

ფსიქიკური ჯანმრთელობის
დაცვა საქართველოში:
ხარვეზები და შესაძლო
გადაჭრის გზები

ფინანსური ბარიერების კვლევის შედეგები

საკითხის აქტუალობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მნიშვნელობას ჯანდაცვისა და ეროვნულ პოლიტიკაში ხაზს უსვამს შემდეგი გარემოებები:

- ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრაში ფსიქიკურ ჯანმრთელობას ერთერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს, რასაც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ჯანმრთელობის დეფინიციაც მოწმობს – „ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადებების არარსებობა“;
- საქართველოში ნეიროფსიქიკური დაავადებები მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთის 22,8%-ს შეადგენს, რაც იმდენად მაღალია, რომ ადეკვატურ მართვასა და ყურადღებას საჭიროებს;¹
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები მნიშვნელოვან და უარყოფით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე, განსაკუთრებით, შრომისუნარიან მოსახლეობაში, რაც ქვეყნის ეკონომიკაზე უარყოფითად აისახება ამ ჯგუფში შრომისუნარიანობის დაქვეითების გამო.

კვლევის შესახებ

2014 წელს საერთაშორისო ფონდ კურაციოს მიერ ჩატარდა კვლევა, რომელმაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში არსებული ფინანსური ბარიერები შეისწავლა. კვლევაში გამოყენებულ იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდები, რაც ლიტერატურის ფართო მიმოხილვით და მეორად მონაცემთა ანალიზით გამდიდრდა.

ამ დოკუმენტში წარმოდგენილი კვლევის შედეგები ასახავს იმ ძირითად ბარიერებს, რომლებიც სისტემის სხვადასხვა დონეზე არსებობს და მოსახლეობისთვის ადეკვატურ და ხარისხიან მომსახურებასთან ხელმისაწვდომობის პრობლემას ქმნის.

დოკუმენტი მომზადებულია ლელა სულაბერიძის, მაია უჩანეიშვილის, ნინო გამყრელიძის მიერ ივდითი ჩიქოვანის ხელმძღვანელობით. საერთაშორისო ფონდ კურაციო განსაკუთრებულ მადლობას უხდის ნინო მახაშვილსა (გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი; ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი) და დევიდ მაკ-დაიდს (ლონდონის ეკონომიკის სკოლა, დიდი ბრიტანეთი) განეული დახმარებისთვის. მკვლევართა გუნდი მადლობას უცხადებს ძალისხმევითვის ყველას, ვინც გამოახმა დრო და მონაწილეობა მიიღო კვლევაში.

კვლევა ჩატარებულია გაეროს განვითარების პროგრამის ფინანსური მხარდაჭერით. პუბლიკაციაში მოყვანილი მოსაზრებები ავტორისეულია და შეიძლება არ ასახავდეს UNDP-ის მოსაზრებებს.

