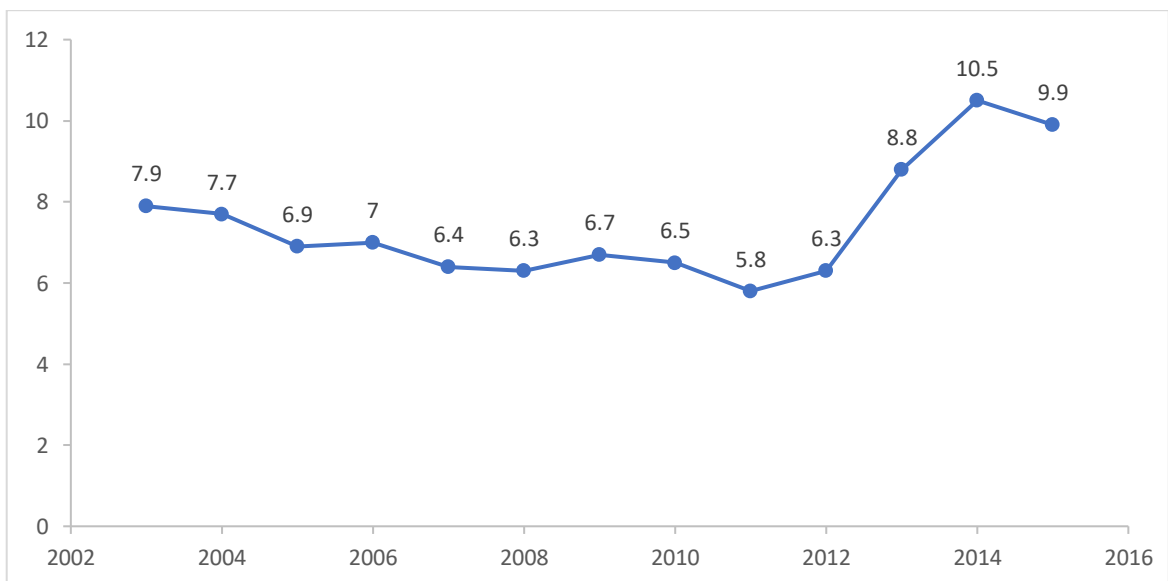
ფსიქიკური აშლილობების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკური ინფორმაცია ზუსტად ვერ ასახავს რეალურ მდგომარეობას და ეს რიცხვი შესაძლოა დარეგისტრირებულ დაავადებულთა რაოდენობაზე გაცილებით დიდი იყოს, რაც განპირობებულია ქვეყანაში დაავადებათა აღრიცხვიანობის არასრულყოფილი სისტემის არსებობით, ასევე სოციალური სტიგმით [4]. პაციენტები და მათი ახლობლები დაწესებულებაში 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 [4]. თავის მხრივ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ხშირად ვერ უზრუნველყოფს

მათ საჭიროებებს, რის გამოც, სამედიცინო სამსახურებისადმი მიმართვიანობის მაჩვენებელი ძალიან დაბალია [4]. აღნიშნულ მდგომარეობას ხელს უწყობს 1995 წელს მიღებული კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, რომლის თანახმად პაციენტებს მიეცათ არჩევანის თავისუფლება და უფლება აქვთ უარი განაცხადონ აღრიცხვაზე [4].

### სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფა

ფსიქიატრიული მომსახურების სისტემა და მიწოდებული სერვისები არსებითად არის დამოკიდებული ქსელში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობასა და კვალიფიკაციაზე. ამ მხრივ, საქართველოში ბოლო ათწლეულში ფსიქიატრების რაოდენობა 30 %-ით შემცირდა [3. გვ. 92]. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე სოციალური მუშაკების, ოკუპაციური თერაპევტების, ფსიქოთერაპევტების, თემის მუშაკების მიმართაც [4]. დაბალი ანაზღაურების გამო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგი არ არის მიმზიდველი მომავალი ახალგაზრდა მედიკოსებისათვის [4].

დიაგრამა 1: ფსიქიატრების უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე, 2003-2016 წწ. [5]



## ინფრასტრუქტურა და საწოლთა ფონდი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა მდგომარეობა წლების განმავლობაში ხასიათდებოდა არასახარბიელო, ამორტიზებული, ინფრასტრუქტურით. უკიდურესად მწირია პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების რაოდენობა. შესაბამისად, დაბალია მომსახურების ხარისხი. ბენეფიციარებს უწევთ არასათანადო გარემოში მკურნალობა, რაც ნეგატიურად აისახება დაავადების მიმდინარეობაზე [6].

