



ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში

2018

ზრუნვის სისტემის შეფასების განხორციელება და ანგარიშის მომზადება ინიცირებული და უზრუნველყოფილია „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმისა“ და „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის“ (CTC) მიერ.

ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში მომზადდა „ჯანმრთელობის დაცვისა და ადამიანის უფლებების კვლევის ცენტრის“ (HC&HRRC) ჩართულობით.

შეფასება ჩატარდა პროექტი „პოლისტური ზრუნვისა და რეაბილიტაციის მოდელების განვითარება საქართველოში“ ფარგლებში, რომელსაც ახორციელებს კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრი (CTC) ზრუნვის ეროვნულ პლატფორმასთან კოორდინაციით. პროექტს აფინანსებს გერმანული ორგანიზაცია „Bread for the World“ (BfdW).

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა მადლობას უხდის ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიშის მომზადების პროცესში მონაწილე თითოეულ კოლეგას/ექსპერტს აქტიური ჩართულობისა და ტექნიკური დახმარებისთვის: ირმა მჟავანაძეს, ნინო მირზიკაშვილს, უჩა ვახანიას, დავით ოთიაშვილს, მარიამ რაზმაძეს, მარინა კურატაშვილს, მანანა შარაშიძეს, გაიომ ყუბანეიშვილს, მიხეილ ჩაჩხუნაშვილს, ირინა ხანთაძეს.

2018 წ.
თბილისი



| | |
|--|-----|
| ცხრილები | 3 |
| დიაგრამები | 5 |
| შესავალი | 6 |
| თავი 1: მეთოდოლოგია | 7 |
| თავი 2: ინფორმაციის წყარო | 8 |
| თავი 3: შინმოვლა | 9 |
| 3.1 მმართველობა | 11 |
| 3.2 დაფინანსება | 35 |
| 3.3 რესურსების გენერირება | 40 |
| 3.4 მომსახურების მიწოდება | 49 |
| 3.5 მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა | 63 |
| თავი 4: ფსიქიკური ჯანმრთელობა | 67 |
| 4.1 მმართველობა | 68 |
| 4.2 დაფინანსება | 88 |
| 4.3 რესურსების გენერირება | 96 |
| 4.4 მომსახურების მიწოდება | 109 |
| 4.5 მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა | 127 |
| თავი 5: ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულება | 130 |
| 5.1 მმართველობა | 131 |
| 5.2 დაფინანსება | 150 |
| 5.3 რესურსების გენერირება | 154 |
| 5.4 მომსახურების მიწოდება | 164 |
| 5.5 მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა | 180 |
| თავი 6: მოკლე შეჯამება | 199 |
| თავი 7: რეკომენდაციები | 206 |
| დანართი 1: ინფორმაციის წყარო | 208 |

- ცხრილი 1: შინმოვლის კომპონენტზე გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებები
- ცხრილი 2: შინმოვლის კომპონენტი, დაგეგმილ და ფაქტიურ ხარჯს შორის სხვაობა
- ცხრილი 3: საქართველოს კარიტასის დაფინანსების წყაროები, 2013
- ცხრილი 4: შინმოვლის კომპონენტზე გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებები
- ცხრილი 5: ჰჯდ ექიმების რაოდენობა, რომლებიც ჩართული არიან შინმოვლის მომსახურებაში
- ცხრილი 6: შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული ექთნების რაოდენობა
- ცხრილი 7: შინმოვლის გუნდები, 2014
- ცხრილი 8: შინმოვლის სერვისის მიმწოდებლების სიმძლავრის ჩაშლა სპეციალისტების მიხედვით
- ცხრილი 9: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების წილი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში
- ცხრილი 10: სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ფარგლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტივობები
- ცხრილი 11: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების წილი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში
- ცხრილი 12: ბავშვთა და მოზრდილთა ჰოსპიტალური მომსახურების ბიუჯეტი
- ცხრილი 13: დანახარჯი ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაზე
- ცხრილი 14: ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალ გარე მომსახურებების თანაფარდობა
- ცხრილი 15: ექიმი ფსიქიატრების რაოდენობა და მათი უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე
- ცხრილი 16: ექიმი ფსიქიატრების რაოდენობა, რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო
- ცხრილი 17: დარგში მომუშავე ექთნებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი, რესპუბლიკურ კლინიკურ ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო, წლების დინამიკა
- ცხრილი 18: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ადამიანური რესურსების მაჩვენებელი
- ცხრილი 19: აჭარის ა/რ-ის „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს“ დატვირთვის მაჩვენებელი
- ცხრილი 20: აჭარის ა/რ-ის „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს“ დაყოვნების მაჩვენებელი

- ცხრილი 21: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში მომსახურებაგანეული ბენეფიციარების რაოდენობა
- ცხრილი 22: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისით მოსარგებლე ბენეფიციარების რაოდენობა
- ცხრილი 23: ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტში ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო ბიუჯეტის % წილი
- ცხრილი 24: ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა, სხვაობა – გეგმა-ფაქტობრივი ხარჯი
- ცხრილი 25: ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული კომპონენტების, დეტოქსიკაციისა და ჩანაცვლებითი თერაპიის ბიუჯეტები
- ცხრილი 26: წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სახელმწიფო - კერძო დაწესებულებების რაოდენობა
- ცხრილი 27: ნალოქსონის დარიგებული ამპულების რაოდენობა, წლების მიხედვით
- ცხრილი 28: სასჯელალსრულებით დაწესებულებებში დეტოქსიკაციის კურსში ჩართულ ბენეფიციართა რაოდენობა, მათ შორის ქალების
- ცხრილი 29: ჩანაცვლებითი თერაპიის მომსახურებით მოსარგებლე პაციენტების რაოდენობა, ამბულატორია
- ცხრილი 30: ჩანაცვლებითი თერაპიის მომსახურებით მოსარგებლე პაციენტების რაოდენობა, სტაციონარი
- ცხრილი 31: დეტოქსიკაციურ მკურნალობაში ჩართული და ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პაციენტების რაოდენობა, 2003-2015 წლებში
- ცხრილი 32: 2014-2016 წლებში სუბოქსონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში ჩართული პაციენტების რაოდენობა და განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით
- ცხრილი 33: 2014 წელს ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე (მათ შორის, ბუპრენორფინის მომხმარებელი) ბენეფიციარები
- ცხრილი 34: 2015 წელს ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე (მათ შორის, ბუპრენორფინის მომხმარებელი) ბენეფიციარები
- ცხრილი 35: 2016 წელს ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე (მათ შორის, ბუპრენორფინის მომხმარებელი) ბენეფიციარები
- ცხრილი 36: 2017 წლის 1 ოქტომბრის მდგომარეობით მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე ბენეფიციარების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

- ცხრილი 37: ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართული წამალდამოკიდებული პირების რაოდენობა
- ცხრილი 38: საქართველოში ჩატარებული ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა პოპულაციის ზომის განმსაზღვრელი კვლევები
- ცხრილი 39: აბსტინენციაზე ორიენტირებულ სამკურნალო პროგრამებში ჩართული პაციენტების მიერ უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები, წლების დინამიკა
- ცხრილი 40: ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების დეტალური მაჩვენებლები, სქესის მიხედვით და ასაკობრივ ჯგუფში
- ცხრილი 41: მონაცემები სხვადასხვა ნივთიერებების მოხმარების მაჩვენებლების შესახებ გასული თვის, წლისა და ცხოვრების მანძილზე, სქესის მიხედვით
- ცხრილი 42: C ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის, ჩატარებული ტესტირებებისა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა
- ცხრილი 43: B ჰეპატიტზე ჩატარებული ტესტირებებისა და დადებითი შემთხვევების რაოდენობა
- ცხრილი 44: არალეტალური ზედოზირების შემთხვევები, არალეტალური გამოსავალი, წლების დინამიკა
- ცხრილი 45: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი
- ცხრილი 46: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი, ზიანის შემცირების ქსელი

დიაგრამები

- დიაგრამა 1: მოქმედი „შინმოვლის“ პროგრამები საქართველოს მასშტაბით, რეგიონების მიხედვით
- დიაგრამა 2: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტი
- დიაგრამა 3: შინმოვლის აქტივობების ბიუჯეტი
- დიაგრამა 4: შინმოვლის წილი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტში
- დიაგრამა 5: „შინმოვლის“ კომპონენტი, დაგეგმილ და ფაქტობრივ ხარჯს შორის სხვაობა
- დიაგრამა 6: შინმოვლის წილი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტში
- დიაგრამა 7: საქართველოს კარიტასის დაფინანსების წყაროები, 2013 წელი
- დიაგრამა 8: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტი;
- დიაგრამა 9: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი;
- დიაგრამა 10: ფსიქიკური ჯანმრთელობის % წილი მთლიან ჯანდაცვის პროგრამებში
- დიაგრამა 11: სხვაობა დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის
- დიაგრამა 12: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომსახურების ქსელში დანახარჯების განაწილება
- დიაგრამა 13: მსოფლიო ბანკის ქვეყნების ჯგუფში საშუალო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში
- დიაგრამა 14: ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გავრცელება საქართველოში, 2003-2015 წწ
- დიაგრამა 15: ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო სერვისი (ნარკოლოგია), მიმწოდებლების რაოდენობა
- დიაგრამა 16: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტი
- დიაგრამა 17: ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა
- დიაგრამა 18: წამალდამოკიდებულება/ნარკომანიის აქტივობების % წილი მთლიან ჯანდაცვის ბიუჯეტში

დიაგრამა 19: პრობლემურ მომხმარებლებში ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ტენდენცია 2002-2016 წწ (BSS/ზიანის შემცირების ქსელის მონაცემები)

დიაგრამა 20: აივ ინფექციის პრევალენტობის მაჩვენებელი ქალაქების მიხედვით

დიაგრამა 21: აივ ინფექციის გავრცელების დინამიკა

შესავალი

საქართველოში ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში გატარებული რეფორმების მიუხედავად, ფიზიკური და ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანები, ნარკოტიკის მომხმარებლები, ჯერ კიდევ დაუცველები, საზოგადოებისაგან უარყოფილი და არასაკმარისად ინტეგრირებული არიან. ის, რაც ერთიანობაში მოიაზრება ზრუნვის სისტემით, იფარება ფრაგმენტულად და ნაწილობრივ, შედეგად პაციენტები რჩებიან მნიშვნელოვანი სერვისების გარეშე. „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმამ“ (აერთიანებს ოთხ თემატურ ქსელს: ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი; საქართველოს კარიტასი; საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია; საქართველოს შინმოვლის კოალიცია) შეიმუშავა „ზრუნვის კონცეფცია“, რომელიც განსაზღვრავს საქართველოში ერთიანი ზრუნვის სისტემის მოწყობის პრინციპებს და უზრუნველყოფს ზრუნვის საჭიროების მქონე პირების ჯანმრთელობის უკეთეს გამოსავალს.

პლატფორმა ერთიანი, კოორდინირებული ზრუნვის სისტემის ეფექტიანობის დანახვის მიზნით მიზანშეწონილად მიიჩნევს, შეფასების ინსტრუმენტის გამოყენებით, ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიშის პერიოდული წარმოების პრაქტიკის დანერგვას, რაც წარმოგვიდგენს სრულყოფილ სურათს, თუ რამდენად პასუხობს სისტემა ბენეფიციარების საჭიროებებს, უზრუნველყოფს თუ არა მათ დროული, ხარისხიანი და თანმიმდევრული სერვისების მიწოდებით.

ზრუნვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ინსტრუმენტი უზრუნველყოფს: ზრუნვის სისტემის ეფექტიანობის კომპლექსურ შეფასებას; დარგში მიღწეული პროგრესის გამოკვეთას; სისტემის ფუნქციონირების ნაკლოვანებების/ხარვეზების იდენტიფიცირებას; სისტემის ფუნქციონირების გაუმჯობესებას, მიღებულ მიგნებებზე დაყრდნობით რეკომენდაციების პაკეტის მომზადებით; მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის ფორმირების პროცესის გაუმჯობესებას.

ზრუნვის სისტემის შეფასება მოიცავს შემდეგ სამიზნე ჯგუფებს: ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები; ნარკოტიკების მოხმარებასთან ან წამალდამოკიდებულებასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე ადამიანები; შინმოვლის საჭიროების მქონე პირები.

ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში გამოყენებულ იქნება, როგორც ადვოკატირების ინსტრუმენტი ქვეყნის შიგნით გადაწყვეტილების მიმღებ პირებთან დიალოგის პროცესში, ასევე საერთაშორისო, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და სერვისის მიმწოდებლებთან ურთიერთობისას, რათა დოკუმენტში ასახული ძირითადი გამონწვევები და რეკომენდაციები საფუძვლად დაედოს ერთიანი ზრუნვის სისტემის დანერგვასა და შემდგომ განვითარებას. ამასთან, შეფასების ინდიკატორების გამოყენება გააძლიერებს ეროვნული სტრატეგიების, ეროვნული გეგმების, პროგრამებისა და აქტივობების მონიტორინგისა და შეფასების სისტემებს.

1. „საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარების კონცეფცია“. საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2013.

თავი 1

მეთოდოლოგია

მეთოდოლოგია

ზრუნვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების კონცეპტუალური ჩარჩო შემუშავდა „ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების“ საერთაშორისო მოდელზე დაყრდნობით, რომელიც მოდიფიცირდა ზრუნვის პლატფორმის ქუდის ქვეშ გაერთიანებული სფეროების სპეციფიკისა და თავისებურებების გათვალისწინებით ეროვნული სტრატეგიების პრიორიტეტებზე დაყრდნობით.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) შეფასების მოდელის მიხედვით, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები ოთხი ძირითადი მიმართულების გარშემო თავმოყრილი: მმართველობა; დაფინანსება; რესურსების გენერირება; მომსახურების მიწოდება (და მოცვა). ზრუნვის სისტემის შეფასების ინდიკატორები განისაზღვრა ზემოთ აღნიშნულ ძირითად ფუნქციებზე დაყრდნობით სამი სფეროს მიმართულებით: ფსიქიკური ჯანმრთელობა, შინმოვლა და ნარკოდაამოკიდებულება. ინდიკატორები აღებულ იქნა მიმართულების ეროვნულ სტრატეგიებზე ან საერთაშორისო მონაცემებზე დაყრდნობით. რამდენადაც, ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მიზანი და საბოლოო გამოსავალი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაა, შესაბამისად, შეფასების ანგარიშში ასევე აისახა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ინდიკატორები².

დოკუმენტის / შეფასების ინსტრუმენტის მიზნებისთვის მიმართულებები მოიცავს:

- **მმართველობა** - პოლიტიკის ფორმირებას (ანუ შემუშავებულია სტრატეგია, განსაზღვრულია სფეროს განვითარების ხედვა და ძირითადი მიმართულებები), რეგულირებას (განსაზღვრულია სამართლიანი რეგულირების ინსტრუმენტები ყველა მონაწილე მხარისათვის), სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და უსაფრთხოებას, მონიტორინგს და ინფორმაციის შეგროვების შესაძლებლობასა და გამოყენების უნარს;
- **დაფინანსება** - დაფინანსების წყაროების (სახელმწიფო, დონორები, კერძო დაზღვევა, ჯიბიდან გადახდა), ფინანსური რესურსის სამართლიან გადანაწილებას;
- **რესურსების გენერირება** - ფიზიკური/ადამიანური რესურსის რაციონალურ განაწილებას, რათა უზრუნველყოს სისტემა შესაბამისი ინფრასტრუქტურით, ტექნოლოგიებით, კვალიფიციური და მოტივირებული კადრებით;
- **მომსახურების მიწოდება** - სამედიცინო-სოციალური სერვისის მიწოდების ორგანიზებას, მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას და მომსახურებით კმაყოფილებას.

ზრუნვის სისტემის შეფასებისას, შეირჩა და გაანალიზდა ინდიკატორები, რომელიც სწავლობს, თუ რამდენად პრიორიტეტულია ზრუნვის სისტემის ქუდის ქვეშ გაერთიანებული თითოეული დარგი ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სისტემის რეფორმირების გზაზე, შემუშავებულია თუ არა ზრუნვის პოლიტიკა, განვითარების ხედვა და ძირითადი მიმართულებები, რამდენად ეყრდნობა მტკიცებულებებს, ხდება თუ არა მონაცემების რუტინული მოგროვება და მონაცემების ანალიზი, ზრუნვის სისტემის თითოეული კომპონენტის დაგეგმვისას რესურსების რაციონალური განაწილების მიზნით (მ.შ. საერთაშორისო და ადგილობრივ გამოცდილებაზე/პრაქტიკაზე დაყრდნობით), განსაზღვრულია თუ არა მომსახურების პირობები, როგორია არსებული სიმძლავრე და სხვა. თითოეული მათგანი მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის ციკლის პრაქტიკული რეალიზაციის ინსტრუმენტია. მათი შეფასება თვალსაჩინოს გახდის პოლიტიკის შემუშავებლები რამდენად თანმიმდევრულად იყენებენ არსებულ მონაცემებს რესურსების რაციონალურად და მიზნობრივად განაწილების მიზნით.

2. „ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიშის“ მომზადების მეთოდოლოგია. ზრუნვის პლატფორმა, 2016.

თავი 2

ინფორმაციის წყარო

ინფორმაციის წყარო

ზრუნვის სისტემის შეფასების მიზნით ინფორმაციის წყაროებად განისაზღვრა ძირითადი პასუხისმგებელი სახელმწიფო და არასახელმწიფო უწყებები/ორგანიზაციები, რომელთა საქმიანობა პირდაპირ ან ირიბად დაკავშირებულია ზრუნვის სისტემის ფუნქციონირებასთან, დაგეგმვასთან, განხორციელების პროცესთან, კერძოდ: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (სშჯდ სამინისტრო), ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, სახალხო დამცველი, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ეროვნული ცენტრი, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, გაეროს მიგრაციის სააგენტოს საქართველოს მისია, საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის ქუდის ქვეშ გაერთიანებული კოალიციები. მონაცემების სრულყოფის მიზნით, შერჩეული ინდიკატორების ვალიდაციისთვის, გამოვლინდა დამატებითი ინფორმაციის გამოთხოვის საჭიროება აფხაზეთისა და აჭარის ა/რ ჯანდაცვის სამინისტროებისგან, თბილისის მერიიდან, ადგილობრივი თვითმმართველობებიდან (რეგიონული განაწილება: სულ 74 მუნიციპალიტეტი, თვითმმართველი ქალაქი (დანართი 1)) და სერვისის მიმწოდებლებისგან. [მომზადდა ინდივიდუალური წერილები და განისაზღვრა საჭირო ინფორმაცია: ინდიკატორები შესაბამისი უწყებების, რეგიონების მიხედვით]

ამასთან, აღსანიშნავია, რომ მომავალში პარტნიორული ურთიერთობის საფუძველზე ერთიანი ბაზის ფორმირება შესაძლებელს გახდის გააქტიურდეს სფეროს ადვოკატირება (მტკიცებულებებზე დაყრდნობით) პოლიტიკის შემუშავებლებთან და გრძელვადიან პერსპექტივაში მოხდეს სფეროს თანმიმდევრული განვითარება.

მონაცემებთან დაკავშირებული პრობლემები. მონაცემების არარსებობის გამო ვერ მოხერხდა ზრუნვის სისტემის შეფასების რიგ ინდიკატორებზე ინფორმაციის მიღება, შესაბამისად, მათი ინტერპრეტაცია შესაძლებელია შეფასების კომპონენტში შემავალ სხვა ინდიკატორებთან ერთად. ამასთან, გარკვეულ შემთხვევებშია ის, რომ დაბალია ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის რუტინულ საინფორმაციო სისტემაში ინტეგრირებული ზრუნვის სისტემის (შემავალი დარგების) შეფასების ინდიკატორების რაოდენობა და სერვისის მიმწოდებლების ჩართულობა. ამასთან, არ არის განსაზღვრული ზრუნვის სისტემის ძირითადი ინდიკატორები, რომელიც დაეჭვმდებარება რუტინულ შეგროვებას და შედარებადი იქნება სისტემის შეფასებისას.

თავი 3

შინაგაგონი

შინმოვლა

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში, როგორც მაღალი, ასევე საშუალო-დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, აქტიურად მიმდინარეობს შინმოვლის, როგორც ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემების განუყოფელი ნაწილის ინსტიტუციური განვითარება, როგორც პაციენტთა სპეციალურ დაწესებულებებში მოვლის ალტერნატივა, რომელსაც აქვს ჰუმანური და ეკონომიკური უპირატესობები³.

შინმოვლა წარმოადგენს ხანგრძლივი მოვლის ნაწილს და მოიცავს სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მიწოდებას საცხოვრებელ ადგილზე იმ პირთათვის, რომელთაც ფიზიოლოგიური მდგომარეობის ან ფიზიკური თუ ფსიქიკური პათოლოგიების გამო შეზღუდული აქვთ საკუთარი თავის მოვლის უნარი და საჭიროებენ ზრუნვას.

შინმოვლის მიზანია, გააუმჯობესოს ბენეფიციართა ცხოვრების ხარისხი, კერძოდ, გახადოს ისინი ყოველდღიურ ქმედებებში შეძლებისდაგვარად დამოუკიდებელი მათთვის ჩვეულ საცხოვრებელ პირობებში, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფითა და სრულფასოვანი ცხოვრების ეთიკური ნორმების დაცვით⁴. შინმოვლა მოიცავს:

- ბენეფიციარის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვას (საექიმო, საექთნო და ექთნის თანაშემწის მომსახურება), რომელიც არ განეკუთვნება სტაციონარული მკურნალობის კომპეტენციას;
- ბენეფიციარის ხელშეწყობას ყოველდღიურ აქტივობასა (გადაადგილება, პირადი ჰიგიენის დაცვა) და ინსტრუმენტების გამოყენებაში (ნივთების და ხელსაწყოების გამოყენება);
- ბენეფიციარისა და მისი გარემოცვის ფსიქო-სოციალურ დახმარებას და ბენეფიციარისთვის ადაპტირებული გარემოს შექმნის რეკომენდაციების მიწოდებას;
- ბენეფიციარისა და მისი გარემოცვის რესურსებისა და უნარების გამოვლენას და მათ განვითარებაში დახმარებას (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების სწავლება).

საერთაშორისო პრაქტიკა აჩვენებს, რომ შინმოვლა წარმოადგენს ქრონიკულ ავადმყოფთა მოვლის ეფექტურ და სტაციონარულ მომსახურებაზე იაფ მომსახურებას. შესაბამისად, იმისათვის, რომ შინმოვლა გახდეს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემების ნაწილი, პრიორიტეტული მიმართულება, საჭიროა სფეროს სიღრმისეული შეფასება და აქტიური ადვოკატირება. აღნიშნული სერვისის ხელმისაწვდომობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ და ზღვარზე მყოფი ოჯახებისთვის.

დოკუმენტის ამ ნაწილში წარმოდგენილია შინმოვლის სისტემის შეფასების შედეგები ძირითადი მიმართულებების მიხედვით, წინასწარ შემუშავებულ ინდიკატორებზე დაყრდნობით მიღებული მონაცემების ანალიზი/ინტერპრეტაცია და მნიშვნელოვანი დასკვნები. სისტემის შეფასება უზრუნველყოფს არსებული პრობლემების, ბარიერების იდენტიფიცირებას, რომელიც სისტემის სხვადასხვა დონეზე არსებობს და მოსახლეობისთვის ადეკვატურ და ხარისხიან მომსახურებასთან ხელმისაწვდომობის პრობლემას ქმნის.

შინმოვლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ინდიკატორები განისაზღვრა ეროვნულ და საერთაშორისო რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, შემდეგი ძირითადი მიმართულებების მიხედვით: მმართველობა, დაფინანსება, რესურსების გენერირება, სერვისების მიწოდება და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

3. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა, კოალიცია შინმოვლა საქართველოში.

4. ტექნიკური რეგლამენტი „შინმოვლის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ“, 2014.

3.1 მმართველობა

შინმოვლის განვითარების ხედვის ჩამოყალიბება, პოლიტიკის აღსრულებისთვის შესაბამისი კანონმდებლობის/მარეგულირებელი გარემოს შექმნა დარგის განვითარების მნიშვნელოვანი საფუძველია, რაც შესაბამისობაში იქნება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ხედვასთან და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების კურსთან.

შინმოვლის სისტემის შეფასებისას, მმართველობის მიმართულებით შეირჩა და გაანალიზდა ცხრა ინდიკატორი, რომელიც სწავლობს, თუ რამდენად პრიორიტეტულია შინმოვლა ჯანდაცვისა და სოციალური სისტემის რეფორმირების გზაზე, შემუშავებულია თუ არა შინმოვლის პოლიტიკა, დარგის განვითარების ხედვა და ძირითადი მიმართულებები, რამდენად ეყრდნობა მტკიცებულებებს, ხდება თუ არა მონაცემების რუტინული მოგროვება და მონაცემების ანალიზი (ინფორმაციის შეგროვების შესაძლებლობა და გამოყენება) დარგის დაგეგმვისას რესურსების რაციონალური განაწილების მიზნით (მ.შ. საერთაშორისო და ადგილობრივ გამოცდილებაზე/პრაქტიკაზე დაყრდნობით), განსაზღვრულია თუ არა მომსახურების პირობები, როგორია შინმოვლის არსებული სიმძლავრე და სხვა. თითოეული მათგანი მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის ციკლის პრაქტიკული რეალიზაციის ინსტრუმენტია. მათი შეფასება თვალსაჩინოს გახდის პოლიტიკის შემუშავებლები რამდენად თანმიმდევრულად იყენებენ არსებულ მონაცემებს დარგის სტრატეგიული დაგეგმვისას რესურსების რაციონალურად და მიზნობრივად განაწილების მიზნით.

შერჩეული ინდიკატორებია: შემუშავებულია და დამტკიცებულია შინმოვლის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა, შინმოვლის კოორდინირება, ინფორმაციის მოგროვების პრაქტიკა, სერვისის მიმწოდებლების პასპორტიზაცია, შინმოვლის სფეროში შემუშავებული და დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა, ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების % წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში, შინმოვლის სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს M&E კომპონენტს, შინმოვლის კომპონენტებში მოხალისეების ჩართვის განვითარება/ხელშეწყობა, შემუშავებული და დამტკიცებულია შინმოვლის მომსახურების სტანდარტები.

1. შემუშავებული და დამტკიცებულია შინმოვლის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა
2. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა კოორდინირებს შინმოვლას
3. შინმოვლის ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მოგროვების და რეპორტინის გაუმჯობესება
4. უზრუნველყოფილია შინმოვლის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია
5. შინმოვლის სფეროში შემუშავებული და დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა
6. ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების პროცენტული წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში; სხვაობა პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის (დაემატა მეორე ინდიკატორი)
7. შინმოვლის სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს M&E კომპონენტს
8. შინმოვლის კომპონენტებში მოხალისეების ჩართვის განვითარება/ხელშეწყობა
9. შემუშავებული და დამტკიცებულია შინმოვლის მომსახურების სტანდარტები

რიგი ინდიკატორები აღწერენ დარგის განვითარების ისეთ მნიშვნელოვან ასპექტებს, როგორცაა საერთაშორისო ან ეროვნული სტანდარტების დაცვა, პროტოკოლების-გაიდლაინების გამოყენება, მონიტორინგი და შეფასება.

პოლიტიკა, რეგულირება. აღნიშნული მიმართულების შეფასებამ უნდა აჩვენოს დარგის პრიორიტეტულობა, დარგის დაგეგმვა-განხორციელების გადანაწილება ადგილობრივ, რეგიონულ, ცენტრალურ პასუხისმგებლობებს შორის. შინმოვლის სერვისების არსებობა, მოქმედი რეგულირების მექანიზმები, არსებული დაფინანსების/თანადაფინანსების პრინციპი, ჩართვის პირობები, და სხვა.

- შინმოვლის პრიორიტეტიზაცია. ქვეყანაში შემუშავებულია შინმოვლის სტრატეგია. მაგალითად, პრიორიტეტულად მიჩნეულია გარკვეული სამიზნე ჯგუფ(ებ)ის (მაგ. ხანდაზმულები, ლოგინს მიჯაჭვული, სხვა) უზრუნველყოფა შინმოვლის სერვისებით, რაც გამყარებულია შესაბამისი საფუძვლებით/პროგრამებით.
- ადგილობრივი, რეგიონული და ცენტრალური პასუხისმგებლობა. პასუხისმგებლობების გადანაწილება პოლიტიკის, დაფინანსების და სერვისის მიწოდების კომპონენტში. მაგალითად, ცენტრალური დონე პასუხისმგებელია დაგეგმვასა და რეგულირებაზე, ან თანადაფინანსების ინსტრუმენტების შემუშავებაზე. მუნიციპალიტეტები არიან პასუხისმგებელი მომსახურების ორგანიზებაზე და სერვისის მიწოდებაზე. რიგ ქვეყნებში ცენტრალური ხელისუფლება პასუხისმგებელია სამედიცინო შინმოვლის/საექთნო სერვისების ორგანიზებაზე, მუნიციპალიტეტი კი სახლში დახმარების სერვისების მიწოდებაზე.
- შინმოვლის სერვისებით სარგებლობის უფლება. შინმოვლის სერვისების მოსარგებლეებზე მიწოდება ხდება გარკვეულ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით. მაგალითად, პერსონალურ საჭიროებათა კვლევის პროცედურებზე, უძღურების ან დამოკიდებულების ხარისხზე, შემოსავლებზე (ოჯახის მდგომარეობა), განმსაზღვრელია ბენეფიციარის ასაკი, ან გათვალისწინებულია მეუღლის უნარი განახორციელოს შინმოვლა, ან აქცენტირებულია მარტოხელაზე.
- შინმოვლის სერვისებით უზრუნველყოფა. განსაზღვრულია შინმოვლის სერვისების მოცულობა, მიწოდების პრინციპი. მაგალითად, შინმოვლის კომპლექსური სერვისები მიწოდდება ყველას, ან გარკვეულ კატეგორიას მიწოდდება სპეციფიკური სერვისები, ან მხოლოდ არათორმალური მომვლელების კომპონენტით.
- მომსახურების ხარისხი. შემუშავებულია ცენტრალურ დონეზე მიდგომა, როგორ მოხდეს სერვისის მიწოდებლების ნახალისება ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით (მ.შ. მუნიციპალურ დონეზე). მაგალითად, სახელმწიფო აკეთებს განაცხადს კვალიფიციური სამუშაო ძალის აუცილებლობაზე, რაც წარმოადგენს ზრუნვის ღერძს, შესაბამისად ავითარებს სერვისის მიწოდებლების სტიმულირების მექანიზმებს, შეიმუშავებს შინმოვლის პროფესიონალების საგანმანათლებლო მოთხოვნებს, სამუშაო აღწერილობებს, შინმოვლის პროფესიონალების ხარისხის შეფასების/მონიტორინგის ინსტრუმენტებს, თავად ახორციელებს ზრუნვის მიწოდებლების ტრენინგს და სხვა.

1. შემუშავებული და დამტკიცებულია შინმოვლის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადებით საქართველოში შინმოვლის განვითარების სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა მიმდინარე ეტაპზე დამტკიცებული არ არის. მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში არ არსებობს „შინმოვლის განვითარების“ სტრატეგია, როგორც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური

დაცვის სამინისტრო, ასევე ადგილობრივი თვითმმართველობები და სერვისის მიმწოდებლები ახორციელებენ „შინმოვლის“ პროგრამებს, რომელთა ერთმანეთთან თავსებადობა/შესაბამისობა მნიშვნელოვანია მომავალში სტრატეგიის შემუშავების პროცესში (არსებული გამოცდილების პრაქტიკის გათვალისწინება). შესაბამისად, აღნიშნული მიმართულებისა და ინდიკატორის შეფასებისას მნიშვნელოვნად ჩაითვალა გაანალიზებულიყო მოქმედი პროგრამების პრაქტიკა, ძირითადი მახასიათებლები, გავრცელების სიხშირე.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადებით:

- ხორციელდება რიგი სახელმწიფო პროგრამები, რომელიც მოიცავს შინმოვლის კომპონენტს. მართალია, თავისი არსით განსხვავებულია შინმოვლის სერვისებისგან, სახელმწიფო უზრუნველყოფს ბინაზე ვიზიტებს შემდეგი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში:
 - სოფლის ექიმის პროგრამა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტი ითვალისწინებს წელიწადში ოთხჯერ ექიმის ბინაზე ვიზიტს მწოლიარე (გადაადგილების უნარს მოკლებულ) პირებთან, ისევე როგორც საჭიროების შემთხვევაში პალიატიურ პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტს;
 - ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის ფარგლებში, ქ.თბილისში, ქუთაისში, თელავსა და თელავის მუნიციპალიტეტში, ზუგდიდსა და ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში ოზურგეთსა და ოზურგეთის მუნიციპალიტეტში, გორსა და გორის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული საქართველოს მოქალაქე ინკურაბელური პაციენტებისთვის უზრუნველყოფილია ბინაზე ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა პალიატიური მობილური გუნდის (ექიმი/ექთანის) მიერ;
 - მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს 7-18 წლამდე ასაკის ბავშვთა (40 ბავშვი, ქ.თბილისში, რომელიც საჭიროებს სხვა პირის მუდმივ დახმარებას), რეაბილიტაციას და ფიზიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესებას ბინაზე მოვლის მომსახურების მიწოდებით (თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ აღნიშნული ქვეპროგრამა თავისი ბუნებით მნიშვნელოვნად განსხვავდება შინმოვლის კომპონენტისგან და არსებითად წარმოადგენს აბილიტაცია-რეაბილიტაციის სერვისის მიწოდებას ბინაზე).
- დაგეგმილი აქტივობები. 2018-2019 წლებში იგეგმება ხანდაზმული მოსახლეობის შინმოვლის კონცეფციის/პროგრამის შემუშავება, ასევე, ბავშვთა ადრეული განვითარების მეთვალყურეობის მიზნით, იგეგმება ჰჯდ ექთანთა გადამზადება და მათ მიერ ბინაზე ვიზიტების განხორციელება.

აფხაზეთის ა/რ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ბოლო წლებში ახორციელებს პროგრამას, რომლის მიზანია პროფილური ბენეფიციარების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და საზოგადოებაში სრულყოფილი ადაპტაცია-ინტეგრაციის ხელშეწყობა. პროგრამის ერთ-ერთი კომპონენტია „მძიმე პაციენტთა ბინაზე მომსახურება“, რომელიც მიმართულია მათი ადაპტაციური შესაძლებლობების გაძლიერებისა და სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობისკენ.

აჭარისა/რ-ის ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტის მერიაა(ა)იკსაქველმოქმედო ფონდ „საქართველოს ვარიტასთან“ გაფორმებული ურთიერთშეთანხმების მემორანდუმის საფუძველზე, მიმდინარე პერიოდში ახორციელებს „მზრუნველობას მოკლებულ ბენეფიციართა მოვლა-პატრონობა და მოვლის საჭიროების მქონე პირთა დახმარება“ ქვეპროგრამას. პროგრამაში ჩართვისას პრიორიტეტი ენიჭება ბენეფიციარის ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიმძიმეს, სტატუსს (შშმ

და სოციალურად დაუცველ პირებს). ბათუმში შინმოვლის პროგრამა ინიცირებულ იქნა შინმოვლის კოალიციის მიერ, რომლის ექსპერტული დახმარებით შემუშავდა და დაინერგა 2014 წლიდან. ხელვაჩაურის 10 სოფელში კოალიციის წევრი ორგანიზაცია „გენებისი“, მუნიციპალიტეტის თანადაფინანსებით, შინმოვლის სრულ პაკეტს აწვდის 40 მოსარგებლეს (პროექტი დასრულდა 2017 წელს).

რეგიონებში სერვისები მიეწოდება ფრაგმენტულად, ძირითადად არასამთავრობო სექტორის და მუნიციპალიტეტის თანადაფინანსებით. „შინმოვლის თანადაფინანსების“ პროგრამას ახორციელებს ქ.თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების საქალაქო სამსახური, რომელიც ინიცირებულია შინმოვლის კოალიციის მიერ 2004 წლიდან, ხოლო 2016 წლიდან ხორციელდება პროგრამა, რომელიც შემუშავდა კოალიციის ექსპერტული დახმარებით (დანვრილებით შესაბამის ინდიკატორებში).

იმერეთის რეგიონში, ქ.ქუთაისსა და სამტრედიისში, ადგილობრივი თვითმმართველობების ჩართულობით ხორციელდება შინმოვლის პროგრამა. ქ.ქუთაისში სერვისები მიეწოდება სოციალურად დაუცველ მოქალაქეებს, რომლებიც მიჭაჭვული არიან სანოლს ან სახლს და საჭიროებენ სამედიცინო და ფსიქოსოციალურ მომსახურებას საცხოვრებელ ადგილზე. პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარების შერჩევას და მომსახურების მიწოდებას უზრუნველყოფს საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი“ (თანადაფინანსების პრინციპით). ბენეფიციარები მომსახურებას იღებენ: ძირეული მოვლის (ნაწილობრივი/სრული დაბანა, თეთრეულის გამოცვლა, დახმარება კვების დროს, სხვა) და სამედიცინო მანიპულაციების (ჭრილობების დამუშავება, ინექციები და სხვა) თვალსაზრისით. პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციართა გარკვეულ ნაწილს ბინაზე მიეწოდება ცხელი სადილი, საჭიროების შემთხვევაში ბენეფიციარები უზრუნველყოფილი არიან მედიკამენტებითა და მოვლის საშუალებებით.

სამტრედიის მუნიციპალიტეტში, „საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოების“ სამტრედიის ფილიალის და ა(ა)იპ-ს „სახლი თანადგომა“ მხარდაჭერით ბენეფიციარებს მიეწოდებათ ბინაზე მოვლის სერვისები, მოხალისეების აქტიური ჩართულობით.

კახეთის რეგიონში, ყვარლის მუნიციპალიტეტში 2012 წლიდან „საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოების“ ხანდაზმულთა ცენტრში ფუნქციონირებს ბინაზე მოვლის გუნდი, რომელიც ემსახურება უმწეო, მარტოხელა მოხუცებს.

ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში „შინმოვლის პროექტს“ ახორციელებს არასამთავრობო ორგანიზაცია, ხოლო კოორდინირებას აღნიშნული მიზნისთვის შექმნილი გუნდი, რომლის შემადგენლობაშიც შედიან მუნიციპალური სამსახურების და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები. თელავში შინმოვლის კოალიციის წევრი ორგანიზაცია „საქართველოს სამართლებლო კავშირი“ ახორციელებს შინმოვლას, მეტწილად, სოციალური სერვისის მიწოდებას.

სამეგრელო - ზემო სვანეთის რეგიონში, სხვა რეგიონებთან შედარებით, ყველაზე მეტად არის განვითარებული შინმოვლის სერვისები. ადგილობრივი თვითმმართველობა და არასამთავრობო სექტორი აქტიურად თანამშრომლობს, მათ შორის ინფორმაციის გაზიარებისა და მომავალში სერვისების დაგეგმვის მიზნით (აბაშის მუნიციპალიტეტი).

ქ.ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში 2016 წლის იანვრიდან მოქმედებს შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის და მოვლის საჭიროების მქონე ბენეფიციართა „შინმოვლის ქვეპროგრამა“, რომლის მოსარგებლეები არიან სოციალურად დაუცველი ის ოჯახები, რომელთაც ჰყავთ მუდმივი ზრუნვის საჭიროების მქონე მწოლიარე ან ეტლით მოსარგებლე

ავადმყოფი. ყოველთვიურად თანხა 100 ლარის ოდენობით ირიცხება ოჯახის იმ წევრის ანგარიშზე, რომელიც უშუალოდ არის დაკავებული ავადმყოფის მოვლით და ამ მიზნით ვერ საქმდება. გამოყოფილი თანხა გათვალისწინებულია ავადმყოფისთვის აუცილებელი მედიკამენტებისა და ნივთების შესაძენად.

ქალაქ ფოთში 2016 წლის 6 ივნისს დაარსდა ქ.ფოთის მუნიციპალიტეტის ა(ა)იპ „სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი“, რომელიც ფინანსდება ადგილობრივი ბიუჯეტიდან. მომსახურება მოიცავს სოციალური და სამედიცინო სერვისების მიწოდებას საცხოვრებელ ადგილზე იმ პირთათვის, ვინც საკუთარ თავს ვერ უვლის. სამიზნე ჯგუფია სოციალურად დაუცველი, მარტოხელა ან მარტოდმცხოვრები პირები.

მარტვილის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის სერვისები ხორციელდება ოჯახის ექიმისა და ექთნის მიერ. პროექტის მიზანია დაეხმაროს იმ ადამიანებს, რომლებსაც ხანდაზმულობის, ინვალიდობის და ავადმყოფობის გამო შეზღუდული აქვთ დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარი და დამოკიდებული არიან მომვლელებზე. მომსახურება მოიცავს სამედიცინო და პროფილაქტიკური მოვლის ღონისძიებებს (დახმარებას, ყოველდღიური აქტივობის შეფასებას, გადაადგილებას, პირადი ჰიგიენის დაცვას, ნივთებისა და სამედიცინო მანიპულაციების ჩატარებას).

ნალენჯიხის მუნიციპალიტეტში, შინმოვლის პროგრამა მოქმედებს 2017 წლიდან და მოიცავს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი (100 000-ზე დაბალი სარეიტინგო ქულით) შშმპ სტატუსის სახლს მიჯაჭვულ (ეტლით მოსარგებლე) და სანოლს მიჯაჭვულ ბენეფიციარებზე ან მათ ოჯახის წევრებზე ყოველთვიურ დახმარებას 100 ლარის ოდენობით. აღნიშნული კომპონენტი ნაკლებად წარმოადგენს შინმოვლას და არსებითად არის ფულადი სარგებელი მოვლის საჭიროების მქონე პირთათვის.

ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში, 2016 წლიდან არასამთავრობო ორგანიზაცია „იმედი 2013“ ახორციელებს ხანდაზმულთა და შშმ პირთა შინმოვლას და კვირაში ორჯერ ცხელი საკვებით უზრუნველყოფას. აღსანიშნავია ინოვაციური პროექტი „ხანდაზმულებზე მზრუნველი მობილური ჯგუფი“, რომელზე მუშაობაც ამჟამად მიმდინარეობს ა(ა)იპ PIN-ის მხარდაჭერით. პროექტის ფარგლებში, მობილური ჯგუფის წევრები, მარტოხელა ხანდაზმულ ბენეფიციარებს ადგილზე მოუწესრიგებენ საცხოვრებელ გარემოს, კარ-მიდამოს, იზრუნებენ მათ ჯანმრთელობასა და ჰიგიენური ნორმების დაცვაზე.

ასევე, მომავალი წლიდან იგეგმება შინმოვლის პროგრამის ამოქმედება მესტიის მუნიციპალიტეტში, ა(ა)იპ „ერთად რეალური ცვლილებებისთვის“ ორგანიზაციის ფინანსური მხარდაჭერით, თანადაფინანსებით.

სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში ასპინძის მუნიციპალიტეტში მოქმედებს ფინანსური დახმარების პროგრამა, კერძოდ ერთჯერადი თანხის, 1500 ლარის გაცემა წელიწადში ერთხელ, მკურნალობის, კვლევებისა და სხვა საჭიროებისათვის (სადაც შინმოვლის სერვისები მოიაზრება) შშმპ-თვის, რომლებიც მუდმივად მწოლიარე, ეტლით ან ყავარჯნით მოსარგებლე არიან.

ბორჯომის მუნიციპალიტეტში 2018 წელს გეგმავენ მუნიციპალური პროგრამის შემუშავებას ადგილობრივი ბიუჯეტის თანადაფინანსებით.

ქვემო ქართლის რეგიონში, რუსთავის მუნიციპალიტეტი აქტიურად მუშაობს „შინმოვლის პროგრამის“ შემუშავებაზე, რომელიც მოემსახურება 30 ბენეფიციარს.

ბოლნისის მუნიციპალიტეტის გამგეობა, არასამთავრობო ორგანიზაციების მხარდაჭერით, ახორციელებს შინმოვლის პროგრამას. მომსახურება ვრცელდება განსაკუთრებული მზრუნველობის საჭიროების პირებზე. მომსახურებაში შედის პირველადი სამედიცინო დახმარება, პირადი ჰიგიენის დაცვა და თანადგომა.

შიდა ქართლის რეგიონი. გორში შინმოვლა დაინერგა შინმოვლის კოალიციის მიერ, 2007 წლიდან, ამჟამად ქ.გორის მუნიციპალიტეტის მერია „სოციალური პროექტების თანადაფინანსების“ ფარგლებში თანამშრომლობს ა(ა)იპ „საქართველოს კარიტასთან“ და „საქართველოს სამარიტელთა კავშირთან“.