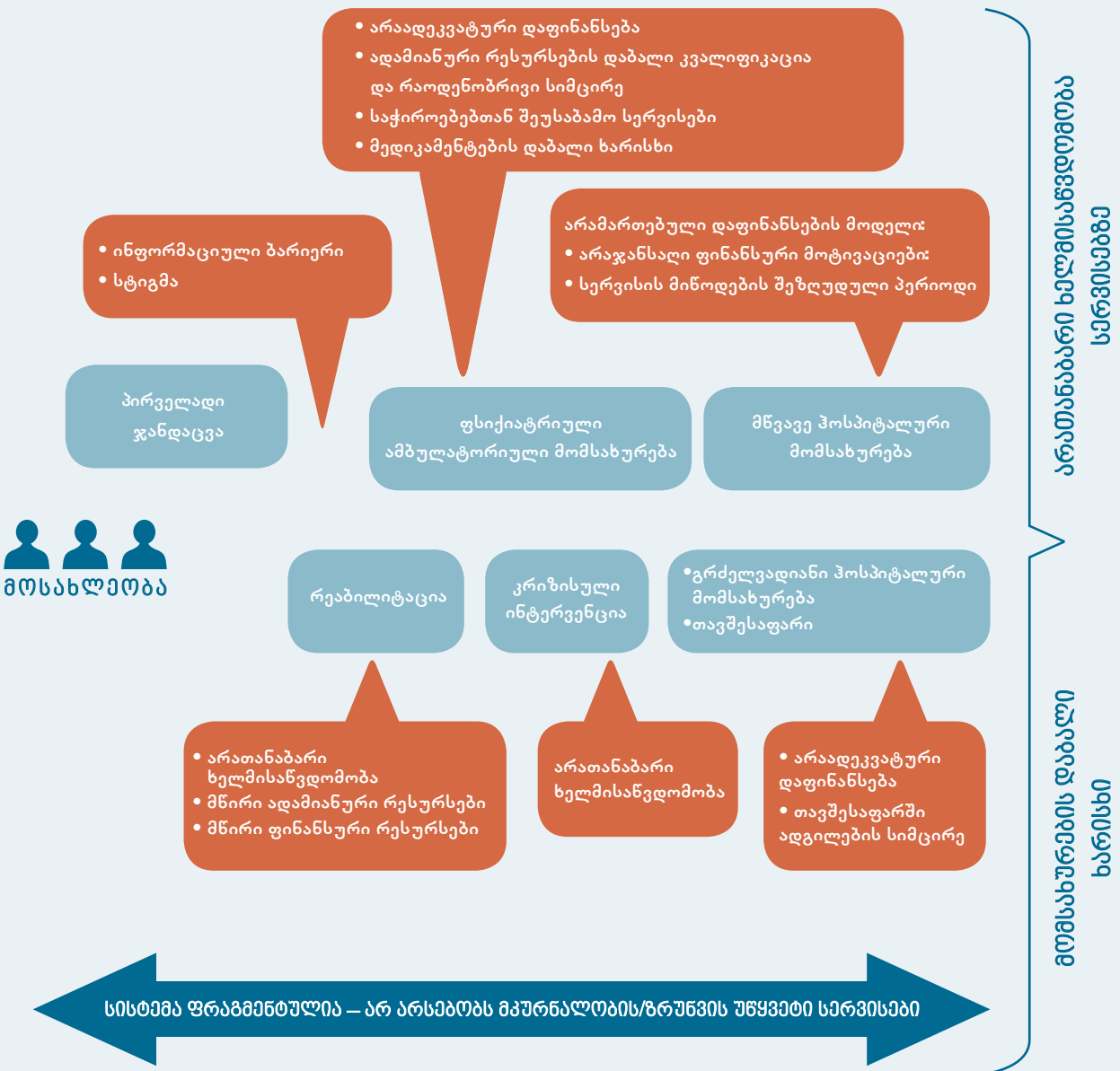


*Empowered lives.
Resilient nations.*

1 WHO, Mental Health Atlas 2011

კონტექსტი:

- მწირი ფინანსური და ადამიანური რესურსები
- რესურსების არაადეკვატური გადანაწილება
- მტკიცებულებების გამოყენების სისუსტე
- სუსტი კავშირი სხვადასხვა სახ. პროგრამების სერვისებს შორის
- მართვა/ზედამხედველობის ხარვეზები

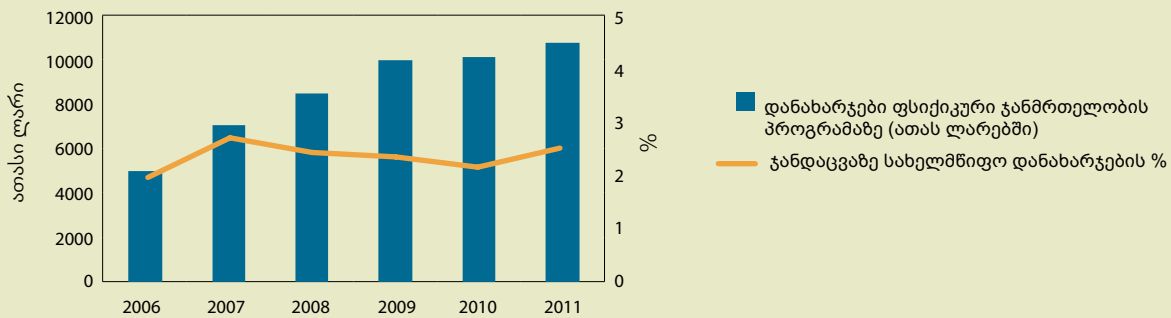


დაფინანსება და რესურსების განაწილება

ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯები

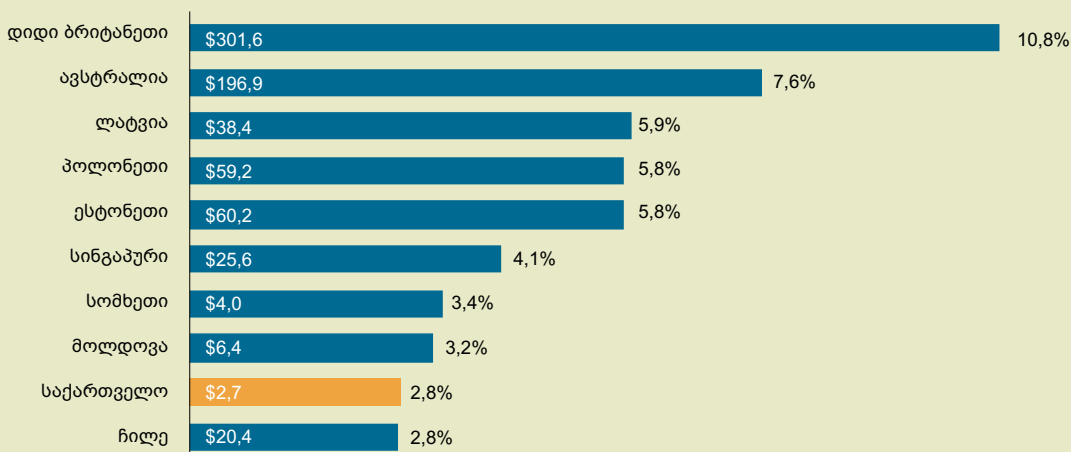
საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან 2006-2011 წლებში გამოყოფილი თანხები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯთან მიმართებაში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დახარჯული თანხების ხვედრითი წილი დიდ ცვლილებას არ განიცდის და დაახლოებით 2.5 %-ს შეადგენს,² რაც გაცილებით მცირეა ვიდრე საქართველოს მსგავსი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების მონაცემები.

გრაფიკი 1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაზე დანახარჯები 2006-2011 წწ



ასევე მნიშვნელოვნად განსხვავდება საქართველოს მონაცემი – ფსიქიკური ჯანმრთელობის დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით – საქართველოს მსგავსი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების მონაცემებთან შედარებით, სადაც უფრო მეტ თანხებს ხარჯავენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე.

