

მოგახსენებთ, რომ გავეცანით შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს შეთავაზებას ფსიქიატრიული დაწესებულებების გაერთიანების თაობაზე. მიგვაჩნია, რომ ფსიქიკურ ჯანდაცვაში ასეთი რადიკალური ცვლილებების განხორციელება დეტალური ანალიზისა და მკაფიო გეგმის გარეშე ძალიან დიდ რისკებთანაა დაკავშირებული. ინსტიტუციური დაწესებულებების გაერთიანებამ, ჯერ კიდევ ძალიან მყიფე ფჯ სისტემაში, რომელშიც თანამედროვე ტენდენციების და დაბალანსებული სისტემების დანერგვა ძალიან ნელა და რთულად მიმდინარეობს, შეიძლება ვექტორი კვლავ იზოლირებული სისტემის განვითარებისკენ მიმართოს. ვთვლით, რომ ნებისმიერი ცვლილება სერვისების ორგანიზების, მიწოდების ან ახალი სერვისის დანერგვის კუთხით უნდა ეფუძნებოდეს არსებული სამსახურების სრულფასოვან ანალიზს. აღნიშნული პროცესი უნდა დაიგეგმოს რეალობის გათვალისწინებით (ფინანსური შესაძლებლობები, კადრების რაოდენობა და მომზადების ხარისხი, გეოგრაფიული თავისებურებები, მოსახლეობის სიმჭიდროვე და სხვა) იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილი იყოს დაბალანსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის გეგმაზომიერი განვითარება.

ფჯ სისტემაში არსებული ფინანსური და ინფრასტრუქტურული პრობლემების დაძლევის მიზნით, უკანასკნელ წლებში რამდენიმე ნაჩქარევი და არათანმიმდევრული ნაბიჯი უკვე გადაიდგა (კერძოდ, 2016-2017 წწ. მოხდა ორი მონოპროფილური საავადმყოფოს პრივატიზება, ხოლო 2017 წელს განხორციელდა ორი დაბალრესურსული საავადმყოფოს შერწყმა), რომელთა შედეგები ახალი ინიციატივების დაგეგმვისას, სამწუხაროდ, სათანადოდ შეფასებული და გათვალისწინებული არ არის.

პირველ რიგში, გაერთიანების ინიციატორი პირების/დაწესებულების მხრიდან, მკაფიოდაა ჩამოსაყალიბებელი გაერთიანების მიზნები და მათი უპირატესობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული კონცეფციის და ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების კუთხით. გაერთიანების შემთხვევაში წინასწარ უნდა მოხდეს ფინანსური და ადმინისტრაციული მართვის ფორმებისა და დამოუკიდებლობის ხარისხის განსაზღვრა, კომპეტენციების გამიჯვნა და დასაბუთება ცენტრალურ და ადგილობრივ მმართველობას შორის.

ამ დროისთვის, ჩვენს ხელთ არსებული მონაცემებით, ამ საკითხების სათანადოდ გაანალიზება შეუძლებელია. ძნელი სათქმელია, რა ფორმით იქნება მისაღები არამომგებიანი, არაკომერციული, ნებაყოფლობითი გაერთიანების შექმნა, რომელსაც დარგის სპეციალისტების უმეტესი ნაწილი დაუჭერს მხარს.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, გაერთიანების საკითხთან დაკავშირებით გთავაზობთ შემდეგ რეკომენდაციებს, რომელთა არგუმენტაცია თანდართულ დოკუმენტშია მოცემული:

1. ფჯ სერვისში განხორციელებული ნებისმიერი ცვლილება თანხვედრაში უნდა იყოს ქვეყნის ფჯ კონფეციისა და სტრატეგიის დოკუმენტთან. შესაბამისად, ამ კონტექსტში უნდა მოხდეს ფჯ სერვისების გაერთიანების შედეგების გაანალიზება და მხოლოდ ამის შემდეგ ფჯ სერვისების გაერთიანება იმ ფორმით, რომელიც სტრატეგიით დასახული მიზნების განხორციელებას შეუწყობს ხელს; უნდა შეფასდეს, თუ რა გავლენას მოახდენს დაწესებულებების გაერთიანება სტრატეგიული გეგმით გაწერილ აქტივობებზე, დაბალანსებული და სათემო სერვისების განვითარების ტემპზე და ფჯ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზდაზე.
2. მნიშვნელოვანია, უკვე არსებული ორი ფჯ სტაციონარის გაერთიანებით მიღებული (შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“) გამოცდილების შეფასება და ახალი გაერთიანებების დაგეგმვის შემთხვევაში მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეების გათვალისწინება;
3. ახალი ფჯ მოდელის დანერგვისას უპირატესობა უნდა მიენიჭოს საცხოვრებელი ადგილების მიხედვით პირველადი მეორეული და მესამეული ფჯ სერვისების განვითარებას.
4. ფჯ სისტემის მთავარი მიზანი მოსახლეობის ფსიქიკური კეთილდღეობის, ფსიქიკური დარღვევების პრევენციის, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის და ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების უზრუნველყოფაა. შესაბამისად, ფჯ სისტემის ფინანსურად და ადმინისტრაციულად ოპტიმალური მოდელის შექმნისას ამ საკითხების გათვალისწინება ძალიან მნიშვნელოვანია.

რეკომენდაციები

ფსიქიატრიული პროფილის სამედიცინო
დაწესებულებების გაერთიანებასთან დაკავშირებით

თბილისი

2018

სარჩევი

ფსიქიკური ჯანდაცვის განვითარების მიზანი - სახელმწიფო ხედვა.....	5
ფსიქიკური ჯანდაცვის ორგანიზების ტიპები.....	5
მსოფლიოში არსებული ფჯ სერვისების აღწერა და ანალიზი.....	6
თანამედროვე ფჯ სისტემის ორგანიზება სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე.....	7
სერვისების ორგანიზების ძირითადი პრინციპები.....	8
ძირითადი დასკვნები ფჯ სერვისების ორგანიზების საკითხებთან დაკავშირებით.....	9
ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული მოდელების დადებითი და უარყოფითი მხარეები.....	10
საქართველოში ფჯ სისტემის ორგანიზების გამოცდილება.....	11
რეკომენდაციები.....	13
ლიტერატურა:.....	14

ცენტრალიზებული, მონოპროფილური ფსიქიატრიული მომსახურების მაგივრად, უნდა არსებობდეს ფსიქიკური ჯანდაცვის უფრო მოქნილი და ადეკვატური სისტემა“
(Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, Mental health policy and service guidance package, 2003)

ფსიქიკური ჯანდაცვის განვითარების მიზანი - სახელმწიფო ხედვა

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და სამოქმედო გეგმის 2015 – 2020 თანახმად ფსიქიკური ჯანდაცვის განვითარების მთავარი მიზანია ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ფსიქიკურ კეთილდღეობას, მოახდინოს ფსიქიკური დარღვევების პრევენცია, დაიცვას ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებები და შეამციროს საქართველოში ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა, უზრუნველყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა თვითგამორკვევა და საზოგადოებაში ინტეგრირება.

ამ მიზნის მისაღწევად რეგულარულად უნდა ხდებოდეს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საჭიროებების შეფასება და ნებისმიერი ცვლილება სერვისების ორგანიზების, მიწოდების ან ახალი სერვისის დანერგვის კუთხით უნდა ეფუძნებოდეს არსებული სამსახურების სრულფასოვან ანალიზს. აღნიშნული პროცესი უნდა დაიგეგმოს რეალობის გათვალისწინებით (ფინანსური შესაძლებლობები, კადრების მომზადების ხარისხი და სხვა) იმდაგვარად, რომ უზრუნველყოფილი იყოს დაბალანსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის გეგმაზომიერი განვითარება (ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი, 2014)

ფსიქიკური ჯანდაცვის ორგანიზების ტიპები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკითა და სტრატეგიული გეგმით განსაზღვრული მიზნების მიღწევა და ფსიქიატრიული დახმარების ეფექტურობა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ როგორაა ქვეყანაში ფჯ სერვისები ორგანიზებული.