გორის მუნიციპალიტეტის გამგეობა შინმოვლის პროგრამებს სოციალურად დაუცველი ადამიანების განსაზღვრული კატეგორიისთვის, ძირითადად „სოციალური პროექტების თანადაფინანსების პროგრამის“ მეშვეობით ახორციელებს. პროგრამის ფარგლებში მუნიციპალიტეტიდან თანადაფინანსებას იღებს ყველა ის ორგანიზაცია, რომელიც საკუთარი სახსრებით ან დონორი ორგანიზაციებიდან გრანტის მიღების გზით ახდენს წილობრივ თანადაფინანსებას და პროექტის განხორციელებას. მიმდინარე ეტაპზე „შინმოვლის პროგრამებს“, გორის მუნიციპალიტეტის გამგეობის თანადაფინანსებით და ხელშეწყობით ახორციელებენ შემდეგი არასამთავრობო ორგანიზაციები:

- საქველმოქმედო ფონდი “საქართველოს კარიტასი”;
- „საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება“ (პირველადი ჯანდაცვის მობილური კაბინეტის თანადაფინანსება);
- ა(ა)იპ „კეთილდღეობისა და განვითარების ცენტრი“ და „საქართველოს სამარიტელთა კავშირი“ (სოფლად მცხოვრები შშმ ახალგაზრდების შინმოვლის თანადაფინანსება, რომელთა მშობლები ვერ ახერხებენ მათ ტრანსპორტირებას ქ.გორის დღის სარეაბილიტაციო ცენტრში);
- „საქართველოს სამარიტელთა კავშირი“ (უზრუნველყოფს 20-25 სოციალურად დაუცველი შშმ-ის, მარტოხელა პენსიონერების და სხვა მოწყვლადი ჯგუფების ჩართვას შინმოვლის პროგრამებში);
- ა(ა)იპ „კეთილდღეობისა და განვითარების ცენტრი“ (დღის ცენტრის 15-შშმ პირის დაფინანსება კვებით, სამედიცინო მომსახურებით და სხვა აქტივობებით);
- ASB (გერმანიის სამარიტელთა კავშირი) და ა(ა)იპ „სახლი საზღვრების გარეშე“ (გორის მუნიციპალიტეტის კონფლიქტის პირა სოფელ ხურვალეთში 40 მარტოხელა სოციალურად დაუცველი მოხუცისთვის გახსნილია დღის ცენტრი და მოხუცებულთა სახლი. ასევე ცენტრის თანამშრომლები გასვლითი ვიზიტებით ეტაპობრივად ახდენენ შინმოვლის პროგრამის განხორციელებას);
- საქართველოში მომუშავე ჩეხური არასამთავრობო ორგანიზაცია PIN-ის (ადამიანი გაჭირვებაში), მიერ დაფინანსებული ორი პროექტი ითვალისწინებს სოფლად მცხოვრებელი სოციალურად დაუცველი ადამიანების შინმოვლას);
- პოლონურ მხარესთან ერთად გორის მუნიციპალიტეტში 2017-2018 წლებში დაგეგმილია სამკურნალო-სარეაბილიტაციო დღის ცენტრის მოწყობა 30 შშმ პირზე.

„შინმოვლის კოალიციის“ შეფასებით, არსებული „შინმოვლის“ სახელმწიფო პროგრამები თავისი არსით განსხვავდება შინმოვლისგან, შესაბამისად კოალიციის მიერ სერვისების დაგეგმვა და მიწოდება ხორციელდება საერთაშორისო და საკუთარ გამოცდილებაზე

5. საქართველოში მომუშავე ჩეხური არასამთავრობო ორგანიზაცია PIN (ადამიანი გაჭირვებაში) ინიცირებითა და ხელშეწყობით გამგეობის სოციალური სამსახურისთვის შემუშავებულ იქნა 2 წლიანი 2017-2018წ სტრატეგიული განვითარების და 1 წლიანი სამოქმედო გეგმა.

დაფუძნებული სტანდარტების მიხედვით. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ შინმოვლის კოალიციას შემუშავებული აქვს სრული მარეგულირებელი პაკეტი: კონცეფცია, პროფესიული სტანდარტები, ეთიკის კოდექსი, ფასწარმოქმნის სისტემა, ხარისხის მართვის სახელმძღვანელო, პერსონალის გადამზადების კურიკულუმი და სხვა.

„შინმოვლის კოალიცია“ და „საქართველოს კარიტასი“ ბენეფიციარებს „შინმოვლის“ თითქმის მსგავს სერვისებს აწვდიან. იგი მოიცავს სხვადასხვა სპეციალისტებით დაკომპლექტებული გუნდის მიერ სამედიცინო, სოციალური და ფსიქო-სოციალური მომსახურების მიწოდებას ბინაზე იმ პირთათვის, რომლებიც დროებით ან მუდმივად საწოლს არიან მიჯაჭვული. „საქართველოს კარიტასი“ ბენეფიციართა საჭიროებების მიხედვით უზრუნველყოფს ექიმი-სპეციალისტების მომსახურებას, „შინმოვლის კოალიციის“ ექიმი კი კონსულტაციას უწევს და ამისამართებს პაციენტებს სპეციალისტებთან. ორგანიზაციები ბენეფიციართა აღრიცხვაზე აყვანის კრიტერიუმად იყენებენ მათ სოციალურად დაუცველის სტატუსს. შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, მომსახურების მიწოდებისას კოალიციის სტანდარტით, 1 ექთანზე 10-16 მოსარგებლე მოდის, ხოლო კარიტასის შემთხვევაში 1 ექთანზე შესაძლებელია 100-მდე მოსარგებლე მოდიოდეს.

„ევანგელიურ-ლუთერული ეკლესიის დიაკონური საქმიანობა საქართველოში“, სერვისის დაგეგმვისას ხელმძღვანელობს სახელმწიფო პროგრამის მოთხოვნებით/რეკომენდაციებით, საერთაშორისო და საკუთარი გამოცდილებით. კოორდინაცია ხორციელდება თანამშრომლების დამტკიცებული გეგმის მიხედვით, პირველადი სამედიცინო დახმარების გათვალისწინებით. ბენეფიციართან ხელშეკრულების გაფორმებისას ითვალისწინებენ მის ფიზიკურ მდგომარეობას, დიაგნოზს, პაციენტის სურვილებსა და ორგანიზაციის შესაძლებლობებს.

შეჯამება: არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია ითქვას, რომ ქვეყანაში არ არსებობს „შინმოვლის“ სტრატეგია. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო საქართველოს მასშტაბით უზრუნველყოფს ბინაზე ვიზიტების/მომსახურების მიწოდებას. ასევე ადგილობრივი თვითმმართველობები არასამთავრობო სექტორის მხარდაჭერით, უზრუნველყოფენ სერვისის მიწოდებას პროგრამის ფარგლებში განწერილი კრიტერიუმების შესაბამისად, რომელიც განსაზღვრავს სამიზნე ჯგუფებს, ჩართვის და ბენეფიციარების შეფასების კრიტერიუმებს (აღნიშნული კრიტერიუმები სრულიად განსხვავებულია ერთმანეთისგან).

შინმოვლის კოალიციას შემუშავებული აქვს შინმოვლის კონცეფცია, პროფესიული სტანდარტები, ეთიკის კოდექსი, ფასწარმოქმნის სისტემა, ხარისხის მართვის სახელმძღვანელო, პერსონალის გადამზადების კურიკულუმი და სხვა, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს შინმოვლის ერთიანი ხედვის ფორმირების პროცესში. ძირითადად აღნიშნული ინსტრუმენტები გამოიყენება შინმოვლის პროგრამების შემუშავება-დაგეგმვისას რეგიონებში, შინმოვლის კოალიციის დახმარებით.

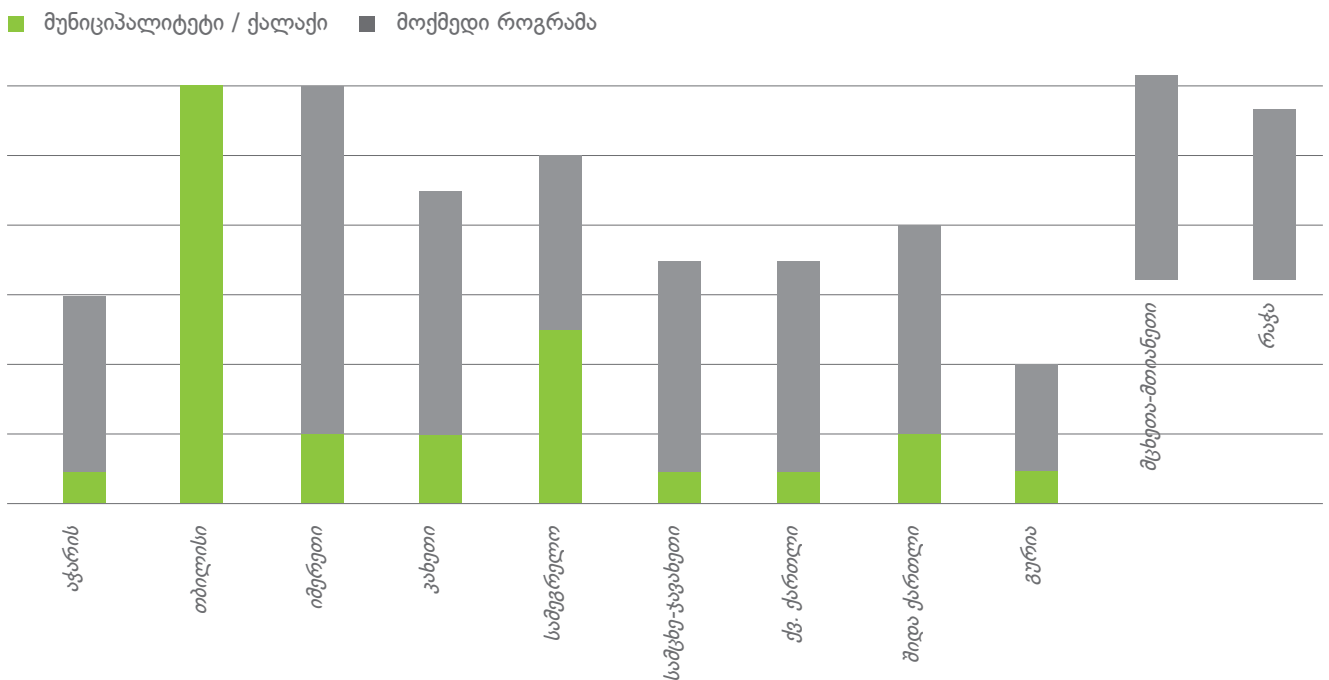
რეგიონებში სერვისები მიწოდება ფრაგმენტულად, რიგ ქალაქებში ან მუნიციპალიტეტებში. როგორც უკვე აღინიშნა, შინმოვლის სერვისები ძირითადად მიწოდება არასამთავრობო სექტორის და ადგილობრივი თვითმმართველობის თანადაფინანსებით. რეგიონებში ყველაზე მეტად შინმოვლის სერვისები განვითარებულია შიდა ქართლსა და სამეგრელო-ზემო სვანეთში, ხოლო ორ რეგიონში, როგორცაა მცხეთა-მთიანეთი და რაჭა, შინმოვლა საერთოდ არ მიწოდება. ასევე ნაკლებადაა განვითარებული გურიის რეგიონში, სადაც

6. ხანგრძლივი სამ.მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში. თ.ვერულავა, 2016.

მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამის „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“ ფარგლებში მიენოდება მომსახურება პალიატიური საჭიროების მქონე ბენეფიციარებს ოზურგეთის მუნიციპალიტეტში (მთლიანად ხელმისაწვდომი არ არის არც რეგიონისთვის). რეგიონის ხელმძღვანელობის განცხადებით, რიგ შემთხვევაში მოსახლეობის მხრიდან არ ყოფილა მოთხოვნა/მიმართვა აღნიშნული ტიპის სერვისის მისაღებად, შესაბამისად, ბიუჯეტშიც არ ყოფილა გათვალისწინებული. ქვემო ქართლის რეგიონში (თეთრიწყაროს მუნიციპალიტეტი) შინმოვლის საჭიროების მქონე პირთა ერთჯერადი მატერიალური დახმარების პროგრამა გაუქმდა მიმართვიანობის არარსებობის გამო. ასევე, ძირითად შემთხვევებზე ფაქტორად მიიჩნევა მწირი ბიუჯეტი, რომელიც არ იძლევა დამატებითი სერვისების წარმოების საშუალებას. სახსრების არსებობის შემთხვევაში მუნიციპალიტეტების უმრავლესობა მზად არის შეიმუშავოს და დაწეროს შინმოვლის სერვისები.

რიგი მუნიციპალიტეტები მომავალი წლიდან ფიქრობენ ინფორმაციის მოგროვებას, ბაზების წარმოებას, რომელზე დაყრდნობითაც დაიგეგმება სერვისის საჭიროება, მიზანშეწონილობა და მუნიციპალიტეტში განხორციელების შესაძლებლობა. ამასთან, მუნიციპალიტეტებში აღინიშნება დადებითი პრაქტიკა/ტენდენცია შინმოვლის სერვისების მხარდამჭერ არასამთავრობო და სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციებთან შეხვედრა-კონსულტაციების წარმოებისა. განსაკუთრებით მაღალია მზაობა შემოთავაზების განხილვისა ადგილობრივი თვითმმართველობის წილობრივ თანადაფინანსებასთან დაკავშირებით, ასევე მზაობა რეკომენდაციების მისაღებად და მუნიციპალიტეტის თანამშრომლებისთვის საჭირო ტრენინგების ჩატარებისა.

დიაგრამა 1: მოქმედი შინმოვლის პროგრამები საქართველოს მასშტაბით, რეგიონების მიხედვით;



მოქმედი პრაქტიკის ფარგლებში შესაძლებელია გამოიყოს „შინმოვლის“ სერვისები, რომელიც მიენოდება ბენეფიციარებს (ე.წ. „შინმოვლის“ პროგრამებით მოცული): ექიმის/ექთნის ბინაზე ვიზიტი, პალიატიური მობილური გუნდის (ექიმი/ექთანის) მომსახურება, სამედიცინო და ფსიქოსოციალური მომსახურება საცხოვრებელ ადგილზე, ძირეული მოვლა (ნაწილობრივი/სრულიდაბანა, თეთრეულისგამოცვლა, დახმარება კვების დროს), სამედიცინო მანიპულაციები (ჭრილობების დამუშავება, ინექციები, სხვა), ცხელი სადილის მიწოდება ბინაზე, მედიკამენტებითა და მოვლის საშუალებებით უზრუნველყოფა, ყოველთვიური ან

ერთჯერადი ფულადი დახმარება (ავადმყოფისთვის აუცილებელი მედიკამენტებისა და ნივთების შესაძენად, მკურნალობის, კვლევებისა და სხვა საჭიროებისათვის), ბენეფიციართა ტრანსპორტირება.

ძირითადი სამიზნე ჯგუფი: უმწეო/მარტოხელა მოხუცები, ან მარტოდმცხოვრები პირები (პირები, რომელთაც ხანდაზმულობის, ინვალიდობის და ავადმყოფობის გამო შეზღუდული აქვთ დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარი და დამოკიდებული არიან მომვლელზე), მწოლიარე (გადაადგილების უნარს მოკლებულ) ან სახლს მიჭაჭვული ან ეტლით ან ყავარჯნით მოსარგებლები, პალიატიური პაციენტები, შშმ სტატუსის ან/და სოციალურად დაუცველი პირები.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის შემუშავებული და დამტკიცებული შინმოვლის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა.

არსებული „შინმოვლის“ პრაქტიკის (შინმოვლის პროგრამებით მოცული სერვისები; საჭიროების მქონე სამიზნე ჯგუფები) და საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით შესაძლებელია „შინმოვლის განვითარების სტრატეგიული ხედვის“ განსაზღვრა. ამასთან, თუ გავითვალისწინებთ, რომ:

- შინმოვლისგან განსხვავებით, დაწესებულებების მონყობა მნიშვნელოვან ინვესტიციებს საჭიროებს, ხოლო მიმდინარე ხარჯი 1 პაციენტზე შინმოვლასთან შედარებით 2,5-ჯერ მეტია;
- დაწესებულებაში ზრუნვა მნიშვნელოვან სტიგმასთან არის დაკავშირებული;
- საქართველოში მოსახლეობის უმრავლესობას აქვს საკუთარი საცხოვრებელი;
- ტრადიციული ოჯახების და ღირებულებების რღვევის მიუხედავად, კვლავ დიდია არაფორმალური მოვლის რესურსი, განსაკუთრებით, სოფლის მოსახლეობაში.

არჩევანი უნდა გაკეთდეს შინმოვლაზე, ხოლო ინსტიტუციური მოვლა კი უნდა არსებობდეს ალტერნატივის სახით ცალკეული შემთხვევებისათვის. სახელმწიფოს პოლიტიკა შინმოვლის მოვლის სფეროში მიმართული უნდა იყოს ქვეყნის მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხის ამაღლებისაკენ და უნდა შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებას და შესაძლებლობებს, იყოს ორგანული ქვეყნის კულტურისთვის, მისაღები მოსახლეობის უმრავლესობისათვის და ითვალისწინებდეს ეთნიკურ თავისებურებებს და ტრადიციებს⁷.

2. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა კოორდინირებს შინმოვლას

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, შინმოვლის განვითარების მიზნით მნიშვნელოვანია მისი ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადებით, იზიარებს აღნიშნულ მიდგომას, თუმცა მიმდინარე ეტაპზე საქართველოში ასეთი მიდგომა არ განიხილება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიდგომას ეფუძნება ზრუნვის პლატფორმის ხედვაც - „ზრუნვის კონცეფცია“, რომლის თანახმად (ბენეფიციარებისთვის ზრუნვის სერვისების თანმიმდევრული და რაციონალური მიწოდების მიზნით), ზრუნვის სერვისების მიწოდება კოორდინირებული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე (დოკუმენტი გაზიარებულ

7. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა. კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010.

იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან).

მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს ქვეყანაში გაცხადებული პოლიტიკა „შინმოვლის სისტემის“ პირველადი ჯანდაცვის მხრიდან კოორდინირებისა, რიგი ორგანიზაციები სერვისის მიწოდებისას იყენებენ აღნიშნულ მიდგომას, მათ შორის, თბილისის მერიის სამსახურის მიერ ადმინისტრირებად „შინმოვლის თანადაფინანსების“ პროგრამაში აქტიურად არის ჩართული შვიდი პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია. თბილისის მერია პროგრამის ფარგლებში სერვისის საჭიროების გამოვლენას - „უძღურების შეფასებას“ (ოჯახის ექიმების მიერ) და სერვისის მიწოდებლებთან დაკავშირებას ახდენს პირველადი ჯანდაცვის მხრიდან (აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული მიდგომა შემუშავდა „შინმოვლის კოალიციასთან“ თანამშრომლობით), რაც გარკვეულწილად პასუხობს, თუმცა მნიშვნელოვნად განსხვავდება ზრუნვის კონცეფციისგან. პრაქტიკაში გვხვდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართულობა რიგ რეგიონებშიც, თუმცა მათი ფუნქციები (როლი) განსხვავებულია.

„შინმოვლის კოალიციის“, სერვისის მიწოდებლების განცხადებით, პირველადი ჯანდაცვა პრაქტიკულად არ მონაწილეობს შინმოვლაში. სამწუხაროდ, არ არის დაინტერესება შინმოვლის სერვისების მიმართ, შესაბამისად ორგანიზაცია თავად მოიზიდავს პაციენტებს და თავადვე ახორციელებს კოორდინირებას.

„შინმოვლის კოალიცია“ და „საქართველოს კარიტასი“ ბენეფიციარებს შინმოვლის თითქმის მსგავს სერვისებს აწვდიან. განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ „შინმოვლის კოალიციის“ სამსახურში ჩართულია ექიმი, რომელიც მოსარგებლისთვის ინდივიდუალურ სამუშაო გეგმას ექთანთან ერთად ადგენს. „საქართველოს კარიტასის“ სერვისში ექიმი არ არის ჩართული, მაგრამ სოციალური მუშაკი სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში მონაწილე ოჯახის ექიმების მეშვეობით ახერხებს სერვისების მიწოდებას⁸.

შეჯამება: მიმდინარე ეტაპზე პირველადი ჯანდაცვის სისტემა არ კოორდინირებს შინმოვლას, თუმცა გვხვდება ერთეული შემთხვევები შინმოვლის სერვისების პირველადი ჯანდაცვის მიერ კოორდინირებისა. ქვეყნის ფარგლებში მოქმედებს რიგი (სახელმწიფო, არასახელმწიფო) პროგრამები, მათ შორის ოჯახის ექიმის მიერ კოორდინირების გარკვეული პრაქტიკა გვხვდება თბილისის მერიის პროგრამის ფარგლებში.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დონეზე არ ხდება შინმოვლის კოორდინირება (გვხვდება ერთეული შემთხვევები).

3. შინმოვლის ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მოგროვების და რეპორტირების გაუმჯობესება

მონაცემების რუტინული მოგროვება ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია, როგორც დარგის განვითარების დაგეგმვისას, ასევე დარგის ფუნქციონირების შეფასების, ნაკლოვანებების და არათანმიმდევრული გადაწყვეტილებების იდენტიფიცირების მიზნით. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღების მიზნით მნიშვნელოვანია „შინმოვლის“ სისტემის შეფასების ინდიკატორების მოგროვების პრაქტიკის არსებობა ცენტრალურ დონეზე.

8 ხანგრძლივი სამ. მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში. თ.ვერულავა, 2016.

მიმდინარე ეტაპზე ანგარიშგება შემოიფარგლება მხოლოდ არსებული ცენტრალური და ადგილობრივი თვითმმართველობების პროგრამების ფარგლებში მოთხოვნილი (ანგარიშგება, ჩართვის კრიტერიუმები) ინფორმაციით, რომელიც არ იძლევა მთელი ქვეყნის მასშტაბით ინფორმაციის დამუშავებისა და ანალიზის საშუალებას. რამდენადაც ერთი მხრივ, რიგი სერვისის მიმწოდებლების მიერ მოგროვილი ინფორმაცია საერთოდ არ ხვდება საერთო ანგარიშგების სისტემაში და მეორე მხრივ, მათ მიერ მოგროვილი ინფორმაცია განსხვავებულია და არ იძლევა შედარების საშუალებას (განსხვავებული ინდიკატორები, განსხვავებული მონაცემთა ველები).

მოწოდებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ადგილობრივი თვითმმართველობები, რიგი მუნიციპალიტეტები ახორციელებენ მონაცემების მოგროვებას, კერძოდ:

- თბილისის მერიის სამსახურის მიერ პროგრამის ადმინისტრირებისთვის შექმნილი ელექტრონული მოდული მოიცავს ინდივიდუალურ ინფორმაციას სერვისის მიწოდების მიმდინარეობის შესახებ, კერძოდ, უძღურების შეფასების ინდექსი (ბართელის შკალის მიხედვით), მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ინდივიდუალური განწერილი გეგმის შესაბამისად დაგეგმილი და განხორციელებული ვიზიტების რაოდენობა, პროგრამაში რეგისტრაციის გაუქმების მიზეზი, სხვა. მიმდინარეობს პროგრამის შესაძლებლობების გაზრდა;
- თეთრიწყაროს მუნიციპალიტეტის გამგეობის ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის განყოფილების მიერ მიმდინარეობს შინმოვლის საჭიროების მქონე პირთა, შინმოვლის სერვისებში გადამზადებული მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე მცხოვრები ექიმი/ექთანის, შინმოვლის სერვისების მიმწოდებელთა ბაზის წარმოება;
- ქ.გორის მუნიციპალიტეტის განცხადებით, „საქართველოს კარიტასის“ და „საქართველოს სამართლებლო კავშირის“ მიერ ყოველთვიურად ხორციელდება ანგარიშისა და ბენეფიციართა ბაზების წარმოება.

შინმოვლის კოალიცია 2009 წლიდან ახორციელებს, პრაქტიკულად, ყველა შესაძლო ინდიკატორის რუტინულ მოგროვებას. ბენეფიციარების თაობაზე ინფორმაცია გროვდება შემდეგი მონაცემების მიხედვით: ასაკი, სქესი, ეროვნება, აღმსარებლობა, საცხოვრებელი მისამართი, შშმპ სტატუსი, შემწეობა, ლტოლვილის სტატუსი, განათლება, დასაქმება, პენსია, სამედიცინო ჯგუფი (მარტოხელა პენსიონერი, მარტოხელა მშობელი, სიღარიბის მიღმა, ომის ვეტერანი, მრავალშვილიანი, რეპრესირებული, ობოლი, ტერიტორიული მთლიანობისთვის მებრძოლი, სხვა), საზოგადოებრივი აქტივობა, როლი ოჯახის მეურნეობაში, ოჯახური მდგომარეობა, შთამომავლობა, ოჯახის შემადგენლობა, ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა, საცხოვრებელი, სამიზნე ჯგუფის კუთვნილება (უძღური ხანდაზმული, შშმპ, დროებით უნარშეზღუდული, ტერმინალ, ფიზიკური უნარშეზღუდული), მომსახურების განწვის თარიღი.

შეჯამება: სახელმწიფო/არასახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ხდება რიგი მონაცემების დამუშავება, რომელიც, ძირითადად, ითვალისწინებს პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმებს და პაციენტის მდგომარეობის შეფასებას.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შემუშავებული აქვს სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეთა ელექტრონული სისტემა, რომელიც შესაძლებლობას იძლევა ჯანდაცვის ეროვნულ საინფორმაციო სისტემაში შეგროვდეს და გაანალიზდეს რიგი მონაცემები ცალკეული პროგრამების მიხედვით. მიმდინარე ეტაპზე,

არსებული ინფორმაცია არ იძლევა დარგის სიღრმისეული შეფასების შესაძლებლობას, შესაბამისად, განსაზღვრია ცენტრალურ დონეზე, შინმოვლის სისტემის შეფასების ძირითადი ინდიკატორები, რომელთა დანერგვა და რუტინული წარმოება შესაძლებელს გახდის განხორციელებულ შინმოვლის სისტემის მუშაობის ეფექტურობის შეფასება, პრობლემების დროული იდენტიფიცირება და პრობლემებზე შესაბამისი რეაგირება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: განსაზღვრული არ არის შინმოვლის ძირითადი ინდიკატორები, შესაბამისად არ ხდება მათი რუტინული მოგროვება და რეპორტირება.

4. უზრუნველყოფილია შინმოვლის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების პასპორტიზაცია, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მხრიდან შემოიფარგლება N01-33/7 და N01-9/6 ბრძანებებით.

„სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთათვის პასპორტიზაციის წესის დამტკიცების შესახებ“ N01-33/6 მინისტრის ბრძანება:

- განკუთვნილია ყველა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირისთვის/ დაწესებულებისათვის ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის მიუხედავად, გარდა სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისა და პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე მწარმე ფიზიკური პირისა (სოფლის ექიმი).
- ამ წესის მიზნებისათვის პასპორტიზაციის პროცესი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მიერ დაწესებულების შესახებ მონაცემების საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალურ ვებგვერდზე (www.moh.gov.ge) ელექტრონული ჯანდაცვის საინფორმაციო პორტალზე განთავსებას, სპეციალური ფორმისა და ამ წესის შესაბამისად.
- მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია ფაქტობრივი მდგომარეობის რაიმე სახის ცვლილება ასახოს შესაბამის ელექტრონულ პორტალზე შევსებულ საკუთარი პასპორტიზაციის მონაცემებში და მონაცემები განაახლოს ყოველი თვის პირველი რიცხვისთვის.
- „დაწესებულების ტიპის“ ბლოკში უნდა იქნეს ამორჩეული დაწესებულების ის ტიპი, რომელსაც მიეკუთვნება დაწესებულება. პასუხის შესაძლო ვარიანტებია: ამბულატორია=01; საოჯახო მედიცინის ცენტრი=02; სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულება=03; სპეციალიზებული კაბინეტი=04; მრავალპროფილური სტაციონარული დაწესებულება=05; მონოპროფილური სტაციონარული დაწესებულება=06. მიეთითება მხოლოდ კოდი.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის (04.03.2016) 01-9/6 ბრძანებით „სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის შესახებ“ პირველად განისაზღვრა ქვეყანაში შინმოვლის დაწესებულებები/ბინაზე სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტები, როგორც სამედიცინო დაწესებულების ტიპი. ბრძანების მიხედვით, შინმოვლის სერვისების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება ახორციელებს

ხანგრძლივი მოვლის ღონისძიებებს ბინაზე, შესაბამისი ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის ვიზიტის საშუალებით. მას მიეკუთვნება:

- ა) ბინაზე საექიმო/საექთნო სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება, რომელშიც ექიმის ზედამხედველობით, ექთნების მიერ, ხორციელდება იმ პაციენტების საექთნო მომსახურება, რომელთა მდგომარეობა არ მოითხოვს სტაციონარულ მკურნალობას, მაგრამ საჭიროებს მოვლას;
- ბ) ბინაზე სამედიცინო მონყობილობათა მიმწოდებელი დაწესებულება - სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს იმ პაციენტების სამედიცინო მონყობილობათა და შესაბამისი სერვისით უზრუნველყოფას, რომელთაც ესაჭიროებათ აპარატურული მხარდაჭერა ბინაზე.

განისაზღვრა კანონით, თუმცა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მხრიდან გაზიარებული არ ყოფილა სერვისის მიმწოდებლების შესახებ ინფორმაცია, კერძოდ, 2017 წლის მდგომარეობით რა სიმძლავრე არსებობს მთელი ქვეყნის მასშტაბით, რამდენი ამ ტიპის დაწესებულებაა დარეგისტრირებული. აღნიშნული ინფორმაციის მოძიება ვერ მოხერხდა ვერც სშსს სამინისტროს ელექტრონული ჯანდაცვის საინფორმაციო პორტალზე.

თბილისის მერიის მიერ პროგრამის განხორციელების წესების გათვალისწინებით ხორციელდება პროგრამაში მონაწილე სერვისის მიმწოდებლების პასპორტიზაცია. პროგრამის ფარგლებში ამჟამად 3 მიმწოდებელია. რაც შეეხება რეგიონებს, მათთვის ცნობილია პროგრამის ფარგლებში სერვისის მიმწოდებლები, თუმცა პასპორტიზაცია ოფიციალურ ვალდებულებას არ წარმოადგენს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საკანონმდებლო დონეზე უზრუნველყოფილია შინმოვლის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია, თუმცა უცნობია მათი რაოდენობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

5. შინმოვლის სფეროში შემუშავებული და დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა

„შინმოვლის“ სფეროში საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვისა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით მნიშვნელოვანია ცენტრალურ დონეზე მართვის ერთიანი გაიდლაინებისა და პროტოკოლების არსებობა და მათი პრაქტიკაში დანერგვის უზრუნველყოფა (პრაქტიკაში რეალიზაცია). შესაბამისად მნიშვნელოვნად ჩაითვალა შეფასდეს „შინმოვლის“ სფეროში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების დანერგვის დონე (დანერგილი გაიდლაინების პროცენტული წილი დამტკიცებული გაიდლაინების საერთო რაოდენობაში).

მოქმედი პრაქტიკით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში შექმნილია სპეციალური კომისია, რომელიც კოორდინაციას უწევს კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების შემუშავებასა და დამტკიცებას. გაიდლაინების შემუშავება ხდება სახელმწიფოს, პროფესიული ასოციაციების ან დონორი ორგანიზაციების მიერ. კომისიაზე განხილვისა და დამტკიცების შემდეგ კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინები ქვეყნდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-

გვერდზე და ურიგდება პროფესიულ ორგანიზაციებს⁹. დღესდღეობით გაიდლაინების და პროტოკოლების შესრულება სარეკომენდაციო ხასიათს ატარებს, თუმცა მათი სრულყოფილი დანერგვა და შესრულება მეტად მნიშვნელოვანია სისტემისათვის.

სამწუხაროდ, არ არსებობს ინფორმაცია, შინმოვლის სფეროში შემუშავებული და დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შესახებ (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მხრიდან არ ყოფილა წარმოდგენილი და არც სამინისტროს ვებგვერდზე მოიძებნა), რაც შეეხება სერვისის მიმწოდებლებს, ისინი ხელმძღვანელობენ ინდივიდუალური მანუალებით.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის სფეროში საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვისა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით ცენტრალურ დონეზე არ არსებობს მართვის ერთიანი გაიდლაინები და პროტოკოლები.

6. ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების პროცენტული წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში; სხვაობა პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის (დაემატა მეორე ინდიკატორი)

ინდიკატორი აფასებს ეროვნული სტრატეგიით, ამ შემთხვევაში სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული შინმოვლის აქტივობების მოცულობას (პროცენტულ წილს), რომელიც ასახულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტში (რამდენადაც, „შინმოვლა“ სოციალური და ჯანდაცვის ერთობლივი პროდუქტია, აღებულია სამინისტროს მთლიანი ბიუჯეტი). ანუ, რა მოცულობა უკავია შინმოვლას სახელმწიფო ბიუჯეტში, რამდენად ზრდადია, ან კლებადია დაფინანსების მოცულობა, როგორია დინამიკა, ანუ რამდენად პრიორიტეტულია დარგი და თანმიმდევრულია მისი განვითარება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადებით, ხორციელდება რიგი სახელმწიფო პროგრამები, რომელიც მოიცავს შინმოვლის კომპონენტს (მართალია, თავისი არსით განსხვავებულია შინმოვლის სერვისებისგან), ესენია:

- სოფლის ექიმის პროგრამა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტი, ითვალისწინებს წელიწადში ოთხჯერ ექიმის ბინაზე ვიზიტს მწოლიარე (გადაადგილების უნარს მოკლებულ) პირებთან;
- ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა, ამბულატორიული კომპონენტი;
- სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის (2017 წლიდან), მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა.

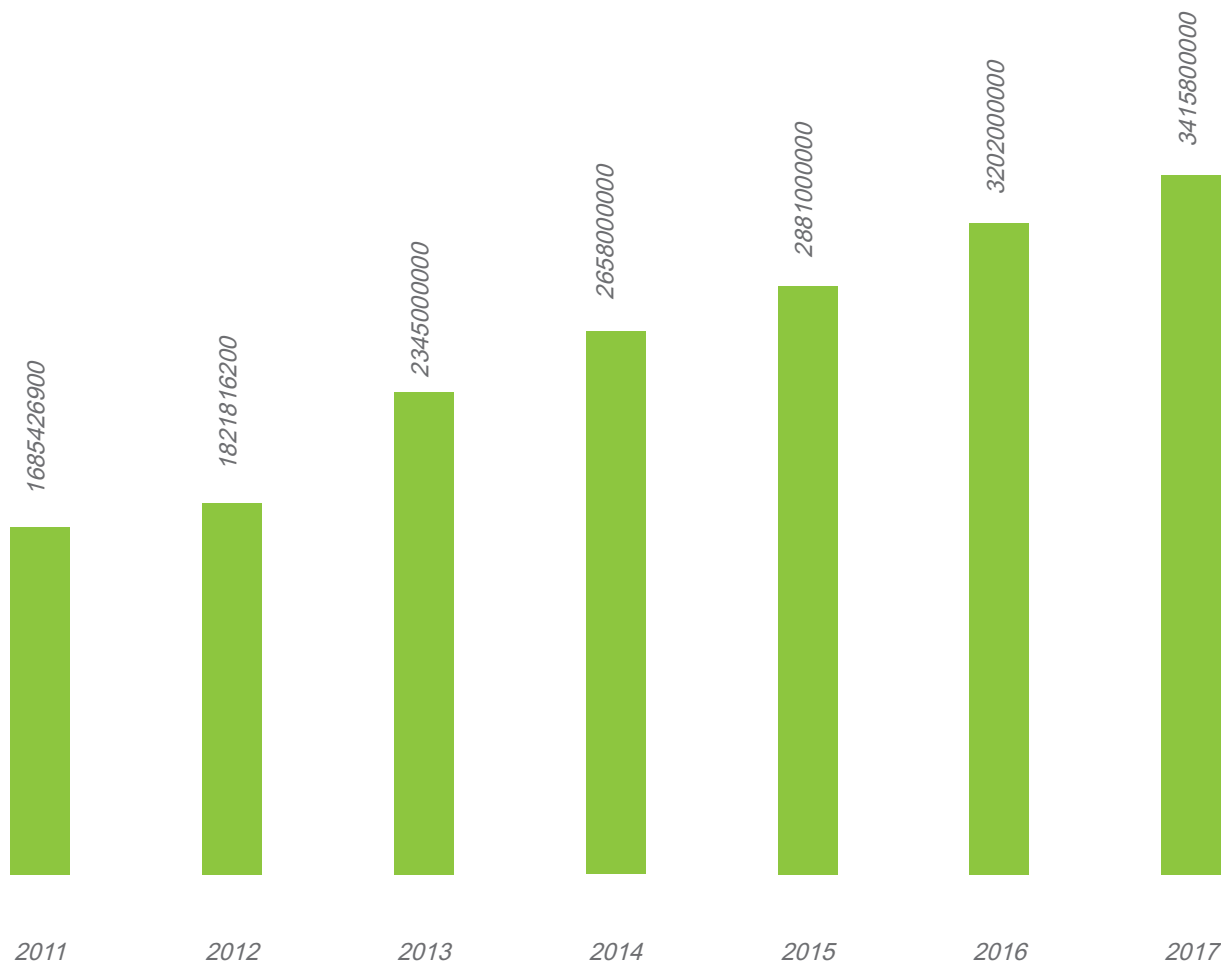
აღნიშნული ინდიკატორის შეფასებისას, „შინმოვლის“ აქტივობების მოცულობის გამოსათვლელად შერჩეულ იქნა ბოლო ორი პროგრამა, რადგან სოფლის ექიმის და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებში „შინმოვლის“ კომპონენტზე გათვალისწინებული ასიგნებები ცალკე გამოყოფილი არ არის.

9. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასება, სუჯდ სამინისტრო, WB, WHO, 2009.

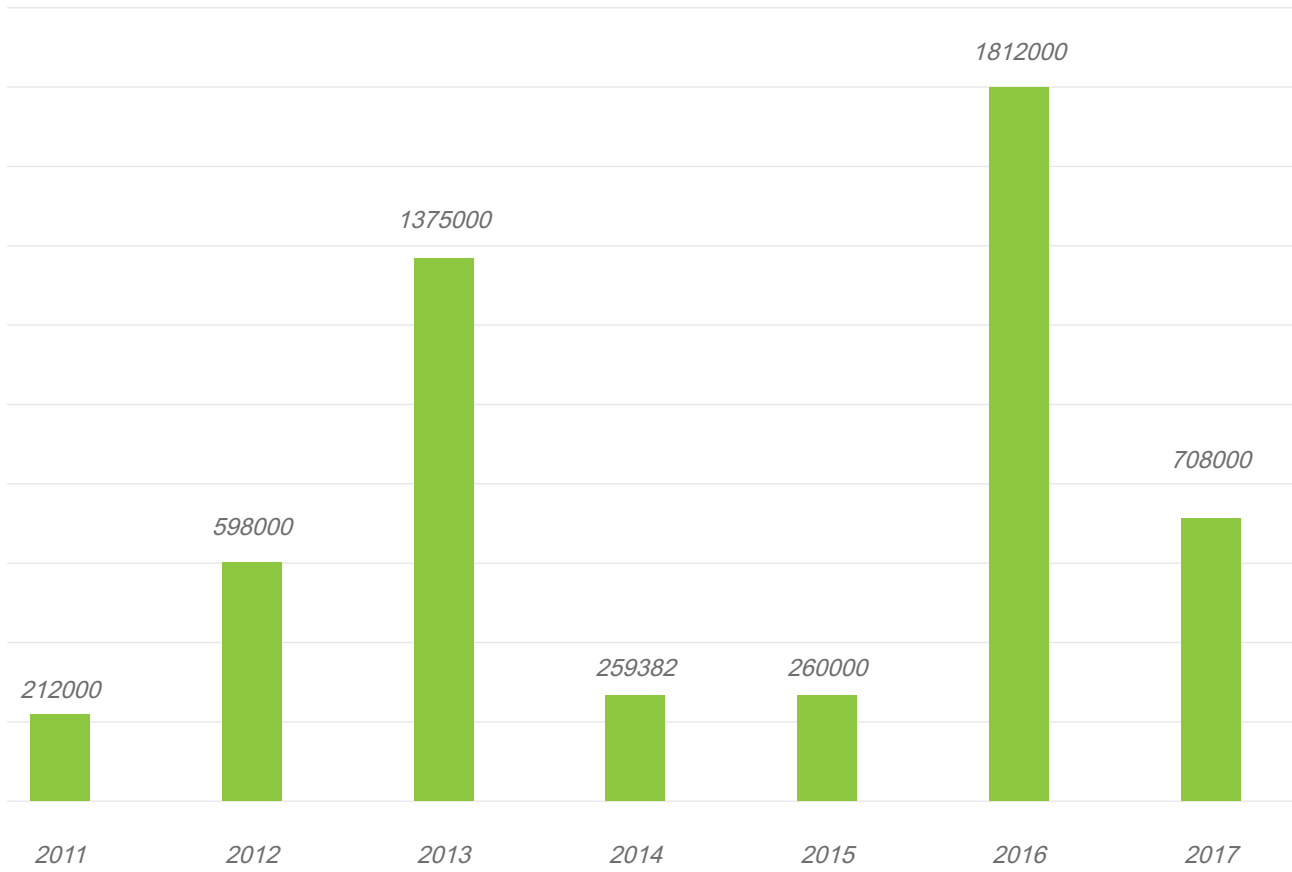
ცხრილი 1: „შინმოვლის“ კომპონენტზე გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებები;

| კომპონენტი | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| საშხდ სამინისტროს ბიუჯეტი | 1685426900 | 1821816200 | 2345000000 | 2658000000 | 2881000000 | 3202000000 | 3415800000 |
| შინმოვლის აქტივობები: | 212000 | 598000 | 1375000 | 259382 | 260000 | 1812000 | 708000 |
| • ინკურაბელური, ამბულატორიული კომპონენტი | 212000 | 598000 | 1375000 | 259382 | 260000 | 1812000 | 564,000 |
| • ბავშვზე ზრუნვა | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 144000 |
| „შინმოვლის“ წილი საშხდ სამინისტროს ბიუჯეტში | 0.013% | 0.033% | 0.059% | 0.010% | 0.009% | 0.097% | 0.022% |

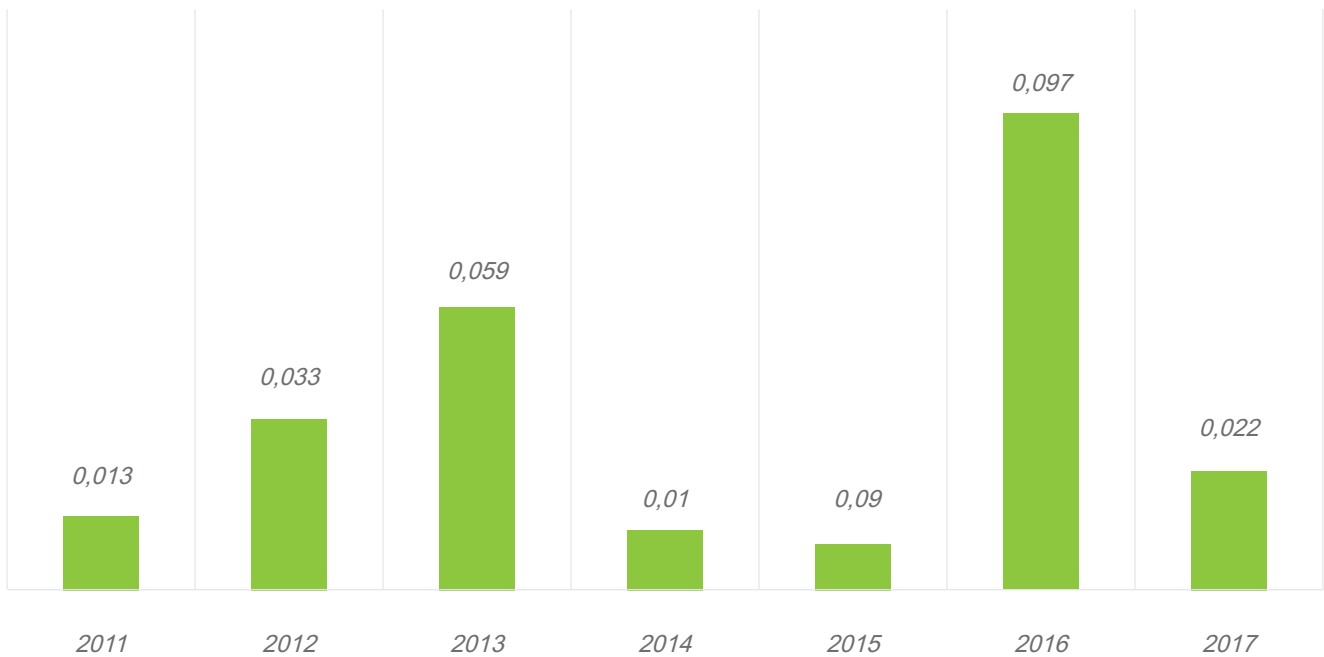
დიაგრამა 2: საშხდ სამინისტროს ბიუჯეტი;



დიაგრამა 3: შინმოვლის აქტივობების ბიუჯეტი;



დიაგრამა 4: შინმოვლის წილი სპეცდ სამინისტროს ბიუჯეტში;

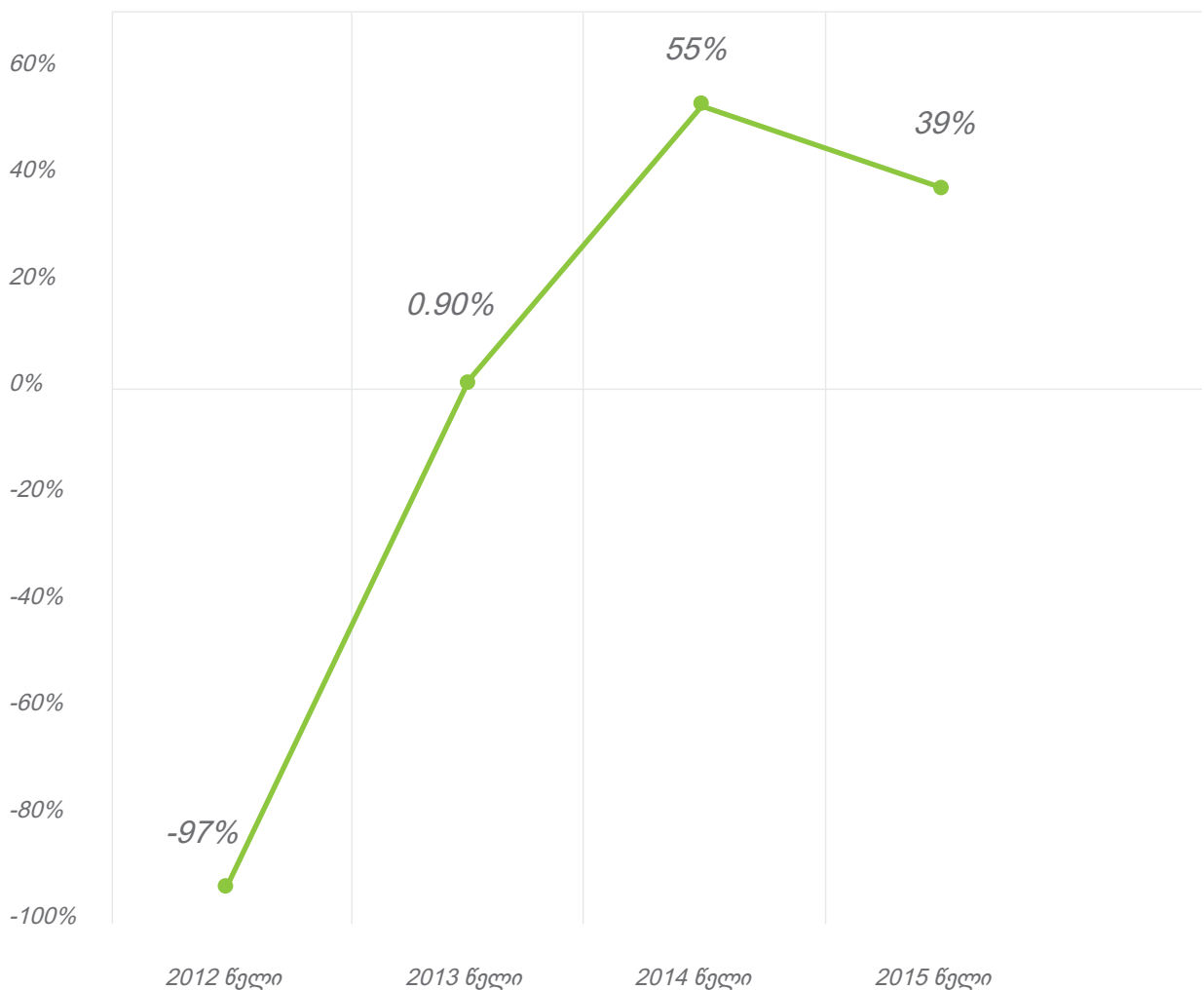


არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, შინმოვლა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის ნაკლებ პრიორიტეტულია. 2017 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში, „შინმოვლის“ აქტივობებზე გამოყოფილი ასიგნებების წილი შეადგენს 0.022%-ს, რაც საბაზისო მონაცემი იქნება „ზრუნვის სისტემის“ 2017 წლის შეფასების.