გრაფიკი 2. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯი როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის % და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე^{3,4}



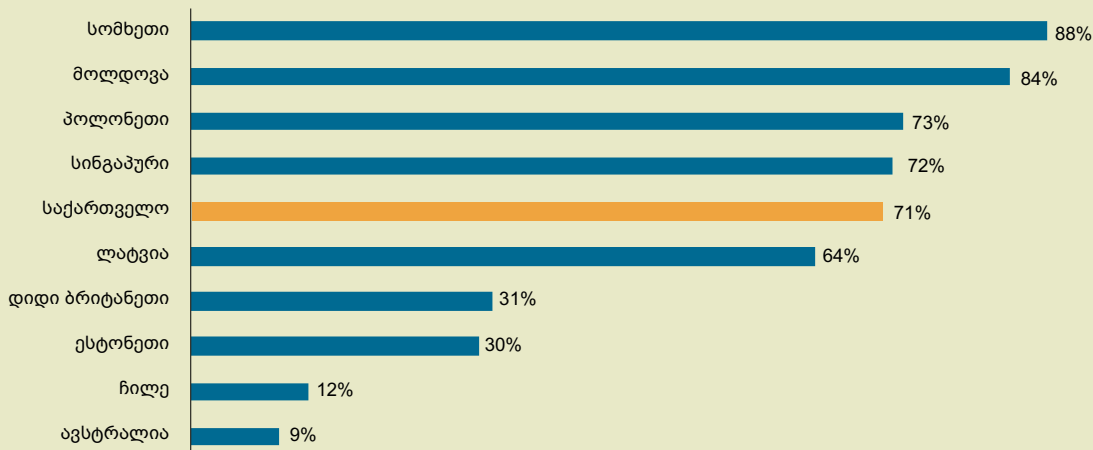
2 ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები

3 WHO, European Health for All database

4 WHO, Mental Health Atlas 2011

სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების ყველაზე დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი წლების მანძილზე (2006 წლიდან დღემდე) სტაბილურად მაღალია, მაშინ როდესაც ევროპის განვითარებული ქვეყნები სტაციონარულ სერვისებზე ხარჯავენ 9-31%-ს და გაცილებით მეტ სახსრებს ჰოსპიტალგარე სერვისებს უთმობენ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი და სათემო სერვისების განვითარება ხანგრძლივი პროცესია ამ ქვეყნებში და ამგვარი მაჩვენებლების მისაღწევად საქართველოს, ალბათ, ათეულობით წელი დაჭირდება, თუმცა პირველი ნაბიჯების გადადგმა დღესვე უნდა დაიწყოს. მაგალითისთვის, ავსტრალიამ მსგავსი რეფორმის გატარება ჯერ კიდევ 1950 წლიდან დაიწყო, ხოლო დიდ ბრიტანეთში 1980 წლიდან დაიწყო ცვლილებების განხორციელების პროცესი.

გრაფიკი 3. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე დანახარჯი, როგორც ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის %⁵



საქართველოში ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯების მაღალი ხვედრითი წილი მნიშვნელოვან პრობლემას უქმნის ამბულატორიული სერვისების განვითარებას: ა) ამბულატორიული პროგრამით განსაზღვრული საჭიროებების უზრუნველსაყოფად არსებული რესურსები მწირია; ბ) 2014 წლამდე სერვისის მომწოდებელთა შორის თანხების გადანაწილება ისტორიული ბიუჯეტით ხდებოდა, რაც არათანაბარ მდგომარეობაში აყენებდა დანესებულებებს და ერთ რეგისტრირებულ ბენეფიციარზე გადაანგარიშებით ზოგ დანესებულებაში 4 ლარი იხარჯება და ზოგში კი 17. ზემომოყვანილი უთანაბრობის ერთ-ერთ განმარტობებელ ფაქტორად პაციენტების რეგისტრაციის სისტემის სისუსტე სახელდება.

„...ამბულატორიაში ბოლო რამდენიმე თვეა დავგემატა პაციენტების დიდი რაოდენობა და ზარალზე მივდივართ...“
დანესებულების მენეჯერი

„...როცა მივდივარ ექიმში მაძლევს 10 ტაბლეტს. არ მეუბნება: რეცეპტს მოგცემთ და თქვენ განმეორებით აიღეთ. მე მირჩევიან ჩემით შევიძინო ის წამალი - 100 ტაბლეთი 7 ლარი ღირს, ვიდრე ვიზიტში 40 ლარი გადავიხადო და იმ მივიღო წამალი უფასოდ...“
მომვლელი

ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ფინანსური რესურსების ზოგადი სიმწირე და არსებული დაფინანსების მოდელი ვერ ქმნის სერვისის მიმწოდებლებისთვის ხელშემწყობ გარემოს უკეთე-

⁵ WHO, Mental Health Atlas 2011

სი სერვისების მისაწოდებლად. კერძოდ, ამბულატორიული დაწესებულებების ფუნქცია ძირითადად შემოიფარგლება მედიკამენტების დანიშნით და გაცემით, რომელიც დაბალი ხარისხის არის და რაც შემთხვევებში ვერ აკმაყოფილებს რაოდენობრივ მოთხოვნილებას. როგორც კვლევის შედეგები ცხადყოფს, ზოგიერთ დაწესებულებას თვის გარკვეულ პერიოდში ექმნება მედიკამენტების დეფიციტი. ეს პაციენტს აიძულებს მედიკამენტის საფასური ჯიბიდან გადაიხადოს.