ქვეყნის ფჯ სისტემის მოწყობა, საბოლოო ჯამში, მისი კულტურული, ეკონომიკური და პოლიტიკური კონტექსტის შესაბამისადაა შესაძლებელი. თუმცა, მსოფლიოს ხვადასხვა ქვეყნის

გამოცდილებაზე დაყრდნობით წარმატებული მოდელის ძირითადი კომპონენტების გამოყოფა შესაძლებელია.

მსოფლიოში არსებული ფჯ სერვისების აღწერა და ანალიზი

სხვადასხვა ქვეყნის ფჯ სისტემების ანალიზმა აჩვენა, რომ ფჯ მომსახურების მიწოდების შემდეგი სამი ძირითადი მოდელი არსებობს:

I) ზოგად ჯანდაცვაში ინტეგრირებული ფჯ სისტემა - ფსიქიატრიული დახმარება ხორციელდება ჯანდაცვის რგოლში და ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში

II) ახალი, თანამედროვე მოდელი, რომელიც ქვეყნის მასშტაბით ფრაგმენტირებულ ბიუჯეტს და სერვისებს მრავალმხრივ განვითარებულ ლოკალურ სისტემაში უყრის თავს (NHS England, 2014).

საცხოვრებელი ადგილების მიხედვით ეფექტური ფჯ სერვისების არსებობის შემთხვევაში უზრუნველყოფილია ხელმისაწვდომობა ფსიქიატრიულ დახმარებაზე, გაზრდილია მიმართვიანობა სერვისებში და შემცირებულია ადამიანის უფლებების დარღვევების ფაქტები.

იმისთვის, რომ ლოკალურ დონეზე ეფექტური ფჯ სერვისების ქსელი განვითარდეს აუცილებელია ლოკალურად სათანადო ფინანსური და ადამიანური რესურსების არსებობა.

III) ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული და მოძველებული მოდელი - მონოპროფილური, ინსტიტუციური ფსიქიატრიული მოდელი, რომელიც მოიცავს ინსტიტუციურ სპეციალიზებულ მომსახურებას და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს.

ფსიქიკური ჯანდაცვის სიტემა, ძირითადად, გამოყოფილია ჯანდაცვის და სოციალური დახმარების უფრო ფართო სისტემიდან როგორც ინსტიტუციურად, ასევე პროფესიულად, კლინიკურად და კულტურალურად. ასეთი დემარკაცია აძნელებს კოორდინირებული ზრუნვის განხორციელებას.

სპეციალიზებულ (მონოპროფილურ) ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ხორციელდება გრძელვადიანი სტაციონარული მკურნალობა. ბევრ ქვეყანაში ინსტიტუციები ფსიქიკური ჯანდაცვის ფინანსური და ადამიანური რესურსების ძირითად ნაწილს მოიხმარენ. ასეთი ვითარება სერიოზულ წინააღმდეგობას უქმნის ალტერნატიული სერვისების განვითარებას საცხოვრებელი ადგილების მიხედვით.

სხვადასხვა ფაქტორის გამო ფსიქიატრიულ კლინიკებში ხშირია მკურნალობის არასასურველი გამოსავალი და ადამიანის უფლებების შელახვის ფაქტები. ასეთი სიტემის

დომინირებისას მოსახლეობის მხრიდან სტიგმა და უნდობლობა ფჯ სერვისების მიმართ მაღალია (WHO 2003).

თანამედროვე ფჯ სისტემის ორგანიზება სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე

ქვეყნების მხოლოდ მცირე ნაწილმა შესძლო ბალანსირებული ფჯ სისტემის განვითარება. ერთი ქვეყნის ფარგლებშიც, შესაძლებელია არსებობდეს მნიშვნელოვანი დისბალანსი სხვადასხვა ტიპის ფჯ სისტემების განაწილების მიხედვით.