ამასთან, ბიუჯეტის დაგეგმვისას „შინმოვლის“ აქტივობებზე განსაზღვრული ასიგნებები შედარდა პროგრამი(ებ)ს ფაქტიურ ხარჯთან, ანუ დაგეგმვასა და განხორციელებას შორის არსებული სხვაობა აჩვენებს, თუ რამდენად გაანალიზებული იყო დაგეგმვის პროცესი (არსებული მონაცემები, წლების დინამიკა, მოთხოვნა-მიწოდების საჭიროება). იგულისხმება, რომ ხარჯების საშუალოვადიანი დაგეგმვის ჩარჩოში სტრატეგიულად განერილ ასიგნებებსა და სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ კანონში საბოლოოდ დაფიქსირებულ მოცულობებს შორის (ფაქტობრივი ხარჯი) განსხვავების არსებობა მიუთითებს გადაწყვეტილებათა მიღებისა და დაგეგმვის პროცესის ნაკლებ თანმიმდევრულობაზე.

ამ მიზნით, შეფასდა ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამა (ვერ შეფასდა ცალკე ამბულატორიული კომპონენტი, რადგან სახელმწიფო ბიუჯეტში ფაქტობრივი ხარჯი არ არის ჩაშლილი კომპონენტების მიხედვით), რადგან სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის, მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა დაიწყო 2017 წლიდან, შესაბამისად, აღნიშნული პროგრამის დამდგარი ხარჯი, მომავალი შეფასებისას შედარდება 2017 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტით განსაზღვრულ ასიგნებებთან (144000 ლართან).

დიაგრამა 5: დაგეგმილ და ფაქტიურ ხარჯს შორის სხვაობა



ცხრილი 2: „შინმოვლის“ კომპონენტი, დაგეგმილ და ფაქტობრივ ხარჯს შორის სხვაობა;

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-------------|---------|--------------|---------|---------|---------|
| ინკურაბელური პროგრამა: | | | | | | |
| | 1387000 | 2375000 | 3100000 | 2500000 | 3100000 | 2000000 |
| | 2729400 | 2354400 | 1409300 | 1523700 | | |
| სხვაობა დაგეგმილსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის | (-1342400) | 20600 | 1690700 | 976300 | | |
| (%) წილი, რომელიც არ არის ასახული სახელმწიფო ბიუჯეტში დაგეგმვისას | (-97%) | 0.90% | 55% | 39% | | |
| მიზეზი | გადაჭარბება | | ასათვისებელი | | | |

წლების დინამიკა მიუთითებს პროგრამის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში არსებულ ხარვეზებზე. 2011 წლის დაგეგმილი მოცულობა არასაკმარისი აღმოჩნდა არსებულ მოთხოვნასთან და 97%-ით გადააჭარბა დაგეგმილ ბიუჯეტს, შედარებით შესაბამისი იყო 2013 წელს განსაზღვრული ასიგნებები, ხოლო 2014 და 2015 წლებში პროგრამის ფარგლებში ვერ მოხერხდა დაგეგმილი ასიგნებების ათვისება, რაც დაგეგმვის პროცესის ნაკლებ თანმიმდევრულობაზე მიუთითებს. გადანყვეტილებათა მიღების პროცესში გათავალისწინებული არ ყოფილა არსებული გარემოებები და მოქმედი ფაქტორები.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: (1) ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული შინმოვლის აქტივობების პროცენტული წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში, შეადგენს 0,022%-ს; (2) 2015 წელს ვერ მოხერხდა დაგეგმილი ასიგნებების ათვისება და სხვაობამ პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის შეადგინა 976300 ლარი ანუ დაგეგმილი ბიუჯეტის 39%-ის ათვისება ვერ მოხერხდა.

7. შინმოვლის სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების (M&E) ინდიკატორებს

იმისათვის, რომ განისაზღვროს რამდენად ეყრდნობა შინმოვლის სისტემის განვითარება მტკიცებულებებს, თავდაპირველად უნდა შეფასდეს, მოიცავს თუ არა მოქმედი პროგრამები მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორებს (დარგში ცვლილებების განსაზღვრისას, პოლიტიკის შემუშავებლებისთვის გადანყვეტილებების მიღების ძირითად საფუძველს სწორედ აღნიშნული მონაცემები წარმოადგენს). ხოლო, მომდევნო ეტაპზე უნდა შეფასდეს, არის თუ არა აღნიშნული ინდიკატორები ინტეგრირებული ჯანდაცვის რუტინულ საინფორმაციო სისტემაში. ამასთან, შინმოვლის სისტემის განვითარების სტრატეგია, ასევე უნდა მოიცავდეს ინდიკატორებს, რომელიც პროგრამის ფარგლებში ჩართულ M&E ინდიკატორებთან ერთად ინტეგრირებული იქნება ჯანდაცვის რუტინულ საინფორმაციო სისტემაში (დარგის დინამიკაში შეფასების შესაძლებლობა).

საკითხის შესწავლისას გამოვლინდა, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო პროგრამებში არ არის გათვალისწინებული მონიტორინგის და შეფასების ინდიკატორები, რომლითაც გაიზომება პროგრამის ეფექტურობა. სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს ადმინისტრირება/ინსპექტირების კომპონენტს, რომელიც ნაკლებად უზრუნველყოფს პროგრამების სრულყოფილ შეფასებას. დაფინანსების კომპონენტი არ ითვალისწინებს ინდიკატორებს, რომელიც ხელს შეუწყობს შესრულებული სამუშაოს ხარისხის გაუმჯობესებას.

ადგილობრივი თვითმმართველობები და რიგი სერვისის მიმწოდებლები თავად აწარმოებენ M&E, თუმცა უცნობია, რას მოიცავს აღნიშნული კომპონენტი (ინფორმაცია არ წარმოუდგენიათ). თბილისის მერიის პროგრამა ითვალისწინებს მისი განხორციელების მონიტორინგს და ზედამხედველობას. ქ.გორის მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამსახური წელიწადში ერთხელ ახორციელებს პროგრამის მონიტორინგს, აღნიშნული მონიტორინგის ფარგლებში ხდება ბენეფიციარების გამოკითხვა სამსახურის მიერ შემუშავებული, შინმოვლის სერვისებზე მორგებული კითხვარის საშუალებით. შინმოვლის კოალიციისთვის M&E კომპონენტი მართვის განუყოფელი ნაწილია, რომელიც წარმოებს შინმოვლის კოორდინატორის და სერვისის მენეჯერის მიერ. ასევე, პერიოდულ შეფასებას ატარებენ დარგის დამოუკიდებელი ექსპერტები.

შინმოვლის კოალიციის ორგანიზებით, თბილისში, გორსა და ბათუმში მობილიზებული და ტრენინგებული იქნა შინმოვლის სამოქალაქო მონიტორინგის ჯგუფები, რომლებმაც ჩაატარეს „შინმოვლის“ მუნიციპალური პროგრამების მონიტორინგი სამივე ქალაქში (თბილისი, გორი, ბათუმი). ყველა ჩართულმა მხარემ მონაწილეობა მიიღო პროცესში, მხოლოდ „კარიტასმა“ და გორის მერიამ შეიკავა თავი. მონიტორინგის თანახმად, შინმოვლის მოსარგებლებს შორის ჭარბობენ უძღურების ისეთი ხარისხის მქონე პირები, რომლებიც დაწესებულებაში ზრუნვას საჭიროებენ. თუმცა, იმის გამო, რომ მოვლითი დაწესებულებების ქსელი განვითარებული არ არის, მძიმე კონტინგენტი ხვდება შინმოვლის პროგრამაში. თბილისსა და გორში მუნიციპალიტეტებსა და მიმწოდებლებს შორის გაფორმებული შეთანხმება არ განსაზღვრავს მომსახურების პარამეტრებს – პაკეტს, მოცულობას, ვიზიტების სიხშირეს, პერსონალის შემადგენლობას, საკვალიფიკაციო მონაცემებს და სხვა მახასიათებლებს. ბათუმში შინმოვლის კოალიციის დახმარებით შემუშავებულია სატენდერო პირობები, თუმცა შედეგები თბილისსა და გორთან შედარებით გაცილებით უარესი აღმოჩნდა. სახეზეა, რომ არ ხორციელდება მომსახურების რაოდენობრივი და თვისებრივი ინდიკატორების კონტროლი, მონიტორინგის ცალკეული მცდელობები მეთოდოლოგიურად გაუმართავია¹⁰.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის სახელმწიფო პროგრამები არ მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორებს (რაც შესაძლებელს გახდის შეფასდეს პროგრამების ეფექტურობა).

8. შინმოვლის კომპონენტებში მოხალისეების ჩართვის განვითარება/ ხელშეწყობა

საქართველოს მსგავსი განვითარების ქვეყნებში მოხალისეების ქსელს შინმოვლის

10. შინმოვლის მუნიციპალური პროგრამების სამოქალაქო მონიტორინგის ანგარიში, 2016. .

მომსახურების მიწოდების მნიშვნელოვანი პოტენციალი გააჩნია. მითუმეტეს, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ოჯახის წევრზე, მეგობარსა თუ მეზობელზე ზრუნვას ჩვენს ტრადიციულ ფასეულობებში მნიშვნელოვანი წილი უჭირავს. ამ მიმართებით განსაკუთრებით საინტერესოა სტუდენტების ჩართვა პროცესში, რაც ხელს შეუწყობს საზოგადოების მეტი ყურადღების მიპყრობას პრობლემისადმი, იმავდროულად, ახალგაზრდებში ჩამოაყალიბებს სიკეთის კეთების, თანადგომის ჩვევებს¹.

შინმოვლის სფეროში მოხალისეების ჩართულობის საერთაშორისო პრაქტიკის მიუხედავად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ არ არის განსაზღვრული შინმოვლის კომპონენტში მოხალისეების ჩართულობა, მათი როლი სერვისის მიწოდების პროცესში („საქართველოს კანონი მოხალისეობის“ შესახებ განსაზღვრავს სფეროებს, მათ შორის სამედიცინო სფეროს, სადაც შესაძლებელია მოხალისეების ჩართულობა).

მიუხედავად ცენტრალურ დონეზე შინმოვლის კომპონენტში მოხალისეების ჩართულობის ხედვის არარსებობისა, ადგილობრივი თვითმმართველობების დონეზე არსებობს გარკვეული პრაქტიკა მოხალისეების მონაწილეობის, კერძოდ: სამტრედიის მუნიციპალიტეტის პროგრამაში მოხალისეები წარმოადგენენ შუალედურ რგოლს ორგანიზაციებსა და ბენეფიციარებს შორის, რომელთა მეშვეობითაც ხდება ინფორმაციის შეგროვება არსებული გადაუდებელი პრობლემების თაობაზე. მოხალისეები ეხმარებიან კომუნალური გადასახადების გადახდაში, ექიმთან ვიზიტის დაგეგმვაში, საყოფაცხოვრებო ნარჩენების გატანაში, განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა მათი პირველადი მოხმარების მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, რომელიც ფინანსდება ადგილობრივი ბიუჯეტიდან. წითელი ჯვრის საზოგადოების სამტრედიის ფილიალში ფუნქციონირებს სპეციალური ჯგუფი, რომელსაც გააჩნია სპეციალური ინსტრუმენტული აღჭურვილობა და ეხმარებიან ხანდაზმულებს ყოფითი პრობლემების შემსუბუქებაში (კარ-მიდამოს დასუფთავება, კარ-ფანჯრების შეკეთება და სხვა აქტივობები). ფილიალში სისტემატურად ტარდება „პირველადი სამედიცინო დახმარების“ და „ბინაზე მოვლის“ ტრენინგ სემინარები, რომელიც მიზნად ისახავს მოხალისეთა ინფორმირებას და უნარ-ჩვევების გამომუშავებას. მოხალისეები სისტემატურად ეკონტაქტებიან ბენეფიციართა გარემოცვას, მეზობლებსა და მეგობრებს, რათა დაეხმარონ მათ ჯანსაღი სოციალური გარემოს შექმნაში.

ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტის განცხადებით, მიმდინარე შინმოვლის აქტივობებში მოხალისეთა ჩართულობა და მისი განვითარება მიმდინარეობს 2014 წლიდან (მუნიციპალიტეტის მხრიდან გაზიარებული არ ყოფილა ინფორმაცია მოხალისეთა ჩართულობა რას ითვალისწინებს). თბილისის მერია ამ ეტაპზე არ ითვალისწინებს მოხალისეთა ჩართულობას, თუმცა იდეის მიზანშეწონილობას იზიარებს და განხილვას გეგმავს.

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, კოალიციაში განწვრიანებული ორგანიზაციები იყენებენ მოხალისეების ჩართულობას, თუმცა სტუდენტების და გაცვლითი პროგრამის ფარგლებში მონაწილე გერმანელი მოხალისეების გარდა, შინმოვლაში მოხალისეები პრაქტიკულად არ მონაწილეობენ.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის კომპონენტებში მოხალისეების ჩართულობა

11. კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010.

ცენტრალურ დონეზე განსაზღვრული არ არის, თუმცა არსებობს გარკვეული პრაქტიკა მოხალისეების ჩართულობის (სერვისის მიმწოდებლების და ადგილობრივი თვითმმართველობების დონეზე).

პროფესიული კადრების დეფიციტის პირობებში, მოხალისეების ჩართვით, შესაძლებელია რეგიონებში შინმოვლის მომსახურების განვითარება, სამუშაოს გადანაწილება. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია მომავალში ცალკე შეფასდეს ეფექტურობა მოხალისეთა ჩართულობისა (მაგ. სამტრედიის მაგალითზე), რაც შესაძლებელს გახდის განისაზღვროს შინმოვლის კომპონენტში მოხალისეთა ინტეგრირების მიზანშეწონილობა.

9. შემუშავებული და დამტკიცებულია შინმოვლის მომსახურების სტანდარტები

ინდიკატორი აფასებს, განსაზღვრულია თუ არა, შინმოვლის მინიმალური სტანდარტები (მოიცავს, ინფორმაციას მომსახურების შესახებ, შინმოვლის ორგანიზაციის საკვალიფიკაციო მოთხოვნებს, „შინმოვლის მომსახურებით“ განსაზღვრული სერვისების მოცულობას, მოთხოვნებს პერსონალის მიმართ და სხვა), რომელიც ხელს შეუწყობს შინმოვლის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

ცენტრალურ დონეზე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ არ შემუშავებულა შინმოვლის მომსახურების სტანდარტები. სერვისის მიმწოდებლები ხელმძღვანელობენ საერთაშორისო სტანდარტებით, ან საკუთარი ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული მოთხოვნებით. თბილისის მერია, 2016 წლიდან დადგენილი მინიმალური სტანდარტებისა და პროგრამის განხორციელებისთვის დანერგილი წესების შემუშავებისას აქტიურად თანამშრომლობდა „შინმოვლის კოალიციასთან“, ასევე სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციებთან. პროგრამის ფარგლებში შინმოვლის კოალიციის ექსპერტული დახმარებით შემუშავებულია განხორციელების წესი, რომელიც მოიცავს მინიმალურ სტანდარტებს.

ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში, 2014 წლიდან, შინმოვლის პროგრამის ფარგლებში სერვისების მიწოდება ხორციელდება სერვისის მიმწოდებელთან ერთად შემუშავებული კრიტერიუმებით. შინმოვლის კოალიციას 2009 წლიდან აქვს შემუშავებული საკუთარი პროფესიული სტანდარტები, რომელიც ეყრდნობა უცხოურ (მეტწილად, გერმანულ და ჰოლანდიურ) და საკუთარ გამოცდილებას. ასევე, საკუთარი შემუშავებული სტანდარტებით ხელმძღვანელობს „ევანგელიურ-ლუთერული ეკლესიის დიაკონური საქმიანობა საქართველოში“.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიმდინარე ეტაპზე არ განუხილავს პლატფორმის მიერ შემუშავებული და შეთავაზებული ტექნიკური რეგლამენტი, რომელიც უზრუნველყოფს სოციალური და ჯანდაცვის ინტეგრირებულ სტანდარტებს სერვისის მიმწოდებლებისთვის.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის მომსახურების სტანდარტები არ არის შემუშავებული და დამტკიცებული.

შინმოვლის მომსახურების სტანდარტების შემუშავება-დამტკიცების შემთხვევაში შესაძლებელი იქნება მათი გამოყენება შინმოვლის პროგრამების საკონკურსო პირობების განსაზღვრის, მიმწოდებელი ორგანიზაციების შერჩევა-რეგისტრაციის, მომსახურების მიწოდების მონიტორინგისა და შეფასების კომპონენტში.

მმართველობის კომპონენტის შეჯამება:

| მმართველობა | | |
|-------------|--|--|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | შემუშავებული და დამტკიცებულია შინმოვლის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა | არ არის შემუშავებული და დამტკიცებული შინმოვლის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. |
| 2 | პირველადი ჯანდაცვის სისტემა კოორდინირებს შინმოვლას | პირველადი ჯანდაცვის სისტემა არ კოორდინირებს შინმოვლას (გვხვდება ერთეული შემთხვევები). |
| 3 | შინმოვლის ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მონიტორინგის და რეპორტინგის გაუმჯობესება | განსაზღვრული არ არის შინმოვლის ძირითადი ინდიკატორები, შესაბამისად არ ხდება მათი რუტინული მონიტორინგის და რეპორტინგის. |
| 4 | უზრუნველყოფილია შინმოვლის სერვისების მიწოდებელთა პასპორტიზაცია | საკანონმდებლო დონეზე უზრუნველყოფილია შინმოვლის სერვისების მიწოდებელთა პასპორტიზაცია, თუმცა უცნობია მათი რაოდენობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. |
| 5 | შინმოვლის სფეროში შემუშავებული, დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა | შინმოვლის სფეროში საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვისა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით ცენტრალურ დონეზე არ არსებობს მართვის ერთიანი გაიდლაინები და პროტოკოლები. |
| 6 | (1) ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების პროცენტული წილი რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში; (2) სხვაობა პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის (დაემატა აღნიშნული ინდიკატორი) | (1) ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული შინმოვლის აქტივობების პროცენტული წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში, შეადგენს 0,022%-ს; (2) 2015 წელს ვერ მოხერხდა დაგეგმილი ასიგნებების ათვისება და სხვაობამ პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის 976300 ლარი შეადგინა, ანუ ვერ მოხერხდა დაგეგმილი ბიუჯეტის 39%-ის ათვისება. |
| 7 | შინმოვლის სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს M&E ინდიკატორებს | შინმოვლის სახელმწიფო პროგრამები არ მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორებს (რაც შესაძლებელს გახდის შეფასდეს პროგრამების ეფექტურობა). |
| 8 | შინმოვლის კომპონენტებში მოხალისეების ჩართვის განვითარება/ხელშეწყობა | შინმოვლის კომპონენტებში მოხალისეების ჩართულობა ცენტრალურ დონეზე განსაზღვრული არ არის, თუმცა არსებობს გარკვეული პრაქტიკა მოხალისეების ჩართულობის (სერვისის მიმწოდებლების და ადგილობრივი თვითმმართველობების დონეზე). |
| 9 | შემუშავებული და დამტკიცებულია შინმოვლის მომსახურების სტანდარტები | შინმოვლის მომსახურების სტანდარტები არ არის შემუშავებული და დამტკიცებული. |

3.2 დაფინანსება

მოქალაქეებისთვის შინმოვლის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა სერვისის გამოყენების მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელია. არაერთი საერთაშორისო კვლევა ადასტურებს შინმოვლის მომსახურების ხარჯეფექტიანობას (შინმოვლა გადაუდებელი დახმარების მომსახურებას ამცირებს 2.5-ჯერ, ხოლო ჰოსპიტალიზაციას 3-ჯერ¹²), რაც ამცირებს ფინანსურ ტვირთს, როგორც ოჯახებისთვის, ასევე სახელმწიფოსთვის, განსაკუთრებით საშუალო-დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებისთვის. ზოგიერთი ქვეყანა (ინდონეზია, კოსტა-რიკა) აქტიურად რთავს პროგრამებში არაფორმალური მომვლელების (ახლობლების, ოჯახის, მეგობრების, მეზობლებისა და სოციალური ქსელის სხვა წევრების მიერ განეული მომსახურება) ტრენინგს, რამდენადაც საკუთარ სახლში განეული მოვლის სერვისები ამცირებს ინსტიტუციონალურ მომსახურებაზე მოთხოვნას და ზოგავს ფინანსურ რესურსს.

შინმოვლის დაფინანსების კომპონენტი მოიცავს დაფინანსების წყაროებს (სახელმწიფო, დონორები, კერძო დაზღვევა, ჯიბიდან გადახდა), ფინანსური რესურსის სამართლიან გადანაწილებას და მომსახურების შესყიდვას. შეფასების ფარგლებში შეირჩა 3 ინდიკატორი, რომელიც აფასებს შინმოვლის დაფინანსების სახელმწიფო წილს მთლიანი ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტში, ასევე კერძო დანახარჯებს და შინმოვლაზე სახელმწიფო ხარჯს ერთ სულ მოსახლეზე გადანაწილებით.

| | |
|----|--|
| 1. | შინმოვლაზე სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის % |
| 2. | შინმოვლაზე სახელმწიფო და კერძო დანახარჯების წილი შინმოვლის მთლიან დანახარჯებში |
| 3. | შინმოვლაზე სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადანაწილებით |

1. შინმოვლაზე სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის პროცენტი

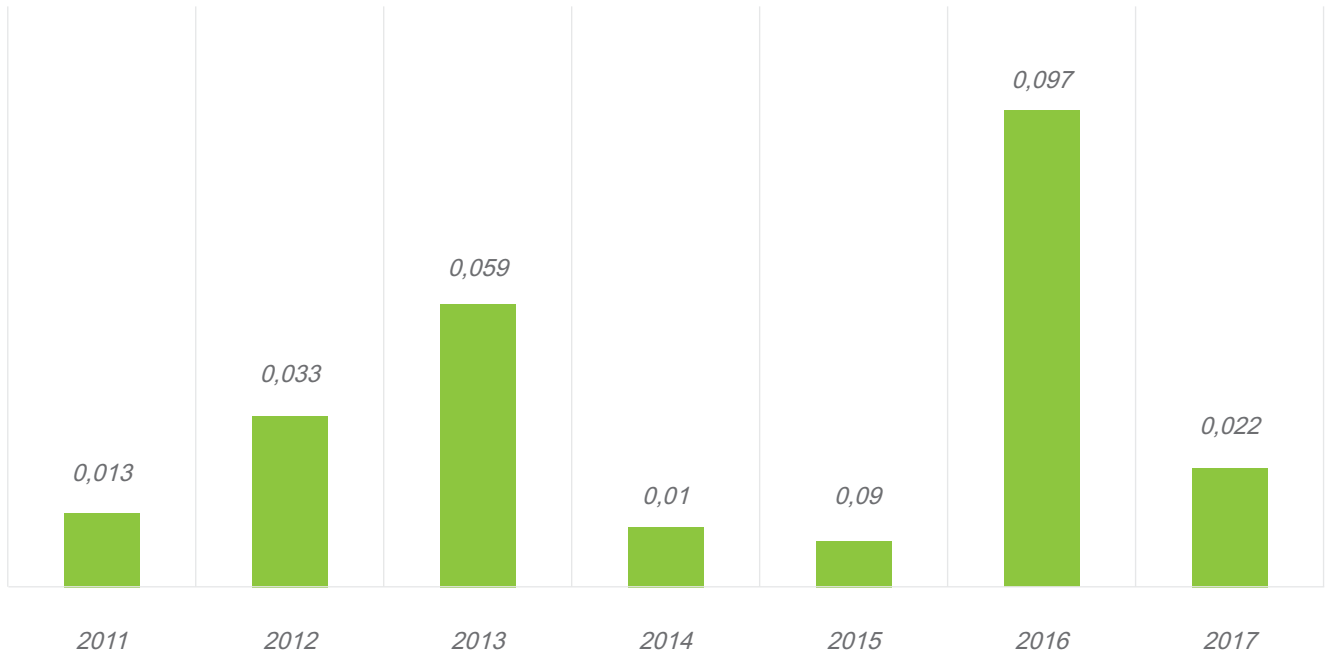
შინმოვლის მმართველობის კომპონენტში მიმართულების პრიორიტეტულობის და თანმიმდევრული პოლიტიკის პრაქტიკის შეფასებისას გამოყენებულ იქნა შინმოვლის აქტივობების ბიუჯეტის თანაფარდობის შეფასება მთლიან ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტში. სამწუხაროდ, ვერ მოხერხდა ადგილობრივი თვითმმართველობების შინმოვლის ბიუჯეტების განსაზღვრა და ცენტრალურ ბიუჯეტთან გაერთიანება, რაც შესაძლებელს გახდიდა მთლიანად განსაზღვრულიყო სახელმწიფო ხარჯი შინმოვლის მიმართულებით (ადგილობრივმა თვითმმართველობებმა არ წარმოადგინეს აღნიშნული ინფორმაცია, სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონი კი არ იძლევა სოციალური ხარჯებიდან შინმოვლაზე განეული ხარჯების გამიჯვნის შესაძლებლობას, გაერთიანებულია ერთ მუხლში).

[ზოგადი ტენდენცია შინმოვლის კომპონენტზე გამოყოფილი ფინანსური ასიგნებების ადგილობრივი თვითმმართველობებიდან წარმოდგენილ ერთეულ შემთხვევებზე დაყრდნობით შეიძლება შეფასდეს. ლაგოდების მუნიციპალიტეტის მიერ წარმოდგენილ

12. BRODSKY J, HABIB J, HIRSCHFELD M LONG-TERM CARE IN DEVELOPING COUNTRIES: TEN COUNTRY CASE STUDIES, 2004.

ინფორმაციაზე დაყრდნობით, შინმოვლის აქტივობებზე 2017 წელს გამოყოფილია 17441 ლარი, რომელიც შეადგენს ლაგოდების ადგილობრივი ჯანდაცვის ბიუჯეტის 3.3%-ს (ბიუჯეტი 525000 ლარი). ადგილობრივი ხარჯი შინმოვლის თითოეულ პაციენტზე თვის განმავლობაში შეადგენს 66.00 ლარს. ლაგოდების მუნიციპალიტეტში მოსახლეობის რიცხოვნობა (2017 წ.) შეადგენს 41,700-ს.]

დიაგრამა ნ: შინმოვლის წილი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტში;



არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, 2017 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში, შინმოვლის აქტივობებზე გამოყოფილი ასიგნებების წილი შეადგენს 0.022%-ს (დანვრილებით, მმართველობა N6 ინდიკატორი), რაც საბაზისო მონაცემი იქნება „ზრუნვის სისტემის“ 2017 წლის შეფასებისა.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლაზე სახელმწიფო დანახარჯი, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის 0.022%-ს შეადგენს.

2. შინმოვლაზე სახელმწიფო და კერძო დანახარჯების წილი შინმოვლის მთლიან დანახარჯებში

შინმოვლის დაფინანსება განსხვავებულია ქვეყნების მიხედვით, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში შინმოვლა ძირითადად ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ და არის დეცენტრალიზირებული. ხოლო, ნიდერლანდებსა და გერმანიაში არის შერეული, კერძო და სახელმწიფო დაფინანსებით და სერვისის მიმწოდებლები არიან კერძო ორგანიზაციები¹³. დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში სერვისის დაფინანსებას ახორციელებენ დონორი ორგანიზაციები, რომელთა თანამონაწილეობა მცირდება ქვეყნის განვითარების შესაბამისად.

სახელმწიფო დაფინანსების გარდა, საქართველოში მოქმედი ორგანიზაციები შინმოვლის

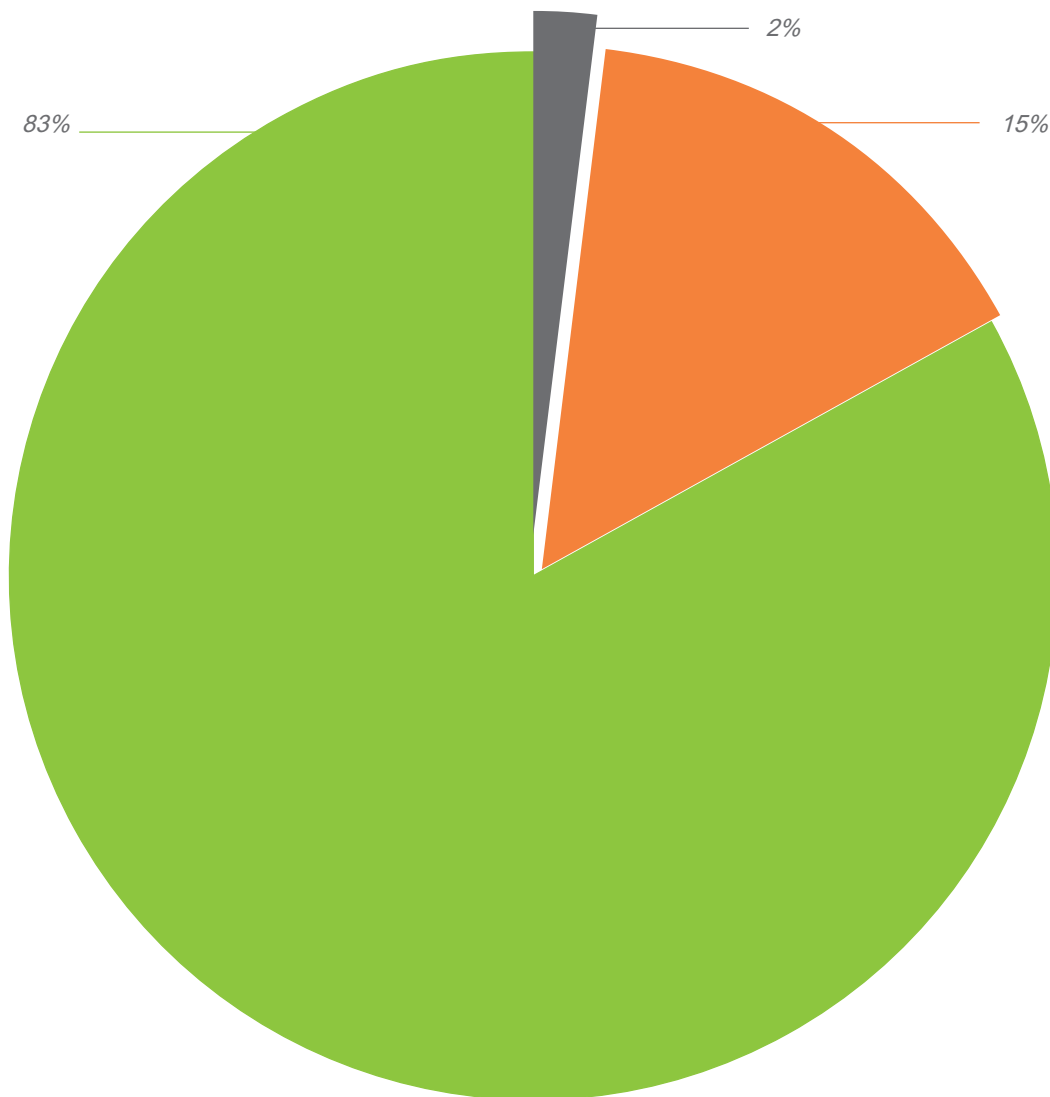
13. HOME CARE ACROSS EUROPE, WHO 2012.

სერვისებს ახორციელებენ დონორი ორგანიზაციების ფინანსური დახმარებით. ცხრილი 6/ დიაგრამა 5-ზე წარმოდგენილია „საქართველოს კარიტასის“ 2013 წლის დაფინანსების წყაროები: სადაც უცხოური ქველმოქმედება შეადგენს (82.8%), სახელმწიფო დაფინანსება (14.8%) და ჯიბიდან გადახდები (2.4%). საყურადღებოა, რომ ამ მონაცემებში შედიან მხოლოდ სოციალურად დაუცველი ბენეფიციარები. თუ გავითვალისწინებთ სხვა მოსარგებლეებს, ჯიბიდან გადახდების წილი მოიმატებს¹⁴, თუმცა ზრდა მნიშვნელოვანი არ იქნება, რადგან შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, საქართველოში, ფაქტობრივად, არ ხდება შინმოვლის მომსახურებაზე ჯიბიდან გადახდა, სერვისის გამოყენება შეზღუდულია.

დიაგრამა 7: საქართველოს კარიტასის დაფინანსების წყაროები, 2013.

დაფინანსების წყარო

■ ქველმოქმედება ■ ჯიბიდან გადახდა ■ სახელმწიფო



წყარო: საქართველოს კარიტასი

14. ხანგრძლივი სამ.მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში. თ.ვერულავა, 2016.

ცხრილი 3: საქართველოს კარიტასის დაფინანსების წყაროები, 2013.

| დაფინანსების წყარო | თანხა |
|--------------------|------------|
| ქველმოქმედება | 364,760.00 |
| სახელმწიფო | 65,000.00 |
| ჯიბიდან გადახდები | 10,500.00 |
| ჯამი: | 440,260.00 |

წყარო: საქართველოს კარიტასი

სამწუხაროდ, ინფორმაციის არარსებობის გამო, ვერ მოხერხდა მეორე ინდიკატორის შეფასება, შესაბამისად, 2017 წლის საბაზისო მონაცემის განსაზღვრისას, შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს კარიტასის დაფინანსების სახელმწიფო-კერძო თანაფარდობა 15%-85%-ზე.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლაზე სახელმწიფო და კერძო დანახარჯების წილი შინმოვლის მთლიან დანახარჯებში ვერ განისაზღვრა. არსებულ პრაქტიკაზე დაყრდნობით 15%-85% თანაფარდობით ხასიათდება კარიტასის შემთხვევაში.

3. შინმოვლაზე სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადამსახურებით

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით შემდეგია: 0-60 წელი – 0,6%; 60-80 წელი – 3,9%; 80 წელზე ზევით – 28,3%. ამ მონაცემების გათვალისწინებით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი, საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას, რაც, მათი ოჯახის წევრების გათვალისწინებით, ერთიანობაში დაახლოებით 300 ათას ბენეფიციარს წარმოადგენს¹⁵. მნიშვნელოვანია მომავალში შეფასდეს ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე რამდენი ბენეფიციარი საჭიროებს შინმოვლას, რაც დარგის რაციონალურად დაგეგმვის შესაძლებლობას შექმნის.

„შინმოვლის კოალიციის“ მიერ წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით შესაძლებელია განისაზღვროს ერთი ხანდაზმულის მოვლის საშუალო ღირებულება. არსებული ინფორმაციით, 100 ბენეფიციარის შემთხვევაში ჯვების გარეშე სერვისის ღირებულება შეადგენს 382 ლარს, ხოლო 1000 ბენეფიციარზე – 188 ლარს. იგი მოიცავს, როგორც მოვლის საშუალებების, ასევე მედიკამენტების, სამედიცინო პერსონალის მომსახურების, ადმინისტრაციული, საკომუნიკაციო და ა.შ. ხარჯებს¹⁶.

იმისათვის, რომ შეფასებულიყო სახელმწიფო ხარჯი შინმოვლაზე ერთ სულზე გადაანგარიშებით, გამოყენებულ იქნა შინმოვლის ორი სახელმწიფო პროგრამა, რომელთა დაფინანსებაზე 2017 წელს გამოყოფილია ჯამში 708000 ლარი (ცხრილი 7). მოსახლეობის რიცხოვნობა 2017 წლის 1 იანვრისათვის შეადგენდა 3718200, შესაბამისად, ერთ სულ მოსახლეზე შინმოვლაზე სახელმწიფო ხარჯი შეადგენს 0.20 ლარს.

15. კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010.

16. ხანგრძლივი სამ.მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში. თ.ვერუღავა, 2016.

| კომპონენტი | 2017 წელი |
|--|-----------|
| შინმოვლის აქტივობები: | |
| • ინკურაბელური პაციენტების პალიატიური უზრუნველყოფა, ამბულატორიული კომპონენტი | 564000 |
| • ბავშვზე ზრუნვა | 144000 |
| სულ: | 708000 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლაზე სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულზე გადაანგარიშებით შეადგენს 0,20 ლარს.

დაფინანსების კომპონენტის შეჯამება:

| დაფინანსება | | |
|-------------|--|--|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | შინმოვლაზე სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის % | შინმოვლაზე სახელმწიფო დანახარჯი, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის 0.022%-ს შეადგენს. |
| 2 | შინმოვლაზე სახელმწიფო და კერძო (ჭიბიდან და დონორი) დანახარჯების წილი შინმოვლის მთლიან დანახარჯებში | შინმოვლაზე სახელმწიფო და კერძო დანახარჯების წილი შინმოვლის მთლიან დანახარჯებში ვერ განისაზღვრა. არსებულ პრაქტიკაზე დაყრდნობით 15%-85% თანაფარდობით ხასიათდება კარიტასის შემთხვევაში. |
| 3 | შინმოვლაზე სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით | შინმოვლაზე სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულზე გადაანგარიშებით შეადგენს 0,20 ლარს. |

3.3 რესურსების გენერირება

რესურსების გენერირების კომპონენტი მოიცავს, როგორც ფიზიკური, ასევე ადამიანური რესურსის რაციონალურ განაწილებას, რათა უზრუნველყოს ზრუნვის სისტემა შესაბამისი ინფრასტრუქტურით, ტექნოლოგიებით და კვალიფიციური და მოტივირებული კადრით. რესურსების კომპონენტი შეფასდა 10 ინდიკატორით, კერძოდ:

| | |
|-----|---|
| 1. | ჰჯდ ექიმების რაოდენობა, რომლებიც ჩართული არიან შინმოვლის მომსახურებაში |
| 2. | გადამზადებული ჰჯდ ექიმების რაოდენობა შინმოვლის სერვისებში |
| 3. | შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული ექთნების რაოდენობა |
| 4. | სპეციალური მომზადება გავლილი ჰჯდ ექთნების რაოდენობა |
| 5. | შინმოვლის სისტემაში ჩართული სოციალური მუშაკების რაოდენობა |
| 6. | შინმოვლის მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა |
| 7. | გადამზადებული მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა |
| 8. | შინმოვლის მიმწოდებლების რაოდენობა ქვეყანაში |
| 9. | შინმოვლის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით (ექთნები, ოჯახის ექიმები, ექიმი-სპეციალისტები, სხვადასხვა თერაპევტები, ფსიქოლოგები) |
| 10. | სოციალური მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით - სოციალური მუშაკები, სახლის მონესრიგებაში დამხმარენი, ხელოსნები და სხვა.) |

სამწუხაროდ, ცენტრალურ დონეზე არ არსებობს შინმოვლის სერვისის მიმწოდებლების სიმძლავრის ამსახველი ერთიანი ბაზა. შესაბამისად, 2017 წლის შეფასების საბაზისო მონაცემები განისაზღვრა სერვისის მიმწოდებლების მიერ წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით.

1. ჰჯდ ექიმების რაოდენობა, რომლებიც ჩართული არიან შინმოვლის მომსახურებაში

სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობების შინმოვლის პროგრამებში ჰჯდ ექიმების მონაწილეობა, როგორც უკვე აღინიშნა, განსხვავებულია პროგრამის სამიზნე ჯგუფების და დიზაინის გათვალისწინებით. მიუხედავად არსებული განსხვავებისა, მნიშვნელოვანია შეფასდეს პრაქტიკაში მონაწილე ჰჯდ ექიმების რაოდენობა, რომლებიც მიმდინარე ეტაპზე სერვისის წარმოების მნიშვნელოვან რესურსს წარმოადგენენ. მომავალში მოქმედი პრაქტიკის და არსებული სიმძლავრის გათვალისწინებით კი შესაძლებელი იქნება შინმოვლის პოლიტიკის განსაზღვრა.

წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ძალიან მწირია სისტემაში მონაწილე ჰჯდ ექიმების რაოდენობა, კერძოდ:

- თბილისის მერიის სამსახურის მიერ ადმინისტრირებად „შინმოვლის თანადაფინანსების“ პროგრამაში აქტიურად არიან ჩართული პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები,

ამ ეტაპზე 7 პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია. თბილისის მერია პროგრამის ფარგლებში სერვისის საჭიროების გამოვლენას „უძღურების შეფასებას“ და სერვისის მიმწოდებლებთან დაკავშირებას ახდენს ოჯახის ექიმების დახმარებით, თუმცა უცნობია „შინმოვლის“ მიმდინარე პროგრამის ფარგლებში ჩართული ექიმების რაოდენობა;

- ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტის „შინმოვლი“-ს პროგრამაში ჩართულია 1 ექიმი;
- გორის მუნიციპალიტეტის „შინმოვლი“-ს პროგრამაში მონაწილეობს 3 ექიმი;
- ქ.ფოთის მუნიციპალიტეტის ა(ა)იპ „სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრში“ სერვისს ახორციელებს 1 ექიმი;

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, „შინმოვლის“ პროგრამაში მონაწილე ექიმების რაოდენობა შეადგენს 5-ს.

ცხრილი 5: ჰქდ ექიმების რაოდენობა, რომლებიც ჩართული არიან შინმოვლის მომსახურებაში;

| მუნიციპალიტეტი/ქალაქი | ჰქდ ექიმების რაოდენობა |
|--------------------------|------------------------|
| ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტი | 1 |
| გორის მუნიციპალიტეტი | 3 |
| ქ.ფოთი | 1 |
| სულ ჯამი: | 5 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის მომსახურებაში ჩართულია 5 ჰქდ ექიმი (ლაგოდეხის, გორის მუნიციპალიტეტი, ქ.ფოთი).

2. გადამზადებული ჰქდ ექიმების რაოდენობა შინმოვლის სერვისებში

„შინმოვლის კოალიციის“ განცხადებით ჰქდ ექიმების სპეციფიკური გადამზადება შეზღუდულია (ფაქტობრივად არ ხდება), ბოლო წლების განმავლობაში სულ გადამზადებულია 5 ჰქდ ექიმი (3 თბილისი, 1 გორი, 1 ბათუმი).

ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტის მიერ წარმოდგენილი ინფორმაციით, მუნიციპალიტეტის დონეზე გადამზადებულია 9 ჰქდ ექიმი. ქ.ფოთის მუნიციპალიტეტის ა(ა)იპ „სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრის“ ფარგლებში გადამზადდა 2 ექიმი და მათ მიენიჭათ კვლითი კვალი „პაციენტის ბინაზე მოვლის პრაქტიკული უნარ-ჩვევები“.

ამასთან, მნიშვნელოვანია დამოუკიდებლად შეფასდეს გადამზადების არსებული მოდულ(ებ)ი, რამდენად შესაბამისია და პასუხობს ადგილობრივი სამედიცინო განათლების მოთხოვნებს და ითვალისწინებს საერთაშორისო პრაქტიკას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის სერვისებში გადამზადებულია 16 ჰქდ ექიმი.

3. შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული ექთნების რაოდენობა

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, მოქმედი პრაქტიკიდან გამომდინარე მომსახურების მიწოდების ძირითადი ტვირთი ექთნებზე მოდის, შესაბამისად შინმოვლის სისტემისთვის მნიშვნელოვან რესურსს წარმოადგენენ. კოალიცია მნიშვნელოვნად მიიჩნევს მომავალში „შინმოვლის სპეციალისტების“ სიმძლავრის შექმნა/გაზრდას, რომლებიც იქნებიან ექთნები, რომლებსაც გავლილი ექნებათ საბაზისო პროფესიული (საექთნო) სამწლიანი მომზადება და დიპლომისშემდგომი განათლება შინმოვლაში. წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით:

- „შინმოვლის კოალიციის“ განცხადებით მთლიანად საქართველოში მონაწილეობს 32 ჰჯდ ექთანი;
- გორის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის პროგრამის ფარგლებში სერვისს აწვდის 14 ექთანი;
- ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში, 5 ექთანი;
- ე.ფოთის მუნიციპალიტეტის ა(ა)იპ „სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრის“ ფარგლებში სერვისს ახორციელებს 4 ექთანი;
- საქართველოს კარიტასი 20 ექთანი.