რესურსების განაწილების სამართლიანობა და პროგრამულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

ქვეყნის მასშტაბით 18 ფსიქიკური ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელი ფუნქციონირებს, თუმცა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ფსიქოსოციალური ექსპერტიზის ფუნქცია მხოლოდ ხუთ დაწესებულებას აქვს მინიჭებული. სტატუსის მინიჭების დადგენილი წესის შესაბამისად განმეორებითი შეფასებები გარკვეული პერიოდულობით ტარდება, რაც სერვისზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ბარიერს ქმნის და პაციენტის ჯიბეზე უარყოფითად აისახება. ასევე აღსანიშნავია, რომ სერვისის მიწოდებისთვის დაწესებულება დამატებით ფინანსურ სარგებელს არ იღებს.

მწირი რესურსების ფონზე არსებობს გარკვეული ტიპის სერვისი – კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტი, რომელიც ამბულატორიისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტის 20 %-ს ითვისებს და ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია – 4 რეგიონს ემსახურება, მაშინ როდესაც ბაზისური ამბულატორიული სერვისით არ არის მოცული ზოგიერთი რაიონი.

„...მკურნალობის, დასტაბილურებისა და მიღწეული გაუმჯობესების შემდგომ პაციენტის ცხოვრებაში არაფერი არ იცვლება. ამ ყოველივეს თან უნდა ახლდეს სოციალური რეაბილიტაცია. ხშირად პაციენტის მდგომარეობა ისევ მწვავედაა და ბრუნდება უკან...“

ფსიქიატრი

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისი, რომელიც თავისი არსით მიმართულია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის სოციალური ინტეგრაციისა და ადაპტაციის უნარ-ჩვევების მაქსიმალური ხელშეწყობისკენ სადღეისოდ მხოლოდ სამი დაწესებულებით შემოიფარგლება და მოსარგებლეთა რაოდენობა რამდენიმე ათეულს არ აჭარბებს.

გრძელვადიანი სტაციონარული საწოლები გადატვირთულია პაციენტებით, რომლებიც თავშესაფრის ან სათემო საცხოვრისის მომსახურებას საჭიროებენ. შესაბამისად, რაც შემთხვევაში ბენეფიციარისთვის საჭირო სერვისზე ხელმისაწვდომობა იზღუდება.

„...ზოგჯერ არის შემსაბუღი საავადმყოფო და გვთყვინან, რამდენიმე ხნის მერე დარეკით და დაგაწვინეთ. რიგში უნდა ჩადგე და დაელოდო სანამ შენი რიგი მოვა...“

პაციენტი

დაფინანსების მოდელები

როგორც ცნობილია, დაფინანსების მოდელები სერვისის მიმწოდებლებისთვის გარკვეულ ფინანსურ მოტივაციებს ქმნიან. დღეს არსებული დაფინანსების მოდელი ხელს უწყობს ერთ შემთხვევაში საწოდდაყოვნების შემცირებას და საწოლის მაღალ უტილიზაციას (მწვავე ჰოსპიტალიზაცია), ხოლო მეორეს მხრივ, საწოლების მაქსიმალურად დატვირთვას (გრძელვადიანი

ჰოსპიტალიზაცია), რომელსაც საბოლოო ჯამში პროგრამული თანხების არაეფექტიან ხარჯვასთან მივყავართ.

2013 წლის პროგრამული მონაცემების მიხედვით 10 თვეში შესრულებული შემთხვევების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ მწვავე ჰოსპიტალური სერვისის განმახორციელებელ დაწესებულებებში სანოლდაყოფნება 14-20 დღეს შეადგენს, შესაბამისად, სანოლის ბრუნვის მაჩვენებელი მაღალია. განვითარებული ქვეყნების სტატისტიკური მონაცემები გვიჩვენებს, რომ მწვავე სანოლებზე დაყოფნების მაჩვენებელი დაახლოებით იგივე დიაპაზონში მერყეობს, როგორც საქართველოში.^{6,7} თუმცა, აღნიშნულ ქვეყნებში განვითარებულია მკურნალობის/ზრუნვის ერთიანი სისტემა, რომლის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს ჰოსპიტალგარე სერვისები წარმოადგენს. ეს უკანასკნელი უზრუნველყოფს მკურნალობის გაგრძელებასა და მუდმივ მეთვალყურეობას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. საინტერესოა, რომ ასეთი სისტემის პირობებში რეჰოსპიტალიზაციის ვადად განსაზღვრულია 30 დღე, რაც ჰოსპიტალგარე სერვისების ხარისხის შეფასების ინდიკატორად გამოიყენება.⁸ ამ მხრივ განსხვავებული სიტუაციაა საქართველოში. კერძოდ, სისტემა ფრაგმენტულია – არ არსებობს მჭიდრო კავშირი ჰოსპიტალსა და ამბულატორიას შორის, და ამავე დროს რეჰოსპიტალიზაციის 7-დღიანი ვადა ფსიქიატრებში პრობლემურ საკითხად წარმოჩნდება.