1. ქვეყნების მაგალითი, სადაც ინსტიტუციური სისტემა დომინირებს (მაგალითად, ინდოეთი, კამბოჯა) - ბევრ ქვეყანაში ფსიქიატრიული კლინიკები დღემდე რჩება ფსიქიატრიული დახმარების ძირითად მიმწოდებლად. ასეთი საავადმყოფოები, ხშირ შემთხვევაში იმყოფებიან ისეთ რეგიონებში, სადაც სატრანსპორტო სისტემა ცუდადაა განვითარებული, რაც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების სეგრეგაციას განაპირობებს. ჩვეულებრივ, ასეთი საავადმყოფოები ცუდადაა აღჭურვილი, აქვთ კადრების მწვავე დეფიციტი, არადამაკმაყოფილებელია ელემენტარული სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები, უფრო ხშირია პაციენტების უფლებების დარღვევის ფაქტები (Trisnantoro, 2002).
2. ქვეყნების მაგალითი, სადაც ფჯ სერვისები ცენტრალიზებულია (ბოტსვანის რესპუბლიკა, ყოფილი აღმოსავლეთის ბლოკის ქვეყნები-ყოფილი სოციალისტური ბანაკი) - ზოგ ქვეყანაში ფჯ სერვისები დღემდე ცენტრალიზებული ბიუროკრატიული მოწყობით ხასიათდებიან. ლოკალური და ცენტრალური ადმინისტრირება მკაცრადაა ერთმანეთისგან გამიჯნული. მმართველობა ხორციელდება ცენტრალურად, ე.ი. ურბანულ ცენტრებში. ცენტრიდან დაშორებულ რეგიონებში სერვისების მოცულობაც და დაფინანსებაც ცენტრალური დაგეგმარებით და ბიუროკრატიით იმართება (Tomov, 2001).

3. ქვეყნების მაგალითი, სადაც ფსიქიკური ჯანდაცვის ინტეგრირებული და ინტერსექტორული სისტემაა განვითარებული (ჩეხეთი, ისრაელი, დიდი ბრიტანეთი, აშშ):

ჩეხეთში ინტერსექტორული თანამშრომლობის მაგალითია „The FOKUS“ არასამთავრობო ასოციაცია, რომელიც ფინანსდება ჯანდაცვის სამინისტროს, მუნიციპალიტეტის და ადგილობრივი და საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების მიერ (Holmes & Koznar, 1998).

ისრაელში რეგიონების მიხედვით შექმნილია რეგიონული ფსიქიკური ჯანდაცვის სამეთვალყურეო საბჭოები (Regional mental health boards), რომლებსაც ფსიქიატრები ხელმძღვანელობენ. ეს საბჭოები პასუხისმგებლები არიან შესაბამის რეგიონში ფჯ სერვისების განვითარებაზე, მათ სუპერვიზიაზე, კოორდინირებაზე და ინფორმაციის შეგროვებაზე. თითოეული საბჭო მუშაობს რეგიონულ მაკოორდინირებელ კომიტეტთან, რომელშიც შედიან ცენტრალური მთავრობის წარმომადგენლები, სადაზღვევების წარმომადგენლები, პროვაიდერები და სერვისის მომხმარებლები (Tyano & Mozes, 1998).

დიდი ბრიტანეთში პრიორიტეტი ინტეგრირებული და ლოკალური ზრუნვის სისტემის დანერგვას ენიჭება. ფჯ სერვისები, რომლებიც საცხოვრებელი არეალის (catchment area method of organizing services) მიხედვითაა ორგანიზებული მომსახურების უწყვეტობას უზრუნველყოფენ. 1960–1970-წლებში აშშ-სა და დასავლეთ ევროპის ჯანდაცვის სამინისტროებმა თავისი სახელმწიფოები მოსახლეობის მიხედვით (50 000-დან 250 000 -მდე) საცხოვრებელ არეალებად დაყვეს (Thornicroft & Tansella, 1999). განსაზღვრულ არეალში ლოკალური სერვისებით უზრუნველყოფილია მომსახურება პირველად, მეორად და მესამეულ დონეებზე მთელი რაიონის მასშტაბით.