ცხრილი ნ: შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული ექთნების რაოდენობა;

| მუნიციპალიტეტი/ქალაქი | ექთნების რაოდენობა |
|--------------------------|--------------------|
| შინმოვლის კოალიცია: | 32 |
| გორის მუნიციპალიტეტი | 14 |
| ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტი | 5 |
| ე.ფოთი | 4 |
| საქართველოს კარიტასი | 20 |
| სულ ჯამი: | 75 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის მომსახურებაში საქართველოს მასშტაბით ჩართულია 75 ექთანი.

4. სპეციალური მომზადება გავლილი ჰჯდ ექთნების რაოდენობა

„შინმოვლის კოალიციის“ განცხადებით 2009 წელს კოალიციამ სრულყოფილად გადაამზადა 30 ექთანი 47 დღიანი სპეციალური კურსით. პერიოდულად ტარდება სხვადასხვა ხარისხის და ხანგრძლივობის კურსები, მაგალითად, აჭარაში ტარდება 3-4 დღიანი კურსები ექთნებისთვის.

ე.ფოთის მუნიციპალიტეტის ა(ა)იპ „სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრის“ მიერ გადამზადდა 9 ექთანი, მათ მიენიჭათ კვლიტიკაცია „პაციენტის ბინაზე მოვლის პრაქტიკული უნარ-ჩვევები“.

ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტის მიერ წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით სპეციალური მომზადება გავლილი ჰჯდ ექთნების რაოდენობა შეადგენს 12-ს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის სერვისებში სპეციალური მომზადება გავლილი ჰქონდა ექთნების რაოდენობა შეადგენს 51.

5. შინმოვლის სისტემაში ჩართული სოციალური მუშაკების რაოდენობა

წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით ძალიან მცირეა შინმოვლის სისტემაში ჩართული სოციალური მუშაკების რაოდენობა. ასევე, განსხვავებულია მათი ფუნქციები. კერძოდ:

- შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, კოალიციის პროექტებში დასაქმებული იყო სულ 4 სოციალური მუშაკი;
- სამტრედიის მუნიციპალიტეტის და ა(ა)იპ „სახლი თანადგომას“ ერთობლივ შინმოვლის პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარები უზრუნველყოფილი არიან ბინაზე უფასო სადილისა და პურის მიტანის სერვისით, რომელსაც ემსახურება 11 სოციალური მუშაკი, აქედან 7 ემსახურება ბინაზე სადილის მიტანით 22 ოჯახს. აღნიშნული სოციალური მუშაკები ასევე აქტიურად არიან ჩართული ბენეფიციართა ყოველდღიური ყოფითი პრობლემების მოგვარებაში;
- გორის მუნიციპალიტეტის „შინმოვლის პროგრამაში“ მონაწილეობს 4 სოციალური მუშაკი;
- ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტის „შინმოვლის“ პროგრამაში მონაწილეობს 1 სოციალური მუშაკი;
- ყვარლის მუნიციპალიტეტში 6 სოციალური მუშაკი;
- საქართველოს ვარიტასი - 2 სოციალური მუშაკი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის სისტემაში ჩართულია 28 სოციალური მუშაკი.

6. შინმოვლის მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, შინმოვლის მომსახურების მიმწოდებლები არიან¹⁷:

1. არაფორმალური ქსელის წარმომადგენლები: ოჯახის წევრები, ნათესავები, მეზობლები, მეგობრები, ეკლესიის მრევლი;
2. ფორმალური ქსელის წარმომადგენლები: სახელმწიფო, კერძო თუ არასამთავრობო სექტორში მომუშავე პროფესიონალები, მათ შორის:
 - სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები: ექთნები, ოჯახის ექიმები, ექიმი-სპეციალისტები, სხვადასხვა თერაპევტები, ფსიქოლოგები;
 - სოციალური მომსახურების მიმწოდებლები: სოციალური მუშაკები, სახლის მონწესრიგებაში დამხმარენი, ხელოსნები და სხვა.

შინმოვლის უდიდესი ნაწილი (80-90%) მოდის არაფორმალურ ქსელზე. ფორმალური

17. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა, კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010.

ქსელის ჩამოყალიბებისას უპირატესობა ენიჭება მომსახურების მიმწოდებელთა მჭიდრო თანამშრომლობას შინმოვლის მრავალდარგოვან გუნდებში, რაც უზრუნველყოფს მომსახურების მაღალ ხარისხს. ასეთი გუნდების უმცირეს სტრუქტურულ ერთეულს შეადგენენ: ოჯახის ექიმი, ექთანი და სოციალური მუშაკი. საჭიროების შემთხვევაში, მათ ემატებათ სხვადასხვა ექიმი-სპეციალისტი, თერაპევტი (მაგ., ფიზიო, ერგოთერაპევტი), ფსიქოლოგი და სხვა დამხმარენი. ტრადიციულად, დიდია მოხალისეთა როლი შინმოვლაში¹⁸. ცხრილი 7-ში წარმოდგენილია შინმოვლის კოალიციის და საქართველოს კარიტასის შინმოვლის გუნდების შემადგენლობა 2014 წლის მდგომარეობით. ამასთან, შინმოვლის კოალიციის შემთხვევაში გუნდების ზედამხედველობას ახორციელებს სერვისის მენეჯერი, სამედიცინო და სოციალური კოორდინატორები.

ცხრილი 7: შინმოვლის გუნდები, 2014.

| ორგანიზაციები | კოორდინატორი | ექთანი | ექიმის (საყოფაცხოვრებო) ასისტენტი | ფსიქოლოგი | სოც მუშაკი | ექიმი | მოხალისეები | ტექნიკური ასისტენტი |
|----------------------|--------------|--------|-----------------------------------|-----------|------------|-------|-------------|---------------------|
| შინმოვლის კოალიცია | 3 | 30 | 3 | 3 | - | 5 | 8 | 3 |
| საქართველოს კარიტასი | 4 | 20 | 5 | 2 | 2 | - | 15 | - |

წყარო: საქართველოს შინმოვლის კოალიცია, საქართველოს კარიტასი.

ზოგადად, წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, განსხვავებულია სერვისის მიმწოდებლების შინმოვლის გუნდების შემადგენლობა.

- შინმოვლის კოალიციის პროექტებში მონაწილეობდა 3 სრულყოფილი შინმოვლის მრავალდარგობრივი მობილური გუნდი;
- გორის მინიციპალიტეტის „შინმოვლის“ პროგრამაში მონაწილე შინმოვლის გუნდების შემადგენლობაში შედიან: ექიმი, ექთანი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, მასაჟისტი, ლოგოპედი, დამხმარე სანიტარი;
- ქ.ქუთაისის მუნიციპალიტეტის „შინმოვლის“ პროგრამაში მონაწილეობს ერთი მრავალდარგობრივი მობილური ჯგუფი;
- ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში „შინმოვლის“ სერვისების მიწოდება ხორციელდება 1 მრავალდარგოვანი გუნდის მიერ, კერძოდ, ეს გუნდი შედგება: ექიმის, ექთნის, სოციალური მუშაკის, მოხალისეთა ბაზაზე დაფუძნებული დამხმარენი სახლის დალაგებაში, მცირე შესაკეთებელ სამუშაოებში, სარეცხის რეცხვაში, კომუნალური გადასახადების გადახდაში

18. საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა, კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010.

და სხვა;

- ყვარლის მუნიციპალიტეტში მოქმედ „შინმოვლის“ პროგრამაში საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებასთან არსებული წითელი ჯვრის ხანდაზმულთა ცენტრში აქტიურად მუშაობს ბინაზე მოვლის ჯგუფი - ბინაზე მოვლის 6 ოფიცერი/სოციალური მუშაკი, თითოეულს ჰყავს 3-4 ბენეფიციარი. ბინაზე მოვლის ოფიცრები კვირაში ორჯერ მიდიან ბენეფიციართან და ეხმარებიან მათ საოჯახო მეურნეობის მართვაში.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით შეადგენს 11-ს.

7. გადამზადებული მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, საქართველოში არ მომხდარა მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების გადამზადება. კოალიციის მიერ 2009 წელს საკუთარ ბაზაზე განხორციელდა ექიმების და ექთნების გადამზადება, რომლებისგანაც დაკომპლექტდა 3 მრავალდარგობრივი გუნდი (თბილისი, გორი, ბათუმი). ადგილობრივი თვითმმართველობებიდან, ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტის მიერ წარმოდგენილ იქნა ინფორმაცია გადამზადებული გუნდების თაობაზე, კერძოდ მუნიციპალიტეტში გადამზადებული მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა შეადგენს 1-ს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: გადამზადებული მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა შეადგენს 4-ს.

8. შინმოვლის მიმწოდებლების რაოდენობა ქვეყანაში

საქართველოში შინმოვლის სერვისებს ახორციელებს ძირითადად რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია, როგორც დედაქალაქში ასევე რეგიონებში, კერძოდ: „საქართველოს კარიტასი“ და „შინმოვლის კოალიცია“ (რომელშიც გაერთიანებულია ფონდი თაობა, კავშირი „ადამიანი და ბუნება“, კავშირი ონკოპრევენციის ცენტრი, ასოციაცია „გენების“, ფერიცვალების დედათა მონასტრის მონყალების ცენტრი, ვებანგელურ-ლუთერული ეკლესიის დიაკონური საქმიანობა, საქართველოს სამარიტელთა კავშირი). მათი უმეტესობა საქმიანობს 1990-იანი წლების დასაწყისიდან, როგორც შინმოვლის პიონერები საქართველოში. საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი“ შინმოვლის სერვისებს ახორციელებს 1995 წლიდან, იგი საერთაშორისო და ევროპის კარიტასების წევრი ორგანიზაციაა.

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, კოალიციას გააჩნია სრულყოფილი ინფორმაცია შინმოვლის სერვისების მიმწოდებლების რაოდენობის შესახებ. არსებული ინფორმაციით, შინმოვლის მიმწოდებლები არიან კოალიციის 7 ორგანიზაცია, საქველმოქმედო ფონდი კარიტასი, ჩერნოვეცკის ფონდი, ფოთის ა(ა)იპ და წითელი ჯვარი (მცირე კომპონენტით), სულ

11 ორგანიზაცია. რეგიონების მიხედვით (კოალიციის მიერ წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით), პროექტებს შემდეგი ორგანიზაციები ახორციელებენ:

- თბილისი:
 1. „სოციალური პარტნიორობა“;
 2. „კარიტასი“;
 3. „ევანგელიურ-ლუთერული ეკლესიის დიაკონური საქმიანობა საქართველოში“;
 4. „თაობა“;
 5. „ადამიანი და ბუნება“;
 6. „ონკოპრევენციის ცენტრი“;
 7. „სამარიტელთა კავშირი“;
 8. „ფერიცვალების მონაწილეების ცენტრი“.
- გორი:
 1. „კარიტასი“;
 2. „სამარიტელთა კავშირი“;
 3. „თაობა“.
- ბათუმი:
 1. „კარიტასი“;
 2. „გენგზისი“.
- თელავი:
 1. „სამარიტელთა კავშირი“.
- ფოთი:
 1. მუნიციპალიტეტის ა(ა)იპ-ი.
- ქუთაისი:
 1. საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი“.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის მიმწოდებლების რაოდენობა ქვეყანაში შეადგენს 11-ს.

9. შინმოვლის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით (ეჭთნები, ოჭახის ეჭიმები, ეჭიმი-სკპციალისტები, სხვბდასხვბ თერაკპვბები, ფსიქოლოგები)

აღნიშნული ინდიკატორი ითვალისწინებს წინა ინდიკატორით განსაზღვრული სერვისის მიმწოდებლების ჩაშლას სპეციალისტების მიხედვით, რათა განისაზღვროს შინმოვლის სიმძლავრე მთლიანად ქვეყნის და რეგიონების მიხედვით. სამწუხაროდ, აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება მოხერხდა მხოლოდ იმ მონაცემებზე დაყრდნობით, რომელიც მხოლოდ რამდენიმე ორგანიზაციამ/უწყებამ წარმოადგინა, შესაბამისად, არ იქმნება სრულყოფილი სურათი შინმოვლის მიმწოდებლების განაწილებისა რეგიონულ ჭრილში.

ცხრილი 8: შინმავლის სერვისის მიმწოდებლების სიმძლავრის ჩაშლა სპეციალისტების მიხედვით;

| ორგანიზაციები | კოორდინატორი | ექთანი | ექთნის (საყოფაცხოვრებო) ასისტენტი | სოც მუშაკი | ფსიქოლოგი | ექიმი | მოხალისეები | მასაჟისტი | ლოგოპედი |
|---------------------------|--------------|-----------|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|-------------|-----------|----------|
| შინმავლის კოალიცია | 3 | 32 | 3 | 3 | - | 5 | 8 | - | - |
| საქართველოს კარიტასი | 4 | 20 | 5 | 2 | 2 | - | 15 | - | - |
| გორის მუნიციპალიტეტი | - | 14 | 7 | 4 | 1 | 3 | - | 1 | 1 |
| ყვარლის მუნიციპალიტეტი | - | - | - | 6 | - | - | - | - | - |
| ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტი | - | 5 | - | 1 | - | 1 | 10 | - | - |
| ქ.ფოთი | - | 4 | - | - | - | 1 | - | - | - |
| სამტრედიის მუნიციპალიტეტი | - | - | - | 11 | - | - | - | - | - |
| ჯამი: | 7 | 75 | 15 | 27 | 3 | 10 | 33 | 1 | 1 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმავლის სერვისის მიმწოდებლების სიმძლავრის ჩაშლა სპეციალისტების მიხედვით: კოორდინატორი 7, ექთანი 75; ექთნის ასისტენტი 15; სოციალური მუშაკი 27; ფსიქოლოგი 3; ექიმი 10; მოხალისე 33; მასაჟისტი 1; ლოგოპედი 1.

10. სოციალური მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით - სოციალური მუშაკები, სახლის მოწესრიგებაში დახმარენი, ხელოსნები და სხვა.

წარმოდგენილი ინფორმაციაზე დაყრდნობით, პრაქტიკაში შინმავლის სერვისის მიმწოდებლები ბენეფიციარებს სთავაზობენ, როგორც სამედიცინო, ასევე სოციალურ მომსახურებას. რიგი ორგანიზაციები, როგორცაა, მაგალითად, წითელი ჯვარი, სამართლებლები ძირითადად, სოციალური მომსახურების მიმწოდებლები არიან. ასევე, ძირითადად, სოციალურ სერვისზე ორიენტირებულია სამტრედიის მუნიციპალიტეტის და საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოების სამტრედიის ფილიალისა და ა(ა)იპ-ს „სახლი თანადგომა“ კოორდინირებით მიმდინარე შინმავლის პროგრამა, რომელიც სოციალური მუშაკების დახმარებით ბენეფიციარებს სოციალურ სერვისებს სთავაზობს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით განისაზღვრა 2 სოციალური მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაცია (წითელი ჯვარი და სამარიტელები).

რესურსების გენერირების კომპონენტის შეჯამება:

| რესურსების გენერირება | | |
|-----------------------|---|---|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | ჰჯდ ექიმების რაოდენობა, რომლებიც ჩართული არიან შინმოვლის მომსახურებაში | შინმოვლის მომსახურებაში ჩართულია 7 ჰჯდ ექიმი (ლაგოდების, გორის მუნიციპალიტეტი, ქ.ფოთი, შინმოვლის კოალიცია). |
| 2 | გადამზადებული ჰჯდ ექიმების რაოდენობა შინმოვლის სერვისებში | შინმოვლის სერვისებში გადამზადებულია 16 ჰჯდ ექიმი. |
| 3 | შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული ექთნების რაოდენობა | შინმოვლის მომსახურებაში საქართველოს მასშტაბით ჩართულია 87 ექთანი (დასაზუსტებელია კოალიციის წარმოდგენილ მონაცემებში შედის თუ არა გორის მუნიციპალიტეტის ექთნების რაოდენობა). |
| 4 | სპეციალური მომზადება გავლილი ჰჯდ ექთნების რაოდენობა | შინმოვლის სერვისებში სპეციალური მომზადება გავლილი ჰჯდ ექთნების რაოდენობა შეადგენს 51. |
| 5 | შინმოვლის სისტემაში ჩართული სოციალური მუშაკების რაოდენობა | შინმოვლის სისტემაში ჩართულია 28 სოციალური მუშაკი. |
| 6 | შინმოვლის მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა | შინმოვლის მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით შეადგენს 12-ს. |
| 7 | გადამზადებული მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა | გადამზადებული მრავალდარგობრივი მობილური გუნდების რაოდენობა შეადგენს 4-ს. |
| 8 | შინმოვლის მიმწოდებლების რაოდენობა ქვეყანაში | შინმოვლის მიმწოდებლების რაოდენობა ქვეყანაში შეადგენს 11-ს. |
| 9 | შინმოვლის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით (ექთნები, ოჯახის ექიმები, ექიმი-სპეციალისტები, სხვადასხვა თერაპევტები, ფსიქოლოგები) | შინმოვლის სერვისის მიმწოდებლების სიმძლავრის ჩაშლა სპეციალისტების მიხედვით: კოორდინატორი 5, ექთანი 87; ექთნის ასისტენტი 14; სოციალური მუშაკი 28; ფსიქოლოგი 3; ექიმი 7; მოხალისე 25; მასაჟისტი 1; ლოგოპედი 1. |
| 10 | სოციალური მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით - სოციალური მუშაკები, სახლის მონესრიგებაში დამხმარენი, ხელოსნები და სხვა.) | არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით განისაზღვრა 2 სოციალური მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაცია (წითელი ჯვარი და სამარიტელები) |

3.4 მომსახურების მიწოდება

მომსახურების მიწოდების კომპონენტი აფასებს შინმოვლის სერვისების მიწოდების ორგანიზებას (პრევენციული, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და რეაბილიტაცია), მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას და მომსახურებით ვმაცოფილებას.

საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით, მოქალაქეებს ურჩევნიათ სამედიცინო ან სოციალური მომსახურება მიიღონ ბინაზე, ვიდრე ინსტიტუციებში, ან სამედიცინო დაწესებულებებში¹⁹. ამასთან, ბინაზე მოვლა, როგორც წესი, უფრო ხარჯთ-ეფექტურია ინსტიტუციებთან შედარებით, თუკი ბინაზე მოვლა გამოყენებულია ეფექტურად²⁰. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში, ახალი ტექნოლოგიების და დისტანციური მედიცინის განვითარებამ ხელი შეუწყო ბინაზე მოვლის განვითარებას. სახლის სიტუაციაში სამედიცინო მომსახურების მიწოდება შესაძლებელია და ბევრ ქვეყანაში, აქტიურად მიმდინარეობს ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებების ჩანაცვლება შინმოვლის კომპონენტით²¹. იმის გათვალისწინებით, რომ მოსახლეობის დაბერების პრობლემა სულ უფრო აქტუალური ხდება, ევროპის ქვეყნებში და ასევე საქართველოშიც, ხანგრძლივი მოვლა და შინმოვლა უფრო მეტად მოთხოვნადი გახდება. შესაბამისად, მათი სწორად დაგეგმვა ხელს შეუწყობს მომსახურების ეფექტურ უტილიზაციას.

აღნიშნული მიმართულებით შეირჩა 19 ინდიკატორი, რომელიც განისაზღვრა საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით.

| | |
|-----|---|
| 1. | შინმოვლის სერვისების ხელმისაწვდომობა რეგიონების მიხედვით (სოციალური, ჯანდაცვა) |
| 2. | საქართველოს მოსახლეობის % წილი, რომელსაც მიეწოდება შინმოვლის სერვისი |
| 3. | შინმოვლის მომსახურების მიმღებებში ბენეფიციარების % წილი, რომელთაც შემუშავებული აქვთ მოვლის ინდივიდუალური გეგმები, რომელიც რეგულარულად ახლდება და მოიცავს: დახმარება ყოველდღიურ აქტივობასა (გადაადგილება, პირადი ჰიგიენის დაცვა და მისთ.) და ინსტრუმენტულ აქტივობაში (ნივთების და ხელსაწყოების გამოყენება) |
| 4. | პაციენტებისა და მათი გარემოცვის რაოდენობა, რომელთაც მიეწოდება ინფორმაცია/გაენიათ დახმარება რესურსებისა და უნარების გამოვლენასა და მათ განვითარებაში (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების სწავლება) |
| 5. | პაციენტებისა და მათი გარემოცვის რაოდენობა, რომელთაც გაენიათ ფსიქო-სოციალური დახმარება (ხელშეწყობა ჯანსაღი სოციალური გარემოს შექმნაში, ასევე, საჭირო მომსახურების მიღებაში, სხვა) |
| 6. | ბენეფიციარების რაოდენობა, რომელთაც გაენიათ სამედიცინო მომსახურება - საექიმო, საექთნო, სხვა სპეციალისტების დახმარება და ძირეული მოვლა |
| 7. | ბენეფიციარების რაოდენობა, რომელთაც გაიარეს არაფორმალურ მომვლელთა სწავლება (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების შესწავლა-დახვეწა) |
| 8. | ბენეფიციარების % რაოდენობა, ვინც ელოდება შინმოვლის სერვისების პირველი მომსახურების მიღებას |
| 9. | შინმოვლის კომპონენტში ახლად ჩართული პაციენტების %, რომლებიც განერიდნენ იქნენ საავადმყოფოდან და დაუგეგმავად შებრუნდნენ განერიდან 30 დღის განმავლობაში |
| 10. | შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვინც მოხვდა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში საავადმყოფოდან განერიდან 30 დღის განმავლობაში |

19. CARE HOME OR HOME CARE? [HTTPS://WWW.MONEYADVICESERVICE.ORG.UK](https://www.moneyadviceservice.org.uk)

20. TARRICONE R AND TSOUROS D, HOME CARE IN EUROPE, WHO 2008.

21. CARE HOME OR HOME CARE? [HTTPS://WWW.MONEYADVICESERVICE.ORG.UK](https://www.moneyadviceservice.org.uk)

| | |
|-----|--|
| 11. | შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვინც დაეცა ბოლო 90 დღის განმავლობაში |
| 12. | შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვისაც გაუჩნდა ახალი ნაწოლები (2-4 სტადია) |
| 13. | ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირებში შინმოვლის სერვისების მიმღები ბენეფიციარების % წილი |
| 14. | შინმოვლის პაციენტების % წილი, რომლებიც ვმაცოფილი არიან, როგორც მოვლის ორგანიზებით, ისე სერვისის მიწოდებით |
| 15. | შინმოვლის გუნდის ვიზიტების რაოდენობა და პაციენტთან გატარებული დრო კვირის განმავლობაში, სპეციალისტების მიხედვით |
| 16. | მოსახლეობის/ოჯახების/ახლობლების % წილი, რომლებმაც მიიღეს სასარგებლო ინფორმაცია შინმოვლის კომპონენტში ჩართვისას/მიმართვისას |
| 17. | წლის განმავლობაში სხვა სერვისების მოხმარების მაჩვენებელი (პჯდ, გადაუდებელი დახმარება, ჰოსპიტალი) |
| 18. | წლის განმავლობაში მოსარგებლეთა როტაციის % |
| 19. | შპმ პირებში შინმოვლის მომსახურების მიმღებთა % წილი |

1. შინმოვლის სერვისების ხელმისაწვდომობა რეგიონების მიხედვით

რესურსების გენერირების N8 ინდიკატორში განისაზღვრა შინმოვლის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების საერთო რაოდენობა, რეგიონების მიხედვით. ხოლო, N10 ინდიკატორში გამოიკვეთა სოციალური მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა.

არსებული ინფორმაციით, შინმოვლის მიმწოდებელია სულ 11 ორგანიზაცია, კერძოდ, რეგიონების მიხედვით:

- თბილისში 8 ორგანიზაცია: „სოციალური პარტნიორობა“; „კარიტასი“; „ევანგელიურ-ლუთერული ეკლესიის დიაკონური საქმიანობა საქართველოში“; „თაობა“; „ადამიანი და ბუნება“; „ონკოპრევენციის ცენტრი“; „სამარიტელთა კავშირი“; „ფერიცვალების მოწყალეების ცენტრი“.
- გორში 3 ორგანიზაცია: „კარიტასი“; „სამარიტელთა კავშირი“; „თაობა“.
- ბათუმში 2 ორგანიზაცია: „კარიტასი“; „გენეზისი“.
- თელავში 1 ორგანიზაცია: „სამარიტელთა კავშირი“.
- ფოთში ერთი ორგანიზაცია: მუნიციპალიტეტის ა(ა)იპ-ი.
- ქუთაისში 1 ორგანიზაცია: საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი“.

ხოლო სოციალური მომსახურების მიმწოდებელია 2 ორგანიზაცია: „საქართველოს წითელი ჯვარი“ და „სამარიტელთა კავშირი“.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის მიმწოდებლების რაოდენობა ქვეყანაში შეადგენს 11-ს, მ.შ. სოციალური მომსახურების 2.

2. საქართველოს მოსახლეობის % წილი, რომელსაც მიეწოდება შინმოვლის სერვისი

„შინმოვლის კოალიციის“ მიერ შემუშავებულ დოკუმენტში „საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა“, განსაზღვრულია შინმოვლის სამიზნე ჯგუფები:

- უძლური ხანდაზმულები;
- ფიზიკური თუ ფსიქიკური დაავადებების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები;
- დროებით უნარშემზღუდულები (მაგალითად, მწვავე მდგომარეობების, მძიმე დაავადებების, ოპერაციების, მოტეხილობების, ინსულტების შემდეგ);
- ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები;
- ფიზიოლოგიური მდგომარეობებით უნარშემზღუდულები (მელოგინე ქალები, ჩვილი და მცირეწლოვანი ბავშვები).

შინმოვლის მოსარგებლეები არიან:

- საკუთრივ სამიზნე ჯგუფი: ადამიანები დამოკიდებულების სხვადასხვა ტიპით და ხარისხით, რომელთა ცხოვრების ხარისხი უმჯობესდება;
- არათორმალური მომვლელები, რომელთა ჯაფა შემსუბუქებულია, ხოლო საქმიანობის ეფექტურობა გაზრდილი, ერთი მხრივ, ჩანაცვლებით, მეორე მხრივ, საჭირო უნარ-ჩვევების შექმნით;
- სახელმწიფო, რომელიც დაინტერესებულია ხარისხიანი და ხარჯთეფექტიანი პროგრამის განხორციელებით;
- საზოგადოება, რომელშიც ვითარდება თანადგომის კულტურა.

შინმოვლის მიზანია მოვლაზე დამოკიდებული ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, პაციენტებისა და მათი ახლობლების დახმარება. ექსპერტთა აზრით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი, საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას, რაც, მათი ოჯახის წევრების გათვალისწინებით, ერთიანობაში დაახლოებით 300 ათას ბენეფიციარს წარმოადგენს.

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარების რაოდენობა არ მოუწოდებია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს. არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით რთულია შინმოვლის მომსახურების მიმღები ბენეფიციარების განსაზღვრა, ერთი მხრივ იმიტომ, რომ სოფლის ექიმის და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებიდან ცალკე არ არის გამოყოფილი ვიზიტების რაოდენობა, რაც შეეხება ინკურბელური პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტის ფარგლებში განეულ მომსახურებას, სოციალური მომსახურების სააგენტოს არ გამოუქვეყნებია ინფორმაცია, ხოლო რაც ხელმისაწვდომია, 2012, 2013 წლები არ იძლევა ბენეფიციართა განსაზღვრის შესაძლებლობას, რადგან ბენეფიციარების რაოდენობა იზრდება 2012 წლის იანვრიდან მკვეთრად 2013 წლის მარტის ჩათვლით, ხოლო აპრილიდან იწყებს შემცირებას და ნოემბერში ნულს უტოლდება, შესაბამისად, აღნიშნული მონაცემების გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.

[ინკურაბელური პროგრამის, ამბულატორიული კომპონენტი: 2012 წელი, ბენეფიციარების რაოდენობა: იანვარი 272; თებერვალი 314; მარტი 354; აპრილი 607; მაისი 723; ივნისი 880; აგვისტო 1186; დეკემბერი 1846 (მ.შ. შიდა ქართლი 17, თბილისი 1829) / 2013 წელი ბენეფიციარების რაოდენობა: იანვარი 1910 (მ.შ. შიდა ქართლი 17); თებერვალი 2024 (შიდა ქართლი 18); მარტი 2118 (შიდა ქართლი 16); აპრილი 1985 (მ.შ. შიდა ქართლი 14); მაისი 1898 (მ.შ. შიდა ქართლი 15); ივნისი 1662 (მ.შ. შიდა ქართლი 15); ივლისი 1170 (მ.შ. შიდა ქართლი 12); აგვისტო 167 (მ.შ. შიდა ქართლი 11); სექტემბერი 54 (მ.შ. შიდა ქართლი 12); ოქტომბერი 18 (მ.შ. შიდა ქართლი 15); ნოემბერი 0]²².

რაც შეეხება, მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამას, აღნიშნული პროგრამა დაიწყო 2017 წლიდან და ბენეფიციარების რაოდენობა შეადგენს 40-ს.

ადგილობრივი თვითმმართველობების და სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით განისაზღვრა საქართველოს მასშტაბით 1093 ბენეფიციარი, შემდეგი რეგიონების მიხედვით:

- შინმოვლის კოალიცია (წარმოადგენს შინმოვლის სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციების გაერთიანებას) – 370 ბენეფიციარს (მ.შ. თბილისი - 210; გორი - 100; ხელვაჩაური - 60);
- ქალაქ ქუთაისის შინმოვლის პროგრამით სარგებლობს - 80 ბენეფიციარი;
- სამტრედიის მუნიციპალიტეტის შინმოვლის სერვისით სარგებლობს - 50 ბენეფიციარი;
- ყვარლის მუნიციპალიტეტში სერვისი მიწოდება - 23 ბენეფიციარს;
- ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში სერვისი მიწოდება - 22 ბენეფიციარს;
- ქ.ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში სერვისი მიწოდება - 15 ბენეფიციარს;
- ქ.ფოთის მუნიციპალიტეტში სერვისი მიწოდება - 20 ბენეფიციარს;
- მარტვილის მუნიციპალიტეტში სერვისი მიწოდება - 140 ბენეფიციარს;
- ბოლნისის მუნიციპალიტეტში სერვისი მიწოდება - 28 ბენეფიციარს;
- ქ.გორის მუნიციპალიტეტში სერვისი მიწოდება - 120 ბენეფიციარს (კარიტასის 50 ბენეფიციარი, სამარიტელთა 70 ბენეფიციარი);
- გორის მუნიციპალიტეტში სერვისი მიწოდება - 135 ბენეფიციარს (სხვადასხვა ორგანიზაციების მიერ მიწოდებათ სერვისი);
- ქ.ბათუმის მუნიციპალიტეტი სერვისი მიწოდება - 90 ბენეფიციარს.

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, მთლიანად საქართველოს მასშტაბით 2017 წელს შინმოვლის მომსახურება მიწოდება 1133 ბენეფიციარს (მ.შ. 40 ბენეფიციარი ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამის ფარგლებში), ანუ საქართველოს მოსახლეობის 0,03%-ს (საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნება 2017 წლის იანვრის მდგომარეობით - 3,720,400²³).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საქართველოს მოსახლეობის 0,03% მიწოდება შინმოვლის სერვისი რიგი სახელმწიფო/არასახელმწიფო პროგრამებით.

22. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=752

23. <http://geostat.ge>

3. შინმოვლის მომსახურების მიმღებებში ბენეფიციარების % წილი, რომელთაც შემუშავებული აქვთ მოვლის ინდივიდუალური გეგმები, რომელიც რეგულარულად ახლდება და მოიცავს: დახმარება ყოველდღიურ აქტივობასა (გადაადგილება, პირადი ჰიგიენის დაცვა და მისთ.) და ინსტრუმენტულ აქტივობაში (ნივთების და ხელსაწყოების გამოყენება)

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, როგორც სახელმწიფო, ასევე არასახელმწიფო შინმოვლის პროგრამები ითვალისწინებს ბენეფიციარებისთვის მოვლის ინდივიდუალური გეგმების შემუშავებას. სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში სერვისის მიმწოდებლები ვალდებული არიან შეიმუშავონ ბენეფიციარების მოვლის ინდივიდუალური გეგმები და განახორციელონ განახლება გარკვეული პერიოდულობით, ან საჭიროებისას. „შინმოვლის კოალიციის“ განცხადებით, სერვისის მიწოდებისას ყველა მოსარგებლესთან ფორმდება ხელშეკრულება და წარმოებს პირადი საქმე, რომელიც მოიცავს ინდივიდუალურ გეგმას. გეგმა ახლდება 6 თვეში ერთხელ ან, უფრო ადრე, მნიშვნელოვანი ცვლილებებისას.

ლაგოდების მუნიციპალიტეტში მიმდინარე „შინმოვლის“ პროგრამა, ასევე ითვალისწინებს ყველა ბენეფიციარზე ინდივიდუალური მოვლის გეგმების შემუშავებას. სხვა ადგილობრივი თვითმმართველობების მხრიდან არ ყოფილა წარმოდგენილი ინფორმაცია ინდივიდუალური გეგმების შემუშავების თაობაზე.

წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით, შინმოვლის მომსახურება მიეწოდება 1133 ბენეფიციარს, მათ შორის მოვლის ინდივიდუალური გეგმა გაწერილი აქვს 432 ბენეფიციარს (შინმოვლის კოალიცია - 370 ბენეფიციარი, ბავშვთა შინმოვლა - 40 ბენეფიციარი, ლაგოდების მუნიციპალიტეტი 22 ბენეფიციარი), ანუ შინმოვლის მომსახურების მიმღები ბენეფიციარების 38%-ს შემუშავებული აქვს მოვლის ინდივიდუალური გეგმა.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შინმოვლის მომსახურების მიმღები ბენეფიციარების 38%-ს შემუშავებული აქვს მოვლის ინდივიდუალური გეგმა.

4. პაციენტებისა და მათი გარემოცვის რაოდენობა, რომელთაც მიეწოდათ ინფორმაცია/გაენიათ დახმარება რესურსებისა და უნარების გამოვლენასა და მათ განვითარებაში (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების სწავლება)

შინმოვლის კომპონენტში განსაკუთრებულ როლს თამაშობენ ბენეფიციარის ოჯახის წევრები და ახლობლები, რომლებიც თითქმის ყოველთვის ჩართული არიან მოვლის პროცესში, შესაბამისად, მათთვის სწორი მოვლის სწავლება მნიშვნელოვან რესურსებს დაზოგავს.

„შინმოვლის კოალიციის“ განცხადებით, პაციენტებისა და მათი გარემოცვის ინფორმირება, დახმარება რესურსებისა და უნარების გამოვლენასა და მათ განვითარებაში, შეთავაზებული შინმოვლის პაკეტის ნაწილია და მიეწოდება ყველა მოსარგებლეს (370 ბენეფიციარს). ასევე,

ინფორმირება/დახმარების კომპონენტს მოიცავს „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა“ (ბენეფიციარების რაოდენობა 40).

ქალაქ ქუთაისის მუნიციპალიტეტის „შინმოვლის“ პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარებისა და მათი გარემოცვის 80%-ს (64 ბენეფიციარს) გაენიათ დახმარება რესურსებისა და უნარების გამოვლენასა და მათ განვითარებაში.

ხოლო, ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში სულ 1200 ადამიანს, პაციენტებს და მათ ოჯახის წევრებს, მიენოდათ ინფორმაცია წლის განმავლობაში.

წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით 1674 ადამიანს (პაციენტებსა და მათ გარემოცვას) მიენოდა ინფორმაცია და გაენია დახმარება რესურსებისა და უნარების გამოვლენასა და მათ განვითარებაში.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 1674 ადამიანს (პაციენტებსა და მათ გარემოცვას) მიენოდა ინფორმაცია და გაენია დახმარება რესურსებისა და უნარების გამოვლენასა და მათ განვითარებაში.

5. პაციენტებისა და მათი გარემოცვის რაოდენობა, რომელთაც გაენიათ ფსიქო-სოციალური დახმარება (ხელშეწყობა ჯანსაღი სოციალური გარემოს შექმნაში, ასევე, საჭირო მომსახურების მიღებაში და სხვა)

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, აღნიშნული დახმარება მომსახურების (პაკეტის) ნაწილია და მიენოდება ყველა მოსარგებლეს (370 ბენეფიციარი). პაციენტებისა და მათი გარემოცვის ფსიქოსოციალური დახმარება ასევე გათვალისწინებულია „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამით“ (ბენეფიციარების რაოდენობა 40). ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში 1113 ადამიანს გაენია აღნიშნული მომსახურება წლის განმავლობაში.

წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით, ფსიქოსოციალური დახმარება გაენია 1523 ბენეფიციარს და მათ გარემოცვას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქოსოციალური დახმარება გაენია 1523 ბენეფიციარს და მათ გარემოცვას.

6. ბენეფიციარების რაოდენობა, რომელთაც გაენიათ სამედიცინო მომსახურება - საექიმო, საექთნო, სხვა სპეციალისტების დახმარება და ძირეული მოვლა

აღნიშნულ ინდიკატორთან დაკავშირებით მონაცემები წარმოდგენილი ჰქონდა მხოლოდ ქალაქ ქუთაისის მუნიციპალიტეტს. წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით მიმდინარე

პროგრამის ფარგლებში ძირეული მოვლით სარგებლობს 15 ბენეფიციარი, ანუ ბენეფიციარების 19% (სულ პროგრამის ფარგლებში ჩართულია 80 ბენეფიციარი). მხოლოდ აღნიშნულ მონაცემზე დაყრდნობით რთულია ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს ინფორმაცია.

7. ბენეფიციარების რაოდენობა, რომელთაც გაიარეს არაფორმალურ მომვლელთა სწავლება (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების შესწავლა-დახვეწა)

შინმოვლა მოიცავს ფორმალურ და არაფორმალურ ზრუნვას. ფორმალური ზრუნვა გულისხმობს სპეციალური დაწესებულებების, შინმოვლის პროფესიონალი პერსონალის მიერ განეულ მომსახურებას. არაფორმალური მოვლა გულისხმობს ოჯახის, ახლობლების მიერ განეულ მომსახურებას. საერთაშორისო გამოცდილებით, სულ უფრო მეტი ქვეყანა იყენებს შინმოვლის კომპონენტში არაფორმალური მომვლელების ჩართულობას. არსებული პრაქტიკით, მაგალითად, შვედეთში შინმოვლის სერვისებს უმთავრესად ოჯახის წევრები აწვდიან. ასევე, აშშ-ში ბენეფიციართა უმრავლესობა ხანგრძლივი მოვლის სერვისებს ღებულობს მათი ოჯახის წევრებისგან.

საქართველოში, შინმოვლაში პროფესიონალი მომვლელები ძალიან მცირე რაოდენობით მონაწილეობენ და იგი, ძირითადად, არაფორმალური მომვლელებისაგან შედგება. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია არაფორმალური მომვლელების სწავლება (ოჯახის წევრები, ახლობლები), მათი შესაძლებლობების გაძლიერება.

„შინმოვლის კოალიციის“ განცხადებით, საქართველოში შეზღუდულია არაფორმალურ მომვლელთა სწავლება. „ადამიანი და ბუნება“ კოლექტის მიერ ტარდება ერთკვირიანი კურსები დაინტერესებულ პირთათვის, თუმცა აღნიშნული კურსი რამდენად იძლევა არაფორმალური მომვლელების სიღრმისეული სწავლების შესაძლებლობას, (კვალიფიკაციის შესაძენად) ცალკე შესწავლის საკითხია.

აღნიშნულ ინდიკატორთან დაკავშირებით მონაცემი წარმოდგენილი იყო მხოლოდ ლაგოდების მუნიციპალიტეტიდან, სადაც 2016 წლის განმავლობაში არაფორმალურ მომვლელთა სწავლება გაიარა 60 პირმა წლის განმავლობაში.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არაფორმალურ მომვლელთა სწავლება გაიარა 60 პირმა წლის განმავლობაში (2016 წელი).

8. ბენეფიციარების % რაოდენობა, ვინც ელოდება შინმოვლის სერვისების პირველი მომსახურების მიღებას

აღნიშნული ინდიკატორი აფასებს შინმოვლის საჭიროების მქონე იმ ბენეფიციარების რაოდენობას, ბენეფიციარების მთლიან რაოდენობაში, რომლებიც ელოდებიან შინმოვლის

სერვისების პირველად მიღებას. აღნიშნულ ინდიკატორთან დაკავშირებით ინფორმაცია წარმოდგენილი იყო მხოლოდ ლაგოდების მუნიციპალიტეტის მიერ, მუნიციპალიტეტში მათი რიცხვი 200-მდეა.

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით კოალიციის წევრების მიერ ხორციელდება მომსახურების მომლოდინეთა რიგის წარმოება. თუმცა მონაცემები არ ყოფილა წარმოდგენილი მომლოდინე ბენეფიციარების % რაოდენობის შესახებ.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: პირველი მომსახურების მიღებას ელოდება 200 ბენეფიციარი.

9. შინმოვლის კომპონენტში ახლად ჩართული პაციენტების %, რომლებიც განერილი იქნენ საავადმყოფოდან და დაუბეგმავალ შებრუნდნენ განერიდან 30 დღის განმავლობაში

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, აღნიშნული ინფორმაციის ცალკე აღრიცხვა არ ხორციელდება, თუმცა შესაძლებელია დოკუმენტაციიდან ამოღება. შესაბამისად შეფასების მექანიზმის ინსტიტუციონალიზაციის შემთხვევაში შესაძლებელი იქნება ამ ინდიკატორების რუტინული წარმოება. მიმდინარე ეტაპზე ინდიკატორის შეფასება შეუძლებელია.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

10. შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვინც მოხვდა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში საავადმყოფოდან განერიდან 30 დღის განმავლობაში

„შინმოვლის კოალიციის“ განცხადებით, ამგვარი მონაცემი ცალკე არ აღირიცხება, თუმცა შესაძლებელია მათი დოკუმენტაციიდან ამოღება და მომავალში რუტინული წარმოება. ლაგოდების მუნიციპალიტეტში შინმოვლის პაციენტების წილი შეადგენს 1%-ს, ვინც მოხვდა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში საავადმყოფოდან განერიდან 30 დღის განმავლობაში. მხოლოდ აღნიშნულ მონაცემზე დაყრდნობით შეუძლებელია ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

11. შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვინც დაეცა ბოლო 90 დღის განმავლობაში

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით ამგვარი ინფორმაცია ცალკე არ რეგისტრირდება, თუმცა შესაძლებელია მათი დოკუმენტაციიდან ამოღება და მომავალში რუტინული წარმოება. ლაგოდების მუნიციპალიტეტში შინმოვლის პაციენტების წილი 1.4%-ს შეადგენს (ვინც დაეცა

ბოლო 90 დღის განმავლობაში). წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით შეუძლებელია აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

12. შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვისაც გაუჩნდა ახალი ნაწოლები (2-4 სტადია)

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, ამგვარი მონაცემი ცალკე არ რეგისტრირდება, თუმცა შესაძლებელია მათი დოკუმენტაციიდან ამოღება და მომავალში რუტინული წარმოება. ე.ქუთაისის მუნიციპალიტეტის მონაცემებზე დაყრდნობით, მუნიციპალიტეტის შინმოვლის პროგრამაში ჩართვის მომენტში ბენეფიციართა 20%-ს აღნიშნებოდა ნაწოლები, მათი მომსახურება ყოველდღიურად მიმდინარეობს. ახალი ნაწოლების წარმოქმნის შემთხვევები დაფიქსირებული არ არის. ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის პაციენტების წილი, ვისაც გაუჩნდა ახალი ნაწოლები (2-4 სტადია) შეადგენს 1.5%-ს. წარმოდგენილ მონაცემზე დაყრდნობით შეუძლებელია აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

13. ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირებში შინმოვლის სერვისების მიწოდების მნიშვნელობის % წილი

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირებში შინმოვლის სერვისების მიწოდების მნიშვნელობის % წილი განისაზღვრება მოსახლეობის 2.1%-დან (ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე). 2017 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონეა 78128 ადამიანი (მოსახლეობის 2.1%), ხოლო შინმოვლის სერვისი მიწოდდება 1133 ბენეფიციარს, ანუ ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირების 1.5%-ს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირების 1.5%-ს მიწოდდება შინმოვლის სერვისები.

14. შინმოვლის პაციენტების % წილი, რომლებიც კმაყოფილი არიან როგორც მოვლის ორგანიზებით, ისე სერვისის მიწოდებით

საერთაშორისო რეკომენდაციებით, სისტემატურად უნდა ხდებოდეს შინმოვლის სერვისით სარგებლობისას მოსარგებლეთა კმაყოფილების შეფასება. სამწუხაროდ, ამ ინდიკატორთან დაკავშირებით, ძალიან ზოგადი ინფორმაცია იქნა წარმოდგენილი. შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, კმაყოფილების კვლევა წარმოებს სისტემატურად და დეტალურად და ფასდება, როგორც მოსარგებლის, ასევე არაფორმალური მომვლელის კმაყოფილება.

დადებითი შეფასებებია 80-90%-ის ფარგლებში. ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის პაციენტების 92% კმაყოფილია, როგორც მოვლის ორგანიზებით, ისე სერვისების მიწოდებით. ქ.ბათუმის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის პროგრამაში კმაყოფილი პაციენტების % წილი შედგენს 90%-ს (თუმცა სამოქალაქო მონიტორინგის შედეგები საპირისპიროა, 90%-ზე მეტი უკმაყოფილოა მომსახურებით). არსებული მონაცემები ნაკლებად იძლევა ინდიკატორის შეფასების შესაძლებლობას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

15. შინმოვლის გუნდის ვიზიტების რაოდენობა და პაციენტთან გატარებული დრო კვირის განმავლობაში, სპეციალისტების მიხედვით

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით შინმოვლის გუნდის ვიზიტების რაოდენობის და პაციენტთან გატარებული დროის (კვირის განმავლობაში) შეფასება, სპეციალისტების მიხედვით წარმოებს ზუსტად და დეტალურად. საშუალოდ, 1 პაციენტთან ექთანი ახორციელებს თვეში 10 ვიზიტს, თითოეულს 75 წუთის ხანგრძლივობით.

სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში:

- ბავშვთა ბინაზე მოვლის კომპონენტი ითვალისწინებს სპეციალისტების მომსახურებას თვეში არანაკლებ 44 საათისა;
- სოფლის ექიმისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები ითვალისწინებს წელიწადში 4-ჯერ ექიმის ვიზიტს;
- ინკურაბელური პროგრამა ითვალისწინებს თვეში არაუმეტეს 8 ვიზიტს პაციენტთან.

ადგილობრივი თვითმმართველობების მიერ წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით:

- ქ.ფოთის მუნიციპალიტეტი: ა(ა)იპ „სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი“, ვიზიტების რაოდენობა და პაციენტთან გატარებული დრო კვირის განმავლობაში განისაზღვრება ექიმის და ცენტრის დირექტორის მიერ ბენეფიციარის მდგომარეობის გათვალისწინებით;
- ქ.ბათუმის მუნიციპალიტეტი: ბენეფიციარებთან ვიზიტების რაოდენობა განისაზღვრება თითოეული ბენეფიციარის ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით;
- ქ.ქუთაისის მუნიციპალიტეტი: ბენეფიციარებთან (80 ბენეფიციარი) ვიზიტების რაოდენობა კვირაში საშუალოდ შეადგენს 126, პაციენტებთან გატარებული დრო 80 სთ-ს;
- სამტრედიის მუნიციპალიტეტი: შინმოვლის პროგრამის ფარგლებში ბინაზე მოვლის ჯგუფები აქტიურ მოხალისეებთან ერთად ბინაზე ყოველთვიურად ახორციელებენ 60-62 ვიზიტს მათი საჭიროებებიდან გამომდინარე.

არსებული მონაცემების შეფასებით, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრულია კვირაში საშუალოდ 2 ვიზიტი (ინკურაბელური), კვირაში 11 საათი (ბავშვთა ბინაზე მოვლა). ხოლო, არასახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, კვირაში 1.5 დან 15 ვიზიტამდე.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრულია კვირაში 2

ვიზიტი, 11 საათი, ხოლო არასახელმწიფო პროგრამებით ვვირაში 1.5-დან 15 ვიზიტამდე, შინმოვლის კოალიცია თვეში 10 ვიზიტი 75 წთ-ის ხანგრძლივობით.

თუმცა, წარმოდგენილ ინფორმაციას არ შეესაბამება სამოქალაქო მონიტორინგის შედეგები, რომლის თანახმად ხორციელდება თბილისში თვეში 8 ვიზიტი 45-წუთიანი, გორში 5 ვიზიტი 40-წუთიანი, ხოლო ბათუმში 3 ვიზიტი 25-წუთიანი (ნაცვლად, პროგრამით გათვალისწინებული მინიმუმ 13 ვიზიტისა).

16. მოსახლეობის/ოჯახების/ახლობლების % წილი, რომლებმაც მიიღეს სასარგებლო ინფორმაცია შინმოვლის კომპონენტში ჩართვისას/ მიმართვისას

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, ყველა მოსარგებლე და მისი ახლობლები იღებენ სრულყოფილ ინფორმაციას შინმოვლის კომპონენტში ჩართვისას, რაც ასევე ფიქსირდება მომსახურების შესახებ ხელშეკრულებაში. ლაგოდების მუნიციპალიტეტში შინმოვლის პროგრამის მონაწილე ბენეფიციარების მხოლოდ 25%-ის ახლობლებმა, ოჯახის წევრებმა მიიღეს სასარგებლო ინფორმაცია შინმოვლის კომპონენტში ჩართვისას. წარმოდგენილ მონაცემზე დაყრდნობით შეუძლებელია აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

17. წლის განმავლობაში სხვა სერვისების მოხმარების მაჩვენებელი (კჭ, გადაუდებელი დახმარება, ჰოსპიტალი)

შინმოვლის კოალიციის განცხადებით, კოალიციის წევრი ორგანიზაციები ახორციელებენ შინმოვლის სერვისის მიმღებ ბენეფიციარებში წლის განმავლობაში სხვა სერვისების მოხმარების აღრიცხვას, თუმცა მონაცემები არ ყოფილა წარმოდგენილი. შესაბამისად, შეუძლებელია აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

18. წლის განმავლობაში მოსარგებლეთა როტაციის %.

შინმოვლის კოალიცია ახორციელებს წლის განმავლობაში მოსარგებლეთა როტაციის გამოთვლას. 2016 წელს აღნიშნულმა მაჩვენებელმა 20% შეადგინა. ლაგოდების მუნიციპალიტეტში წლის განმავლობაში მოსარგებლეთა როტაცია 3.6%-ია. ქ.ბათუმის მუნიციპალიტეტის განცხადებით შინმოვლის პროგრამაში წლის განმავლობაში მოსარგებლეთა როტაციის მაჩვენებელი შეადგენს 30%-ს. წარმოდგენილ მონაცემზე დაყრდნობით ნაკლებად შესაძლებელია აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

19. შპმ პირებში შინმოვლის მომსახურების მიმღებთა % წილი

აღნიშნულ მონაცემთან დაკავშირებით, ინფორმაცია წარმოდგენილი იყო ე.ფოთის მუნიციპალიტეტის (ა(ა)იპ „სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი“ ემსახურება 20 ბენეფიციარს, მ.შ. 1-ია შპმ პირი) და შინმოვლის კოალიციის მიერ. კოალიციის განცხადებით, მომსახურების მიმღებთა შორის შპმ არის თბილისში 51%, გორში 34%, აჭარაში 38%. წარმოდგენილ მონაცემზე დაყრდნობით შეუძლებელია აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება, ვერძოდ შპმ პირებში შინმოვლის მომსახურების მიმღებთა % წილის განსაზღვრა.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

| რესურსების გენერირება | | |
|-----------------------|--|--|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | შინმოვლის სერვისების ხელმისაწვდომობა რეგიონების მიხედვით (სოციალური, ჯანდაცვა) | შინმოვლის მიმწოდებლების რაოდენობა ქვეყანაში შეადგენს 16-ს, მ.შ. სოციალური მომსახურების 2 |
| 2 | საქართველოს მოსახლეობის % წილი, რომელსაც მიეწოდება შინმოვლის სერვისი | მოსახლეობის 0,03% მიეწოდება შინმოვლის სერვისი რიგი სახელმწიფო/არასახელმწიფო პროგრამებით. |
| 3 | შინმოვლის მომსახურების მიმღებებში ბენეფიციარების % წილი, რომელთაც შემუშავებული აქვთ მოვლის ინდივიდუალური გეგმები, რომელიც რეგულარულად ახლდება | შინმოვლის მომსახურების მიმღები ბენეფიციარების 38%-ს შემუშავებული აქვს მოვლის ინდივიდუალური გეგმა. |
| 4 | პაციენტებისა და მათი გარემოცვის რაოდენობა, რომელთაც მიეწოდათ ინფორმაცია/გაენიათ დახმარება რესურსებისა და უნარების გამოვლენასა და მათ განვითარებაში | 1674 ადამიანს (პაციენტებსა და მათ გარემოცვას) მიეწოდა ინფორმაცია და გაენია დახმარება რესურსებისა და უნარების გამოვლენასა და მათ განვითარებაში. |
| 5 | პაციენტებისა და მათი გარემოცვის რაოდენობა, რომელთაც გაენიათ ფსიქო-სოციალური დახმარება | ფსიქოსოციალური დახმარება გაენია 1523 ბენეფიციარს და მათ გარემოცვას. |
| 6 | ბენეფიციარების რაოდენობა, რომელთაც გაენიათ სამედიცინო მომსახურება - საეჭიმო, საეჭთონო, სხვა სპეციალისტების დახმარება და ძირეული მოვლა | არ არსებობს ინფორმაცია. |
| 7 | ბენეფიციარების რაოდენობა, რომელთაც გაიარეს არაფორმალურ მომვლელთა სწავლება (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების შესწავლა-დახვეწა) | არაფორმალურ მომვლელთა სწავლება გაიარა 60 პირმა წლის განმავლობაში (2016 წელი). |
| 8 | ბენეფიციარების % რაოდენობა, ვინც ელოდება შინმოვლის სერვისების პირველი მომსახურების მიღებას | პირველი მომსახურების მიღებას ელოდება 200 ბენეფიციარი. |
| 9 | შინმოვლის კომპონენტში ახლად ჩართული პაციენტების %, რომლებიც განერილი იქნენ საავადმყოფოდან და დაუგეგმავად შებრუნდნენ განერიდან 30 დღის განმავლობაში | არ არსებობს მონაცემები. |
| 10 | შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვინც მოხვდა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში საავადმყოფოდან განერიდან 30 დღის განმავლობაში | არ არსებობს მონაცემები. |
| 11 | შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვინც დაეცა ბოლო 90 დღის განმავლობაში | არ არსებობს მონაცემები. |

| | | |
|----|--|---|
| 12 | შინმოვლის პაციენტების % წილი, ვისაც გაუჩნდა ახალი ნაწოლები (2-4 სტადია) | არ არსებობს მონაცემები. |
| 13 | ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირებში შინმოვლის სერვისების მიმღები ბენეფიციარების % წილი | ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირების 1.5%-ს მიეწოდება შინმოვლის სერვისები. |
| 14 | შინმოვლის პაციენტების % წილი, რომლებიც კმაყოფილი არიან, როგორც მოვლის ორგანიზებით, ისე სერვისის მიწოდებით | არ არსებობს მონაცემები. |
| 15 | შინმოვლის გუნდის ვიზიტების რაოდენობა და პაციენტთან გატარებული დრო კვირის განმავლობაში, სპეციალისტების მიხედვით | სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრულია კვირაში 2 ვიზიტი, 11 საათი, ხოლო არასახელმწიფო პროგრამებით კვირაში 1.5-დან 15 ვიზიტამდე. |
| 16 | მოსახლეობის/ოჯახების/ახლობლების % წილი, რომლებმაც მიიღეს სასარგებლო ინფორმაცია შინმოვლის კომპონენტში ჩართვისას/მიმართვისას | არ არსებობს მონაცემები. |
| 17 | წლის განმავლობაში სხვა სერვისების მოხმარების მაჩვენებელი (ჰჯდ, გადაუდებელი დახმარება, ჰოსპიტალი) | არ არსებობს მონაცემები. |
| 18 | წლის განმავლობაში მოსარგებლეთა როტაციის % | არ არსებობს მონაცემები. |
| 19 | შპმ პირებში შინმოვლის მომსახურების მიმღებთა % წილი | არ არსებობს მონაცემები. |

3.5 მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ინდიკატორები აფასებს, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ასევე აფასებს, თუ რამდენად უზრუნველყოფს ზრუნვის სისტემა და ამ შემთხვევაში შინმოვლის სისტემა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მხრივ სასურველი შედეგების მიღწევას.

რა არის შინმოვლის მოსალოდნელი შედეგები? ეს არის: მოხუცი და უნარშემზღუდული მოსახლეობის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება; ქრონიკული დაავადებების გართულებების შემცირება; სამიზნე პოპულაციაში ტრავმატიზმის შემცირება; საჭიროებებზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების მიღება; მოხუცებისა და უნარშემზღუდული მოსახლეობის საზოგადოებაში ინტეგრაციის განვითარება; სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის გაზრდა; ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის გაზრდა; აქტიური სიბერე²⁴. შესაბამისად შინმოვლის სისტემის ეფექტურობის შესაფასებლად მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ საქართველოში დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, ხანდაზმულების წილი მთლიან მოსახლეობაში, ქრონიკული დაავადებების გავრცელება და სიხშირე მთლიან მოსახლეობაში (მ.შ. ხანდაზმულებში) და წლის განმავლობაში გარდაცვლილი პაციენტების % წილი შინმოვლის ბენეფიციარებში. აღნიშნული ინდიკატორების შეფასება აჩვენებს შინმოვლის და ზოგადად ზრუნვის სისტემის საჭიროებას და დინამიკაში მისი ფუნქციონირების ეფექტურობას.

ბოლო პერიოდში, ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისა და ჯანდაცვის სექტორში გატარებული რეფორმების შედეგად მნიშვნელოვანი პროგრესი შეინიშნება სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდის კუთხით. 90-იან წლებში კლების შემდგომ, 1995-2016 წლების პერიოდში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა გაიზარდა 70.3-დან 72.7 წლამდე²⁵. შედარებისათვის, 2015 წლის მონაცემებით, განვითარებული ქვეყნების სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 80.6 წელს²⁶ (2011 წელს 80.1 წელს შეადგენდა).

ამავე პერიოდში, საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდამ ფერტილობის შემცირებასთან ერთად გამოიწვია მოსახლეობის დემოგრაფიული მახასიათებლების შეცვლა - ახალგაზრდებთან შედარებით ასაკოვანთა სტრატის სწრაფი ზრდა და მათი ხვედრითი წილის მატება²⁷. ხანდაზმულთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად კი იზრდება მათი მკურნალობისა და მოვლის საჭიროებები, მათი გრძელვადიანი სამედიცინო მეთვალყურეობის საჭიროება. ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად: 0-დან 60 წლამდე შეადგენს 0,6%-ს, 60-დან 80 წლამდე 3,9%-ს, ხოლო 80 წელზე ზევით 28,3%-მდე იზრდება²⁸.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განცხადებით, არაგადამდები დაავადებები გლობალური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გამოწვევას წარმოადგენს, რამეთუ უკვე რამდენიმე ათეული წელია მოსახლეობის ინვალიდობისა და გარდაცვალების ძირითად მიზეზად გვევლინება. ამ ჯგუფის დაავადებებით ავადობისა და სიკვდილიანობის მზარდი ტენდენცია მძიმე ტვირთად აწვება მოსახლეობასა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას. არაგადამდები დაავადებების

24. წითელი ჯვარი, ბინამე მოვლის სახელმძღვანელო, 2012

25. NCDC, 2016 http://ncdc.ge/AttachedFiles/Geo_2016_8902e044-ff97-4b3c-9e14-e448be8eea94.pdf

26. OECD, Health Statistics, 2017 <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>

27. არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი გლობალურ და ეროვნულ დონეზე, NCDC, 2015

28. ზრუნვის სისტემის განვითარების კონცეფცია, ზრუნვის პლატფორმა, 2013

სიკვდილიანობის ზრდა პირდაპირ კორელაციაშია მოსახლეობის ზრდასა და დაბერებასთან. 2013 წლის გაეროს ანგარიშის მიხედვით „პოპულაციის დაბერებას მნიშვნელოვანი სოციალური და ეკონომიკური მახასიათებლები გააჩნია. რაც უფრო მეტია ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობა, მით მეტია არაგადამდები დაავადებების პრევალენტობა“²⁹. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია ქრონიკული/არაგადამდები დაავადებების გავრცელების დინამიკის შესწავლა მთლიან მოსახლეობაში, მათ შორის ხანდაზმულებში.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდის, მთლიან მოსახლეობაში ხანდაზმულთა პროცენტული წილის ზრდის და მოსახლეობის ქრონიკული/არაგადამდები დაავადებების ტვირთის ზრდასთან ერთად იზრდება შინმოვლის სისტემების განვითარების მიზანშეწონილობა, როგორც ხანდაზმულთა და ფიზიკური/ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების მოვლის უფრო იაფი და ეფექტური ალტერნატივა (დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, ხანდაზმულთა შინმოვლა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემების ნაწილი გახდა³⁰). შინმოვლის და ზოგადად ზრუნვის სისტემის განვითარება ხელს შეუწყობს მოხუცი და უნარშემზღუდული მოსახლეობის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას, ქრონიკული დაავადებების გართულებების შემცირებას, სამიზნე პოპულაციაში ტრავმატიზმის შემცირებას, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის გაზრდას და აქტიურ სიბერეს.

საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების მიზნით შეირჩა ოთხი ინდიკატორი, კერძოდ:

| | |
|----|--|
| 1. | სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას |
| 2. | ხანდაზმულების წილი მთლიან მოსახლეობაში |
| 3. | ქრონიკული დაავადებების / არაგადამდები დაავადებების გავრცელება და სიხშირე მთლიან მოსახლეობაში |
| 4. | წლის განმავლობაში გარდაცვლილი პაციენტების % წილი შინმოვლის ბენეფიციარებში |

- სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით 2016 წელს საქართველოში სიცოცხლის მოსალოდნელმა ხანგრძლივობამ დაბადებისას 72.7 შეადგინა (ქალებში – 77.1; კაცებში – 68.2)³¹;
- ხანდაზმულების წილი მთლიან მოსახლეობაში. ბოლო პერიოდში დაფიქსირდა 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული წილის ზრდის ტენდენცია მთლიან მოსახლეობაში და 2017 წელს 14.4% შეადგინა (2017 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობა შეადგენს 3,720,400, რომელშიც 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი 14.4%-ია³²);
- ქრონიკული დაავადებების/არაგადამდები დაავადებების გავრცელება და სიხშირე მთლიან მოსახლეობაში. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით ბოლო პერიოდში საქართველოში აღინიშნება არაგადამდები დაავადებების პრევალენტობის და ინციდენტობის მატების ტენდენცია მთლიან მოსახლეობაში. საქართველოში, ისევე, როგორც მსოფლიოს ქვეყნების უმეტესობაში, სიკვდილიანობის ტვირთი ძირითადად არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის.

29. არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი გლობალურ და ეროვნულ დონეზე, NCDC, 2015
 30. შინმოვლის პოლიტიკა. შინმოვლის კოალიცია, 2010
 31. http://ncdc.ge/AttachedFiles/Geo_2016_8902e044-ff97-4b3c-9e14-e448be8eea94.pdf
 32. geostat.ge.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (2014 წელი) შეფასებით: საქართველოში სიკვდილიანობის 69% გამოწვეულია კარდიოვასკულური ავადმყოფობებით, სიმსივნეებით 14%, სხვა არაგადამდები ავადმყოფობებით 6%, დიაბეტით 1%, სხვა მიზეზებით 3%, ტრავმებით 3%, ქრ. რესპირაციული ავადმყოფობებით 4%.

- წლის განმავლობაში გარდაცვლილი პაციენტების % წილი შინმოვლის მომსახურების მიმღებ ბენეფიციარებში. არ არსებობს სრულყოფილი ინფორმაცია, რის გამოც აღნიშნული ინდიკატორი ვერ შეფასდა.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით:

- სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას 72.9, ქალებში – 77.2 / მამაკაცებში – 68.6 (2015 წელი);
- მთლიან მოსახლეობაში ხანდაზმულების წილი შეადგენს 14.4%-ს (65 წელი და ზევით);
- ქრონიკული დაავადებების / არაგადამდები დაავადებების გავრცელება და სიხშირე მთლიან მოსახლეობაში. საქართველოში სიკვდილიანობის 69% გამოწვეულია კარდიოვასკულური ავადმყოფობებით, სიმსივნეებით 14%, სხვა არაგადამდები ავადმყოფობებით 6%, დიაბეტით 1%, სხვა მიზეზებით 3%, ტრავმებით 3%, ქრ. რესპირაციული ავადმყოფობებით 4%;
- წლის განმავლობაში გარდაცვლილი პაციენტების % წილი შინმოვლის მომსახურების მიმღებ ბენეფიციარებში, ინფორმაციის არქონის გამო ვერ განისაზღვრა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა - შეჯამება:

| მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა | | |
|--------------------------------------|--|--|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა | სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას 72.7, ქალებში – 77.1 / მამაკაცებში – 68.2 (2016 წელი); |
| 2 | ხანდაზმულების წილი მთლიან მოსახლეობაში | მთლიან მოსახლეობაში ხანდაზმულების წილი შეადგენს 14.4%-ს (65 წელი და ზევით); |
| 3 | ქრონიკული დაავადებების / არაგადამდები დაავადებების გავრცელება და სიხშირე მთლიან მოსახლეობაში | ქრონიკული დაავადებების / არაგადამდები დაავადებების გავრცელება და სიხშირე მთლიან მოსახლეობაში. საქართველოში სიკვდილიანობის 69% გამოწვეულია კარდიოვასკულური ავადმყოფობებით, სიმსივნეებით 14%, სხვა არაგადამდები ავადმყოფობებით 6%, დიაბეტით 1%, სხვა მიზეზებით 3%, ტრავმებით 3%, ქრ. რესპირაციული ავადმყოფობებით 4%; |
| 4 | წლის განმავლობაში გარდაცვლილი პაციენტების % წილი შინმოვლის ბენეფიციარებში | წლის განმავლობაში გარდაცვლილი პაციენტების % წილი შინმოვლის მომსახურების მიმღებ ბენეფიციარებში, ინფორმაციის არქონის გამო ვერ განისაზღვრა. |

თავი 4

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობა არ წარმოადგენს უბრალოდ ფსიქიკური დარღვევების არქონას, ის განისაზღვრება, როგორც კეთილდღეობის მდგომარეობა, როცა ადამიანს შეუძლია საკუთარი პოტენციალის რეალიზება, ჩვეულებრივ ცხოვრებისეულ სტრესთან გამკლავება, ნაყოფიერად და პროდუქტიულად შრომა და თავისი წვლილის შეტანა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში³³. არსებული მონაცემებით, მსოფლიოში 450 მილიონზე მეტი ადამიანი დაავადებული ფსიქიკური აშლილობებით. შრომისუნარიან მოსახლეობაში (15-დან 60-წლამდე) ავადობის ტვირთის 69% ფსიქიკურ, გულ-სისხლძარღვთა, სიმსივნურ დაავადებებზე და ტრავმებზე მოდის³⁴. ასევე, მაღალია ფსიქიკური აშლილობის მაჩვენებელი საქართველოში, არსებული მონაცემებით 2013 წელს: 100,000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა წარმოადგენს 1536-ს. დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 3020 ახალი შემთხვევა (67.3 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე). დამოუკიდებელ ექსპერტთა შეფასებით, ეს ინფორმაცია არასრულია, მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება ეპიდემიამხედველობის ნაკლოვანებებიდან გამომდინარე სულ მცირე ორჯერ აღემატება ოფიციალურ მონაცემებს³⁵.

საქართველოს მთავრობის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულება ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე საქართველოს მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდაა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის სახელმწიფო მიზნად ისახავს ჩამოაყალიბოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა, რომელიც დაეფუძნება ბალანსირებული, ინტეგრირებული და თანმიმდევრული მოვლის პრინციპებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მომავალი მონაცემების სისტემური ხედვა დააკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს: მოქნილობა, მდგრადობა, სტიგმატიზაციის შემცირება, საჭიროებებსა და შედეგზე ორიენტირებულობა, მოვლისა და მკურნალობის მაღალი სტანდარტები და ფინანსური ტვირთის სამართლიანი გადანაწილება³⁶. შესაბამისად ფსიქიკური ჯანმრთელობის არსებული სისტემის შეფასება შესაძლებელს გახდის შეფასდეს დარგის განვითარება მომავლაში მოქმედი გარემოებების გათვალისწინებით.

დოკუმენტში წარმოდგენილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის შეფასება, ოთხი ძირითადი მიმართულების/კომპონენტის მიხედვით. შეფასება განხორციელდა თითოეული მიმართულებით შერჩეულ ინდიკატორებზე დაყრდნობით. არსებული მონაცემების და მოქმედი გარემოებების გათვალისწინებით გაანალიზდა თითოეული მათგანი და მთლიანად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა.

33. [HTTP://NCDC.GE/CATEGORY/ARTICLE/7687](http://ncdc.ge/category/article/7687)

34. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2105 წლის სახელმწიფო სტრატეგია. სშსჯდ სამინისტრო, 2011

35. მთავრობის დადგენილება N762. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია, სამოქმედო გეგმა 2015-2010“.

36. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია, სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

4.1 მმართველობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრიორიტეტია. შესაბამისად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია და ღონისძიებები, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სხვა მიმართულებებთან ერთად, მულტისექტორული თანამშრომლობით, გულისხმობს ადამიანებისათვის ისეთი პირობების შექმნას, რომელიც საშუალებას მისცემს იცხოვრონ ცხოვრების ჯანსაღი წესით. ამაში იგულისხმება მთელი რიგი ქმედებების სპექტრი, მიმართული იქითკენ, რომ უფრო მეტმა ადამიანმა შეინარჩუნოს კარგი ფსიქიკური ჯანმრთელობა³⁷.

მმართველობის შეფასების მიზნით შეირჩა 10 ინდიკატორი. კერძოდ:

| | |
|-----|--|
| 1. | შემუშავებული და დამტკიცებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა |
| 2. | ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის კოორდინაციისა და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეული ფუნქციონირებს |
| 3. | ფსიქიკური ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მონიტორინგისა და რეპორტინის გაუმჯობესება |
| 4. | უმრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია |
| 5. | ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში შემუშავებული და დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა (მათ შორის პენიტენციური სისტემისთვის) |
| 6. | ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების % წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში; სხვაობა პროგრამის დაგეგმულ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის (დაემატა აღნიშნული ინდიკატორი) |
| 7. | ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოქმედი სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს M&E კომპონენტს |
| 8. | ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ კანონის ჰარმონიზაცია |
| 9. | საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება (ძალადობის პრევენციის პროგრამის შემუშავება; სუიციდის პრევენციის პროგრამის შემუშავება) ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიციის შენიშვნის საფუძველზე ინდიკატორი შეიცვალა: „საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება (პრევენციული პროგრამების შემუშავება, მათ შორის ძალადობის და სუიციდის პრევენციის)“ |
| 10. | შემუშავებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების სისტემა |

1. შემუშავებული და დამტკიცებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) განცხადებით 2020 წლისთვის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ქვეყნების 80%-ს შემუშავებული ან განახლებული უნდა ჰქონდეთ პოლიტიკის დოკუმენტი/სამოქმედო გეგმა, რომელიც თანხვედრაში იქნება საერთაშორისო და რეგიონულ სტანდარტებთან ადამიანის უფლებათა დაცვის კუთხით“. ამ ეტაპზე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრ ქვეყნებს შორის მხოლოდ ქვეყნების 68%-ს გააჩნია ცალკე პოლიტიკა ან სამოქმედო გეგმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით. ამ მხრივ საქართველო სრულად პასუხობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მოთხოვნას, რადგან შემუშავებული აქვს სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა.

37. [HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS220/RU/INDEX.HTML](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/index.html)

საქართველოს მთავრობამ და კერძოდ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში შეიმუშავა სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა - საქართველოს მთავრობის დადგენილება N762, 31.12.2014წ, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ.“ აღნიშნული დოკუმენტი წარმოადგენს საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ გეგმას, რომელიც შეიმუშავდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის საფუძველზე, რომელიც დამტკიცდა საქართველოს პარლამენტის მიერ, 2013 წლის დეკემბერში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული გეგმა ასახავს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების ხედვას მომავალი 5 წლის პერიოდისთვის, განსაზღვრავს ფასეულობებსა და პრინციპებს, რასაც ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მონყოლა და ასევე, ძირითად საჭიროებებს, რომელიც აუცილებელია მომავლის ხედვის რეალიზაციისთვის.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველოში, როგორც სახელმწიფო, ასევე ადგილობრივი თვითმმართველობები და სერვისის მიმწოდებლები (მ.შ. დონორული დაფინანსებით) ახორციელებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამებს, რომელთა ერთმანეთთან თავსებადობა/შესაბამისობა მნიშვნელოვანია მომავალში სტრატეგიით განსაზღვრული აქტივობების განხორციელების პროცესში (არსებული გამოცდილების პრაქტიკის გათვალისწინება). შესაბამისად, აღნიშნული მიმართულების და ინდიკატორის შეფასებისას მნიშვნელოვნად ჩაითვალა განხილულიყო მოქმედი პროგრამების პრაქტიკა. მიმდინარე ეტაპზე, შესაძლებელია გამოიყოს შემდეგი სახის პროგრამების არსებობა (დანვრილებით, შესაბამის ინდიკატორებში):

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ადმინისტრირებით, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოქმედებს რიგი სახელმწიფო პროგრამები, რომელიც მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტს, კერძოდ:
 - „ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ პროგრამა, რომლის მიზანია ფსიქიატრიული მომსახურების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა საქართველოს მოსახლეობისთვის. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარები უზრუნველყოფილი არიან:
 - ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურებით, რომელიც მოიცავს: ამბულატორიულ მომსახურებას, ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას, ბავშვთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, ფსიქიატრიულ კრიზისულ ინტერვენციას, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურებას;
 - სტაციონარულ მომსახურებას, რომელიც მოიცავს: ბავშვთა და მოზრდილთა სტაციონარულ მომსახურებას, ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფას.
 - „ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამა“, კომპონენტი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ნივთიერება დამოკიდებულების პრევენცია“. კომპონენტის მიზანია: ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ სტიგმისა (მათ შორის თვითსტიგმა) და დისკრიმინაციის მიზეზების და მათი შედეგების შემცირება. პროგრამა მოიცავს:
 - მოსახლეობის განათლებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასევე, ნივთიერება დამოკიდებულების შესახებ;

- მონყვლადი ჯგუფების ინფორმირებას, განათლებას და ცნობიერების ამაღლებას ფსიქიკური პრობლემების დროული გამოვლენისა და მკურნალობის მნიშვნელობის შესახებ;
 - სოციალურ მუშაკთა და პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ცოდნის დონის გაზრდას ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნივთიერება დამოკიდებულების თაობაზე.
- „დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი, ქვეკომპონენტი - 1-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა მსუბუქი და საშუალო ხარისხის მენტალური განვითარების დარღვევების პრევენცია, ადრეული დიაგნოსტიკა და გონებრივი ჩამორჩენილობის პროფილაქტიკა. ქვეკომპონენტის მიზანია, ბავშვის მსხვილი და ნატიფი მოტორიკის, ექსპრესიული და რეცეპტული მეტყველების, კომუნიკაციის, შემეცნებითი უნარების, თვითმომსახურების სფეროების შეფასება, ბავშვის ფსიქიკური განვითარების ასაკობრივ ნორმასთან შესაბამისობის დადგენა, დიაგნოსტიკურ ბავშვებში ინტერვენციისა და განვითარების ინდივიდუალური გეგმების შემუშავება;
- „ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის“, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს: სტაციონარულ დეტოქსიკაციას და პირველად რეაბილიტაციას ოპიოიდების, სტიმულატორების და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დროს, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფას (2017 წლის 1 ივლისიდან) და ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარულ მომსახურებას, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით;
- „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის“ სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა, რომლის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფისათვის ოჯახურ გარემოსთან მიახლოებული პირობების შექმნა, დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობა და სოციალური ინტეგრაცია. ქვეპროგრამით გათვალისწინებული კომპონენტი „შშმ პირთა საოჯახო ტიპის დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობი მომსახურებით უზრუნველყოფა“ მოიცავს:
- არაუმეტეს 6 ბენეფიციარზე გათვლილი ოჯახური ტიპის საცხოვრებელი უზრუნველყოფას;
 - მომსახურების პიროვნებაზე ორიენტირებული გეგმის შედგენას;
 - სრულფასოვანი კვებით ან საკვები პროდუქტებით უზრუნველყოფას;
 - საჭიროებისამებრ, პირველადი სამედიცინო დახმარების განწვეის, ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მიღების ორგანიზებას;
 - საჭიროებისამებრ საყოფაცხოვრებო (მ.შ. თვითმოვლის) უნარ-ჩვევების განვითარება-სწავლება და მხარდაჭერა;
 - წინაპროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარებაში ხელშეწყობას;
 - ბენეფიციართა მომსახურებისგან დამოუკიდებლად ცხოვრების მხარდაჭერისთვის დასაქმებისა და ეკონომიკური დამოუკიდებლობის ხელშეწყობას მათი შესაძლებლობებისა და უნარ-ჩვევების გათვალისწინებით;
 - ასაკის, სქესისა და სეზონის შესაბამისი სამოსითა და პირადი ჰიგიენისათვის აუცილებელი ნივთებით უზრუნველყოფას;
 - საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობი სხვადასხვა კულტურული, სპორტული, რეკრეაციული ღონისძიებების განხორციელებას.

შშმ პირთა საოჯახო ტიპის დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობის უზრუნველყოფის კომპონენტის სამიზნე ჯგუფია 18 წლისა და უფროსი ასაკის შშმ პირები, მათ შორის, ფსიქიკური აშლილობის შემთხვევაში (სამედიცინო ფორმა N100-ით დადასტურებული), პროგრამით განსაზღვრული დიაგნოზების მქონე პირები (მხოლოდ რემისიის მდგომარეობაში).

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით ერთდროულად მოსარგებლე პირთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს - 28-ს (მ.შ. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბენეფიციარები).

- „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის“ დღის ცენტრების ქვეპროგრამა, რომლის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფის ოჯახების მხარდაჭერა და მიტოვების პრევენცია. ქვეპროგრამის ფარგლებში, მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე შეზღუდული შესაძლებლობის ბავშვების მომსახურების მიმწოდებლად დარეგისტრირებული დღის ცენტრის მომსახურება დამატებით მოიცავს:
 - ბენეფიციარის ფსიქომოტორული განვითარებისა და სოციალური უნარების შეფასებას სპეციალური მეთოდოლოგიით, რომელიც მოიცავს შეფასების ინსტრუმენტსა და ბავშვთან მუშაობის გზამკვლევეს;
 - ბენეფიციარის შეფასება და რეაბილიტაციის/აბილიტაციის გეგმის შემუშავება/განხორციელება ხდება მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, შემდეგი სპეციალისტების ჩართულობით: ფსიქოლოგი, პედიატრი, ოკუპაციური თერაპევტი, სპეციალური განათლების მასწავლებელი, მომვლელი;
 - ფსიქოლოგიური მომსახურებისა და ოკუპაციური თერაპიის უზრუნველყოფას დღის ცენტრის ფარგლებში;
 - ბენეფიციართა ვერბალური/ალტერნატიული კომუნიკაციის განვითარების ხელშეწყობას;
 - ბენეფიციარის დახმარებას კვების, საპირფარეშოს, პირადი ჰიგიენის დაცვის პროცესში;
 - ბენეფიციართა ქცევითი დარღვევების შეფასებასა და ქცევის მართვის სპეციალიზებული გეგმის შემუშავებას და განხორციელებას. მშობლებისთვის შესაბამისი რეკომენდაციების მიწოდებას ბავშვის ქცევის სწორად მართვის მიზნით (რთული ქცევის მართვის პროგრამაში მონაწილეობენ დღის ცენტრის თანამშრომლები, მშობლები, ბენეფიციარის განვითარების პროცესში ჩართული სხვა პირები. რთული ქცევის მართვის პროგრამა დგება ქცევის გამოვლენიდან 30 დღეში. პროგრამის გადასინჯვა ხორციელდება 3 თვეში ერთხელ);
 - ბენეფიციართა ცენტრებში მიყვანისა და შინ დაბრუნების ტრანსპორტით უზრუნველყოფას.

ქვეპროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარების (6-დან 18 წლამდე ასაკის მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე, ასევე ქცევის მნიშვნელოვანი აშლილობით გამოხატული სხვა გონებრივი ჩამორჩენის მქონე შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვების (მათ შორის, ბავშვები, რომელთა ოჯახებიც იღებენ რეინტეგრაციის შემწეობას ან იმყოფებიან მინდობით აღზრდაში)) რაოდენობა არ აღემატება 66-ს. ქვეპროგრამის ფარგლებში, 2017 წელს, სერვისი მიწოდება 50 ბენეფიციარს თბილისში, ხოლო 16 ბენეფიციარს ქუთაისში.

- ადგილობრივი თვითმმართველობები ფსიქიკურად დაავადებულ ბენეფიციარებზე, ისევე როგორც მთლიან მოსახლეობაზე, გასცემენ ფინანსურ დახმარებას (ერთჯერადი, ან ყოველთვიური) მედიკამენტების, მკურნალობის ან საყოფაცხოვრებო პრობლემების მოსაგვარებლად. შედარებით მცირეა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაავადებულთათვის სპეციფიკურად განკუთვნილი პროგრამები, როგორცაა მაგალითად:

- ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურების“ ქვეპროგრამა (2016 წლიდან ხორციელდება), რომელიც მოიცავს ორ კომპონენტს: ფსიქიატრიული კრიზისული ხანმოკლე ინტერვენცია ბავშვებსა და მოზარდებში და აქტიური (ასერტული) ფსიქიატრიული მკურნალობა, რომელთაგანაც

ფსიქიატრიული კრიზისული ხანმოკლე ინტერვენცია წარმოადგენს სახელმწიფო პროგრამის ანალოგს (სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება მოზრდილები, ხოლო მუნიციპალური პროგრამის ფარგლებში კი ბავშვები და მოზარდები), რაც შეეხება აქტიურ (ასერტული) ფსიქიატრიული მკურნალობის დაფინანსებას, აღნიშნული წარმოადგენს დამოუკიდებელ აქტობას;

- ქ.ბათუმის მუნიციპალიტეტის მერია ახორციელებს „ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის“ ქვეპროგრამას. აღნიშნული ქვეპროგრამის ფარგლებში, ბათუმში მცხოვრები 18 წლის ზემოთ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის, განსაზღვრულია ფსიქოლოგიური დახმარება, არტთერაპია, სპეციალური პედაგოგის მომსახურება და სხვა;
- წალენჯიხის მუნიციპალიტეტში, 2015 წლიდან ადგილობრივი ბიუჯეტიდან ფინანსდება „ფსიქიკურ ავადმყოფთა ფსიქოტროპული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის დაფინანსების პროგრამა“, რომლის ბენეფიციარები არიან მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე მცხოვრები მოქალაქეები, რომლებიც დაავადებული არიან ფსიქიკური აშლილობით და სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფსიქოტროპული წამლების გარდა დამატებით საჭიროებენ სხვა ძვირად ღირებულ მედიკამენტებს. პროგრამა ითვალისწინებს თითო ბენეფიციარზე (ან ოჯახის წევრზე-მეურვეზე) ყოველთვიურად უნაღდო ანგარიშსწორებით პირად ანგანიშზე 100 ლარის ჩარიცხვას (ბენეფიციართა შერჩევა ხდება ფსიქონარკოლოგიური დისპანსერის მონაცემებზე დაყრდნობით);
- ბოლნისის მუნიციპალიტეტის გამგეობა ფსიქიკური დაავადებების მქონე სოციალურად დაუცველ მოქალაქეებს უზრუნველყოფს უფასო მედიკამენტებით და ბავშვების სარეაბილიტაციო ცენტრით.
- აფხაზეთის ა/რ - ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ბოლო წლებში ახორციელებს „აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა და აგრეთვე აფხაზეთის ა/რ-ის ტერიტორიაზე მცხოვრებთა (ნეიტრალური პასპორტის მქონე პირების) ამბულატორიული დახმარების სამკურნალო რეაბილიტაციის პროგრამას“, რომლის ერთ-ერთი კომპონენტია, „მენტალური განვითარების დარღვევის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია/აბილიტაცია“. პროგრამის მოსარგებლები არიან 18 წლის ჩათვლით ბავშვები, რომლებსაც გააჩნიათ განვითარების ტიპის დაყოვნებისა და განვითარების ზოგადი აშლილობების დადგენილი დიაგნოზი. პროგრამა ითვალისწინებს ფსიქოლოგის მეთვალყურეობას, ოკუპაციურ თერაპიას, ენისა და მეტყველების თერაპიას;
- სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს განცხადებით, პენიტენციურ დაწესებულებებში განწერილია ფსიქიკური დაავადებების მქონე პატიმართა მართვის წესი, რომელიც ითვალისწინებს (მინისტრის N31 ბრძანება, 12 მუხლით განსაზღვრულია ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სუიციდის პრევენციის სტანდარტი) ყველა პენიტენციურ სისტემაში: გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა/კრიზისული ინტერვენცია, სუიციდის რისკის მართვა, მსუბუქი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მკურნალობა, სტაციონარული მკურნალობა, ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა ქვეყანაში აღიარებული გაიდლაინების და პროტოკოლების შესაბამისად. საჭიროების შემთხვევაში მსჯავრდებულს შეიძლება ჩაუტარდეს სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, რათა დადგინდეს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების აუცილებლობა. არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება მსჯავრდებულს მიენიჭება სამოქალაქო სექტორის სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.

ამასთან, 2013 წელს დაიწყო სუიციდის პრევენციის პროგრამის პილოტირება N8 პენიტენციურ დაწესებულებაში, ხოლო 2016 წელს მინისტრის N13 ბრძანების საფუძველზე სუიციდის პრევენციის პროგრამა ამოქმედდა ყველა დაწესებულებაში. აღნიშნული პროგრამა მიზნად ისახავს სუიციდით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირებას.

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია ითქვას, რომ ქვეყანაში არსებობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთიანი ხედვა, სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. ამასთან ხორციელდება რიგი პროგრამები, რომელთა ყოველწლიური სიღრმისეული შეფასება (განსაზღვრულ ძირითად ინდიკატორებზე დაყრდნობით), შესაძლებელს გახდის დაინერგოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღების პრაქტიკა და სამოქმედო გეგმით განწერილი აქტივობები განხორციელდეს თანმიმდევრულად და ხარჯთეფექტურად.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შემუშავებული და დამტკიცებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა.

2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო კოლიტიკის კოორდინაციისა და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეული ფუნქციონირებს

არსებული პრაქტიკის გათვალისწინებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში ფუნქციონირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსაზღვრელი საბჭო, რომელიც შეიქმნა 2011 წელს, როგორც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სათათბირო ორგანო. საბჭოს შემადგენლობაში არიან როგორც სამთავრობო, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენლები და ფსიქიატრიული დაწესებულებების ხელმძღვანელები. საბჭოს მიზანს და ამოცანებს წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსაზღვრა და რეფორმის მიმდინარეობის მეთვალყურეობა, სამართლიანი და პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურების მიწოდებისათვის ოპტიმალური რეკომენდაციების მომზადება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მართვის, მარეგულირებელ და საკანონმდებლო სექტორებში განსახორციელებელ ცვლილებებზე რეკომენდაციების მომზადება. ამასთან, სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო პასუხისმგებელია პოლიტიკის დაგეგმვაზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით და პროგრამების სამმართველო ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების შემუშავებაზე. პროგრამების სამმართველოს ერთი თანამშრომელი უშუალოდ პასუხისმგებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის დაგეგმვა-შეფასების პროცესზე.

სამწუხაროდ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს არ წარმოუდგენია ინფორმაცია სამინისტროში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით მიმდინარე სამუშაო პროცესთან დაკავშირებით, შესაბამისად, რთულია შეფასდეს, რამდენად შესაბამისობაშია აღნიშნული საბჭოს, სამმართველოების ფუნქციები და ჩართული თანამშრომლის სამუშაო აღწერილობა სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულ სახელმწიფო პოლიტიკის კოორდინაციის და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეულის ფუნქციებთან, საჭიროებს თუ არა დამატებითი სიმძლავრის შექმნას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის კოორდინაციისა და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეული არ ფუნქციონირებს. ის ინტეგრირებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებულ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელი საბჭოს“, პოლიტიკისა და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების სამმართველოების ფუნქციებში. აღნიშნულ მიმართულებაზე სპეციფიკურად პასუხისმგებელია ერთი თანამშრომელი.

3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მონიტორინგისა და რეპორტირების გაუმჯობესება

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისთვის, 2020 წლისთვის, მნიშვნელოვნად მიიჩნევს შემდეგი ინდიკატორის შეფასებას: „ქვეყნების 80%-ი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში რუტინულად აგროვებს ძირითად ინდიკატორებს, რომლებზე დაყრდნობითაც ამზადებს ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ ანგარიშებს, ეროვნული საინფორმაციო სისტემების მეშვეობით“. მონაცემების რუტინული მონიტორინგის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია, როგორც დარგის განვითარების დაგეგმვისას, ასევე დარგის ფუნქციონირების შეფასების, ნაკლოვანებების და არათანმიმდევრული გადაწყვეტილებების იდენტიფიკაციის მიზნით.

საქართველოში სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში აქტიურად ინერგება ელექტრონული ჯანდაცვის მოდულები, რომლებიც ინტეგრირდება ეროვნულ საინფორმაციო სისტემასთან. მიმდინარე ეტაპზე, არ არის შემუშავებული ბაზისური ინდიკატორების ნუსხა და შესაბამისად არ ხდება მათი რუტინული მონიტორინგის გაუმჯობესება. მონაცემები ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ სხვადასხვა უწყებების და სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან დღეისათვის გროვდება სპორადულად, დამოკიდებულია კონკრეტულ კვლევებზე და პროგრამებზე და არ იძლევა დარგის შეფასების შესაძლებლობას (ერთი მხრივ, რიგი სერვისის მიმწოდებლების მიერ მოგროვილი ინფორმაცია საერთოდ არ ხვდება საერთო ანგარიშების სისტემაში და მეორე მხრივ, მათ მიერ მოგროვილი ინფორმაცია განსხვავებულია და არ იძლევა შედარების საშუალებას).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: განსაზღვრული არ არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები, შესაბამისად არ ხდება მათი რუტინული მონიტორინგის გაუმჯობესება და რეპორტირება.

4. უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია

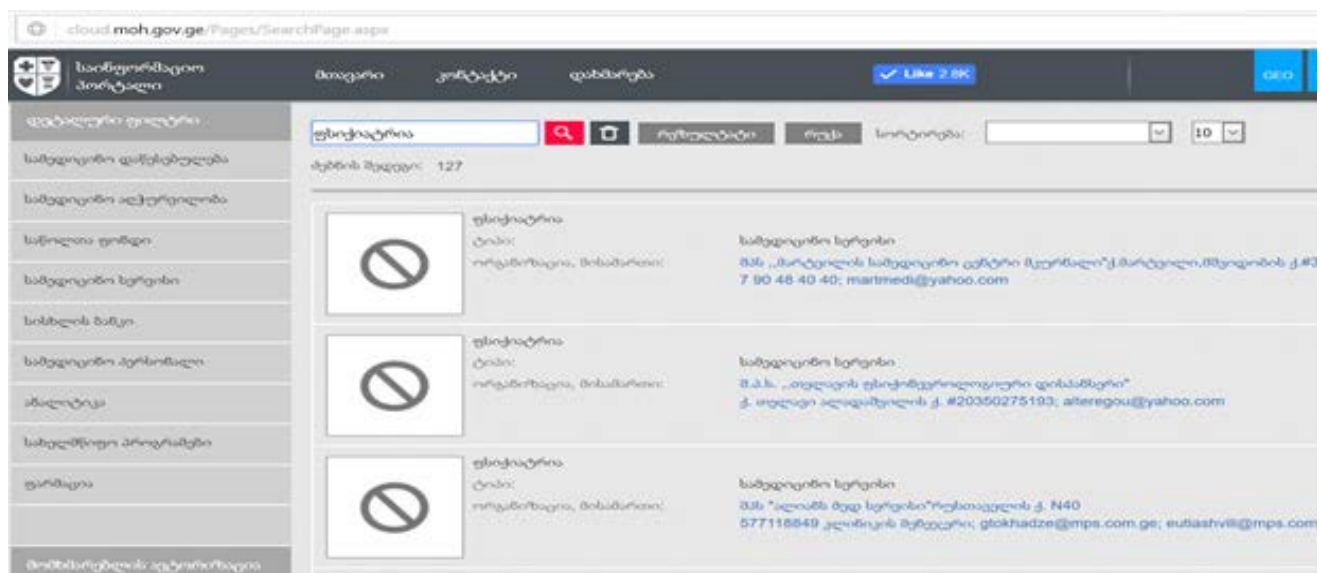
ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმა ყურადღებას ამახვილებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა (ამბულატორიული, სტაციონარული და სხვა) პასპორტიზაციის პროცესის სრულყოფაზე.

სამედიცინო დაწესებულებების, მათ შორის ფსიქიატრიული სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია ხორციელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური

დაცვის მინისტრის 2013 წლის 6 აგვისტოს N01-336 ბრძანების „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთათვის პასპორტიზაციის წესების დამტკიცების შესახებ“ საფუძველზე:

- ეს წესი განკუთვნილია ყველა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირისთვის/ დაწესებულებისთვის ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის მიუხედავად;
- ამ წესის მიზნებისთვის პასპორტიზაციის პროცესი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მიერ დაწესებულების შესახებ მონაცემების საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალურ ვებგვერდზე (www.moh.gov.ge) განთავსებას ელექტრონული ჯანდაცვის საინფორმაციო პორტალზე, სპეციალური ფორმისა და ამ წესის შესაბამისად;
- მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია ფაქტობრივი მდგომარეობის რაიმე სახის ცვლილება ასახოს შესაბამის ელექტრონულ პორტალზე შევსებულ საკუთარი პასპორტიზაციის მონაცემებში და მონაცემები განაახლოს ყოველი თვის პირველი რიცხვისთვის;
- „დაწესებულების ტიპის“ ბლოკში უნდა იქნეს ამორჩეული დაწესებულების ის ტიპი, რომელსაც მიეკუთვნება დაწესებულება. პასუხის შესაძლო ვარიანტებია: ამბულატორია=01; საოჯახო მედიცინის ცენტრი=02; სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულება=03; სპეციალიზებული კაბინეტი=04; მრავალპროფილური სტაციონარული დაწესებულება=05; მონოპროფილური სტაციონარული დაწესებულება=06. მიეთითება მხოლოდ კოდი.

შესაბამისად, პასპორტიზაციის ერთიან ელექტრონულ ჯანდაცვის სისტემაში რეგისტრირებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებელი ყველა დაწესებულება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებგვერდზე, საინფორმაციო პორტალზე „სამედიცინო სერვისის“ - ფსიქიატრიის, სერვისის მიმწოდებლების რაოდენობა ჩამოლილია ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისის მიმწოდებლების მიხედვით (მოზრდილთა, ბავშვთა) და წარმოადგენს სულ 127 დაწესებულებას .



ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საკანონმდებლო დონეზე უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია. 2017 წლის მონაცემებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებელია 127 დაწესებულება.

5. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში შემუშავებული და დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა (მათ შორის კენიტიენციური სისტემისთვის)

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დამტკიცებულია და სამინისტროს ვებ გვერდზე ხელმისაწვდომია შემდეგი გაიდლაინები და პროტოკოლები:

1. ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ოკა);
2. მძიმე სტრესზე პიროვნების რეაქციის და ადაპტაციის დარღვევების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
3. პანიკური აშლილობა;
4. დემენცია;
5. დელირიუმი;
6. გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა;
7. დეპრესიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში;
8. დემენციის გამოვლენა და მართვა ზოგად საეჭიმო პრაქტიკაში;
9. შიზოფრენია;
10. დეპრესია.

ქ.თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების საქალაქო სამსახური აქტიური (ასერტული) ფსიქიატრიული მკურნალობის კომპონენტში საერთაშორისო გაიდლაინებით ხელმძღვანელობს. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, პენიტენციურ სისტემაში აქტიურად ხდება ქვეყანაში აღიარებული გაიდლაინების და პროტოკოლების გამოყენება.

აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია ითქვას, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დამტკიცებულია და სამინისტროს ვებ გვერდზე ხელმისაწვდომია ფსიქიკური ჯანმრთელობის 10 გაიდლაინი და პროტოკოლი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვისა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულია 10 გაიდლაინი და პროტოკოლი.

6. ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების პროცენტული წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში; სხვაობა პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის (დაემატა აღნიშნული ინდიკატორი)

შერჩეული ინდიკატორი აფასებს ეროვნული სტრატეგიით, ამ შემთხვევაში სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტივობების მოცულობას (პროცენტულ წილს), რომელიც ასახულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტში. ანუ, რა მოცულობა უკავია ფსიქიკურ ჯანმრთელობას სახელმწიფო ბიუჯეტში, რამდენად ზრდადია, ან კლებადია დაფინანსების მოცულობა, რამდენად პრიორიტეტულია დარგი და თანმიმდევრულია

მისი განვითარება. აღნიშნულის შეფასება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაშინ, როცა სახელმწიფომ პრიორიტეტად დაისახა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პირთა მკურნალობა და რეაბილიტაცია .

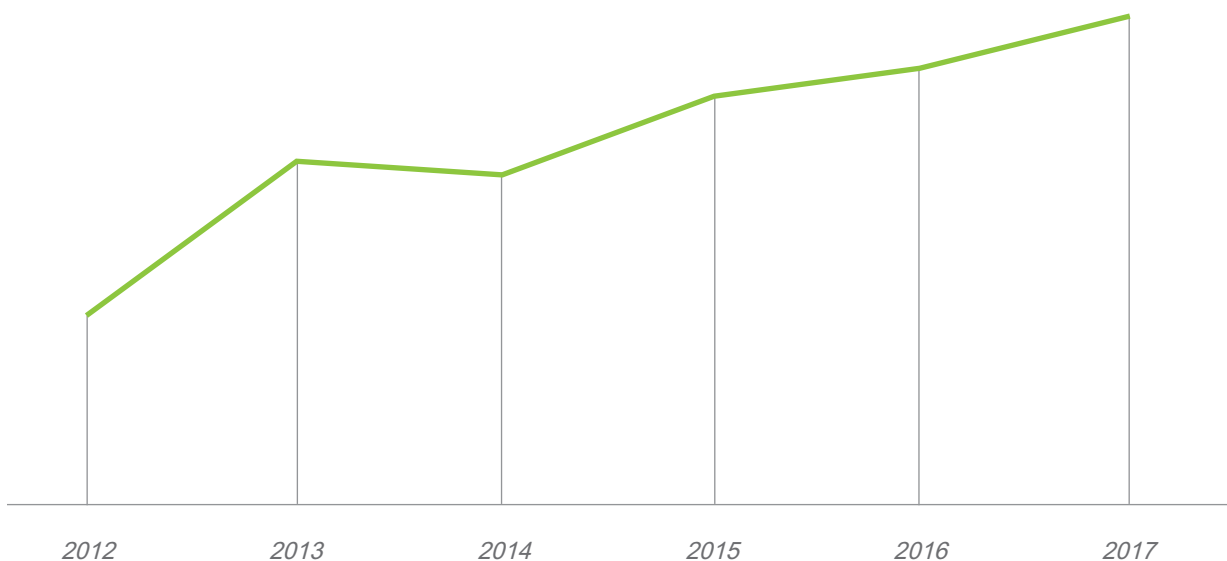
აღნიშნული ინდიკატორის შესაფასებლად შეირჩა მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა, რადგან ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტივობების შემცველი სხვა სახელმწიფო პროგრამები წინა წლების დინამიკაში შეფასების შესაძლებლობას არ იძლევა.

ცხრილი 9: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების წილი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში;

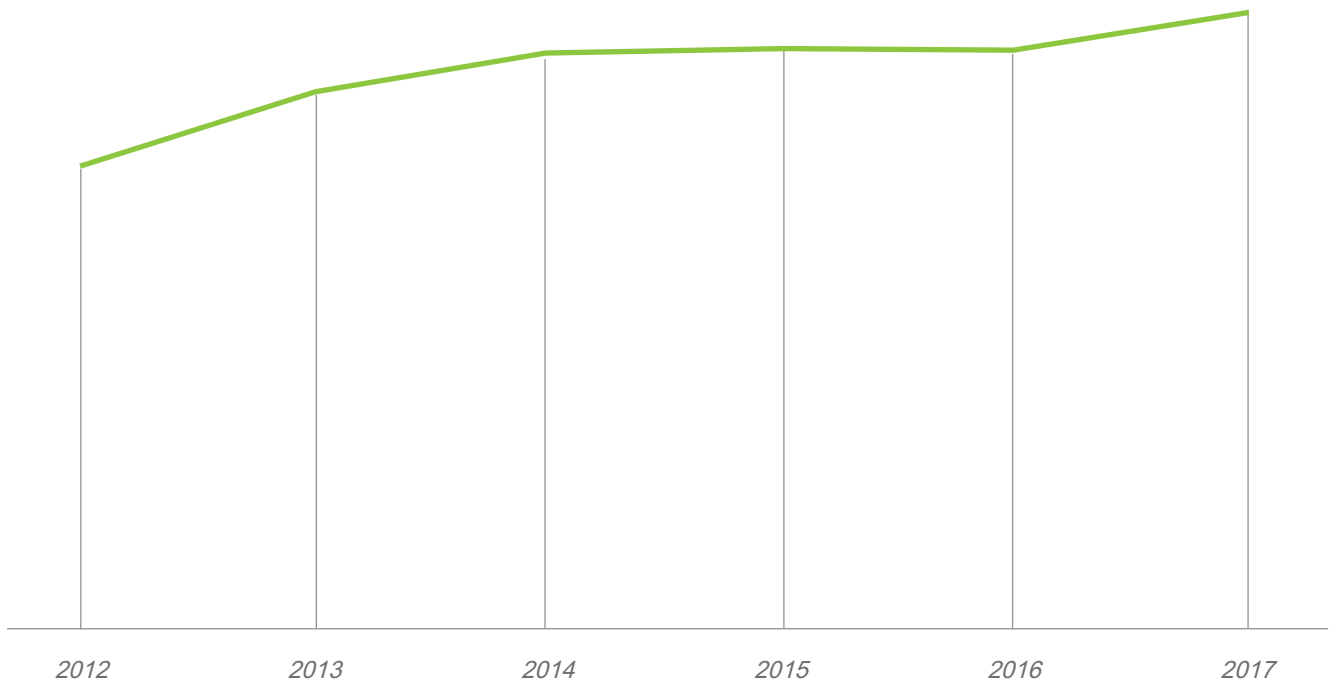
| კომპონენტი/წელი | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|---------|
| სშქსდ სამინისტროს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტი | 347,405.3 | 2375000 | 3100000 | 2500000 | 3100000 | 2000000 |
| ფაქტობრივი ხარჯი | 332,782.0 | 435,516.2 | 588,279.2 | 790,577.4 | | |
| ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა | 11,860.0 | 13,725.0 | 1690700 | 976300 | | |

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯები ყოველწლიურად აბსოლუტურ რიცხვებში იზრდება, თუმცა მცირდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს „ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების“ კომპონენტში „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაზე“ გამოყოფილი ასიგნებების წილი 3.4%-დან 1.8%-მდე 2012-2017 წლებში. 2017 წლის ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის წილი შეადგენს 1.8%-ს, რაც საბაზისო მონაცემი იქნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის 2017 წლის შეფასებისა.

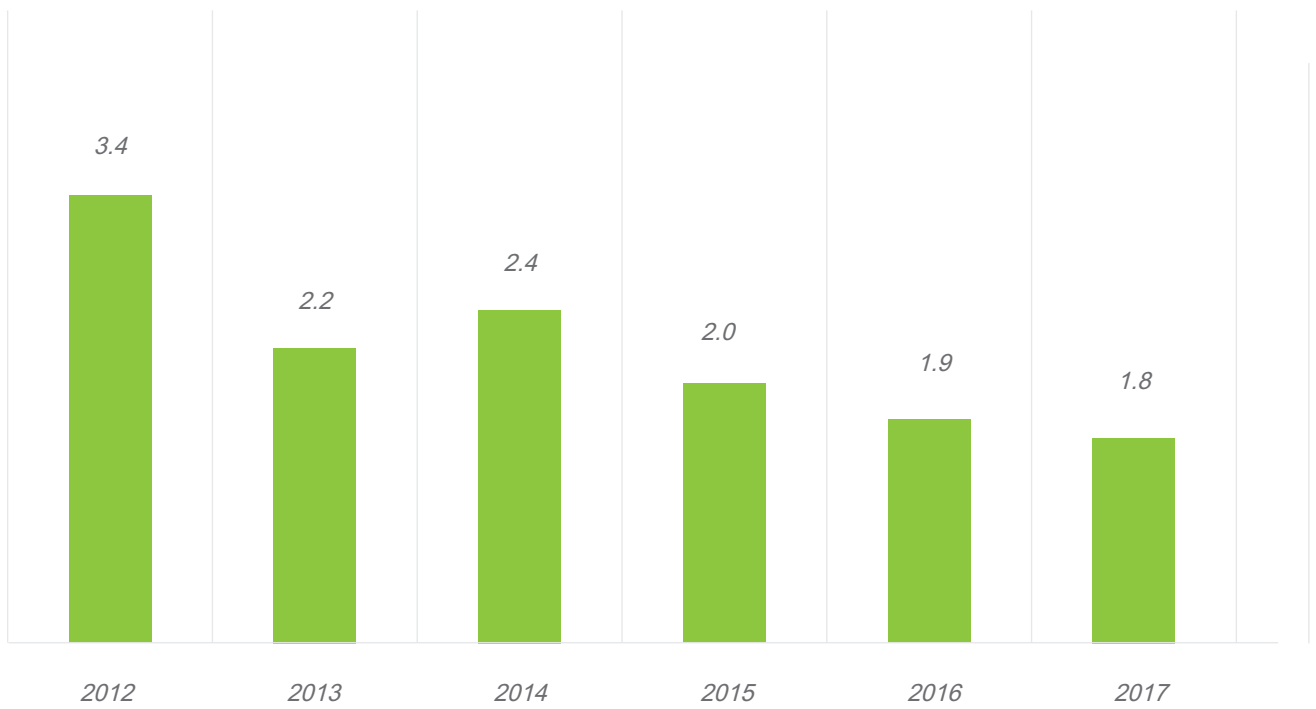
დიაგრამა 8: სშქსდ სამინისტროს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტი;



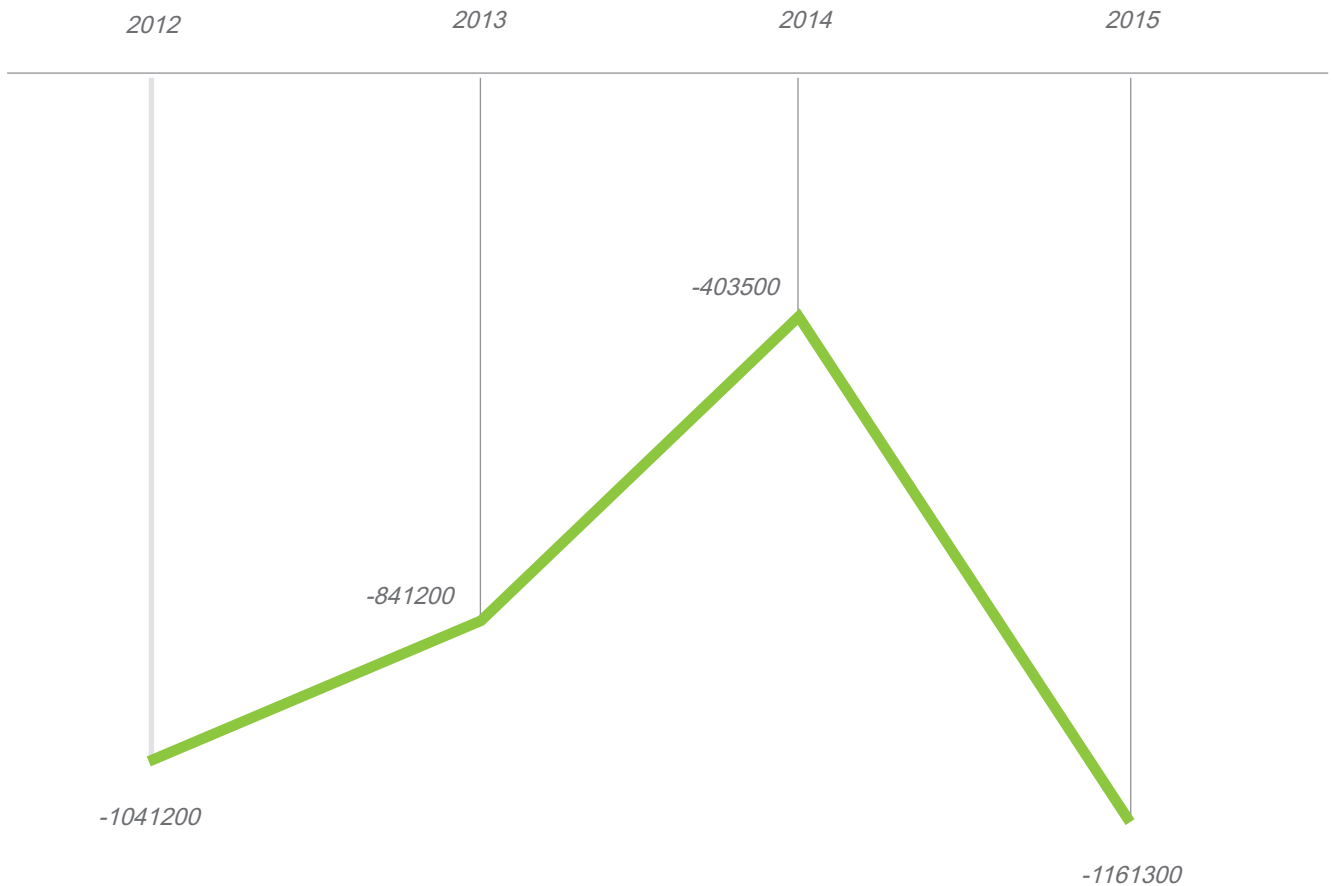
დიაგრამა 9: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი;



დიაგრამა 10: ფსიქიკური ჯანმრთელობის % წილი მთლიან ჯანდაცვის პროგრამებში;



დიაგრამა 11: სხვაობა დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის;



ამასთან, ბიუჯეტის დაგეგმვისას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაზე განსაზღვრული ასიგნებები შედარდა პროგრამის ფაქტობრივ ხარჯთან, ანუ დაგეგმვასა და განხორციელებას შორის არსებული სხვაობა აჩვენებს, რამდენად გაანალიზებული იყო დაგეგმვის პროცესი (არსებული მონაცემები, წლების დინამიკა, მოთხოვნა-მიწოდების საჭიროება). იგულისხმება, რომ ხარჯების საშუალოვადიანი დაგეგმვის ჩარჩოში სტრატეგიულად განერილ ასიგნებებსა და სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ ვანონში საბოლოოდ დაფიქსირებულ მოცულობებს შორის (ფაქტობრივი ხარჯი) განსხვავების არსებობა მიუთითებს გადაწყვეტილებათა მიღებისა და დაგეგმვის პროცესის ნაკლებ თანმიმდევრულობაზე. არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, 2012 წლიდან მაღალია პროგრამაზე გამოყოფილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის სხვაობა, კერძოდ, პროგრამა განხორციელების პროცესში მოითხოვდა დამატებითი თანხების მობილიზებას. სამწუხაროდ, აღნიშნული ტენდენცია შენარჩუნდა 2015 წელსაც და დამატებითი თანხის მოცულობამ 1,161,300 ლარი შეადგინა, რაც დაგეგმვის პროცესის ნაკლებ თანმიმდევრულობაზე მიუთითებს. გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში გათვალისწინებული არ ყოფილა არსებული გარემოებები და მოქმედი ფაქტორები.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: (1) ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის პროცენტული წილი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების მთლიან ბიუჯეტში შეადგენს 1.8%-ს; (2) 2015 წელს არასაკმარისი აღმოჩნდა დაგეგმილი ასიგნებები და 1,161,300 ლარის დამატება გახდა საჭირო.

7. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს M&E კომპონენტს

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორების არსებობა შესაძლებლობას იძლევა მომავალში მტკიცებულებებზე დაყრდნობით განხორციელდეს პროგრამის ცვლილება. ამასთან, აღნიშნული ინდიკატორები და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის ინდიკატორები ინტეგრირებული უნდა იყოს ჯანდაცვის რუტინულ საინფორმაციო სისტემაში (დარგის დინამიკაში შეფასების შესაძლებლობა).

საკითხის შესწავლისას გამოვლინდა, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო პროგრამებში არ არის გათვალისწინებული მონიტორინგის და შეფასების ჩარჩო, რომლითაც გაიზომება პროგრამის ეფექტურობა. სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს ადმინისტრირება/ინსპექტირების კომპონენტს, რომელიც ნაკლებად უზრუნველყოფს პროგრამების სრულყოფილ შეფასებას. დაფინანსების კომპონენტი არ ითვალისწინებს ინდიკატორებს, რომელიც ხელს შეუწყობს შესრულებული სამუშაოს ხარისხის გაუმჯობესებას. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მონიტორინგი ხორციელდება პროგრამის განმახორციელებლის მიერ. მონიტორინგის განხორციელებისას ხდება მიმწოდებელთან განმახორციელებლის უფლებამოსილი პირის ვიზიტი და შეტყობინებისას მიწოდებული ინფორმაციის გადამოწმება (მიმწოდებლისაგან მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაციისა და დოკუმენტაციის მოთხოვნა, საჭიროებისამებრ, პაციენტთან, მისი ოჯახის წევრებთან და შემთხვევასთან დაკავშირებულ სხვა პირებთან გასაუბრება). საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია, მიმწოდებელთან განხორციელდეს განმეორებითი ვიზიტი. ასევე სახელმწიფო პროგრამები ითვალისწინებს ინსპექტირების და კონტროლის კომპონენტს, რაც ითვალისწინებს პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლის ვალდებულების შესრულების დამადასტურებელი დოკუმენტაციის არსებობის შემოწმებას. მნიშვნელოვანი კომპონენტია რევიზია, რაც მოიცავს მიმწოდებელ დანესებულებაში პროგრამული შემთხვევის სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმებას. რევიზია ხორციელდება შერჩევითად ან/და საჭიროებისამებრ.

სახალხო დამცველის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად:

- 2012 წელს პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მანდატის ფარგლებში, საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ განხორციელდა ფსიქიატრიული დანესებულებების გეგმიური მონიტორინგი;
- 2013 წელს პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში განხორციელდა მონიტორინგი, რომლის მიზანი იყო გაერთიანებული ერების წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის წინააღმდეგ კონვენციით სახელმწიფო მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შესრულების მონიტორინგი სასჯერალსრულების სისტემაში, ფსიქიატრიულ დანესებულებებში;
- 2015 წელს სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა მონიტორინგი განახორციელდა 12 სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დანესებულებაში. ჩართული იყვნენ ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტები, ასევე განახლდა მონიტორინგის მეთოდოლოგია;
- 2016 წელს საქართველოს სახალხო დამცველმა განახორციელა ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების 2015-2020 სამოქმედო გეგმის შესრულების

მონიტორინგი, რომლის ფარგლებში გაანალიზდა პასუხისმგებელი უწყებების მიერ შესრულებული სამუშაო;

- 2017 წელს გაიმართა ხუთი შეხვედრა. გამართული ღონისძიებები მიზნად ისახავდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული მდგომარეობისა და გამონვევების განხილვას მხარეთა ჩართულობით. ყურადღება გამახვილდა ალტერნატიული სათემო სერვისების განვითარებაზე და ცენტრალურ ხელისუფლებასთან ერთად ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მონაწილეობის მნიშვნელობაზე;
- 2017 წელს სახალხო დამცველმა საერთაშორისო ორგანიზაცია „გლობალური ინიციატივა საქართველოში“ წარუდგინა სპეციალური ანგარიში „ფსიქიკური დაწესებულებების პრივატიზაცია საქართველოში, შეფასება“. სახალხო დამცველი ასევე ახორციელებს ინდივიდუალური განცხადებების და საჩივრების შესწავლასა და ანალიზს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო აქტიურად მუშაობს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მოთავსებულ პირთა უფლებების დაცვის შიდა მონიტორინგის ეფექტური მექანიზმების შექმნაზე, რაც ხელს შეუწყობს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტთათვის გარემო პირობების გაუმჯობესებას და დაავადების მართვისთვის ევროპის საუკეთესო გამოცდილების პრაქტიკის დანერგვას. განიხილება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შეთავაზებული შიდა მონიტორინგის მოდელში საქართველოს თავისებურებების გათვალისწინების საკითხი. შიდა მონიტორინგის ფუნქციების განმახორციელებლად განიხილება რამდენიმე უწყება: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი; სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო ან სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო .

მიმდინარე ეტაპზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა არ მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩოს, თუმცა ითვალისწინებს ინსპექტირების, კონტროლისა და რევიზიის კომპონენტებს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა არ მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორებს (რაც შესაძლებელს გახდის შეფასდეს პროგრამის ეფექტურობა).

8. ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ კანონის ჰარმონიზაცია

WHO განცხადებით 2020 წლისთვის „ქვეყნების 50%-ს შემუშავებული და განახლებული უნდა ჰქონდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში კანონმდებლობა, რომელიც შესაბამისობაში იქნება საერთაშორისო და რეგიონულ სტანდარტებთან ადამიანის უფლებათა დაცვის კუთხით“.

საქართველოს პარლამენტმა 1995 წლის 21 მარტს მიიღო პირველი კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, ხოლო, 2006 წლის 14 ივლისს ახალი კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“. ამ კანონით სახელმწიფო აღიარებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის ადამიანის ჯანმრთელობის ფუნდამენტური ნაწილი და საზოგადოების კეთილდღეობის აუცილებელი პირობა, ხოლო ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვა

სახელმწიფოს მოვალეობაა, და ამ კანონით განსაზღვრავს ფსიქიატრიული დახმარების სამართლებრივ და ორგანიზაციულ საფუძვლებს.

აღნიშნული კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ წინგადადგმული ნაბიჯია, თუმცა კანონმდებლობა მოითხოვს გადახედვას, დახვეწას და შესაბამისობაში მოყვანას ევრო დირექტივებთან და ადამიანის უფლებათა რეგიონულ სტანდარტებთან. ამასთან, საქართველო-ევროკავშირის ასოცირების შესახებ შეთანხმება ითვალისწინებს ჯანდაცვის სისტემის მოდერნიზებას და ევროპული სტანდარტების ეტაპობრივ დანერგვას. აქედან გამომდინარე, საქართველო იღებს ვალდებულებას განსაზღვრულ ვადებში ეტაპობრივად დაუახლოვოს თავისი კანონმდებლობა ევროკავშირის კანონმდებლობასა და საერთაშორისო სამართლებრივ ინსტრუმენტებს ყველა სფეროში, მათ შორის ჯანდაცვის და კერძოდ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებითაც. მნიშვნელოვანია, რომ კანონი მიღებულია, თუმცა სიღრმისეული შეფასებაა ჩასატარებელი, თუ რამდენად შესაბამისობაშია კანონი ევრო დირექტივებთან.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ კანონი ჰარმონიზებულია, თუმცა მოითხოვს სიღრმისეულ შეფასებას, ევრო დირექტივებთან და ადამიანის უფლებათა რეგიონულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად.

9. საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება (ძალადობის პრევენციის პროგრამის შემუშავება; სუიციდის პრევენციის პროგრამის შემუშავება)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის შენიშვნის საფუძველზე ინდიკატორი შეიცვალა, კერძოდ:

საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება (პრევენციული პროგრამების შემუშავება, მათ შორის ძალადობის და სუიციდის პრევენციის)

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, წელიწადში დაახლოებით 800 ათასი ადამიანის გარდაცვალების მიზეზი სუიციდია, რომელთა დიდი ნაწილი 15-დან 29 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფზე მოდის. WHO-ს განცხადებით ქვეყნების 80%-ს უნდა ჰქონდეს სულ ცოტა ორი მიმართულებით მოქმედი ეროვნული, მულტისექტორული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და პრევენციის პროგრამები 2020 წლისათვის. განსაკუთრებული პრიორიტეტული ამ მიმართულებით სუიციდის პრევენციაა (სუიციდის მაჩვენებლის 10%-ით შემცირება 2020 წლისათვის). საქართველოს, ისევე როგორც WHO-ს წევრი ქვეყნების პასუხისმგებლობაა შეამციროს სუიციდით გამოწვეული სიკვდილიანობა, რაც ასევე აისახა 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმაშიც - „მნიშვნელოვანია სუიციდის პროგრამების შემუშავება და განხორციელება“ (საბაზისო მონაცემების მოპოვება სუიციდის შესახებ საქართველოში რთულია).

აღსანიშნავია, რომ 2013 წელს, პენიტენციურ სისტემაში დაიწყო სუიციდის პრევენციის პროგრამის პილოტირება #8 პენიტენციურ დაწესებულებაში, ხოლო 2016 წელს მინისტრის #13 ბრძანების საფუძველზე სუიციდის პრევენციის პროგრამა ამოქმედდა

ყველა დაწესებულებაში. აღნიშნული პროგრამა მიზნად ისახავს სუიციდით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირებას.

ევრო საბჭოს მხარდაჭერით, 2015 წლიდან დაიწყო სასჯელალსრულების დაწესებულებების თანამშრომელთა ტრენინგები სუიციდის პრევენციის საკითხებთან დაკავშირებით და სულ 900-მდე თანამშრომელი გადამზადდა. ევრო საბჭოსა და ევროკავშირის ერთობლივი პროექტის ფარგლებში შემუშავდა ფსიქიკური აშლილობის პირთა სკრინინგ ინსტრუმენტები, რომელიც საშუალებას იძლევა მსჯავრდებულის პენიტენციურ სისტემაში შესვლისას მიმდებ განყოფილებაში განხორციელდეს სრულფასოვანი სკრინინგი, შეფასდეს კონკრეტული საჭიროებები. ამ ეტაპზე მიმდინარეობს მუშაობა აღნიშნული დოკუმენტის იურიდიულ ჩარჩოში მოქცევის პროცესზე. ევროსაბჭოსა და ევროკავშირის ერთობლივი პროექტის ფარგლებში შემუშავდა კრიზისის მართვის სამოქმედო გეგმა.

2017 წლის მონაცემებით, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების პროგრამები შემუშავებული არ არის. მხოლოდ პენიტენციურ სისტემაში დაიწყო სუიციდის პრევენციის პროგრამა.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების მიზნით პრევენციული პროგრამები (ძალადობის და სუიციდის პრევენციის) ცენტრალურ დონეზე შემუშავებული არ არის, მხოლოდ პენიტენციურ სისტემაში დაიწყო სუიციდის პრევენციის პროგრამა.

10. შემუშავებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების სისტემა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმის თანახმად „სახელმწიფო დაინტერესებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პოლიტიკის შედეგიანობის და მიმდინარეობის შეფასებაში, რისთვისაც პოლიტიკის განხორციელებასა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების გაზომვა უნდა განხორციელოს და, საჭიროების შემთხვევაში, შეიტანოს შესაბამისი კორექტივები პოლიტიკაში. ამ მიზნით აუცილებელია, შეიქმნას შეფასების ერთიანი სისტემა, განისაზღვროს ის ინდიკატორები, რომელთა საშუალებითაც მოხდება პოლიტიკის განხორციელების და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის შეფასება, განისაზღვროს ინდიკატორების შეგროვების პერიოდულობა, წყაროები და პასუხისმგებელი სტრუქტურები“.

2017 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით შეიქმნა სამუშაო ჯგუფი, რომელიც მუშაობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სტანდარტების და შეფასების ეფექტური მექანიზმების შემუშავების საკითხებზე. ამ ჯგუფში აქტიურად არის ჩართული ე.თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების საქალაქო სამსახური და სხვა დაინტერესებული პირები. 2017 წლისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების სისტემა შემუშავებული არ არის.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების სისტემა შემუშავებული არ არის.

მმართველობის კომპონენტის შეჯამება:

| მმართველობა | | |
|-------------|---|---|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | შემუშავებული და დამტკიცებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა | შემუშავებული და დამტკიცებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა |
| 2 | ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის კოორდინაციის და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეული ფუნქციონირებს | ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის კოორდინაციის და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეული არ ფუნქციონირებს, ის ინტეგრირებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებულ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელი საბჭოს“, პოლიტიკისა და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების სამმართველოების ფუნქციებში. აღნიშნულ მიმართულებაზე სპეციფიკურად პასუხისმგებელია ერთი თანამშრომელი. |
| 3 | ფსიქიკური ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მონიტორინგის და რეპორტირების გაუმჯობესება. | ქრონიკული დაავადებების / არაგადამდები დაავადებების გავრცელება და სისშირე მთლიან მოსახლეობაში. საქართველოში სიკვდილიანობის 69% გამოწვეულია კარდიოვასკულური ავადმყოფობებით, სიმსივნეებით 14%, სხვა არაგადამდები ავადმყოფობებით 6%, დიაბეტით 1%, სხვა მიზეზებით 3%, ტრავმებით 3%, ქრ. რესპირაციული ავადმყოფობებით 4%; |
| | განსაზღვრული არ არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები, შესაბამისად არ ხდება მათი რუტინული მონიტორინგის და რეპორტირების. | წლის განმავლობაში გარდაცვლილი პაციენტების % წილი შინამოვლის მომსახურების მიმღებ ბენეფიციარებში, ინფორმაციის არქონის გამო ვერ განისაზღვრა. |
| 4 | უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია | საკანონმდებლო დონეზე უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია. 2017 წლის მონაცემებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებელია 127 დაწესებულება. |
| 5 | ფჯ სფეროში შემუშავებული და დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა (მათ შორის პენიტენციური სისტემისთვის) | საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულია 10 გაიდლაინი და პროტოკოლი. |
| 6 | ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების პროცენტული წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში; სხვაობა პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტიურ ხარჯს შორის (შეიცვალა ინდიკატორი) | (1) ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის პროცენტული წილი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების მთლიან ბიუჯეტში შეადგენს 1.8%-ს; (2) 2015 წელს არასაკმარისი აღმოჩნდა დაგეგმილი ასიგნებები და 1,161,300 ლარის დამატება გახდა საჭირო. |

| | | |
|----|--|--|
| 7 | ფჯ მოქმედი სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს მონიტორინგის და შეფასების კომპონენტს | ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა არ მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორებს (რაც შესაძლებელს გახდის შეფასდეს პროგრამების ეფექტურობა). |
| 8 | ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ კანონის ჰარმონიზაცია | ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ კანონი ჰარმონიზებულია, თუმცა მოითხოვს სიღმისეულ შეფასებას, ევრო დირექტივებთან და ადამიანის უფლებათა რეგიონულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად. |
| 9 | საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება (პრევენციული პროგრამების შემუშავება, მათ შორის ძალადობის და სუიციდის პრევენციის) (შეიცვალა ინდიკატორი) | საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების მიზნით პრევენციული პროგრამები (ძალადობის და სუიციდის პრევენციის) ცენტრალურ დონეზე შემუშავებული არ არის, მხოლოდ პენიტენციურ სისტემაში დაიწყო სუიციდის პრევენციის პროგრამა. |
| 10 | შემუშავებულია ფჯ შეფასების სისტემა | ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების სისტემა შემუშავებული არ არის. |

4.2 დაფინანსება

დაფინანსების კომპონენტი - მოიცავს დაფინანსების წყაროებს (სახელმწიფო, დონორები, კერძო დაზღვევა, ჯიბიდან გადახდა), ფინანსური რესურსის სამართლიან გადანაწილებას და მომსახურების შესყიდვას. აღნიშნული მიმართულებით შეირჩა 7 ინდიკატორი:

| | |
|----|---|
| 1. | ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის % |
| 2. | ფსიქიატრიულ სავადმყოფოებზე დანახარჯი, როგორც ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის % ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით შევიდა ცვლილება ინდიკატორში და ჩამოყალიბდა შემდეგნაირად: ფსიქიატრიულ სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯი, როგორც ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის % |
| 3. | დანახარჯი ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაზე |
| 4. | ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფქ სახელმწიფო პროგრამის საერთო ბიუჯეტში ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით განხორციელდა ცვლილება ინდიკატორში და განისაზღვრა: ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალგარე სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტში |
| 5. | საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით. |
| 6. | კერძო დანახარჯების წილი ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე |
| 7. | კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტის ფინანსური წილი სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტიდან. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით, მხოლოდ კრიზისული ინტერვენციის გამოყოფა სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტიდან არასწორია. შევიდა ცვლილება ინდიკატორში და ჩანაცვლდა: ჰოსპიტალ-გარე სერვისების ფინანსური წილი სახელმწიფო პროგრამებში. |

1. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის %

ბოლო წლების მანძილზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯიდან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის წილი დიდ ცვლილებას არ განიცდის⁴⁶. სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამების ფარგლებში განერილი აქტივობები და ბიუჯეტის მოცულობა წარმოდგენილია ცხრილი 10-ზე.

ცხრილი 10: სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ფარგლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტივობები;

| პროგრამის დასახელება | 2014 წელი | 2015 წელი | 2016 წელი | 2017 წელი |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| ფსიქიკური ჯანმრთელობა | 15,137,100 | 16,170,500 | 16,502,500 | 16,000,000 |

⁴⁶ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები, საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2014 წ.

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| ჯანმრთელობის ხელშეწყობა: | 0 | 0 | 20,000 | 32,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> კომპონენტი: „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ნივთიერება დამოკიდებულების პრევენცია“. | 0 | 0 | 0 | 32,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პოპულარიზაცია და გაძლიერება, მ.შ.: ფსიქიკური ჯანმრთელობა (ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიზნით ფოკუს ჯგუფების კვლევა). | 0 | 0 | 20,000 | 0 |
| დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი: | 107,000 | 119,000 | 204,000 | 177,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> კომპონენტი: 1-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა მსუბუქი და საშუალო ხარისხის მენტალური განვითარების დარღვევების პრევენცია; | 107,000 | 119,000 | 204,000 | 177,000 |
| ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა: | 615,000 | 624,300 | 1,052,000 | 1,370,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> სტაციონარულ დეტოქსიკაციას და პირველად რეაბილიტაციას ოპიოიდების, სტიმულატორების და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დროს; | 615,000 | 555,500 | 801,000 | 1,070,000 |
| <ul style="list-style-type: none"> ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება. | 0 | 68,800 | 251,000 | 300,000 |
| ჯამი: | 15,859,100 | 16,913,800 | 17,778,500 | 17,579,000 |

2017 წლის საბაზისო მონაცემად აღებულია მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა, რადგან სხვა პროგრამების ჩაშლა, რომელიც მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტებს, არ ხდება ქვეპროგრამების დონეზე.

ცხრილი 11: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების წილი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში;

| კომპონენტი | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| საქსდ სამინისტროს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტი | 347,405.3 | 633,746.0 | 605,849.0 | 752,161.0 | 801,475.0 | 894,454.0 |
| ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა | 11,860.0 | 13,725.0 | 14,690.0 | 15,000.0 | 15,000.0 | 16,000.0 |
| ფსიქიკური ჯანმრთელობის წილი საქსდ სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ბიუჯეტში | 3.4% | 2.2% | 2.4% | 2.0% | 1.9% | 1.8% |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯში შეადგენს 1.8%-ს.

2. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე დანახარჯი, როგორც ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის %

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით შევიდა ცვლილება ინდიკატორში და ჩამოყალიბდა შემდეგნაირად:

ფსიქიატრიულ სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯი, როგორც ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის %

ფსიქიატრიულ სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი არ განიცდის ცვლილებას 2006 წლიდან დღემდე. დაბალია ჰოსპიტალ-გარე სერვისების დაფინანსება და ბავშვთა და მოზარდთა მომსახურების ხარჯები⁴⁷. ევროპის განვითარებული ქვეყნები სტაციონარულ სერვისებზე ხარჯავენ 9-31%-ს, გაცილებით მეტ სახსრებს ჰოსპიტალ-გარე სერვისებს უთმობენ.

ცხრილი 12: ბავშვთა და მოზარდთა ჰოსპიტალური მომსახურების ბიუჯეტი;

| წელი | ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი | ბავშვთა/ მოზარდთა ჰოსპიტალური მომსახურება | ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯი, როგორც ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის % |
|------|--|---|--|
| 2014 | 14 690 000 | 10,421.8 ⁴⁸ | 70.9% |
| 2015 | 15 000 000 | 10,778.7 | 71.9% |
| 2016 | 15000 000 | 10,614.5 | 70.8% |
| 2017 | 16,000.0 | 11,479.1 | 71.8% |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე დანახარჯი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის დანახარჯში შეადგენს 71.8%-ს.

47. მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

48. ეს არის პროგრამით გაწერილი თანხა ბავშვთა/მოზარდთა სტაციონარული მომსახურება, არ შედის ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი.

3. დანახარჯი ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაზე

ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაში შედის: ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება, ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი.

ცხრილი 13: დანახარჯი ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაზე;

| წელი | ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი | ჰოსპიტალ გარე მომსახურების ბიუჯეტი | დანახარჯი ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაზე % |
|------|--|------------------------------------|---|
| 2014 | 14690000 | 4 268 200 | 29.1% |
| 2015 | 15 000 000 | 4 221 300 | 28.1% |
| 2016 | 15000 000 | 4 385 500 | 29.2% |
| 2017 | 16 000 000 | 4 520 900 | 28.2% |

აღნიშნულ მონაცემებში მნიშვნელოვანია სახელმწიფო წილის განსაზღვრა, რადგან 2014 წელს 29.1%-ში სახელმწიფო წილი შეადგენდა 4.5%-ს (თემზე დაფუძნებული/ჰოსპიტალ-გარე სერვისები 2014 წელს პილოტური პროგრამებით ხორციელდებოდა დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, სახელმწიფო დაფინანსების წილი შეადგენდა 4,5%, სტაციონარული მომსახურების წილი კი - 70%)⁴⁹, დანარჩენი იყო დონორული დაფინანსება. მიმდინარე ეტაპზე ვერ შეფასდა ჰოსპიტალ-გარე მომსახურებაში სახელმწიფო წილის ზრდის დინამიკა, შესაბამისად, აღებული იქნა მთლიანი ბიუჯეტის თანაფარდობა ჰოსპიტალურ და ჰოსპიტალ-გარე მომსახურებებში. მომდევნო ეტაპზე მნიშვნელოვანი იქნება შეფასდეს ჰოსპიტალ-გარე მომსახურებაში სახელმწიფო-დონორული დაფინანსების თანაფარდობა წლების მიხედვით.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაზე დანახარჯი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის დანახარჯში შეადგენს 28.2%-ს.

4. ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით განხორციელდა ცვლილება ინდიკატორში და განისაზღვრა:

ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალგარე სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმით განსაზღვრულია ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალ

49. მთავრობის დადგენილება N762 „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია, სამოქმედო გეგმა 2015-2020“.