„... არ ვიცი საიდან მოიტანეს რეჰოსპიტალიზაციის ეს 7 დღიანი ვადა. ვერ ვიტყვით, რომ 7 დღეში პაციენტი არ გამწვავდება, რადგან არ არსებობს გარე სერვისები და პაციენტს გარეთ ხვდება ძალიან მოუშვადებილი საზოგადოება და ოჯახი...“
ფსიქიატრი

საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ რეჰოსპიტალიზაციის 7-დღიანი ვადა ასეთი ფრაგმენტული სისტემის პირობებში შეუსაბამოა. ის არ ასრულებს თავის დაინიშნულებას. გარდა ამისა, ეს რეგულაცია დაწესებულებას შესაძლოა პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის თარიღის მანიპულირებისკენ უბიძგებდეს.

პროგრამის დიზაინი სტაციონარიდან განერილ პაციენტებზე მეთვალყურეობის საკითხებში სტაციონარის ჩართულობას არ ითვალისწინებს. არაადეკვატური ამბულატორიული მეთვალყურეობის გამო მწვავე ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ პაციენტების ნაწილი კვლავ უბრუნდება სტაციონარს. პაციენტების ნაწილისთვის ფინანსური მოდელის გავლენით შექმნილ „პირობით“ ვადებში ვერ ხდება მდგომარეობის გაუმჯობესება სოციუმში დასაბრუნებლად, რის გამოც ასეთი პაციენტები მწვავე სტაციონარული მომსახურების მიღების შემდეგ გრძელვადიანი ჰოსპიტალური სერვისის მომხმარებლები ხდებიან. ეს ყოველივე განაპირობებს პროგრამული თანხების დამატებით ხარჯებს. ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსების მოცულობა ასევე არათანაბრად არის გადანაწილებული, მაგ. გრძელვადიანი სერვისის დაფინანსება არსებულ საჭიროებას ვერ ფარავს, მაშინ როდესაც მწვავე ჰოსპიტალიზაციის სერვისები შედარებით ადეკვატურად არის დაფინანსებული. საკითხს ამწვავეებს რეგულაციების დონეზე ჰოსპიტალიზაციის მწვავე და გრძელვადიანი კომპონენტებისთვის კრიტერიუმების არარსებობა.

6 ავსტრალია - მწვავე ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა 12-19 დღე. Australian hospital statistics 2009–10. Health services series no. 40. Cat. no. HSE 107. Canberra: AIHW
7 კანადა - მწვავე ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა 12-27 დღე. Statistics Canada, Acute care hospital days and mental diagnoses, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012004/article/11761-eng.htm>
8 Unplanned hospital re-admissions for patients with mental disorders. Health at a Glance 2013 OECD Indicators

მართვა და გედამხედველობა

„... ამას სხვანაირი ხარისხობრივი მონიტორინგის მეთოდაბი უნდა, მონიტორი უკეთესი სპეციალისტი უნდა იყოს, ვიდრე ბიუროკრატი, რომელიც მხოლოდ საპასპორტო მონაცემებს ნახულობს . . .“

დარგის ექსპერტი

ფსიქიკური ჯანმრთელობა განსაკუთრებულ მიდგომას და პროგრამის ეფექტურ მართვა/ზედამხედველობას მოითხოვს. სახელმწიფო პროგრამების ზედამხედველობის არსებული მოთხოვნები სტანდარტულია ჯანდაცვის მთელი სისტემისთვის და არ არის მორგებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს საჭიროებებზე.

გარდა ამისა, ზედამხედველობა არ ითვალისწინებს ხარისხზე მეთვალყურეობას და მიმართულია მხოლოდ დანახარჯების ფინანსური კონტროლისკენ. არ არსებობს მონიტორინგის და შეფასების ჩარჩო, რომლითაც გაიზომება პროგრამის ეფექტურობა. დაფინანსების მოდელებში არ არის გათვალისწინებული ინდიკატორები, რომლებიც ხელს შეუწყობს შესრულებული სამუშაოს ხარისხის გაუმჯობესებას.

„...სტაციონარში წამალი რომ დამრჩას და ამბულატორიაში ამომეწუროს ერთიდან მეორეში ვერ გადავიტან ...“

დანესაპულები მენაჟარი

სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების წესი ქმნის ე.წ. „განმხილვებული ბიუჯეტების“ ბარიერს, რაც გულისხმობს პროგრამული თანხების მოძრაობის/გადატანის შეზღუდვას კომპონენტებს შორის (მაგ. ერთი და იმავე განმახორციელებელი ვერ ახდენს პროგრამული რესურსების გადატანას ერთი

კომპონენტიდან მეორეში სამუშაოს ოპტიმიზაციის და რესურსების უფრო ეფექტიანი გამოყენების მიზნით).

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესისთვის საჭიროა ადეკვატური ინფორმაციული, ფინანსური და ადამიანური რესურსების მობილიზება. სადღეისოდ ქვეყანას შემუშავებული აქვს სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეთა ელექტრონული სისტემა, რომელიც კარგი, წინ გადადგმული ნაბიჯია და საშუალებას იძლევა შეგროვდეს და გაანალიზდეს პროგრამული მონაცემები ცალ-ცალკე კომპონენტების მიხედვით. თუმცა, სისტემა სრულყოფილი ანალიზის ჩასატარებლად ერთიან ბაზას არ იძლევა, რომლითაც შეფასდება ბენეფიციარის სისტემაში მოძრაობა, მოხდება პრობლემების დროული იდენტიფიცირება და მათ გადასაჭრელად შესაბამისი რეაგირება. რაც შეეხება ფინანსურ და ადამიანურ რესურსებს ამ კუთხით ადგილი აქვს მათ ნაკლებობას.