ასეთი მომსახურების დაგეგმვა, ფინანსირება და მართვა ძალიან მოხერხებულია. ასევე, მნიშვნელოვნად იზრდება მკურნალობისა და ზრუნვის უწყვეტად მიწოდების შესაძლებლობა (Thornicroft & Tansella, 1999; Neylor C, 2017).

სერვისების ორგანიზების ძირითადი პრინციპები

ეფექტური ფჯ სერვისების ორგანიზება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული კომპლექსურ მიდგომაზე. სისტემის დაგეგმვისას აუცილებელია ქვემოთ მოყვანილი ყველა პრინციპის გათვალისწინება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, სისტემა წარუმატებელი იქნება:

I) სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა: უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ფსიქიატრიული მომსახურება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, რომელშიც მოიაზრება ამბულატორიული, სტაციონარული და რეაბილიტაციური სერვისები. საცხოვრებელ არეალში ამ სერვისების არარსებობა სერიოზული ბარიერია დროული და უწყვეტი ფსიქიატრიული დახმარების მიღებისთვის.

II) შეთავაზებული მომსახურების მოცულობა: ფჯ სერვისები უნდა უზრუნველყოფდნენ კომპლექსურ მომსახურებას. მომსახურების სპექტრი უნდა ითვალისწინებდეს სოციალური, ეკონომიკური და კულტურალური ფაქტორების თავისებურებას.

III) კოორდინაცია და ზრუნვის უწყვეტობა: მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ დაკმაყოფილებული იყოს მათი სოციალური, ფსიქოლოგიური და სამედიცინო საჭიროებები. ამისთვის საჭიროა სხვადასხვა სამედიცინო და სოციალურ სერვისთან მჭიდრო კოორდინირებული მუშაობა, რაც ფჯ სერვისმა უნდა უზრუნველყოს.

IV) მკურნალობის ეფექტურობა: მკურნალობა უნდა ხორციელდებოდეს მტკიცებულებითი მონაცემების გათვალისწინებით.

V) თანასწორობა: მაღალი ხარისხის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა უნდა განისაზღვროს საჭიროებებიდან გამომდინარე. თანასწორობის უზრუნველყოფისთვის მნიშვნელოვანია არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილებისა და ხელმისაწვდომობის პრობლემების მოგვარება

VI) ადამიანის უფლებების პატივისცემა.

ძირითადი დასკვნები ფჯ სერვისების ორგანიზების საკითხებთან დაკავშირებით

1. ქვეყნების ძალიან მცირე ნაწილმა შესძლო საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით დაბალანსებული ფჯ სერვისების ორგანიზება; თუმცა განვითარების ვექტორი ამ მიმართულებისაა.

2. სხვადასხვა ქვეყანას ფჯ სერვისების ორგანიზების განსხვავებული გამოცდილება აქვს;

3. თანამედროვე ფჯ სერვისების ორგანიზება შემდეგ ძირითად პრინციპებს ეფუძნება: ხელმისაწვდომობა, სერვისის მოცულობა, კოორდინაცია და უწყვეტობა, თანასწორობა, ეფექტური მკურნალობა, ადამიანის უფლებების პატივისცემა;

4. ზრუნვის და მკურნალობის უწყვეტობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი საუკეთესო მაგალითია აშშ-სა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნების გამოცდილება - პირველადი, მეორადი და მესამეული დონის ფჯ მომსახურების უზრუნველყოფა სოცხოვრებელი არეალის მიხედვით (catchment area method of organizing services).

5. ფჯ სერვისების ინსტიტუციური და ცენტრალიზებული სისტემა სერიოზულ წინააღმდეგობას უქმნის საცხოვრებელი ადგილების მიხედვით სერვისების განვითარებას.

ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული მოდელების დადებითი და უარყოფითი მხარეები

ფჯ სერვისების გაერთიანების უპირატესობა და რისკები				
უპირატესობა	ნეგატიური შედეგები		რისკები	
ფინანსების ოპტიმიზაცია	საოპერაციო ხარჯების	შემცირება	ფინანსების ოპტიმიზაცია უპირატესად ხდება პერსონალის შემცირების ხარჯზე განსაკუთრებით არა ცენტრალურ, არამედ ცენტრიდან მოშორებულ დაწესებულებებში, სადაც ისედაც კადრების მწვავე დეფიციტია. ასეთ გაერთიანებებში 3-ჯერ და მეტჯერ უფრო ნაკლები პერსონალია, ვიდრე არაცენტრალიზებულ ანალოგიურ დაწესებულებებში, რაც ნეგატიურად აისახება მომსახურების ხარისხზე (Psychiatric care's peril and profits - PSI, 2008)	
ერთიანი მართვა, ადმინისტრირება	ცენტრალიზებული, ბიუროკრატიული მართვა	მოუქნელი	ადგილებზე პრობლემების სწრაფი აღმოფქვრის გაძნელება	
ერთიანი ხარისხის და სტანდარტის დანერგვა	სატანდარტის შემუშავებისას და დანერგვისას ადგილობრივ პრობლემებს ნაკლებად ექცევა ყურადღება		ხარისხის სტანდარტების დანერგვა დაწესებულების გაერთიანების გარეშე არის შესაძლებელი. ხოლო, ცენტრალიზებული მოწყობა, რომელიც არეგულირებს, მაგალითად, სამუშაო პირობებს და ხელფასებს, შეიძლება მნიშველოვნად ართულებდეს რეალური ცვლილებების განხორციელებას.	

ჯანდაცვის სერვისების დეცენტრალიზებული მართვის შედეგების ლოგიკური მოდელი Cochrane Database of Systematic Reviews 15 NOV 2013 DOI: 10.1002/14651858.CD010830				
სერვისების დეცენტრალიზებული მართვა	მოკლევადიანი შედეგი	საშუალოვადიანი შედეგი	გრძელვადიანი შედეგი	
ძირითადი ფუნქციები:				
1. ფინანსების მართვა	1. ნაკლები ბიუროკრატია	1. ადგილობრივი პრიორიტეტების მიხედვით ბიუჯეტის დაგეგმვა	1. სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება	
2. სერვისის მიწოდება	2. ადგილობრივი, მინიციპალური რესურსების გამოყენება	2. ადგილობრივ დონეზე ადმინისტრირების შესაძლებლობების ზრდა/ გაძლიერება	2. სერვისების უტილიზაციის მაჩვენებლის გაუმჯობესება	
3. კადრები	3. ადგილობრივი მოთხოვნების შესაბამისად ახალი პროგრამებისა და აქტივობების ინიცირება	3. მოწყვლად მოსახლეობაზე რესურსების გადანაწილება	3. მომსახურების თანაბარი და თანასწორი განაწილების გაუმჯობესება	
4. ადმინისტრირება	4. მეტი ავტონომია	4. მოსახლეობის მეტი ჩართულობა	4. მომხმარებლების კმაყოფილების ზრდა	

დეცენტრალიზებას თავისი უარყოფითი მახრეებიც აქვს. მაგალითად, ცუდი მენეჯმენტი და არაკვალიფიციური მართვა, რაც შესაძლოა განპირობებული იყოს ადგილობრივი მენეჯერების არასათანადო მომზადების დონით და/ან ცენტრალური კონტროლის არარსებობით (Tanzi 1996). ამასთან, მომსახურების მოცულობის გაზრდამ ლოკალურ დონეზე, შეიძლება მნიშვნელოვნად გაზარდოს ადგილობრივი სპეციალისტების დატვირთვა და პროფესიული გადაღლა (Lakshminarayanan 2003).