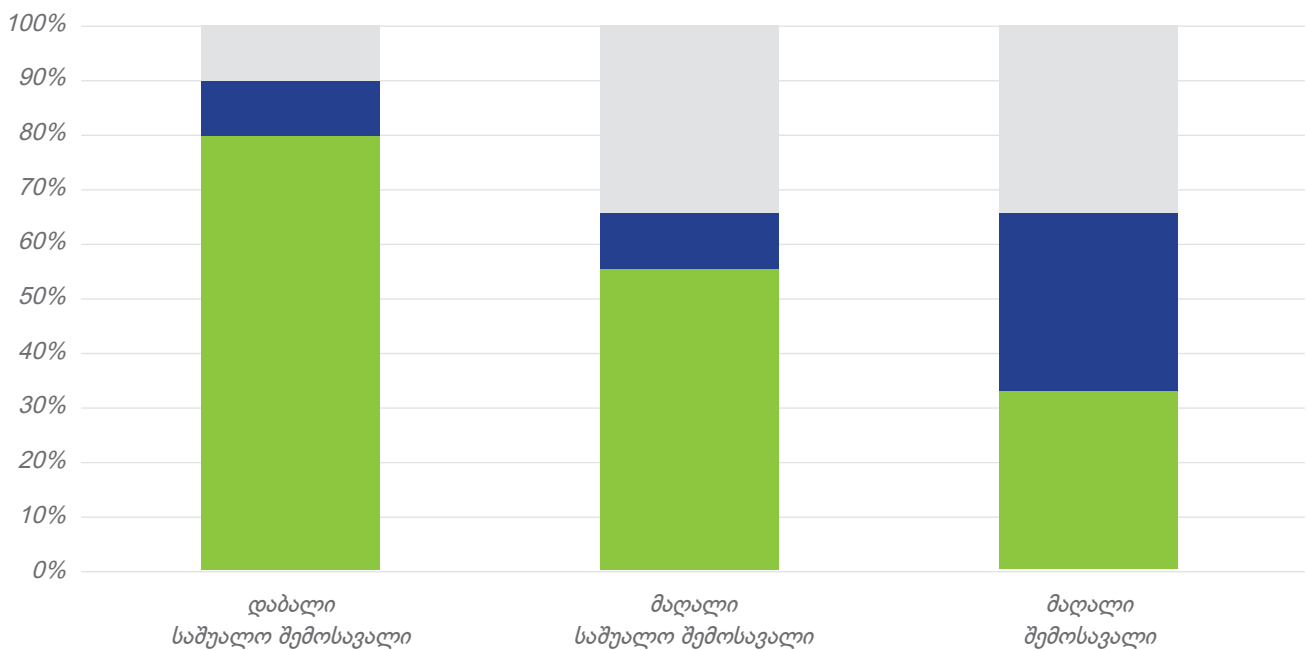
გარე სერვისების თანაფარდობა 2020 წლისთვის 50%-50% თანაფარდობით. 2014 წლიდან 2020 წლამდე თანაფარდობა იცვლება ჰოსპიტალური სერვისების ეტაპობრივი შემცირების და ჰოსპიტალ გარე სერვისების გაზრდის მიმართულებით. კერძოდ:

- 2014წ : ჰოსპიტალ გარე 4.5%⁵⁰ - ჰოსპიტალური 70%
- 2017წ : ჰოსპიტალ გარე 25% - ჰოსპიტალური 75%
- 2020წ: ჰოსპიტალ გარე 50% - ჰოსპიტალური 50%.

„ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მენტალური ჯანმრთელობის ატლასში (2014)“ წარმოდგენილია დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დანახარჯების განაწილება მომსახურების ქსელში (დიაგრამა 12).

დიაგრამა 12: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დანახარჯების განაწილება მომსახურების ქსელში;

■ ამბულატორია და პირველადი ჯანდაცვა ■ სხვა სტაციონარი და დღის სტაციონარი ■ ფსიქიატრიული კლინიკა



არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით 2014-2017 წლებში ჰოსპიტალურ და ჰოსპიტალ-გარე სერვისების თანაფარდობა 70.9%-29.1%, სადაც დონორული დახმარებაც შედიოდა, შეიცვალა 71.8%-28.2% თანაფარდობით.

ცხრილი 14: ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალ გარე მომსახურებების თანაფარდობა;

| წელი | ჰოსპიტალური მომსახურების % | ჰოსპიტალ გარე მომსახურების % |
|------|----------------------------|------------------------------|
| 2014 | 70.9% | 29.1% |
| 2015 | 71.9% | 28.1% |
| 2016 | 70.8% | 29.2% |
| 2017 | 71.8% | 28.2% |

50. ჰოსპიტალ-გარე სერვისები 2014წ. პილოტური პროგრამებით ხორციელდებოდა, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით. სახელმწიფო დაფინანსების წილი იყო 4,5%, სტაციონარული მომსახურების წილი 70% - 2014წ.

აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით ჰოსპიტალურ და ჰოსპიტალ-გარე მომსახურებების დაფინანსების 2017 წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში შეადგენს 71.8%-28.2%.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალ-გარე სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში შეადგენს 71.8%-28.2%.

5. საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გაღებულ ხარჯებზე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების შესახებ მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა ფსიქიატრიაზე სახელმწიფო დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, რომელიც საქართველოში 2007-2011 წლებში 1.7-2.6 აშშ დოლარის ფარგლებში მერყეობდა. 2014 წლის მონაცემებით კი დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე 2.67 აშშ დოლარს შეადგენს.

ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, 2011 წელს საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე იხარჯებოდა 2.7 \$ (PPP), მაშინ როცა მეზობელ სომხეთში ეს მაჩვენებელი იყო 4 \$, მოლდოვაში - 6.4 \$, ესტონეთში 60.2 \$ (განვითარებულ ქვეყნებში > 100\$)⁵¹ დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში, სახელმწიფო დანახარჯები ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით ძალიან დაბალია (ნაკლებია 2\$ ერთ სულ მოსახლეზე).

დიაგრამა 13: საშუალო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, მსოფლიო ბანკის ქვეყნების ჯგუფში;



51. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

52. ჯეოსტატი 1 იანვრის მდგომარეობით.

2017 წელს ერთ სულ მოსახლეზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი შეადგენს 4.3 ლარს (16,000,000 ლარი/3,718,200⁵² მოსახლეობის რიცხოვნება).
ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ერთ სულ მოსახლეზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი შეადგენს 4.3 ლარს.

6. კერძო დანახარჯების წილი ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე

მსოფლიოში, საშუალოდ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე კერძო (ჯიბიდან) დანახარჯების წილია შეადგენს 17.8%-ს. დაბალი საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში, რომელთა რიცხვს საქართველო მიეკუთვნება, 11% ფარგლებშია.

საქართველოში ფსიქიატრიული მომსახურება ძირითადად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება. კერძო ან კორპორაციული დაზღვევის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისათვის საქართველოში შეზღუდულია.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს არ წარმოუდგენია მონაცემები კერძო დანახარჯების შესახებ, შესაბამისად ვერ მოხერხდა აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არსებობს მონაცემები.

7. კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტის ფინანსური წილი სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტიდან.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით, მხოლოდ კრიზისული ინტერვენციის გამოყოფა სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტიდან არასწორია. შევიდა ცვლილება ინდიკატორში და ჩანაცვლდა:

ჰოსპიტალ-გარე სერვისების ფინანსური წილი სახელმწიფო პროგრამებში.

N4 ინდიკატორში შეფასდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალ-გარე სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა და შეადგინა 71.8%-28.2%. ანუ 2017 წელს ჰოსპიტალ-გარე სერვისების დაფინანსების წილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში შეადგენს 28.2%-ს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ჰოსპიტალ-გარე მომსახურებების ფინანსური წილი შეადგენს 28.2%-ს.

52. ჯეოსტატი 1 იანვრის მდგომარეობით.

დაფინანსების კომპონენტის შეჯამება:

| დაფინანსება | | |
|-------------|--|--|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის %. | ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯში შეადგენს 1.8%-ს. |
| 2 | ფსიქიატრიულ სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯი, როგორც ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის % (შეიცვალა ინდიკატორი) | ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე დანახარჯი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის დანახარჯში შეადგენს 71.8%-ს. |
| 3 | დანახარჯი ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაზე | ჰოსპიტალ გარე მომსახურებაზე დანახარჯი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის დანახარჯში შეადგენს 28.2%-ს. |
| 4 | ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალ გარე სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტში (შეიცვალა ინდიკატორი) | ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალ-გარე სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში შეადგენს 71.8%-28.2%. |
| 5 | საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით. | ერთ სულ მოსახლეზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი შეადგენს 4.3 ლარს. |
| 6 | კერძო დანახარჯების წილი ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. | არ არსებობს მონაცემები. |
| 7 | ჰოსპიტალ-გარე სერვისების ფინანსური წილი სახელმწიფო პროგრამებში. | ჰოსპიტალ-გარე მომსახურებების ფინანსური წილი შეადგენს 28.2%-ს. |

4.3 რესურსების გენერირება

რესურსების გენერირების კომპონენტი მოიცავს, როგორც ფიზიკური, ასევე ადამიანური რესურსის რაციონალურ განაწილებას, რათა უზრუნველყოს სისტემა შესაბამისი ინფრასტრუქტურით, ტექნოლოგიებით და კვალიფიციური და მოტივირებული კადრებით. რესურსების კომპონენტი შეფასდა 15 ინდიკატორით, კერძოდ:

1. ფსიქიატრების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე
2. ბავშვთა ფსიქიატრების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე
3. ფსიქოთერაპევტების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის კომენტარის გათვალისწინებით ინდიკატორი შეიცვალა: დარგში მომუშავე ფსიქოთერაპევტების და ფსიქოლოგების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე
4. ბავშვთა ფსიქოთერაპევტების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე
5. სოციალური მუშაკების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის კომენტარზე დაყრდნობით შეიცვალა ინდიკატორი, კერძოდ: დარგში მომუშავე სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე
6. დარგში მომუშავე ექთნების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე
7. ფსიქოლოგების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე
8. გადამზადებული ექიმ- ფსიქიატრების, ექთნების და სოც.მუშაკების რაოდენობა 100000 მოსახლეზე, ბოლო 5 წლის განმავლობაში
9. ფსიქიატრიული სტაციონარების რაოდენობა ქვეყანაში
10. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი
11. ჰოსპიტალ გარე დაწესებულებების რაოდენობა ქვეყანაში.
12. თავშესაფრების მ.შ. საწოლთა რაოდენობა
13. დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა 10000 მოსახლეზე
14. რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე
15. სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რაოდენობა გეოგრაფიული მოცვის მიხედვით, მათ შორის ბავშვთა

1. ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით⁵³, ქვეყანაში 2015 წელს ექიმი ფსიქიატრების რაოდენობა შეადგენს 367, ხოლო მათი უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე 9.9-ს (ცხრილი 15). საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსების ნაკლებობას. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით თითქმის ორჯერ ნაკლებია. WHO-ს მონაცემებით, ევროპის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 22.2, 100,000 მოსახლეზე⁵⁴. დასავლეთ ქვეყნების უმეტესობაში ფსიქიატრების რაოდენობა მერყეობს 10-დან 20-მდე 100,000⁵⁵ მოსახლეზე .

53. სტატისტიკური ცნობარი, 2016 წელი.

54. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“, 2014. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები. ფინანსური ბარიერების კვლევის შედეგები.

55. [HTTP://WWW.OECD-ILIBRARY.ORG](http://www.oecd-ilibrary.org)

ცხრილი 15: ექიმი ფსიქიატრების რაოდენობა და მათი უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე;

| წელი | რაოდენობა (სულ) | უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე |
|------|-----------------|---|
| 2011 | 258 | 5.8 |
| 2012 | 283 | 6.3 |
| 2013 | 393 | 8.8 |
| 2014 | 391 | 10.5 |
| 2015 | 367 | 9.9 |

ქვეყნის მასშტაბით ფსიქიატრების განაწილება არათანაბარია რეგიონების მიხედვით. მუნიციპალიტეტების მიერ მონოდებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ზოგიერთი მუნიციპალიტეტის საავადმყოფოში (მაგ. მესტიის საავადმყოფო, დმანისის რაიონული საავადმყოფო) საერთოდ ფსიქიატრი და ფსიქოთერაპევტი არ ჰყავთ. აჭარის „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს“ ყოველწლიური ანგარიშის მიხედვით, ექიმი ფსიქიატრების რაოდენობა 100000 მოსახლეზე 2016 წელს შეადგენს 3.4-ს (ცხრილი 16).

ცხრილი 16: ექიმი ფსიქიატრების რაოდენობა, რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო;

| მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | 2013 წ | 2014 წ | 2015 წ | 2016 წ |
|--|--------|--------|--------|--------|
| ექიმი ფსიქიატრებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი | 2 | 3.5 | 3.2 | 3.4 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე უდრის 9.9

2. ბავშვთა ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე

სერვისის მიმწოდებლების შეფასებით, არასაკმარისია ბავშვთა ფსიქიატრების რაოდენობა და განაწილება ქვეყნის მასშტაბით. სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან, დასაქმებული ბავშვთა ფსიქიატრების რაოდენობის თაობაზე ინფორმაცია წარმოადგინა მხოლოდ შპს N 5 კლინიკურმა საავადმყოფომ. წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით, ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიის დეპარტამენტი ინტეგრირებულია მრავალპროფილურ საავადმყოფოში, 30 მოზრდილთა და 12 ბავშვთა სანოლით, სადაც დასაქმებულია 2 ბავშვთა ფსიქიატრი.

არსებული მონაცემებით, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მონაწილეობს 13 ბავშვთა ფსიქიატრი საქართველოს მაშტაბით, შესაბამისად, 100,000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით მომუშავე ბავშვთა ფსიქიატრების მაჩვენებელი შეადგენს 0.3-ს (მოსახლეობის რიცხოვნობა 3,718,200, 2016 წელი⁵⁶).

მაჩვენებლის გამოთვლა 100,000 მოსახლეზე:

| მაჩვენებლის დასახელება | მაჩვენებლის გამოთვლის ფორმულა |
|--|---|
| მომუშავე ბავშვთა ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100000 სულ მოსახლეზე = | (მომუშავე ფსიქიატრები, საერთო რაოდენობა / მოსახლეობის რაოდენობა) * 100000 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ბავშვთა ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე უდრის 0.3-ს.

3. ფსიქოთერაპევტის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის კომენტარის გათვალისწინებით ინდიკატორი შეიცვალა:

დარგში მომუშავე ფსიქოთერაპევტების და ფსიქოლოგების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის თანახმად, სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობს სულ 22 ფსიქოთერაპევტი, აღნიშნული მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით შეადგენს 0.6-ს (მოსახლეობის რიცხოვნობა 3,718,200)⁵⁷, მაშინ, როცა აშშ-ში 29.62 ფსიქოლოგი მუშაობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში 100,000 მოსახლეზე (2014 წლი მონაცემებით), ხოლო ევროპის საშუალო მაჩვენებელია 22.2 ფსიქოლოგი 100,000 მოსახლეზე. ამასთან, არათანაბარია ქვეყნის მასშტაბით ფსიქოთერაპევტების განაწილება მაგალითად, მარტვილში ერთ ფსიქოთერაპევტს აღრიცხვავზე ჰყავს 1000 პაციენტი.

დასავლეთის ქვეყნებში კლინიკური ფსიქოლოგი და ფსიქოთერაპევტი არის კანონმდებლობით რეგულირებადი პროფესია. დახელოვნება ხდება პროფესიულ სკოლებში, რომელსაც წინ უძღვის ხანგრძლივი თეორიული მომზადება უმაღლეს სასწავლებლებში. საქართველოში ფსიქოლოგის და ფსიქოთერაპევტის პროფესია არ არის კანონით რეგულირებადი პროფესიები. შესაბამისად, რთულია ზუსტი მონაცემების მოპოვება, რადგან უმეტესი მათგანი ვერძო პრაქტიკას ეწევა და მას სახელმწიფოს მხრიდან ლიცენზია ან ნებართვა არ მოეთხოვება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: დარგში მომუშავე ფსიქოლოგების და ფსიქოთერაპევტების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე შეადგენს 0.6.

56. ჯეოსტატი 1 იანვრის მდგომარეობით.

57. ჯეოსტატი 1 იანვრის მდგომარეობით.

4. ბავშვთა ფსიქოთერაპევტებისა და ფსიქოლოგების მარვენაბელი 100,000 მოსახლეზე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის თანახმად (2014 წელი), სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობს 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი. აღნიშნულ მონაცემზე დაყრდნობით, განისაზღვრა 2017 წლის საბაზისო მაჩვენებელი (მოსახლეობის რიცხოვნობა 2014 წლის 1 იანვრის მონაცემით - 4,490,500⁵⁸), რომელიც შეადგენს 0.1-ს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: დარგში მომუშავე ბავშვთა ფსიქოლოგების და ფსიქოთერაპევტების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე არის 0.1 (2014 წლის მაჩვენებელი).

5. სოციალური მუშაკების მარვენაბელი 100,000 მოსახლეზე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის კომენტარზე დაყრდნობით შეიცვალა ინდიკატორი, კერძოდ:

დარგში მომუშავე სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობს 13 სოციალური მუშაკი. მაშინ, როცა საერთაშორისო გამოცდილებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში 100,000 მოსახლეზე (2014 წელს) დასაქმებული სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი შეადგენს:

- ევროპის საშუალო მაჩვენებელი, 100000 მოსახლეზე - 60 სოციალური მუშაკი;
- აშშ-ში, 100,000 მოსახლეზე - 59.83 სოციალური მუშაკი.

მუნიციპალიტეტების მხრიდან წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ რეგიონებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სოციალური მუშაკების ჩართულობა ფაქტობრივად არ ხდება. გვხვდება ერთეული შემთხვევები (მაგალითად, ლანჩხუთის რაიონში დასაქმებულია ერთი სოციალური მუშაკი).

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, 2017 წლის საბაზისო მონაცემი შეადგენს 0.3-ს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: დარგში მომუშავე სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე არის 0.3.

6. დარგში მომუშავე ექთნების მარვენაბელი 100,000 მოსახლეზე

აღნიშნული ინდიკატორის შესაფასებლად გამოყენებულ იქნა მაჩვენებელი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიიდან“. სტრატეგიის თანახმად, საქართველოს მასშტაბით, სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობს 242 ფსიქიატრიის ექთანი, რაც შეადგენს 0.7–100,000 მოსახლეზე. საერთაშორისო მაჩვენებლებით:

58. ჯეოსტატი 1 იანვრის მდგომარეობით.

- ევროპის საშუალო მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე შეადგენს - 45.3;
- აშშ-ში საშუალო მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე შეადგენს - 4.25.

არათანაბარია საქართველოს მასშტაბით დარგში მომუშავე ექთნების განაწილება რეგიონების მიხედვით, წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით ზოგიერთ რეგიონში დარგში დასაქმებული ექთნების რაოდენობა არის ქვეყნის მაჩვენებელზე მაღალი, ზოგიერთ რეგიონში კი ერთი ექთანი ემსახურება რამდენიმე რაიონს, მაგალითად: ზესტაფონში არსებობს ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი, რომელიც 6 მუნიციპალიტეტს ემსახურება და დასაქმებულია სამი ექთანი. ქალაქ ზუგდიდში ფუნქციონირებს შპს „ზუგდიდის სარაიონოთაშორისო ფსიქონარკოლოგიური დისპანსერი“, სადაც 5 უბნის მედდა მუშაობს. ლანჩხუთის რაონში დარგში მუშაობს 7 ექთანი. აჭარის ა/რ-ში „რესპუბლიკურ კლინიკურ ფსიქონევროლოგიურ საავადმყოფოში“ 2016 წლის მონაცემებით 100,000 მოსახლეზე დასაქმებული ექთნების რაოდენობა არის 8.4 (ცხრილი 17), რაც მნიშვნელოვნად აღემატება ქვეყნის მაჩვენებელს.

ცხრილი 17: დარგში მომუშავე ექთნებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი, რესპუბლიკურ კლინიკურ ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო, წლების დინამიკა;

| მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | 2013 წ | 2014 წ | 2015 წ | 2016 წ |
|--|--------|--------|--------|--------|
| დარგში მომუშავე ექთნებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი | 8.3 | 8.2 | 8.4 | 8.4 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: დარგში მომუშავე ექთნების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე არის 0.7.

7. ფსიქოლოგიის რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე

აღნიშნული მაჩვენებელი გაერთიანდა N3 ინდიკატორთან (ამავე ბლოკში): დარგში მომუშავე ფსიქოთერაპევტების და ფსიქოლოგების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე. შესაბამისად მაჩვენებელი ასახულია, N3 ინდიკატორში.

8. გადამზადებული ექიმ-ფსიქიატრების, ექთნების და სოციალური მუშაკების მარკენაბელი 100,000 მოსახლეზე, ბოლო 5 წლის განმავლობაში

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020“-ის თანახმად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ფუნდამენტალურ პრობლემას მისი კვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ეს პრობლემა

პირობითად შეიძლება დავყოთ ორ გამოწვევად:

- I. ადამიანური რესურსების რაოდენობის WHO-ს ნორმატივებთან შესაბამისობაში მოყვანა და ქვეყნის მასშტაბით მათი სწორი გადანაწილება;
- II. საგანმანათლებლო / სასწავლო პროგრამების მომსახურების ახალ მოთხოვნებსა და პროფესიულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა, რათა ბენეფიციარებს კვალიფიციური დახმარება შევთავაზოთ⁵⁹.

[მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის „მომსახურების ხარისხის შეფასების კითხვარის“ მიხედვით, მნიშვნელოვანია გადამზადებული პერსონალი უკანასკნელი 2 წლის განმავლობაში, თუნდაც ეს იყოს 2 დღიანი ტრენინგი. ზოგადად, საქართველოში გადამზადების შესახებ მონაცემების მოპოვება რთულია, შესაბამისად, პირველი შეფასებისთვის, ინფორმაციის თავმოყრის მიზნით, განისაზღვრა ბოლო 5 წლის განმავლობაში გადამზადებული პერსონალის რაოდენობა]

საქართველოში, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციები მუდმივად ატარებენ ექიმების და ექთნების გადამზადებას/ტრენინგებს, თუმცა ექიმ-ფსიქიატრების და ამ დარგში მომუშავე ექთნების გადამზადება სისტემურ ხასიათს არ ატარებს. ამასთან, არ ხდება გადამზადებული კადრების აღრიცხვა, შესაბამისად ინფორმაციის არ ქონის გამო ვერ მოხერხდა ინდიკატორის შეფასება.

აღსანიშნავია, რომ ევროსაბჭოსა და ევროკავშირის ერთობლივი პროექტის ფარგლებში პენიტენციური სისტემისთვის, შემუშავდა ფსიქიატრიული ექთნების სასწავლო მოდული. ამ ეტაპზე მიმდინარეობს ტრენინგთა ტრენინგი და დაგეგმილია კასკადური ტრენინგები პენიტენციური სისტემის ყველა ექთნის გადამზადების მიზნით.

ინფორმაციის არქონის გამო ვერ განისაზღვრა 2017 წლის საბაზისო მაჩვენებელი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის მონაცემები.

9. ფსიქიატრიული სტაციონარების რაოდენობა ქვეყანაში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის კომენტარის გათვალისწინებით შეიცვალა ინდიკატორი, კერძოდ:

ფსიქიატრიული სტაციონარების რაოდენობა ქვეყანაში, მ.შ საწოლების რიცხვი

80-იანი წლების ბოლოდან საქართველოში, ისევე როგორც ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდა. მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მონაცემებით, 2011 წელს სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რიცხვი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში შედაგნს 3.09/10000, ხოლო საქართველოში - 2.86/10000.

საქართველოში, 2014 წლის მონაცემებით, ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დახმარებას

⁵⁹ საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

ახორციელებს 12 ფსიქიატრიული დაწესებულება, სადაც რეგისტრირებულია 1392 საწოლი. მათ შორის 10 საწოლი ბავშვთა ფსიქიატრიული მომსახურებისათვის⁶⁰.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიატრიული სტაციონარების რაოდენობა 12, საწოლების რაოდენობა 1392., მ.შ. 10 ბავშვთა ფსიქიატრიული მომსახურებისთვის.

10. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი

სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია შეფასდეს ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული საწოლების რიცხვი. აღნიშნული მაჩვენებელი აღებულ იქნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიიდან: ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული საწოლების რიცხვი საქართველოში (2014 წლის მონაცემებით) შეადგენს 0.22/10000 მოსახლეზე (მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში - 1.36/10000 მოსახლეზე).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული საწოლების რიცხვი საქართველოში შეადგენს 0.22/10000 მოსახლეზე.

11. ჰოსპიტალ-გარე დაწესებულებების რაოდენობა ქვეყანაში

ინდიკატორისთვის მონაცემები აღებულ იქნა სტრატეგიიდან. 2014 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით, ჰოსპიტალ-გარე დახმარებას მთელი ქვეყნის მაშტაბით ძირითადად ახორციელებს 18 დაწესებულება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში საქართველოს მასშტაბით ჰოსპიტალ-გარე მომსახურება ხორციელდება შემდეგ რეგიონებში: ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დღის ცენტრი - თბილისი; ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია - თბილისი, რუსთავი, ქუთაისი, ბათუმი; ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია - თბილისი, თელავი, ქუთაისი⁶¹.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ჰოსპიტალ-გარე დაწესებულებების რაოდენობა ქვეყანაში არის 18.

12. თავშესაფრების მ.შ. საწოლთა რაოდენობა

არ არსებობს მონაცემები ქვეყანაში არსებული, როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო, „ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრების“ რაოდენობის შესახებ (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს არ წარმოუდგენია). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის, სტაციონარული მომსახურების ერთ-

60. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

61. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

ერთ ქვეკომპონენტს წარმოადგენს „ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა“. აღნიშნული ქვეკომპონენტის ფარგლებში მოსარგებლე პირთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 100 -ს. აღნიშნულზე დაყრდნობით, შესაძლებელია 2017 წლის საბაზისო მაჩვენებლად აღებული იქნეს 100 საწოლი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: თავშესაფრების საწოლების რაოდენობა არის 100.

13. დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა 10,000 მოსახლეზე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის კომენტარებზე დაყრდნობით შეიცვალა ინდიკატორი, კერძოდ:

დღის ცენტრებში და სხვა ჰოსპიტალ-გარე საწოლების/ადგილების მაჩვენებელი 10,000 მოსახლეზე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის თანახმად, დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა ყველაზე მეტია ევროგაერთიანების ქვეყნებში $\approx 4.3/10,000$, საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი $0.1/10,000$ -ს არ აღემატება.

აღნიშნული ინდიკატორის, 2017 წლის საბაზისო მაჩვენებლად განისაზღვრა $0.1 / 10,000$ მოსახლეზე (2014 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: დღის ცენტრებში და სხვა ჰოსპიტალ-გარე საწოლების/ადგილების მაჩვენებელი 10,000 მოსახლეზე არის 0.1.

14. რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მარვენებელი 100,000 მოსახლეზე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის თანახმად, რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში შეადგენს $1,015 / 10000$ მოსახლეზე. აღნიშნული სერვისი საქართველოში მიმდინარე ეტაპზე არ არსებობს, შესაბამისად 2017 წლის საბაზისო მაჩვენებელი არის 0.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 0.

15. სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რაოდენობა გეოგრაფიული მოცვის მიხედვით, მათ შორის ბავშვთა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს არ წარმოუდგენია ინფორმაცია სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რაოდენობის და გეოგრაფიული გადანაწილების თაობაზე. ასევე არ წარმოუდგენიათ

ინფორმაცია სერვისის მიმწოდებლებს. ადგილობრივი თვითმმართველობებიდან წარმოდგენილ მწირ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, რეგიონებში ფსიქიატრიულ საწოლებზე ხელმისაწვდომობა არათანაბარია.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ გვერდზე, საინფორმაციო პორტალზე წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით: მოზრდილთა ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობა შეადგენს - 1570 საწოლს, მათ შორის:

- ქ. თბილისი, შპს # 5 კლინიკური საავადმყოფო - 30 საწოლი
- შპს რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი - 25 საწოლი
- შპს ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი - 30 საწოლი
- #18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება - 21 საწოლი
- შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, თბილისი - 91 საწოლი
- შპს რეფერალური ჰოსპიტალი 2012 – 30 საწოლი
- შპს სენაკის სარაიონოთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი - 15 საწოლი
- შპს რესპუბლიკური, კლინიკური, ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო, ქ. ბათუმი - 154 საწოლი
- შპს აკად. ბ. ნანვიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ხონი, სოფ. ქუტირი - 580 საწოლი
- შპს ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო, დაბა ბედიანი - 140 საწოლი
- შპს „SUNSTONE MEDICAL“, ისანი-სამგორი - 30 საწოლი
- შპს მენტალვიტა, თბილისი - 6 საწოლი
- შპს. აკად. თ. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი, ქ.თბილისი - 30 საწოლი
- ფიზიკური პირი: ნინო ლორთქიფანიძე, სოფ: ერგე - 1 საწოლი
- ალ.ქაჭაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო დაბა - 90 საწოლი
- შპს „უნიმედი კახეთი“ თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალი - 30 საწოლი
- დიღმის მასივი - 30 საწოლი
- შპს ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი, გლდანი - 225 საწოლი
- ს.ს.მ.იაშვილის სახელობის ცენტრალური საავადმყოფო - 12 საწოლი.

აღნიშნული სიიდან, სპეციალიზებულ სტაციონარულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რაოდენობა შეადგენს 1212 საწოლს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: სპეციალიზებულ სტაციონარულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რაოდენობა - 1212 საწოლი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ადამიანური რესურსების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე

დარგში მომუშავე ფსიქიატრების, ექთნების, ფსიქოლოგების და სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე წარმოდგენილია ცხრილი 18-ზე.

ცხრილი 18: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ადამიანური რესურსების მაჩვენებელი;

| ადამიანური რესურსი (100,000 მოსახლეზე) | მაჩვენებელი |
|---|-------------|
| ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | 9.9 |
| ექთნების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | 0.7 |
| ფსიქოლოგების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | 0.6 |
| სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | 0.3 |

რესურსების გენერირების კომპონენტის შეჯამება:

| რესურსების გენერირება | | |
|-----------------------|--|---|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე უდრის 9.9 |
| 2 | ბავშვთა ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | ბავშვთა ფსიქიატრების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე 0.3. |
| 3 | დარგში მომუშავე ფსიქოთერაპევტების და ფსიქოლოგების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე (შეიცვალა ინდიკატორი) | დარგში მომუშავე ფსიქოლოგების და ფსიქოთერაპევტების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე შეადგენს 0.6. |
| 4 | ბავშვთა ფსიქოთერაპევტების და ფსიქოლოგების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | დარგში მომუშავე ბავშვთა ფსიქოლოგების და ფსიქოთერაპევტების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე არის 0.1 (2014 წლის მაჩვენებელი). |
| 5 | დარგში მომუშავე სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე (შეიცვალა ინდიკატორი) | დარგში მომუშავე სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე არის 0.3. |
| 6 | დარგში მომუშავე ექთნების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | დარგში მომუშავე ექთნების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე არის 0.7. |
| 7 | ფსიქოლოგების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე | აღნიშნული მაჩვენებელი გაერთიანდა N3 ინდიკატორთან (ამავე ბლოკში), შესაბამისად მაჩვენებელი ასახულია, N3 ინდიკატორში. |
| 8 | გადამზადებული ექიმ-ფსიქიატრების, ექთნების და სოციალური მუშაკების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე, ბოლო 5 წლის განმავლობაში | არ არის მონაცემი |
| 9 | ფსიქიატრიული სტაციონარების რაოდენობა ქვეყანაში, მ.შ. სანოლების რიცხვი (შეიცვალა ინდიკატორი) | ფსიქიატრიული სტაციონარების რაოდენობა 12, სანოლების რაოდენობა 1392., მ.შ. 10 ბავშვთა ფსიქიატრიული მომსახურებისთვის. |
| 10 | ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული ფსიქიატრიული სანოლების რიცხვი | ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული სანოლების რიცხვი საქართველოში შეადგენს 0.22/10000 მოსახლეზე. |
| 11 | ჰოსპიტალ-გარე დანესებულებების რაოდენობა ქვეყანაში | ჰოსპიტალ-გარე დანესებულებების რაოდენობა ქვეყანაში არის 18. |
| 12 | თავშესაფრების მ.შ. სანოლთა რაოდენობა | თავშესაფრების სანოლების რაოდენობა არის 100. |
| 13 | დღის ცენტრებში და სხვა ჰოსპიტალ-გარე სანოლების/ადგილების მაჩვენებელი 10,000 მოსახლეზე (შეიცვალა ინდიკატორი) | დღის ცენტრებში და სხვა ჰოსპიტალ-გარე სანოლების/ადგილების მაჩვენებელი 10,000 მოსახლეზე არის 0.1. |
| 14 | რემიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | რემიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე არის 0. |
| 15 | სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში სანოლების რაოდენობა გეოგრაფიული მოცვის მიხედვით, მათ შორის ბავშვთა | სპეციალიზებულ სტაციონარულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში სანოლების რაოდენობა - 1212 სანოლი. |

4.4 მომსახურების მიწოდება

მომსახურების მიწოდების კომპონენტი მოიცავს სამედიცინო სერვისის მიწოდების ორგანიზებას (პრევენციული, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და რეაბილიტაცია), მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას. აღნიშნული მიმართულებით შეირჩა 16 ინდიკატორი, რომელიც განისაზღვრა საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით.

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა
2. პენიტენციურ სისტემაში ფქ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა
3. თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისების მოცვის გაზრდა
4. სანოლების დატვირთვის მაჩვენებელი
5. სტაციონარულ სანოლზე დაყოვნების მაჩვენებელი
6. შემობრუნება საავადმყოფოში (რეჰოსპიტალიზაცია) 30 დღეზე ნაკლებ დროში
7. 6 თვეზე მეტ ხანს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა
8. ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი ამბულატორიული ჩარევა/სერვისების უწყვეტობის უზრუნველყოფა
9. ფსიქიკური ამბულატორიული სერვისის მიწოდებლების რაოდენობა
10. კრიზისული ინტერვენციით მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა
11. ბაზისური ამბულატორიული სერვისით მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა
12. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობა/გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა
13. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისებით მოსარგებლეთა რაოდენობა
14. რემისიაში მყოფ პაციენტთა რაოდენობა; რემისიის ხანგრძლივობა
15. ნამლებზე ხელმისაწვდომობა სტაციონარს გარე მომსახურებისას
16. დასაქმების ხელშეწყობი სერვისების ხელმისაწვდომობა

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

საქართველოში 1995 წლიდან ფუნქციონირებს ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც სრულად ფინანსდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ. პროგრამული დაფინანსება ორიენტირებულია პაციენტის საჭიროებებზე. პროგრამის ფარგლებში, პაციენტები უზრუნველყოფილი არიან სტაციონარული და სტაციონარ-გარე მომსახურებებით. პროგრამა მიწოდება მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა ქვეკომპონენტებზე ხელმისაწვდომობა არათანაბარია რეგიონების მიხედვით. კერძოდ:

- სტაციონარული მომსახურება (10 სტაციონარული სერვისის მიწოდებელი მთელი ქვეყნის მასშტაბით):
 - ქ.თბილისი (4): შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“; შპს „#5 კლინიკური საავადმყოფო“; შპს „ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; შპს „ივანე ბოკერიას სახელობის თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალი“;

- ქვემო ქართლი (1): შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- იმერეთი (2): შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“;
- აჭარა (1): შპს „რესპუბლიკური, კლინიკური, ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“;
- სამეგრელო-ზემო სვანეთი (1): შპს „სენაკის სარაიონოთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
- შიდა ქართლი (1): შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“.
- ამბულატორიული მომსახურება (მიმწოდებელია 18 დაწესებულება, მ.შ. ფსიქიატრიული დისპანსერები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებისა და პირველადი ჯანმრთელობის ცენტრების კაბინეტები/განყოფილებები), რომელიც გაბნეულია მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა, მათი უმრავლესობა განთავსებულია ქალაქებში⁶²:
- ქ.თბილისი (3 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“; შპს „აფხაზეთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
- აჭარის ა/რ (1 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“;
- გურია (2 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „მედალფა“, ლანჩხუთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი შპს „ნევრონი“;
- იმერეთი (3 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; შპს „ჯეოჰოსპიტალსი“; შპს „აკად. ბ.ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“;
- ვახეთი (2 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“; შპს „არქიმედეს კლინიკა“;
- მცხეთა–მთიანეთი (1 სერვისის მიმწოდებელი): შპს მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი „ჯანმრთელი თაობა“;
- სამეგრელო (2 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „ზუგდიდის სარაიონოთაშორისო ფსიქონარკოლოგიური დისპანსერი“; შპს „სენაკის სარაიონოთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
- სამცხე–ჯავახეთი (1 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „უნიმედი სამცხე“;
- ქვემო ქართლი (1 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- შიდა ქართლი (2 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „გორმედი“; შპს „ა. ქაჯაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“.
- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია (3 სერვისის მიმწოდებელი):
- ქ.თბილისი: ა(ა)იპ – ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია;
- იმერეთი: შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- ვახეთი: შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“
- ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია (4 სერვისის მიმწოდებელი):
- ქ.თბილისი: შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი“;
- იმერეთი: შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- ქვ.ქართლი: შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- აჭარა: შპს „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“

62. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

- თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება (2 სერვისის მიმწოდებელი ქ.თბილისში):
 - შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“
 - ა(ა)იპ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის ცენტრი

ადგილობრივი თვითმმართველობებიდან წარმოდგენილ ინფორმაციაზე დაყრდნობით მხოლოდ ქ.თბილისის და ქ.ბათუმის მუნიციპალიტეტის მერიას აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამები. დანარჩენ მუნიციპალიტეტებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირები, თანაბრად სარგებლობენ ყველა იმ პროგრამით და სერვისით, რომელიც განსაზღვრულია მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტით. არსებული მონაცემებით:

- ქ.თბილისის მუნიციპალიტეტის მერია ახორციელებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურებას, რომელიც მოიცავს ორ კომპონენტს: ფსიქიატრიული კრიზისული ხანმოკლე ინტერვენცია ბავშვებსა და მოზარდებში და აქტიური (ასერტული) ფსიქიატრიული მკურნალობა;
- ქ.ბათუმის მუნიციპალიტეტის მერია ახორციელებს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ქვეპროგრამას. ქვეპროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარებს უტარდებათ არტთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება, სპეციალური პედაგოგის მომსახურება და სხვა;
- წალენჯიხის მუნიციპალიტეტის მიერ 2015 წლიდან ადგილობრივი ბიუჯეტიდან ფინანსდება „ფსიქიკურ ავადმყოფთა ფსიქოტროპული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის დაფინანსების პროგრამა“, რომლის ბენეფიციარები არიან მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე მცხოვრები მოქალაქეები, რომლებიც დაავადებულები არიან ფსიქიკური აშლილობით და სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფსიქოტროპული წამლების გარდა დამატებით საჭიროებენ სხვა ძვირადღირებულ მედიკამენტებს.

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, ფსიქიკური სერვისები მიწოდება მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა, მათი უმრავლესობა განთავსებულია ქალაქებში. ყველაზე მეტად სერვისები განვითარებულია დედაქალაქში.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: სტაციონარული მომსახურება მიწოდება 10 დაწესებულების მიერ დედაქალაქში (4), აჭარაში და 4 რეგიონში; ამბულატორიული მომსახურება მიწოდება 18 დაწესებულების მიერ მთელი ქვეყნის მასშტაბით; ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია დედაქალაქში და 2 რეგიონში; ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია დედაქალაქში, აჭარაში და 2 რეგიონში; თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების მომსახურება მხოლოდ დედაქალაქში.

2.3 ენიტენციალურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

სასჯელადსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით, ყველა პენიტენციურ დაწესებულებას ემსახურება ექიმი-ფსიქიატრი. სპეციალისტები მჭიდროდ თანამშრომლობენ ჰჯდ რგოლთან. პირველადი შემოწმებისას ხდება პენიტენციურ დაწესებულებაში განთავსებულ პირთა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა

და ფსიქიატრიული მომსახურების საჭიროებების იდენტიფიცირება. უზრუნველყოფილია სამოქალაქო სექტორში დაწყებული მკურნალობის უწყვეტობა. იმ შემთხვევაში, თუკი ვერ ხდება პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მართვა ადგილზე, ხდება მისი რეფერალი #18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, სადაც ფუნქციონირებს ფსიქიატრიული განყოფილება. პენიტენციურ სისტემაში ხელმისაწვდომია:

- გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა/კრიზისული ინტერვენცია;
- სუიციდის რისკის მართვა;
- მსუბუქი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მკურნალობა;
- სტაციონარული მკურნალობა;
- ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა;
- არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება, რომელიც მსჯავრდებულს მიეწოდება სამოქალაქო სექტორის სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში შპს „აკად. ბ.ნანიშვილის სახ.ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში“ აღნიშნული ხორციელდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, 2017 წლის მდგომარეობით პენიტენციურ დაწესებულებებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ხელმისაწვდომია.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: პენიტენციურ სისტემაში უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა (მომდევნო შეფასებისას მნიშვნელოვანია შედარდეს ამჟამად ინსტიტუციის დონეზე მიწოდებული სერვისების მოცულობის ზრდის/კლების ტენდენცია).

3. თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისების მოცვის გაზრდა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სამსახურები ბევრად უკეთეს შედეგს იძლევა მკურნალობის მხრივ (მაგ. ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება), ხელს უწყობს ადამიანთა უფლებების დაცვას და ეკონომიკურად უფრო ეფექტიანია, ვიდრე ინსტიტუციებში მკურნალობა (მით უფრო, დიდ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში). შესაბამისად, WHO ქვეყნებს სთავაზობს ეტაპობრივად გადავიდნენ ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მოდელიდან სათემო სერვისებზე და თემზე დაფუძნებული ურთიერთ-დაკავშირებული სამსახურების ქსელის გამოყენებაზე, რაც მოიცავს: მოკლევადიან სტაციონირებას, ამბულატორიულ ზრუნვას ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში, პირველად და სხვა არა-სპეციალიზებულ ჯანდაცვას, სრულყოფილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებს, დღის ცენტრებს, იმ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა ხელშეწყობას, ვინც ოჯახებში ცხოვრობს, და “დაცულ” საცხოვრებლებს⁶³.

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და სამოქმედო გეგმის“ თანახმად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს შეფასების შედეგად

63. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

გამოკვეთილ ძირეულ პრობლემებს შორის ერთ-ერთია თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარების საჭიროება. სამოქმედო გეგმითვე განისაზღვრა თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური სერვისების მოცვის გაზრდა:

- 2014 წ - 5%;
- 2017წ - 30%;
- 2020წ - 50%.

ამჟამად, მოქმედი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების მნიშვნელოვანი ნაწილი ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა მოვლასა და სპეციალიზებულ მკურნალობაზე იხარჯება, უმნიშვნელო ნაწილი კი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ინტეგრირებულ სისტემაზე. 2017 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის თანახმად, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება ეხება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს, რომლებიც ხშირად ან ხანგრძლივი დროით თავსდებიან სტაციონარში, ხოლო სტაციონარიდან განწერის შემდეგ არ აკითხავენ ამბულატორიულ დანესებულებას, წყვეტენ მკურნალობას, რაც ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის გაუარესებას იწვევს. აღნიშნულ მომსახურებას ახორციელებს მულტიდისციპლინური მობილური გუნდი და მოიცავს:

- მდგომარეობის ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავებასა და განხორციელებას;
- შინ მომსახურებას, რეგულარულ ვიზიტებს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, სატელეფონო კონსულტაციას;
- მობილური გუნდის ექიმი ფსიქიატრის დანიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფას; პაციენტის სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგს, სამედიცინო მომსახურებასთან ერთად სოციალური პრობლემების მოგვარებაში დახმარებას;
- პაციენტის და პაციენტის ოჯახის წევრების ელემენტარულ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერასა და ფსიქოგანათლებას;
- ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონირების კრიტერიუმების შემთხვევაში პაციენტის სტაციონირების ორგანიზებას;
- 8 საათის მანძილზე სერვისის ხელმისაწვდომობას.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს არ მოუწოდებია ინფორმაცია კომპონენტის ფარგლებში მოცული პაციენტების რაოდენობის შესახებ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის პარამეტრების შეფასებით, შეიძლება ითქვას, რომ 2015 წლიდან 2017 წლამდე არ შეცვლილა აღნიშნული კომპონენტით გათვალისწინებული მიმწოდებლების რაოდენობა, გეოგრაფიული არეალი და დაფინანსების მოცულობა. თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურება ხორციელდება ქ.თბილისში, ორი სერვისის მიმწოდებლის მიერ: შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“ და ა(ა)იპ „მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის ცენტრი“. აღნიშნულ მიმწოდებლებზე გამოყოფილი თვის ბიუჯეტის მოცულობა ჯამში შეადგენს 19,350 ლარს. თავად კომპონენტზე გამოყოფილი ბიუჯეტის მოცულობა შეადგენს 232,200 ლარს, როგორც 2016, ასევე 2017 წელს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის რეკომენდაციით, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისების მოცულობის განსასაზღვრად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შეფასდა არა მხოლოდ „თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების“ ქვეკომპონენტები, არამედ ასევე შეფასდა „ფსიქოსოციალური

რეაბილიტაციის“ და „ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის“ ქვეკომპონენტები (სულ 3 ქვეკომპონენტი).

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია გულისხმობს სტანდარტების შესაბამისად („ტექნიკური რეგლამენტის - ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 15 იანვრის #68 დადგენილება) ღონისძიებათა გატარებას, რომელთა შედეგად პაციენტმა უნდა შეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრებისთვის საჭირო ბაზისურ უნარ-ჩვევათა აღდგენა/შესწავლა, მათ შორის: პაციენტის საჭიროებების განსაზღვრა, ინდივიდუალური და სპეციფიკური რეაბილიტაციური გეგმის შედგენა. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ქვეკომპონენტის 2017 წლის ბიუჯეტი შეადგენს 70,100 ლარს. სერვისის მიმწოდებლები არიან:

- ე. თბილისი - ა(ა)იპ – ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია;
- იმერეთი - შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- ვახეთი - შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“.

ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია. ფსიქიატრიული კრიზისული ხანმოკლე (8 კვირამდე) ინტერვენცია მოზრდილთათვის (16-65 წწ), სპეციალიზებული კრიზისული ინტერვენციის მულტიდისციპლინური გუნდის (გუნდის შემადგენლობა: გუნდის ხელმძღვანელი, ყოველ 20 შემთხვევაზე ერთი ფსიქიატრი, ერთი ფსიქოლოგი და ერთი ექთანი; სოციალურ საკითხებზე მომუშავე სპეციალისტი და ადმინისტრატორი) მიერ ე. თბილისის, ე. ქუთაისის, ე. ბათუმისა და ე. რუსთავის ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში. ქვეკომპონენტის 2017 წლის ბიუჯეტი შეადგენს 662,300 ლარს. ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის კომპონენტის მიმწოდებლები არიან:

- ე. თბილისი - შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი“;
- იმერეთი - შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- ქვემო ქართლი - შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- აჭარა - შპს „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“.