„... შესყიდვების შესახებ კანონი არ გვაძლევს უკეთესი მედიკამენტების შექმნის უფლებას..“

დანესაპულების მენაჟარი

„.. ერთადერთი პრეცედენტი, რომელიც ვიცი, მაგრამ ჩვენ არ გამოგვიყენებია არის ტენდერში მითითება აღიარებითი რეჟიმით რეგისტრირებული მედიკამენტების შესყიდვისა, ეს თავისთავად ძალიან აძვირებს თვითონ ტენდერის ღირებულებას, რისი ფინანსური რესურსიც უკვე აღარ არის. ამიტომ ამ ეტაპზე იძულებულია გავხდით, რომ უარი გვითქვას...“

დანესაპულების მენაჟარი

კვალიფიციური კადრების დეფიციტი გამოვლინდა სახელმწიფო შესყიდვების სფეროშიც. შესყიდვების მოთხოვნებთან დაკავშირებული სირთულეების თავიდან არიდების, პირობების

სრულყოფილად არ ცოდნისა და ფინანსური რესურსების სიმწირის გამო ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლები ხარისხიანი მედიკამენტების შეძენას ვერ ახერხებენ.

ბიუროკრატიული ბარიერი ფსიქიკური პროგრამის სტაციონარული კომპონენტის მოსარგებლისთვის სხვადასხვა სახელმწიფო (მაგ. საყოველთაო ჯანდაცვის) პროგრამით სარგებლობას ართულებს. პაციენტის გადაყვანა სტაციონარში სირთულეს წარმოადგენს, რაც ფინანსურ ბარიერთან არის დაკავშირებული.

„...სასწრაფომ პაციენტი რომ რუსთაპიდან თბილისში გადაიყვანოს 70 ლარის გადახდა უნევს ...“
სერვისის მიმწოდებლების ფოკუსური ჯგუფი

„...პოლიტიკას დანახებულებაში განსაზღვრავს ჯანდაცვის სამინისტრო და მენეჯმენტის ახორციელებს ეკონომიკის სამინისტრო. ორი ბატონის მსახური ხარ. ჯანდაცვა ერთს ბთხოვს, ეკონომიკა მეორეს. ეს მეტ პრობლემას ქმნის გადაწყვეტილების მიღებისას...“
დანახებულების მენეჯერი

სახელმწიფო დაქვემდებარებაში არსებული სერვისის მიმწოდებლები ეკონომიკურ და ფინანსურ პარამეტრებზე ანგარიშვალდებულნი არიან ორ სახელმწიფო სტრუქტურასთან: ეკონომიკის და მდგრადი განვითარების სამინისტრო და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, და მათ შორის კოორდინაცია არაადეკვატურია, რაც ფინანსურ მართვაში მნიშვნელოვან სირთულეებს წარმოშობს.

ადამიანური რესურსები

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო ადამიანური რესურსების ნაკლებობას მწვავედ განიცდის. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა სხვა კადრების მიმართ.

ცხრილი 1. ფსიქიატრიული კადრების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე (2011)⁹

	საქართველო	ევროპის საშუალო მაჩვენებელი	რამდენი ადამიანი აკლია საქართველოს?
ფსიქოლოგი	12.8	22.2	422
ექთანი	7.7	45.3	1688
სოც. მუშაკი	2.9	60	2564

კადრების დეფიციტის გამო მათი სამუშაო გრაფიკი დატვირთულია. ამბულატორიის დონეზე ბენეფიციარები რიგების არსებობას აღნიშნავენ, სტაციონარის დონეზე ექიმების სამუშაო დროის დიდი ნაწილი ისეთ რუტინულ საქმიანობას ეთმობა, როგორცაა სამედიცინო ისტორიების და საბუთების წარმოება, რომელთა კომპიუტერიზაცია ან ამ ფუნქციებისთვის ნაკლებკვალიფიციური კადრის გამოყენება გარკვეულწილად შეამცირებდა ადამიანური რესურსების დეფიციტს.

9 WHO, Mental Health Atlas 2011

„...ერთი ექიმი ვემსახურები სტაციონარში დღეში 65 პაციენტს და ყოველ დღე მათი ღოკუმენტაციის წარმოება ძალიან პრობლემატიკურია, სამუშაო დროის ძალიან დიდი ნაწილი მიიქვს..“

ფსიქიატრი

„...არსებობს კადრების პრობლემა, ძირითადად სოც მუშაკების, რეაბილიტოლოგების, ფსიქოლოგების. არა საკმარისია მედდაების განათლება. ფსიქიატრები საკმარისად არიან მაგრამ საჭიროებენ გადამზადებას. შევიძლია გავარდო ახალი კადრები მაგრამ დაინტერესებაც ცოტაა და შედეგ შეიძლება ვერც დაასაქმო...“

დაწესებულების მენეჯერი

ერთის მხრივ კადრების დეფიციტისა და, მეორეს მხრივ, შეზღუდული ფინანსური რესურსების გამო ამბულატორიის დონეზე არ არსებობს მულტი-დისციპლინური სერვისები. ასევე აქტუალურია პრობლემები კვალიფიკაციის მიმართულებით მეტწილად რეგიონებში, და განსაკუთრებით ფსიქოლოგებისა და ექთნების სახით. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგი არ არის მიმზიდველი ახალგაზრდა მომავალი მედიკოსებისათვის, რასაც ფინანსური დაინტერესების არ არსებობა განაპირობებს. ასევე არსებული დაფინანსების მოდელები მინოდებული მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას ხელს არ უწყობს. ზემოხსენებულს ისიც ამწვავებს, რომ სახელმწიფოს მიერ არ არის შემუშავებული სამომავლოდ დარგის ადამიანური რესურსებით მომარაგების ხედვა/სტრატეგია, რომელიც მომავალ მედიკოსს წაახალისებს იმუშაოს ამ სფეროში.