1990-იანი წლების დასაწყისიდან, როდესაც საქართველომ მოიპოვა დამოუკიდებლობა, მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გამო მნიშვნელოვნად შემცირდა ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2011 წელს მონოპროფილურ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რიცხვი განვითარებულ ქვეყნებში შეადგენდა 3.09-ს 10000 მოსახლეზე, ხოლო საქართველოში – 2.86-ს. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი განვითარებულ ქვეყნებში შეადგენდა 1.36-ს 10000 მოსახლეზე, ხოლო საქართველოში – 0.22-ს. ამგვარად, დაბალია ფსიქიატრიული პროფილის საწოლთა ფონდით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი [7].

საქართველოში თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისები ნაკლებადაა განვითარებული. განვითარებულ ქვეყნებში რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე შეადგენს 1,015-ს, ხოლო საქართველოში ამგვარი სერვისები ჯერ-ჯერობით არ არსებობს. ევროგაერთიანების ქვეყნებში დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა შეადგენს 4.3-ს 10000 მოსახლეზე, ხოლო საქართველოში ეს მაჩვენებელი 0.1-ს არ აღემატება [1]. თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ განვითარებულ ქვეყნებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა დეინსტიტუციონალიზაცია და

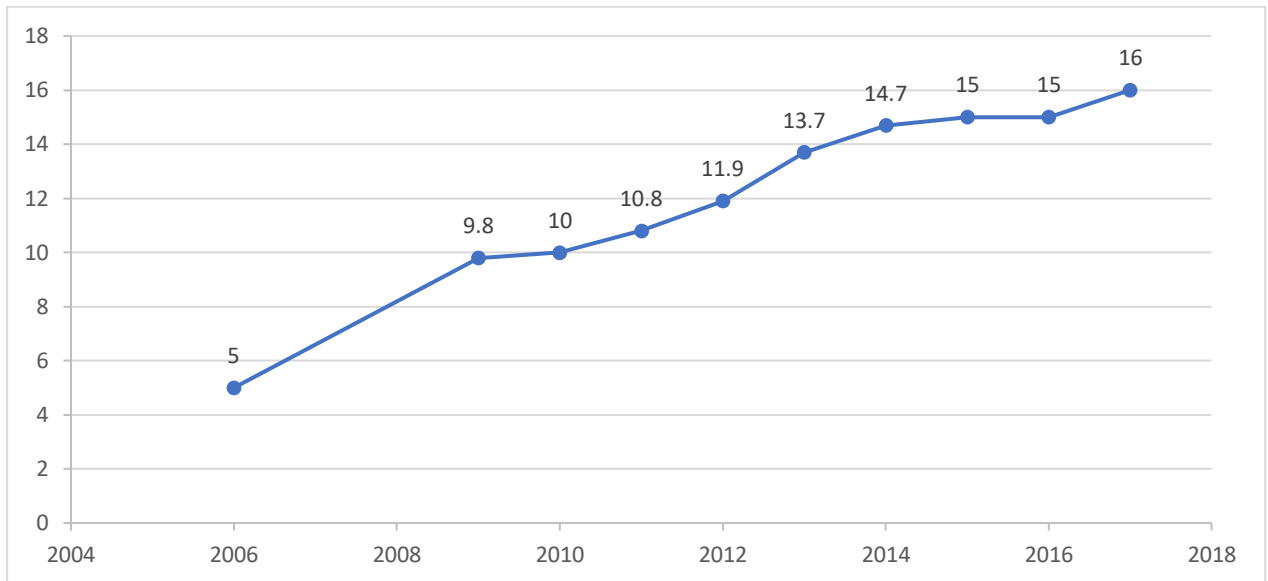
სათემო სერვისების განვითარება ხანგრძლივ პროცესს წარმოადგენდა. მაგალითისათვის, ავსტრალიამ მსგავსი რეფორმის გატარება ჯერ კიდევ 1950 წლიდან, ხოლო დიდმა ბრიტანეთმა 1980 წლიდან დაიწყო.

ამგვარად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პაციენტთათვის ჰოსპიტალგარე სერვისების ნაკლებად განვითარების გამო ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პაციენტთა დიდი ნაწილი, რომელიც სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას არ საჭიროებს, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში რჩება, ხოლო გაწერილი პაციენტების დიდი ნაწილი მალევე ბრუნდება სტაციონარში და ხელახალ ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს [9].

### დაფინანსება

ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს დანახარჯების წილი [11]. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი 2006-2017 წლებში 3.2-ჯერ გაიზარდა. ასეთი ზრდის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე გაწეული 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].

დიაგრამა 2: ფსიქიატრიულ სერვისებზე სახელმწიფო დანახარჯები საქართველოში (მლნ ლარი). 2006-2015 წწ. [5]



სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების ყველაზე დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი წლების მანძილზე სტაბილურად მაღალია. ამისგან განსხვავებით, ევროპის ქვეყნებში სტაციონარულ სერვისებზე იხარჯება 9-31% და შედარებით მეტად ფინანსდება არაჰოსპიტალური სერვისები.