საქართველოში ფჯ სისტემის ორგანიზების გამოცდილება

1. 2018 წლის 1 იანვრამდე საქართველოში ფჯ მომსახურების მიწოდება ძირითადად მონოპროფილურ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში და ფსიქიატრიულ ამბულატორიებში (ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერებში) ხორციელდებოდა;
2. 2018 წლის 1 იანვრიდან პროგრამით განისაზღვრა ამბულატორიების ახალი სტანდარტი, რაც სათემო ამბულატორიული მომსახურების განვითარების მნიშვნელოვანი წინაპირობაა;
3. 2016-2017 წწ მოხდა ორი მონოპროფილური ფსიქიატრიული სტაციონარის პრივატიზება - შპს აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი და შპს „რესპუბლიკურ კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“;
4. 2017 წლის აგვისტოში გაერთიანდა ორი მონოპროფილური ფსიქიატრიული საავადმყოფო - შპს ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო და შპს ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო, რომლებიც ძირითადად გმელვადიან სტაციონარულ მომსახურებას ახორციელებენ;
5. 2018 წლის 1 იანვრიდან მნიშვნელოვნად გაიზარდა სათემო ფჯ სერვისების დაფინანსება და ინსტიტუციურ და სათემო სერვისებს შორის თანაფარდობამ 65%/35% შეადგინა.

არსებული გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ:

1. ფჯ სისტემის რეფორმა აქტიურად მიმდინარეობს და უპირატესად ხორციელდება სახელმწიფოს მიერ აღიარებული ფჯ კონცეფციის და სტრატეგიის შესაბამისად, კერძოდ ვითარდება ფჯ სერვისები საცხოვრებელი არეალის მიხედვით (სათემო სერვისები).

2. ფინანსური პრობლემების დაძლევის მიზნით განხორციელებული ცვლილებები გარკვეული არათანმიმდევრულობით ხასიათდება. კერძოდ 2016-2017 წწ მოხდა ორი მონოპროფილური საავადმყოფოს პრივატიზება (სულ 850 საწოლი), ხოლო 2017 წელს განხორციელდა ორი დაბალრესურსული საავადმყოფოს შერწყმა.

3. 2017 წლის მაისში გამოქვეყნდა საერთაშორისო ექპერტების შეფასებები (გ ი ფ, 2017) ფჯ დაწესებულებების პრივატიზაციასთან დაკავშირებით, სადაც არაორაზროვნად ჩაიწერა, რომ „ჩვენი ანგარიშის საბოლოო შედეგი მთლიანად პოზიტიური არ არის. პირველ რიგში, არ არის ნათელი, რა არის პრივატიზაციის მიზნები და როგორ წაადგება იგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული კონცეფციის და ეროვნული სტრატეგიის განხორციელებას. პრივატიზაციის პროცესი ნაჩქარევად გამოიყურება და როგორც ჩანს, ჩატარებულია დაინტერესებულ მხარეებთან კონსულტაციების გავლის გარეშე. წინასწარ არ ყოფილა განსაზღვრული არც პრივატიზაციის ზოგადი პირობები და არც პრივატიზაციის ჩარჩო“.

4. მიუხედავად ძალიან მკაფიო და კარგად დასაბუთებული რეკომენდაციებისა, საერთაშორისო ექპერტების შეფასებების გათვალისწინება არ მოხდა 2017 წლის ორი საწარმოს შეერთების შემთხვევაში. კერძოდ რეკომენდაციებში მითითებული იყო, რომ:

ა) „ყველა სახელმწიფო და კერძო საავადმყოფოსთან დადებულმა კონტრაქტმა უნდა უზრუნველყოს პროვაიდერის მიერ სამინისტროსთვის იმ ფაქტის დემონსტრირება, რომ მათ მიერ შესრულებული სერვისები აკმაყოფილებს ფინანსური და კლინიკური სტანდარტების სრულ დიაპაზონს“.

ბ) „ყველა საავადმყოფოს, როგორც სახელმწიფოს, ასევე კერძოს, თავისუფლად უნდა შეეძლოს თავიანთი საქმიანობის და სერვისების განვითარება და ინოვაციების განხორციელება“.