განსაკუთრებით აღნიშვნის ღირსია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სისუსტე ფსიქიკური დარღვევების მქონე პაციენტების გამოვლენასა და დროულ მიმართვაში. იძულებით გადაადგილებულ მოსახლეობაში ჩატარებული კვლევა აჩვენებს, რომ ყველაზე მეტად გავრცელებული ფსიქიკური დარღვევების¹⁰ შემთხვევაში 43 % მიმართავს ოჯახის ექიმს და 55 % ნევროლოგს, მაშინ როდესაც სპეციალიზირებული სერვისების მოხმარება არის ძალიან დაბალი (4 %). ამის მიზეზია ოჯახის ექიმების მიერ შემთხვევების არ ან ვერ გამოვლენა ან არასწორად პაციენტის ნევროლოგთან არასწორად გადამისამართება. ასევე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ცალკე მდგომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებაში მიმართვასთან დაკავშირებული სტიგმა.

„...ოჯახის ექიმმა გაგვაგზავნა ნევროპათოლოგთან. მას ფსიქიატრი არ უხსენებია. არ არისო საჭირო..“

მომავალი

პრობლემის გადაჭრის შემოთავაზებული გზები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დღეს არსებული მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად მნიშვნელოვანია რაციონალური და კარგად გათვლილი ნაბიჯების გადადგმა, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადამწყვეტილებების მიღება და ამასთანავე, ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური შესაძლებლობების გათვალისწინებით, დარგის განვითარებისკენ ორიენტირებული დაფინანსების მოდელების შემუშავება. როგორც საერთაშორისო გამოცდილება მოწმობს, დენისტიტუციონალიზაცია ხანგრძლივი, მაგრამ დარგის განვითარებისთვის აუცილებლად საჭირო პროცესია, რაც მოითხოვს დღევანდელი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის კომპონენტების თანმიმდევრულ და ეტაპობრივ ცვლილებებს. ქვეყანას შემუშავებული აქვს დარგის განვითარების კონცეფცია¹¹ და მიმდინარეობს მუშაობა სტრატეგიულ გეგმაზე, რომელმაც გრძელვადიან პერსპექტივაში (5-10 წელი) გასატარებელი ცვლილებები უნდა განსაზღვროს.

10 დეპრესია, პოსტრავმული სტრესული აშლილობა, შფოთვის აშლილობა

11 საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“, დამტკიცების შესახებ, 11 დეკემბერი, 2013 წ.

კვლევის შედეგად გამოვლენილი სისტემური ხარვეზების გადასაჭრელად შესაძლოა შემდეგი მიდგომების გამოყენება:

1. შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსება¹²

შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის შემუშავება, რომელიც შექმნის ფინანსურ-ეკონომიკურ სტიმულებს ჰოსპიტალ-გარე სერვისების გასავითარებლად. აღნიშნული მოდელი მიმართული უნდა იყოს მკურნალობის/მოვლის სერვისებს შორის უწყვეტი კავშირის შექმნისა და შენარჩუნებისკენ, საბოლოო გამოსავლის – პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების ხარისხიანად და ეფექტურად მიღწევისკენ. მოდელი გულისხმობს სპეციალურ ინდიკატორებზე დაყრდნობით დაწესებულებების ნახალისებას ფინანსური ბონუსით (რომელიც უშუალოდ პერსონალის ანაზღაურებაზე უნდა აისახოს) ისეთი სერვისების განვითარებისთვის, რომელიც დინამიკური ციფრულიზაციისა და პაციენტის საზოგადოებაში დაბრუნებაზე იქნება ორიენტირებული. მოდელი უნდა იძლეოდეს საშუალებას დაწესებულებამ, საჭიროების შესაბამისად, თავად განკარგოს თანხები. ფინანსური სტიმულებისთვის საჭიროა პროგრამის ბიუჯეტში დამატებითი თანხების გამოყოფა.

2. ჰოსპიტალგარე სერვისები

ამბულატორიული სერვისების განხორციელებისთვის დაფინანსების მოცულობის გაზრდა პროგრამის ბენეფიციარებისთვის ბაზისური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. ამბულატორიული დაწესებულებებისთვის რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის შესაბამისად ბიუჯეტის სამართლიანად განსაზღვრა. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალის განთავსება იმ პაციენტების მოზიდვის მიზნით, რომლებიც სტიმის, ან ინფორმაციული ბარიერის გამო არ ხვდებიან სპეციალისტთან.

პროგრამას გეოგრაფიული ხედვა უნდა ჰქონდეს, რითაც შესაძლებელი გახდება კონკრეტულ სივრცეში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჰოსპიტალგარე სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ბარიერის მოხსნა და მომსახურების დონეებს შორის უწყვეტობის შენარჩუნება. ამ უკანასკნელის უზრუნველსაყოფად საჭიროა პაციენტზე ინფორმაციის გაცვლის პრაქტიკა დაინერგოს სხვადასხვა სახის სერვისის განმახორციელებელს შორის.