საქართველოში ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯების მაღალი ხვედრითი წილი მნიშვნელოვან პრობლემას უქმნის ამბულატორიული სერვისების განვითარებას. ამბულატორიული მომსახურება ძირითადად შემოიფარგლება მედიკამენტების დანიშვნით და გაცემით, რომელიც ხშირ შემთხვევებში ვერ აკმაყოფილებს პაციენტთა საჭიროებებს. მწირი დაფინანსების გამო პაციენტი იძულებულია მედიკამენტებზე გარკვეული ხარჯები თავად გასწიოს [10].

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. ამბულატორიუმში 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 [1].

კვლევის მიზანია შეისწავლოს საქართველოში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა ფსიქიატრიულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, გამოავლინოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში არსებული პრობლემები.

### მეთოდოლოგია

კვლევის ჩატარებისას გამოყენებულ იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ეროვნული ანგარიშები, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის სტატისტიკური ცნობარები, სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, ინტერნეტ-გამოცემები, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მასალები. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა 10 სტაციონარული და 7 ამბულატორიული ფსიქიატრიული დაწესებულებების მენეჯერები. შემუშავებულ იქნა ორი კითხვარი: ფსიქიატრიული სერვისის მიმწოდებელი სტაციონარული დაწესებულებების ხელმძღვანელთათვის და ფსიქიატრიული სერვისის მიმწოდებელი ამბულატორიული დაწესებულებებისათვის.

### შედეგები

რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგად გამოიკვეთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული პრობლემები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის მოცულობა. გამოკითხულთა უმრავლესობის აზრით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამით გათვალისწინებული ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების



მოცულობა არ არის საკმარისი, იგი არ მოიცავს პაციენტისათვის საჭირო ყველა სერვისს.

საცხოვრისების პრობლემა. რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ ამბულატორიული პაციენტების უმეტესობა ცხოვრობს გაუსაძლის პირობებში. მათი მეურვეები უმეტეს შემთხვევაში არ არიან დასაქმებულები, რადგან პაციენტს ვერ ტოვებენ მარტო და ორიენტირებულები არიან მათ მოვლაზე. შესაბამისად, ასეთი ოჯახების შემოსავალი დაბალია. მათი აზრით, აუცილებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების თავშესაფრით უზრუნველყოფა.

„ჩემი ერთი პაციენტი ცხოვრობდა მარტო. უჭირდა საკუთარი თავის მოვლა. განსაკუთრებით ზამთარში ჰქონდა პრობლემები. სათანადო სახსრების უქონლობის გამო, არ შეეძლო ეყიდა შეშა გასათბობად და მეზობლის ღობეს აძრობდა სარებს“.

ზოგიერთ პაციენტს არც მეურვე ჰყავს და არც საცხოვრებელი არ გააჩნია. აქედან გამომდინარე, იგი იძულებულია უსასრულოდ დარჩეს სტაციონარში, თუმცა, მისთვის სტაციონარული მკურნალობა შეიძლება საერთოდ არ არის საჭირო.

### **დაფინანსების პრობლემები**

რესპოდენტთა გამოკითხვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული თანხა მწირია და არ შეესაბამება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტთა საჭიროებებს. ბენეფიციართა რაოდენობა წლიდან წლამდე იზრდება, მაშინ როდესაც პროგრამით განსაზღვრული ბიუჯეტი უმნიშვნელოდ იცვლება.

ამბულატორიული ნაწილის დაფინანსება წლების განმავლობაში ცვლილებას არ განიცდის, ხოლო ჰოსპიტალური პაციენტების დაფინანსება უმნიშვნელოდ იზრდება. ეს ფაქტიც ადასტურებს, რომ საქართველოში ნაკლები ყურადღება ექცევა ამბულატორიული სექტორის განვითარებას. ნაკლები აქცენტი კეთდება პაციენტის ამბულატორიულ მეთვალყურეობაზე. აქედან გამომდინარე, სტაციონარიდან გაწერილი პაციენტი ამბულატორიულ სექტორში ვერ აგრძელებს

სათანადო მკურნალობას, რაც ზრდის რეჰოსპიტალიზაციის რისკს და შესაბამისად, დანახარჯებს.