ვერც ერთ ამ პირობას ვერც დამოუკიდებლად და, მით უფრო, გაერთიანების შემთხვევაში ვერ დააკმაყოფილებდნენ სურამის და ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფოები. ამასთან, ამ შეერთებით მიღებული შედეგები ჯერ-ჯერობით გაანალიზებული არაა.

რეკომენდაციები

1. ფჯ სერვისში განხორციელებული ნებისმიერი ცვლილება თანხვედრაში უნდა იყოს ქვეყნის ფჯ კონცეფციისა და სტრატეგიის დოკუმენტთან. შესაბამისად, ამ კონტექსტში უნდა მოხდეს ფჯ სერვისების გაერთიანების შედეგების გაანალიზება და მხოლოდ ამის შემდგომ ფჯ სერვისების გაერთიანება იმ ფორმით, რომელიც სტრატეგიით დასახული მიზნების განხორციელებას შეუწყობს ხელს; უნდა შეფასდეს, თუ რა გავლენას მოახდენს დაწესებულებების გაერთიანება სტრატეგიული გეგმით გაწერილ აქტივობებზე, დაბალანსებული და სათემო სერვისების განვითარების ტემპზე და ფჯ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზდაზე.

2. მნიშვნელოვანია, უკვე არსებული ორი ფჯ სტაციონარის გაერთიანებით მიღებული (შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“) გამოცდილების შეფასება და ახალი გაერთიანებების დაგეგმვის შემთხვევაში მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეების გათვალისწინება;

3. ახალი ფჯ მოდელის დანერგვისას უპირატესობა უნდა მიენიჭოს საცხოვრებელი ადგილების მიხედვით პირველადი მეორეული და მესამეული ფჯ სერვისების განვითარებას.

4. ფჯ სისტემის მთავარი მიზანი მოსახლეობის ფსიქიკური კეთილდღეობის, ფსიქიკური დარღვევების პრევენციის, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის და ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების უზრუნველყოფაა. შესაბამისად, ფჯ სისტემის ფინანსურად და ადმინისტრაციულად ოპტიმალური მოდელის შექმნისას ამ საკითხების გათვალისწინება ძალიან მნიშვნელოვანია.

ლიტერატურა:

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და სამოქმედო გეგმა 2015 – 2020, 2014,
2. ფრანს დოუ, გავინ გარმანი, ნინო მახაშვილი, მინდაუგას პლიესკისი, იოს პოელმანი, რობერტ ვან ვორენი ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებათა პრივატიზაცია საქართველოში; 2017, თბილისი
3. Cochrane Database of Systematic Reviews (2013) Decentralised versus centralised governance of health services, DOI: 10.1002/14651858.CD010830
4. Holmes T, Koznar J (1998) The impact of independence on the development of community mental health services in the Czech Republic. International Journal of Mental Health, 27:18-45.
5. Jewett C, Fields R (2008) INVESTIGATION Psychiatric care's peril and profits. Lapses in care at Psychiatric Solutions Inc. Los Angeles
6. Naylor C, Taggart H, Charles A (2017). Mental health and new models of care, Royal College of Psychiatrists
7. Thornicroft G, Tansella M (1999) The mental health matrix: a manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press
8. Tomov T1 (2001). Mental health reforms in Eastern Europe Acta Psychiatr Scand Suppl. (410):21-6.
9. Trisnantoro L (2002) Decentralization policy on public mental hospitals in Indonesia: a financial perspective. Paper presented at the seminar on Mental Health and Health Policy in Developing Countries (15 May 2002). Harvard University.
10. Tyano S, Mozes T (1998) Mental health reform: the Israeli experience. In: Young JG, Ferrari P, eds. Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment. Philadelphia: Brunner/Mazel. p. 295-304
11. WHO - Organization of services for mental health (2003); mental health policy and service guidance package - ISBN: ISBN 9241545925