3. მონიტორინგი და შეფასება

წინასწარ შემუშავებული სპეციფიკური, მკაფიო, გაზომვადი და ხარისხზე ორიენტირებული ინდიკატორების საფუძველზე პროგრამის დამოუკიდებელი მონიტორინგისა და შეფასების განხორციელება, რომელიც ასევე მიმართული იქნება დამხმარე ზედამხედველობაზე და არა სადამსჯელო ღონისძიებების გატარებაზე. მაგალითისთვის, ხარისხზე ორიენტირებული ინდიკატორი შეიძლება იყოს სტაციონარიდან განერილი პაციენტის ამბულატორიულ სერვისში დროული (7 დღემდე) ჩართვა; სტაციონარიდან განერილი პაციენტის უწყვეტი მეთვალყურეობა ამბულატორიული დაწესებულების მიერ. სტაციონარიდან განერილი პაციენტის რეჰოსპიტალიზაციის ხვედრითი წილი კონკრეტული პერიოდის მანძილზე.¹³ დამოუკიდებელი მონიტორინგისა და შეფასების ანალიზის შედეგად გამარტივდება პროგრამული ხარვეზების გამოვლენა და შესაბამისი ღონისძიებების დაგეგმვა.

12 Results Based Financing

13 Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD Health Technical Papers No. 17, 2004

4. ინფრასტრუქტურული ცვლილებები

ინფრასტრუქტურული ცვლილებების განხორციელება როგორც უკვე არსებული შენობების მოდერნიზებისთვის, ასევე ახალი სერვისების გასავითარებლად. მაგალითად, სათემო საცხოვრებლებისთვის საჭიროა დამატებითი შენობების გამოყოფა/აშენება, რაც გაათავისუფლებს ჰოსპიტალურ სანოლებს, რომლებსაც ამჟამად თავშესაფრის საჭიროების მქონე ბენეფიციარები იკავებენ.

შემთავაზებული მიდგომები საშუალებას მოგვცემს დავძლიოთ შემდეგი ბარიერები:

- უწყვეტი სერვისების უზრუნველყოფა: დაწესებულება მოტივირებული იქნება შეამციროს ზედმეტი ხარჯები (მაგ. საჭიროების არქონის შემთხვევაში პაციენტის დროული განერა საავადმყოფოდან და დროულად ჩართვა ამბულატორიულ მკურნალობაში) და განავითაროს თემთან მიახლოებული ჰოსპიტალგარე სერვისები;
- ბიუჯეტის ოპტიმალური/მიზანმიმართული მოხმარება – თანხების საჭიროებისამებრ ხარჯვის შესაძლებლობა „განმხილველი ბიუჯეტის“ არ არსებობის პირობებში;
- შემცირდება (და ალბათ თანდათან გაქრება) დღეს არსებული არაჯანსაღი ფინანსური მოტივაციები და ბარიერები;
- პერსონალის ფინანსური მოტივაცია ხელს შეუწყობს კონკურენტული გარემოს შექმნას და ახალი კადრების მოზიდვას;
- ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა გამოვლენის მიზნით შეიქნება მოტივაცია მჭიდრო კავშირი დამყარდეს პირველად ჯანდაცვასთან;
- გაიზრდება მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა საჭირო სერვისებზე.

5. მედიკამენტების შესყიდვის ერთიანი სისტემა

სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებების მიერ ძალების ნებაყოფლობითი გაერთიანება მედიკამენტების ერთიანი შესყიდვისთვის, რაც დაქირავებული ექსპერტული ჯგუფით შეიძლება განხორციელდეს.

რა ბარიერების დაძლევა იქნება შესაძლებელი?

- შესასყიდი მედიკამენტების მოცულობის გაზრდის ხარჯზე შესაძლებელია შემცირდეს ერთეულის ფასი და/ან გაუმჯობესდეს შესყიდული მედიკამენტების ხარისხი და/ან გაიზარდოს შესყიდული მედიკამენტების რაოდენობა. საბოლოო ჯამში აღმოიფხვრება მედიკამენტების ხარისხთან და ფასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი პრობლემები;
- ექსპერტული ჯგუფის დაქირავება ერთიანი შესყიდვის ჩასატარებლად მოხსნის სახელმწიფო შესყიდვის რეგულაციების ცოდნასთან და მართვასთან დაკავშირებულ ოპერაციულ სირთულეებს (როგორცაა მედიკამენტების ხარისხთან დაკავშირებული დამატებითი პირობების ჩადების სირთულეები)

6. ადამიანური რესურსების განვითარება

- ჯანდაცვის სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევის ადამიანური რესურსების განვითარების ხედვის და სტრატეგიის შემუშავება;
- სამუშაოს გადანაწილება. პროფესიული კადრების დეფიციტის პირობებში მონოდებულია სამუშაოს გადანაწილება ნაკლები მომზადების კადრებზე (მაგ. დოკუმენტაციის წარმოება, და ა.შ.) ან დროის გამოთავისუფლება პროცესის კომპიუტერული ავტომატიზაციით, მაგალითად ამბულატორიაში ნამლების რეცეპტის გამოწერის ავტომატიზაცია;
- მოტივაციების შექმნა დარგში ახალგაზრდა კადრის მოსაზიდად და შესანარჩუნებლად (მაგ. შედეგზე ორიენტირებული დაფინანსების სისტემა), რეზიდენტების/უმცროსი ექიმების დასაქმება, და სხვ.