პრობლემას კიდევ უფრო ამწვავებს ის გარემოება, რომ სახელმწიფო დაფინანსების უმნიშვნელო ზრდის ფონზე მკვეთრად მოიმატა მედიკამენტების, მათ შორის ფსიქოტროპული მედიკამენტების ფასები. 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 პაციენტების მედიკამენტებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე და შესაბამისად პაციენტთა მკურნალობის ხარისხზე. არასრულფასოვანი მკურნალობა ზრდის დაავადების გამწვავების სიხშირეს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ჰოსპიტალური ნაწილი პაციენტებს უზრუნველყოფს კვებით. ამ მხრივ, გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების მიხედვით, სურსათის სამომხმარებლო ფასების ინდექსი წინა წელთან შედარებით 7%-ით გაიზარდა [12]. თუმცა, სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი მხოლოდ უმნიშვნელოდ გაიზარდა. არსებული დაფინანსების პირობებში პაციენტების უზრუნველყოფა სრულფასოვანი კვებით ძნელად წარმოსადგენია. ექსპერტთა აზრით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების განსაზღვრისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს მედიკამენტების და საკვები პროდუქტების ფასების ინდექსების ცვლილებები.

რესპოდენტთა აზრით, არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია სამედიცინო დაწესებულების ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება. „ამ ბოლო დროს ნაწილობრივ ჩავატარე დაწესებულების სარემონტო სამუშაოები, მოვახერხე გათბობის სისტემის დამონტაჟება. თუმცა, კაპიტალური რემონტისთვის მაინც არასაკმარისია დაფინანსება. გათბობის სისტემის დამონტაჟებით გამეზარდა კომუნალური გადასახადები, რისი გადახდა არსებული დაფინანსების პირობებში საკმაოდ რთულია“.

შედარებით დაბალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. სტაციონარული ფსიქიატრიული სამედიცინო დაწესებულების გამოკითხული მედპერსონალიდან მესამედის საშუალო თვიური ხელფასი 700-900 ლარია, მეხუთედის – 1000-1500 ლარი, მეათედის – 300 ლარიდან 700 ლარამდე.

ამბულატორიული ფსიქიატრიული სამედიცინო დაწესებულების გამოკითხული მედპერსონალიდან მესამედის საშუალო თვიური ხელფასი – 300-500 ლარია, მეხუთედის – 900-1000 ლარი, მეათედის – 1000 ლარზე მეტი.

### **დასკვნა, რეკომენდაციები**

ამგვარად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამით გათვალისწინებული ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მოცულობა არ არის საკმარისი, იგი არ მოიცავს პაციენტისათვის საჭირო ყველა სერვისებს, მათ შორის ფსიქოსოციალურ, სათემო სერვისებს. ამბულატორიული პაციენტების უმეტესობა ცხოვრობს გაუსაძლის პირობებში. ზოგიერთი პაციენტი საცხოვრებლის არქონის გამო იძულებულია დარჩეს სტაციონარში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული თანხა მწირია და არ შეესაბამება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტთა საჭიროებებს. ბენეფიციართა რაოდენობა წლიდან წლამდე იზრდება, მაშინ როდესაც პროგრამით განსაზღვრული ბიუჯეტი უმნიშვნელოდ იცვლება. არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია როგორც პაციენტების უზრუნველყოფა მედიკამენტებით და საკვები პროდუქტებით, ასევე სამედიცინო დაწესებულების ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება. დაბალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება.

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

- სახელმწიფო დაფინანსების გაზრდა;
- დაფინანსების ეფექტური მექანიზმების შემუშავება;
- დარგის უზრუნველყოფა მაღალკვალიფიცირებული სპეციალისტებით და მათი სათანადო დონეზე ანაზღაურება;

- თავშესაფრების და სხვა სახის სერვისების განვითარების ხელშეწყობა ქვეყნის მასშტაბით.

### ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №762 “ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის” დამტკიცების შესახებ. 2014 წლის 31 დეკემბერი. ქ. თბილისი.
2. არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი გლობალურ და ეროვნულ დონეზე დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.
3. ვერულავა თ. (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
4. ვერულავა, თ., სიბაშვილი, ნ. 2015. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის ფინანსური უზრუნველყოფა საქართველოში. ეკონომიკა და ბიზნესი. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. VIII (3): 75-87.
5. ჯანმრთელობის დაცვა, 2015. სტატისტიკური ცნობარი 2016. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი.
6. მახაშვილი ნინო. 2012. ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა საქართველოში. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში. თბილისი.
7. პოლიტიკის ნარკვევი ივნისი, 2014 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები ფინანსური ბარიერების კვლევის შედეგები. საერთაშორისო ფონდი კურაციო.
8. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №308 2015 წლის 30 ივნისი ქ. თბილისი 2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.
9. Verulava, T., Sibashvili, N. (2015). Accessibility to Psychiatric Services in Georgia. Journal of Psychiatry: Open Access, 18 (3): 1-5.

10. Verulava, T., Maglakelidze, T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences*, 11 (2): 143-150.
11. Verulava, T., Jorbenadze, R., Barkalaia, T. (2017). Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. *Georgian Medical News*, 262 (1): 116-120.
12. სამომხმარებლო ფასების ინდექსი. სტატისტიკური ინფორმაცია. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. თბილისი, 2017.