შესაბამისად, არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, 2017 წლის საბაზისო მონაცემად შეიძლება აღებულ იქნეს სამი მაჩვენებელი: გეოგრაფიული მოცვის არეალი; მიმწოდებლების რაოდენობა; დაფინანსების მოცულობა.

აღნიშნული სამი ქვეკომპონენტის შეფასებით მივიღებთ:

- გეოგრაფიული მოცვა: თბილისი, იმერეთი, ვახეთი, ქვემო ქართლი, აჭარის ა/რ. ამასთან, თბილისში ხელმისაწვდომია სამივე ქვეკომპონენტით გათვალისწინებული სერვისები, ხოლო იმერეთში ორი ქვეკომპონენტით;
- მიმწოდებლების რაოდენობა: მობილური გუნდების ქვეკომპონენტში 2 მიმწოდებელი, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია 3 მიმწოდებელი და კრიზისული ინტერვენცია 4 მიმწოდებელი. ამასთან, მეორე და მესამე ქვეკომპონენტის მიმწოდებელი იმერეთის რეგიონში ერთი და იგივე ორგანიზაციაა, შესაბამისად ჯამში სერვისის მიმწოდებლების რაოდენობა არის 8;
- დაფინანსების მოცულობა: აღნიშნული სამი ქვეკომპონენტის ბიუჯეტი 2017 წლის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შეადგენს 964,600 ლარს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: გეოგრაფიული მოცვის არეალი - თბილისი, იმერეთი, კახეთი, ქვემო ქართლი, აჭარის ა/რ.; მიმწოდებლების რაოდენობა - 8; დაფინანსების მოცულობა - 964,600 ლარი.

4. საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი

ფსიქიატრიული საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი წარმოადგინა მხოლოდ აჭარის ა/რ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრმა და N 5 კლინიკურმა საავადმყოფომ. აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით, აჭარის ა/რ „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს“ დატვირთვის მაჩვენებელი 2016 წელს შეადგენს 359.2 (ცხრილი 19), ხოლო N5 კლინიკურ საავადმყოფოში, ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიის დეპარტამენტის მოზრდილთა განყოფილებაში 1.6, ხოლო ბავშვთაში 1.5.

ცხრილი 19: აჭარის ა/რ-ის „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს“ დატვირთვის მაჩვენებელი;

| მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | 2016 წელი | 2015 წელი | 2014 წელი | 2013 წელი |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ფსიქიატრიული საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი | 359.2 | 360 | 346 | 315 |

აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით რთულია საქართველოს მასშტაბით შეფასდეს ფსიქიატრიული საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის მონაცემი.

5. სტაციონარულ საწოლებზე დაყოვნების მაჩვენებელი

ფსიქიატრიული საწოლების დაყოვნების მაჩვენებელი წარმოადგინა მხოლოდ აჭარის ა/რ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრმა და N 5 კლინიკურმა საავადმყოფომ. აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით, აჭარის ა/რ „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს“ დაყოვნების მაჩვენებელი 2016 წელს შეადგენს 98 (ცხრილი 20), ხოლო N5 კლინიკურ საავადმყოფოში, ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიის დეპარტამენტის მოზრდილთა განყოფილებაში 15 დღე, ხოლო ბავშვთაში 10 დღე. ხოლო, მწვავეს დროს 14-20 დღე.

ცხრილი 20: აჭარის ა/რ-ის „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს“ დაყოვნების მაჩვენებელი;

| მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე | 2016 წელი | 2015 წელი | 2014 წელი | 2013 წელი |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ფსიქიატრიული საწოლების დაყოვნების მაჩვენებელი | 98 | 108 | 108 | 119 |

აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით რთულია საქართველოს მასშტაბით შეფასდეს ფსიქიატრიული საწოდების დაყოვნების მაჩვენებელი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის მონაცემი.

6. შემობრუნება საავადმყოფოში (რეჰოსპიტალიზაცია) 30 დღეზე ნაკლებ დროში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო მიზნებისათვის სტაციონარული მომსახურების ფარგლებში რეჰოსპიტალიზაციად ითვლება ერთსა და იმავე ნოზოლოგიურ ჯგუფში (ICD 10-ის მე-5 კლასი „ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები“) შემავალი დაავადების დიაგნოზით პაციენტის სტაციონარში განმეორებით განთავსება 7-დღიანი შუალედის ფარგლებში, გარდა „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. გამოვლენილი რეჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები რევიზიის მიზნით გადაეგზავნება რეგულირების სააგენტოს. ჩატარებული რევიზიის დასკვნის საფუძველზე გადაწყდება დაფინანსების ან/და არასწორად მოთხოვნილი და ანაზღაურებული თანხის უკან დაბრუნების საკითხი. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (სოციალური მომსახურების სააგენტოს) არ წარმოუდგენია მონაცემები პროგრამის ფარგლებში რეჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების რაოდენობის შესახებ, რომელიც გახდებოდა 2017 წლის საბაზისო მონაცემი. მონაცემი წარმოადგინა შპს N 5 კლინიკური საავადმყოფოს ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიის დეპარტამენტმა. კლინიკის განცხადებით შემობრუნება საავადმყოფოში 30 დღეზე ნაკლებ დროში მოზრდილთა განყოფილებაში შეადგენს 0,06%, ხოლო ბავშვთაში 17%. აღნიშნული მაჩვენებელი არ იძლევა მთელი ქვეყნის მასშტაბით რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის განზოგადოების საშუალებას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის მონაცემი.

7. 6 თვეზე მეტ ხანს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა“ თანახმად 6 თვეზე მეტხანს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების შესახებ ოფიციალური საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვება, სერვისის მიმწოდებლების ინფორმაციით - დაახლოებით 60%-ია. შესაბამისად, განისაზღვრა სამიზნეები:

- 2017 წლისთვის - 40%;
- 2020 წლისთვის - 20%.

სამწუხაროდ, აღნიშნულ ინდიკატორთან დაკავშირებით ინფორმაცია კვლავ არ არის ხელმისაწვდომი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის მონაცემი.

8. ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი დროული ამბულატორიული ჩარევა/სარვისების უწყვეტობის უზრუნველყოფა

აღნიშნული ინდიკატორი აფასებს ფსიქიკური მომსახურების უწყვეტობას. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა“ თანახმად განისაზღვრა სამიზნეები: 2017 წლისთვის 60%, ხოლო 2020 წლისთვის 80%. დოკუმენტის შემუშავების პროცესში საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვებოდა.

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფის მიზნით გათვალისწინებულია მობილური გუნდების მომსახურება, იმ ბენეფიციარების სამკურნალოდ, რომლებიც სტაციონარიდან განერის შემდეგ არ აკითხავენ ამბულატორიულ დაწესებულებას და წყვეტენ მკურნალობას. სამწუხაროდ დღეის მდგომარეობით, აღნიშნულ ინდიკატორთან დაკავშირებით მონაცემები კვლავ არ არსებობს, რომელიც შეაფასებდა ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი ამბულატორიული სერვისების უწყვეტობას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის მონაცემი.

9. ფსიქიკური ამბულატორიული სარვისის მიმწოდებლების რაოდენობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით ინდიკატორი შეიცვალა, კერძოდ:

ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა და მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელია 18 დაწესებულება (მათ შორის ფსიქიატრიული დისპანსერები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებისა და პირველადი ჯანმრთელობის ცენტრების ვაბინეტები/განყოფილებები), რომელიც გაბნეულია მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა, მათი უმრავლესობა განთავსებულია ქალაქებში⁶⁴:

- ქ.თბილისი (3 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“; შპს „აფხაზეთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
- აჭარის ა/რ (1 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“;
- გურია (2 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „მედალფა“, ლანჩხუთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი შპს „ნევრონი“;
- იმერეთი (3 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; შპს „ჯეოჰოსპიტალსი“; შპს „აკად. ბ.ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“;
- ვახეთი (2 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“; შპს „არქიმედეს კლინიკა“;

64. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

- მცხეთა–მთიანეთი (1 სერვისის მიმწოდებელი): შპს მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი „ჯანმრთელი თაობა“;
- სამეგრელო (2 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „ზუგდიდის სარაიონოთაშორისო ფსიქონარკოლოგიური დისპანსერი“; შპს „სენაკის სარაიონოთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
- სამცხე–ჯავახეთი (1 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „უნიმედი სამცხე“;
- ქვემო ქართლი (1 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- შიდა ქართლი (2 სერვისის მიმწოდებელი): შპს „გორმედი“; შპს „ა. ქაჯიას სახ. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა არის 18. სერვისი მიწოდება ყველა რეგიონში.

10. კრიზისული ინტერვენციით მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით ინდიკატორის ფორმულირება შეიცვალა, კერძოდ;

სხვა ჰოსპიტალ-გარე სერვისების მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა და მოსარგებლეთა რაოდენობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ჰოსპიტალ-გარე სერვისებში შედის: ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება და თავშესაფარი.

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ჰოსპიტალ-გარე სერვისები მიწოდება:

- ამბულატორიული მომსახურება - 18 დაწესებულება, მთელი ქვეყნის მასშტაბით;
- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია - 3 დაწესებულების მიერ დედაქალაქში, იმერეთის და კახეთში (ქ.თბილისი ა(ა)იპ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია“, იმერეთში შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“, კახეთში შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“);
- ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია - 4 დაწესებულების მიერ დედაქალაქში, იმერეთში, ქვ.ქართლში და აჭარის ა/რ-ში (ქ.თბილისი შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი“; იმერეთი შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; ქვემო ქართლი შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; აჭარის ა/რ შპს „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“);
- თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება - 2 დაწესებულების მიერ დედაქალაქში.

არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, ამბულატორიული მომსახურება მიწოდება მთელი ქვეყნის მასშტაბით, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია დედაქალაქში და 2 რეგიონში, კრიზისული ინტერვენცია დედაქალაქში, აჭარის ა/რ-ში და ორ რეგიონში, ხოლო თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების მომსახურება მხოლოდ დედაქალაქში (სახელმწიფო პროგრამის გარეშე, დონორების დაფინანსებით ხორციელდება „სათემო მკურნალობა“ რამოდენიმე გუნდის მიერ მხოლოდ თბილისში).

სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2013 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში ამბულატორიული მომსახურება (ამბულატორიული მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია) მიწოდდა 11560 ბენეფიციარს მთელი ქვეყნის მასშტაბით (ცხრილი 21)⁶⁵.

ცხრილი 21: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში მომსახურება განეული ბენეფიციარების რაოდენობა;

| პროგრამა / კომპონენტი | თბილისი | აკარა | გურია | იმერეთი | კახეთი | მცხეთა-მთიანეთი | რაჭა-ლეჩხუმი ქვემო სვანეთი | სამეგრელო ზემო სვანეთი | სამცხე-ჯავახეთი | ქვემო ქართლი | შიდა ქართლი | სულ |
|--|-------------|------------|------------|-------------|------------|-----------------|----------------------------|------------------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|
| ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურება | 3,286 | 841 | 603 | 1,767 | 957 | 154 | - | 1,699 | 319 | 845 | 879 | 11,350 |
| ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია | 31 | - | - | 6 | 25 | - | - | - | - | - | - | 62 |
| ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა | 27 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 27 |
| ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია | 48 | 23 | - | 31 | - | - | - | - | - | 19 | - | 121 |
| სულ | 3392 | 864 | 603 | 1804 | 982 | 154 | - | 1699 | 319 | 864 | 879 | 11560 |

წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013წ.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ამბულატორიული მომსახურება მიწოდდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით; ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია დედაქალაქში და 2 რეგიონში; კრიზისული ინტერვენცია დედაქალაქში, აჭარის ა/რ-ში და ორ რეგიონში; თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების მომსახურება მხოლოდ დედაქალაქში.

2013 წელს ამბულატორიული მომსახურების მოსარგებლეთა რაოდენობა - 11560.

11. ბაზისური ამბულატორიული სერვისით მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით აღნიშნული ინდიკატორი ამოღებული იქნა შეფასების ბაზიდან.

12. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობა/ გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია მიწოდდა დედაქალაქში, იმერეთსა და ვახეთში სამი დაწესებულების მიერ,

65. WWW.SSA.GOV.GE

კერძოდ:

- ქ.თბილისი - ა(ა)იპ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია“;
- იმერეთი - შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
- ვახეთი - შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“.

სახელმწიფო პროგრამის გარეშე, დონორების დაფინანსებით, ხორციელდება აქტიური სათემო მკურნალობის მხოლოდ ერთი გუნდის მუშაობა ქ. თბილისში. ქვეყანაში არსებული 3 ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი იღებს მცირე დაფინანსებას (ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამული ბიუჯეტის 1%-ზე ნაკლებს)⁶⁶.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მიმწოდებელია 3 დაწესებულება. სერვისი მიწოდება დედაქალაქში, იმერეთსა და ვახეთში.

13. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისებით მოსარგებლეთა რაოდენობა

სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2013 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისებით ისარგებლა 62 ბენეფიციარმა (ცხრილი 22)⁶⁷.

ცხრილი 22: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისით მოსარგებლე ბენეფიციარების რაოდენობა;

| პროგრამა / კომპონენტი | თბილისი | იმერეთი | ვახეთი | სულ |
|-----------------------------|---------|---------|--------|-----|
| ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია | 31 | 6 | 25 | 62 |

წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013წ.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისებით ისარგებლა 62 ბენეფიციარმა (2013წ).

14. რემისიაში მყოფ პაციენტთა რაოდენობა; რემისიის ხანგრძლივობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის წინადადებით შეიცვალა ინდიკატორი, კერძოდ: მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე რემისიაში მყოფ პაციენტთა რაოდენობა და რემისიის ხანგრძლივობა

ინფორმაციის არარსებობის გამო აღნიშნული ინდიკატორი ვერ შეფასდა.

66. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #762 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020.

67. WWW.SSA.GOV.GE

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის მონაცემი.

15. წამლებზე ხელმისაწვდომობა სტაციონარ-გარე მომსახურებისას

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში გათვალისწინებულია მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, კერძოდ შემდეგ ქვეკომპონენტებში:

- ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც ითვალისწინებს ექიმ-ფსიქიატრის მიერ დანიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფას;
- ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტი (დიაგნოსტიკის პერიოდში) ექიმის დანიშნულების შესაბამისად;
- მობილური გუნდის ექიმი ფსიქიატრის დანიშნულებით მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

სერვისის მიმწოდებლების განცხადებით, მიწოდებული მედიკამენტების რაოდენობა ვერ აკმაყოფილებს საავადმყოფოდან განერის შემდეგ მკურნალობის გაგრძელებას იმ ჯგუფის და რაოდენობის მედიკამენტებით, რომლის ფონზეც სტაციონარში მოხდა ფსიქიკური მდგომარეობის ნორმალიზაცია, რაც ართულებს საავადმყოფოში მიღწეული შედეგის შენარჩუნებას. შპს N 5 კლინიკური საავადმყოფოს ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიის დეპარტამენტის წარმომადგენლების განცხადებით, ამ მხრივ განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაშია ბავშვთა ამბულატორიული სერვისი, რადგან ქვეკომპონენტი არ ითვალისწინებს იმ ხარისხის მედიკამენტების მიღებას დისპანსერში, რითაც მკურნალობენ N 5 კლინიკაში, შესაბამისად მშობელს უწევს საკუთარი სახსრებით მედიკამენტების შეძენა. ადგილობრივი თვითმმართველობების დონეზე სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები ითვალისწინებს მედიკამენტებზე ბენეფიციარების ფინანსურ დახმარებას, თუმცა აღნიშნული ვერ უზრუნველყოფს არსებული მოთხოვნის დაკმაყოფილებას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: სტაციონარ-გარე მომსახურებისას არსებობს მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, თუმცა აღნიშნული ვერ აკმაყოფილებს არსებულ მოთხოვნას.

16. დასაქმების ხელშემწყობი სერვისების ხელმისაწვდომობა

მიმდინარე პერიოდში არ არის შემუშავებული „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტით და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმით“ (საქართველოს მთავრობის დადგენილება N762) გათვალისწინებული დასაქმების ხელშემწყობი სისტემა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთათვის.

„სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის“ სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამით გათვალისწინებულია „შპმ პირთა საოჯახო ტიპის დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშემწყობი მომსახურებით უზრუნველყოფა“, რომელიც მოიცავს:

- წინაპროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარებაში ხელშემწყობას (ბენეფიციარების ინდივიდუალური შესაძლებლობებისა და სურვილის გათვალისწინებით ხელობის შერჩევა, სწავლების და პრაქტიკული გამოცდების ხელშემწყობა);

- ბენეფიციართა მომსახურებისგან დამოუკიდებლად ცხოვრების მხარდაჭერისთვის დასაქმებისა და ეკონომიკური დამოუკიდებლობის ხელშეწყობას მათი შესაძლებლობებისა და უნარ-ჩვევების გათვალისწინებით.

მიმდინარე ეტაპზე უცნობია აღნიშნული კომპონენტით მოცული ბენეფიციარების რაოდენობა (მთლიანი კომპონენტის ფარგლებში მომსახურება თვიურად მიენოდება 28 ბენეფიციარს, მ.შ. ფსიქიკური დარღვევების მქონე ბენეფიციარებს).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამით გათვალისწინებული გარკვეული დასაქმების ხელშეწყობი ღონისძიებები.

მომსახურების მიწოდება კომპონენტის

| მომსახურების მიწოდება | | |
|-----------------------|---|---|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა | სტაციონარული მომსახურება მიენოდება 10 დაწესებულების მიერ დედაქალაქში (4), აჭარაში და 4 რეგიონში; ამბულატორიული მომსახურება მიენოდება 18 დაწესებულების მიერ მთელი ქვეყნის მასშტაბით; ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია დედაქალაქში და 2 რეგიონში; ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია დედაქალაქში, აჭარაში და 2 რეგიონში; თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების მომსახურება მხოლოდ დედაქალაქში. |
| 2 | პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა | პენიტენციურ სისტემაში უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა (მომდევნო შეფასებისას მნიშვნელოვანია შედარდეს ამჟამად ინსტიტუციის დონეზე მიწოდებული სერვისების მოცულობის ზრდის/კლების ტენდენცია). |
| 3 | თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისების მოცვის გაზრდა | გეოგრაფიული მოცვის არეალი - თბილისი, იმერეთი, კახეთი, ქვემო ქართლი, აჭარის ა/რ.; მიწოდებულების რაოდენობა - 8; დაფინანსების მოცულობა - 964,600 ლარი. |
| 4 | საწოდების დატვირთვის მაჩვენებელი | არ არის მონაცემი |
| 5 | სტაციონარულ საწოდებზე დაყოვნების მაჩვენებელი | არ არის მონაცემი |
| 6 | შემობრუნება საავადმყოფოში (რეჰოსპიტალიზაცია) 30 დღეზე ნაკლებ დროში | არ არის მონაცემი |
| 7 | 6 თვეზე მეტ ხანს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა | არ არის მონაცემი |
| 8 | ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი დროული ამბულატორიული ჩარევა/სერვისების უწყვეტობის უზრუნველყოფა | არ არის მონაცემი |
| 9 | ამბულატორიული სერვისების მიწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა და მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა (შეიცვალა ინდიკატორი) | ამბულატორიული სერვისების მიწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა არის 18. სერვისი მიენოდება ყველა რეგიონში. |
| 10 | სხვა ჰოსპიტალ-გარე სერვისების მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა და მოსარგებლეთა რაოდენობა (შეიცვალა ინდიკატორი) | ამბულატორიული მომსახურება მიენოდება მთელი ქვეყნის მასშტაბით; ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია დედაქალაქში და 2 რეგიონში; კრიზისული ინტერვენცია დედაქალაქში, აჭარის ა/რ-ში და ორ რეგიონში; თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების მომსახურება მხოლოდ დედაქალაქში. 2013 წელს ამბულატორიული მომსახურების მოსარგებლეთა რაოდენობა - 11560 |
| 11 | ბამისური ამბულატორიული სერვისით მოცვის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა (ინდიკატორი ამოღებულია) | ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიციის წინადადებით აღნიშნული ინდიკატორი ამოღებული იქნა შეფასების ბადიდან |

| | | |
|----|---|--|
| 12 | ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობა/გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა | ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მიმწოდებელია 3 დაწესებულება. სერვისი მიწოდება დედაქალაქში, იმერეთსა და კახეთში. |
| 13 | ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისებით მოსარგებლეთა რაოდენობა | ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისებით ისარგებლა 62 ბენეფიციარმა (20136). |
| 14 | მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე რემისიაში მყოფ პაციენტთა რაოდენობა და რემისიის ხანგრძლივობა (შეიცვალა ინდიკატორი) | არ არის მონაცემი |
| 15 | წამლებზე ხელმისაწვდომობა სტაციონარს-გარე მომსახურებისას | სტაციონარ-გარე მომსახურებისას არსებობს მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, თუმცა აღნიშნული ვერ აკმაყოფილებს არსებულ მოთხოვნას. |
| 16 | დასაქმების ხელშეწყობი სერვისების ხელმისაწვდომობა | სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამით გათვალისწინებული გარკვეული დასაქმების ხელშეწყობი ღონისძიებები. |

4.5 მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

აღნიშნული მიმართულებით შეირჩა 3 ინდიკატორი: ნეიროფსიქიკური დაავადებების წილი (%) მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთში, ფსიქიკურ დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელი, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი.

1. ნეიროფსიქიკური დაავადებების წილი (%) მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთში
2. ფსიქიკურ დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელი
3. ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

1. ნეიროფსიქიკური დაავადებების წილი (%) მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთში

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით მსოფლიოში იზრდება ნეიროფსიქიკური დაავადებების მაჩვენებელი. 2011 წელს ნეიროფსიქიკური დაავადებები დაავადებათა გლობალური ტვირთის 30.9%-ს შეადგენდა აშშ-ში⁶⁸. ევროპაში ნეიროფსიქიკური დაავადებები წამყვან სამეულშია უნარშეზღუდულობის შედეგად დაკარგული სიცოცხლის წლების (DALYs) მიხედვით და შეადგენს 15.2%-ს (კარდიოვასკულური დაავადებები - 26.6%, სიმსივნე-15.4%)⁶⁹. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ თანახმად, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველოში ნეიროფსიქიკური დაავადებები დაავადებათა გლობალური ტვირთის 22.8%-ს შეადგენს (2008 წელი), რაც მაღალია და ადევკატურ მართვასა და ყურადღებას საჭიროებს გადაწყვეტილებების მიმღებთა მხრიდან⁷⁰. აღნიშნული მაჩვენებელი იმავე პერიოდში რეგიონის მასშტაბით, ამერბაიჯანში შეადგენს 14.3%-ს, სომხეთში 15.8%-ს. (მომდევნო წლებში შედარება მოხდება შეფასების პირველი ანგარიშის საბაზისო მაჩვენებელთან).

2. ფსიქიკურ დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელი

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით 2012 წელს: 100,000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების მაჩვენებელი წარმოადგენს 1743.5-ს. დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 4,075 ახალი შემთხვევა (90.7 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე). დამოუკიდებელ ექსპერტთა შეფასებით, ეს ინფორმაცია არასრულია. მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება ეპიდემიამხედველობის ნაკლოვანებებიდან გამომდინარე, სულ მცირე ორჯერ აღემატება ოფიციალურ მონაცემებს; მაგ: შიზოფრენიის ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში 100,000 მოსახლეზე 20-54 ფარგლებში მერყეობს, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს⁷¹. ზოგადად, ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გავრცელება საქართველოში მზარდი ტენდენციით ხასიათდება.

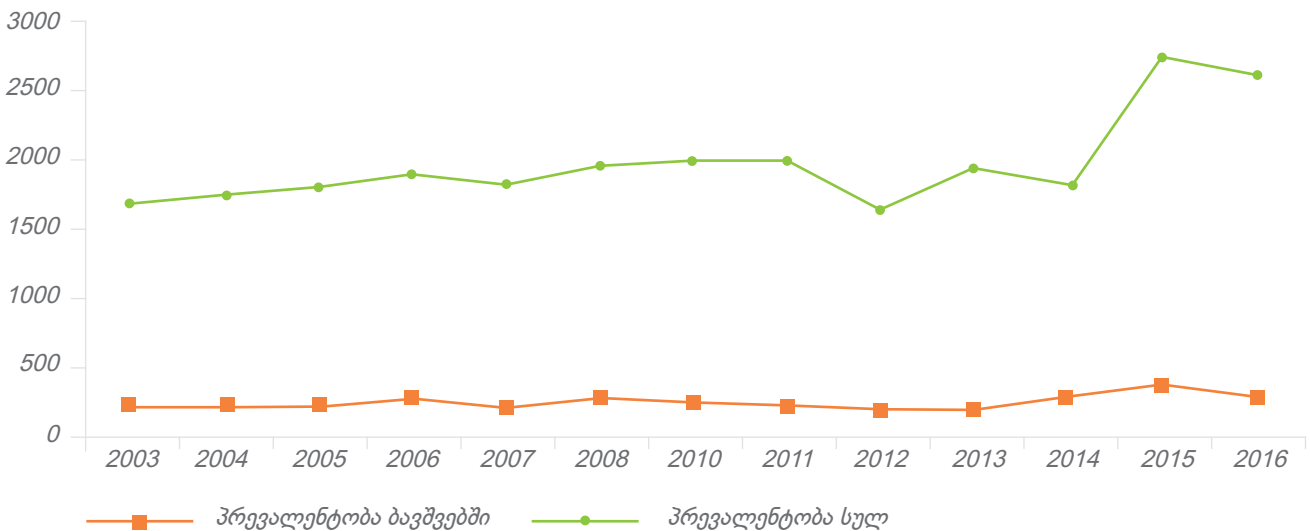
68. „ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიშის“ მომზადების მეთოდოლოგია, საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2016

69. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

70. MENTAL HEALTH ATLAS 2011.

71. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სამოქმედო გეგმა, 2014 წ.

დიაგრამა 14: ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გავრცელება საქართველოში, 2003-2015 წ.



3. ფსიქიკური აშლილობის მეორე პირთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ყოველწლიურად ახორციელებს საქართველოში „სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზების მიხედვით“ სტატისტიკას. აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით, 2016 წელს, საქართველოში სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზებს შორის ფიქსირდება ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მაჩვენებელი, რომელიც 2.7 შეადგენს 100,000 მოსახლეზე, აღნიშნული მაჩვენებელი გაზრდილია წინა წელთან შედარებით, 2015 წელს სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზებს შორის ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მაჩვენებელი 2.1 შეადგენდა 100,000 მოსახლეზე⁷².

ჯანმრთელობის გაუმჯობესება - ინდიკატორების შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით:

- 1) ნეიროფსიქიკური დაავადებების წილი (%) მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთში - 22.8%;
- 2) ფსიქიკურ დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელი - 1743.5 (100,000 მოსახლეზე);
- 3) ფსიქიკური აშლილობის მეორე პირთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - 2.7 (100,000 მოსახლეზე).

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა - შეჯამება:

| მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა | | |
|--------------------------------------|---|---|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | ნეიროფსიქიკური დაავადებების წილი(%) მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთში | ნეიროფსიქიკური დაავადებების წილი (%) მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთში - 22.8%; |
| 2 | ფსიქიკურ დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელი | ფსიქიკურ დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელი - 1743.5 (100,000 მოსახლეზე); |
| 3 | ფსიქიკური აშლილობის მეორე პირთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი | ფსიქიკური აშლილობის მეორე პირთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - 2.7 (100,000 მოსახლეზე). |

72. სტატისტიკური ცნობარი 2015წ.

თავი 5

ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულება

ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულება

უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე საქართველომ დიდი გზა განვლო საბჭოთა ნარკოლოგიური მემკვიდრეობიდან თანამედროვე სტანდარტების თერაპიულ მიდგომებამდე და ზიანის შემცირების პროგრამების დანერგვამდე. სამედიცინო თვალსაზრისით, შეიძლება ითქვას, რომ სერვისები საკმაოდ კარგად არის განვითარებული, თუმცა, მომლოდინეთა სიის, ფაქტობრივად, არარსებობის მიუხედავად, ნათელია, რომ მოცვის მაჩვენებელი დაბალია, რასაც გარკვეულწილად განაპირობებს, როგორც საზოგადოებაში არსებული სტიგმა, ასევე სერვისებზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემები.

უკანასკნელი მონაცემებით, საქართველოში 50,000-მდე ინექციური მომხმარებელია, რაც ჩვენი ქვეყნის პოპულაციისთვის საგანგაშო მაჩვენებელია. წლიდან წლამდე იზრდება პრობლემური მომხმარებლების რაოდენობა. სუსტად არის განვითარებული წამალდამოკიდებულების შემსწავლელი კვლევების სფერო, შესაბამისი კვლევების და სანდო ემპირიული მონაცემების გარეშე კი ქვეყანა ვერ შეძლებს სათანადო პოლიტიკის შემუშავებას და გატარებული ინტერვენციების ეფექტურობის შეფასებას.

დოკუმენტში წარმოდგენილია ზრუნვის სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტის „ნარკოტიკების მოხმარება / წამალდამოკიდებულების“ შეფასება, რომელიც თავს უყრის ინფორმაციას 46 ინდიკატორის გარშემო. აღნიშნული ინდიკატორები, მეთოდოლოგიის შესაბამისად, იშლებიან ოთხი ძირითადი მიმართულების მიხედვით, კერძოდ:

- მმართველობა
- დაფინანსება
- რესურსების გენერირება
- მომსახურების მიწოდება.

ძირითადი მიმართულებების გარდა განისაზღვრა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ინდიკატორები.

5.1 მმართველობა

წამალდამოკიდებულება არის პროგრესირებადი ქრონიკული დაავადება, რომელიც მჭიდროდ არის გადაჯაჭვული, როგორც ფსიქიკურ აშლილობებთან, ასევე აივ-შიდსისა და ვირუსული ჰეპატიტების ეპიდემიების გავრცელებასთან და ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ სიკვდილთან⁷³. გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ოფისის ბოლო ანგარიშის თანახმად, 2015 წელს მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 5%-მა მოიხმარა რაიმე სახის ფსიქოაქტიური ნივთიერება (250 მილიონი ადამიანი). აღნიშნული რაოდენობიდან დაახლოებით 29.5 მილიონი ადამიანი კი (მსოფლიო მოსახლეობის 0.6%) მოხმარებით გამოწვეული სხვადასხვა აშლილობების მატარებელია⁷⁴. ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობა და რეგულაციები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს წამალდამოკიდებულების სფეროზე და გამოხატავს სახელმწიფო მიდგომას აღნიშნული საკითხის მიმართ, ასევე გავლენას ახდენს მომხმარებელთა ცხოვრების ხარისხსა და სამომავლო ვითარებაზე.

მმართველობის მიმართულების შესაფასებლად შეირჩა 10 ინდიკატორი, კერძოდ:

| | |
|-----|--|
| 1. | შემუშავებული და დამტკიცებულია ნარკომანიასთან ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა |
| 2. | უზრუნველყოფილია ეროვნულ დონეზე მრავალსექტორული თანამშრომლობა და კოორდინაცია |
| 3. | ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მონიტორინგის და რეპორტირების გაუმჯობესება |
| 4. | უზრუნველყოფილია წამალდამოკიდებულ პირთა სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია |
| 5. | შემუშავებული და დამტკიცებულია გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა |
| 6. | ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების % წილი რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში (MTEF-ში) |
| 7. | მოქმედი სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს M&E კომპონენტს |
| 8. | ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის დაარსება |
| 9. | ნარკოვითარების მონიტორინგის მექანიზმების უზრუნველყოფა EMCDDA-ის ინდიკატორებისა და სტანდარტების დაცვით |
| 10. | შემუშავებულია ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის, აივ/შიდსისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარებლის პრევენციის პროგრამები, ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამები. |

1. შემუშავებული და დამტკიცებულია ნარკომანიასთან ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა

სახელმწიფოს ხედვა და მიდგომა წამალმომხმარებლის საკითხის მიმართ მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს ქვეყანაში ნარკოვითარების სურათს, როგორც ინდივიდის, ასევე

73. ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია <http://www.justice.gov.ge/Ministry/Index/346>

74. World Drug Report, 2017.

საზოგადოების დონეზე. მმართველობის ფორმა და კანონების სიმკაცრე თუ ლიბერალურობა უშუალო გავლენას ახდენს ამ სფეროზე. ამიტომაც, ეფექტური სტრატეგიის შემუშავება და ნარკოპოლიტიკის სათანადო აღსრულება უაღრესად მნიშვნელოვანი კომპონენტებია.

დღეისთვის დასავლეთის ქვეყნებში „ნარკოტიკებთან ომის“ პარადიგმა არაერთმა ქვეყანამ ჩაანაცვლა ჰუმანური ნარკოპოლიტიკითა და წამალმომხმარებლის სასჯელაღსრულებიდან ჯანდაცვის სფეროში გადანაცვლებით, ვინაიდან ათეულობით წლების გამოცდილებამ გვაჩვენა, რომ ნარკოტიკებთან ომი ხარჯიანი და არაეფექტური სტრატეგიაა. ევროპის ბევრ ქვეყანაში შეიმჩნევა კანონების ლიბერალიზაციის ტენდენცია იმ შემთხვევებში, თუ ნარკოტიკების პირადი მოხმარება არ არის დაკავშირებული გაყიდვასთან ან სხვა დამამძიმებელ ფაქტორებთან. ევროკავშირის ქვეყნების სასამართლო ხელისუფლება ცდილობს არ შეუფარდოს მომხმარებელს თავისუფლების აღკვეთა და შემოიფარგლოს ადმინისტრაციული სასჯელით, გამოიყენოს სამედიცინო ან საზოგადოებრივი ზემოქმედების გეგმა⁷⁵ (აღსანიშნავია, რომ ევროპის ქვეყნებში სავსაშუალოდ განსხვავდება ნარკოკანონმდებლობა, მაგალითად, საფრანგეთში კანონი არ განასხვავებს ფლობას პირადი მოხმარებისთვის და გაყიდვისთვის, მოხმარებაც და ფლობაც დანაშაულია, როდესაც პორტუგალიაში 10 დღის დოზის ფლობა დევრიმინალიზებულია. თუმცა ექსპერტების შეფასებით, საფრანგეთშიც მკაცრი მიდგომა მხოლოდ ქალაქებში რჩება და პოლიციური და სამართლებრივი პრაქტიკა გაცილებით უფრო ლიბერალურია, ვიდრე ეს კანონში წერია).

საქართველოში ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭოს მიერ შემუშავებულია „ნარკომანიასთან ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია და ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სამოქმედო გეგმა“. ამ დოკუმენტებით ჩამოყალიბდა ნარკომანიასთან ბრძოლის ახლებური მიდგომა, რაც გულისხმობს დაბალანსებულ პოლიტიკას, რომელიც დამყარებულია ადამიანის უფლებების პატივისცემაზე. ახალი მიდგომის მიზანია ერთი მხრივ, კიდევ უფრო გაძლიერდეს ნარკოდანაშაულთან ბრძოლა და მეორე მხრივ, განვითარდეს ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემაზე მიმართული სამედიცინო-სოციალური საშუალებები. ძირითად მიმართულებებად/კომპონენტებად გამოყოფილია მოთხოვნისა და ზიანის შემცირებაზე მუშაობა; მონოდების შემცირება; კოორდინაცია და საერთაშორისო თანამშრომლობა და ნარკოვიითარების მონიტორინგი.

საბჭოს მიერ შემუშავებულ და დამტკიცებული ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის 2014-2015 და 2016-2018 წლების სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულია ღონისძიებები და შესაბამისი ინდიკატორები პასუხისმგებელ უწყებებთან და ვადებთან ერთად, რომლებიც ეხმიანება ევროკავშირის ნარკომანიასთან ბრძოლის 2013-2020 წლების სტრატეგიას, სადაც მოთხოვნის, დამოკიდებულების, ჯანმრთელობისა და სოციალური ზიანისა და ასევე მინოდების შემცირება ევროკავშირის წევრი ქვეყნების ნარკოსტრატეგიების საერთო მიზნებად არის მოხსენიებული⁷⁶.

სახელმწიფო ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულების მიმართულებით ახორციელებს „ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის“ სახელმწიფო პროგრამას, რომლის მიზანია ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ზიანის

75. ნარკოტიკების მოხმარებაზე სასჯელი საზღვარგარეთის ქვეყნებში.

76. THE EU DRUGS STRATEGY (2013-2020) AND ITS ACTION PLAN.

შემცირება, ასევე გარკვეულ ღონისძიებებს „ავი ინფექცია/შიდსის მართვისა“ და „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის“ პროგრამების ფარგლებში.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: შემუშავებული და დამტკიცებულია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა.

2. უზრუნველყოფილია ეროვნულ დონეზე მრავალსაქიფოროსი თანამშრომლობა და კოორდინაცია

საკითხის კომპლექსურობიდან გამომდინარე, წამალდამოკიდებულების პრობლემის ეფექტურად მართვის და კანონმდებლობის შემუშავების პროცესში აუცილებელია ყველა მნიშვნელოვანი სახელმწიფო უწყებისა და სფეროში მომუშავე სხვა ორგანიზაციების ჩართულობა. ევროკავშირის ქვეყნებში არსებული ეროვნული მონიტორინგის ცენტრები, რომელიც ქვეყანაში ნარკოვითარების მონიტორინგზე და ევროპის ნარკომონიტორინგის ცენტრისთვის ინფორმაციის მიწოდებაზეა პასუხისმგებელი, ხუთი ძირითადი ინდიკატორის შესახებ ინფორმაციას იღებს არაერთი სახელმწიფო და კვლევითი დაწესებულებიდან.

სახელმწიფო უწყებებს შორის წამალდამოკიდებულების სფეროში გატარებული ღონისძიებების კოორდინაციისა და უწყებების თანამშრომლობაზე პასუხისმგებლობა აღებული აქვს 2011 წელს დაარსებულ ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის უწყებათაშორის საკოორდინაციო საბჭოს, რომელსაც იუსტიციის მინისტრი ხელმძღვანელობს (საბჭო შექმნილია პრეზიდენტის 751 ბრძანებულების თანახმად). საბჭოს მიზანია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის ადამიანის უფლებათა დაცვის პრინციპებზე აგებული ზოგადი პოლიტიკის განსაზღვრა; ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიისა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმების შემუშავება, მისი პერიოდული განახლება და შესრულების მონიტორინგი; აღნიშნული სტრატეგიის განვითარების მიზნით წინადადებებისა და რეკომენდაციების მომზადება; სტრატეგიის განხორციელების პროცესში უწყებათაშორისო კოორდინაციის უზრუნველყოფა⁷⁷. საბჭოს შემადგენლობა დაკომპლექტებულია ყველა მნიშვნელოვანი სახელმწიფო უწყების წარმომადგენლებითა და, ასევე, ადგილობრივი და საერთაშორისო ორგანიზაციებიდან მოწვეული ექსპერტებით. უწყებათაშორისი საქმიანობის კოორდინაცია და თანამშრომლობა ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის ერთ-ერთი ამოცანაა, რომელიც მოიაზრებს როგორც ერთობლივ ტრენინგებს/სამუშაო შეხვედრებს ძალოვანი სტრუქტურების თანამშრომლებისთვის, ასევე წამალდამოკიდებულების სფეროში აღიარებულ საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობას⁷⁸ (კომპიდუ ჯგუფი, ევროპისა და გაეროს სხვადასხვა სააგენტოები, აშშ ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ადმინისტრაცია და სხვა).

საკოორდინაციო საბჭოს შემადგენლობაში შედის 19 სხვადასხვა საჯარო უწყების წარმომადგენელი და მოწვეული 10 წევრი საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლებისა და ექსპერტების სახით. #751 ბრძანებულების თანახმად, საბჭოს შემადგენლობა განსაზღვრულია შემდეგნაირად:

77. [HTTP://WWW.JUSTICE.GOV.GE/MINISTRY/INDEX/226](http://www.justice.gov.ge/ministry/index/226)

78. ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის 2016-2018 წლების სამოქმედო გეგმა.

1. საქართველოს იუსტიციის მინისტრი, საკოორდინაციო საბჭოს თავმჯდომარე;
2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი, საკოორდინაციო საბჭოს თანათავმჯდომარე;
3. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრი;
4. საქართველოს ფინანსთა მინისტრის მოადგილე;
5. საქართველოს მთავარი პროკურორი;
6. საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის მოადგილე;
7. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მოადგილე;
8. საქართველოს იუსტიციის მინისტრის მოადგილე;
9. საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა მინისტრის მოადგილე;
10. საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს ცენტრალური კრიმინალური პოლიციის დეპარტამენტის დირექტორი;
11. საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს საპატრულო პოლიციის დეპარტამენტის დირექტორი;
12. საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის მოადგილე, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულების - საქართველოს სასაზღვრო პოლიციის უფროსი;
13. საქართველოს მთავარი პროკურატურის შინაგან საქმეთა სამინისტროს გენერალურ ინსპექციაში, კრიმინალური პოლიციის, საპატრულო პოლიციის დეპარტამენტებში და სპეციალური ოპერატიული დეპარტამენტის ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ ბრძოლის სამმართველოში გამოძიების საპროცესო ხელმძღვანელობის დეპარტამენტის უფროსი;
14. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს სისტემაში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - საგანმანათლებლო დაწესებულების მანდატურის სამსახურის უფროსი;
15. საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარე;
16. საქართველოს პარლამენტის იურიდიულ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარის პირველი მოადგილე;
17. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს თავმჯდომარის მოადგილე, სისხლის სამართლის საქმეთა პალატის თავმჯდომარე;
18. საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს ანალიტიკური დეპარტამენტის უფროსი;
19. საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საერთაშორისო საჯარო სამართლის დეპარტამენტის უფროსის მოადგილე.

საბჭოს მონვეული წევრები არიან:

20. საქართველოში ევროკომისიის დელეგაციის ხელმძღვანელი;
21. საქართველოში ევროსაბჭოს გენერალური მდივნის სპეციალური წარმომადგენელი;
22. გაეროს ბავშვთა ფონდის წარმომადგენელი საქართველოში;
23. ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) საქართველოს მისიის დირექტორი;

24. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიუროს საქართველოში წარმომადგენლობის ხელმძღვანელი;
25. შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის“ გენერალური დირექტორი;
26. შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის“ გენერალური დირექტორის მოადგილე;
27. ამერიკის შეერთებული შტატების იუსტიციის დეპარტამენტის იურიდიული მრჩეველი;
28. ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო ნარკოტიკებისა და კანონის აღსრულების საქმეთა ბიუროს დირექტორი;
29. ა(ა)იპ ალტერნატივა ჯორჯიას თავმჯდომარე.

საკორდინაციო საბჭოს დებულების თანახმად, საბჭოს სხდომები იმართება 6 თვეში ერთხელ, საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია სხდომის ვადამდე მოწვევა.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: დაარსებულია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის უწყებათაშორისი საბჭო, როგორც კოორდინაციაზე პასუხისმგებელი და თანამშრომლობის ხელშემწყობი სახელმწიფო უწყება.

3. ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მონიტორინგის და რეპორტირების გაუმჯობესება

ქვეყნებში ნარკოვითარების მონიტორინგისა და ნარკოსცენის აღწერის მიზნით „ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრს“ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) შემუშავებული აქვს ხუთი ძირითადი ინდიკატორი, რომელიც ევროკავშირის ქვეყნებში მონაცემების მოგროვების სტანდარტიზაციის და ერთიანი მონაცემთა ბაზის წარმოების საფუძველია⁷⁹. ხსენებული ინდიკატორებია:

1. ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება ზოგად მოსახლეობაში;
2. მაღალი რისკის მოხმარების მაჩვენებლები;
3. მოთხოვნა მკურნალობაზე;
4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა;
5. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები.

წინამდებარე ანგარიშის მომზადების პროცესში, აღნიშნული სტანდარტების დაცვით სახელმწიფო დონეზე კვლევების რუტინულად წარმოება არ ხდება. არსებული პრაქტიკით, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი სამკურნალო მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციებიდან აგროვებს მონაცემებს მესამე და მეხუთე ინდიკატორის შესახებ, ხოლო სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ გროვდება ინფორმაცია რეგისტრირებული ფატალური ზედოზირების მაჩვენებლებზე.

79. [HTTP://WWW.EMCDDA.EUROPA.EU/ACTIVITIES/KEY-INDICATORS](http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators)

ამასთან, საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“ „საერთაშორისო ფონდ კურაციოსთან“ ერთად შეისწავლის ინექციური მომხმარებლების პოპულაციის ზომასა და სხვა მახასიათებლებს. 2015 წელს, ადიქციის კვლევების განვითარების პროექტის ფარგლებში, აშშ განვითარების საერთაშორისო სააგენტოს მხარდაჭერით დამოკიდებულების კვლევითმა ცენტრმა ალტერნატივა ჯორჯია, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან თანამშრომლობით, ზოგად მოსახლეობაში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გავრცელების შემსწავლელი პირველი ეროვნული კვლევა განახორციელა. არსებული პრაქტიკის გათვალისწინებით, გარკვეული კვლევები/აქტივობები ხორციელდება სხვადასხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართულობით, თუმცა 5 ძირითადი ინდიკატორის მონაცემების რუტინულად შეგროვება სახელმწიფო დონეზე არ ხორციელდება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: წინამდებარე ანგარიშის მომზადების პერიოდში, სახელმწიფო დონეზე ძირითადი ინდიკატორების მიხედვით მონაცემების მოგროვება და რეპორტიინგი არ ხდება.

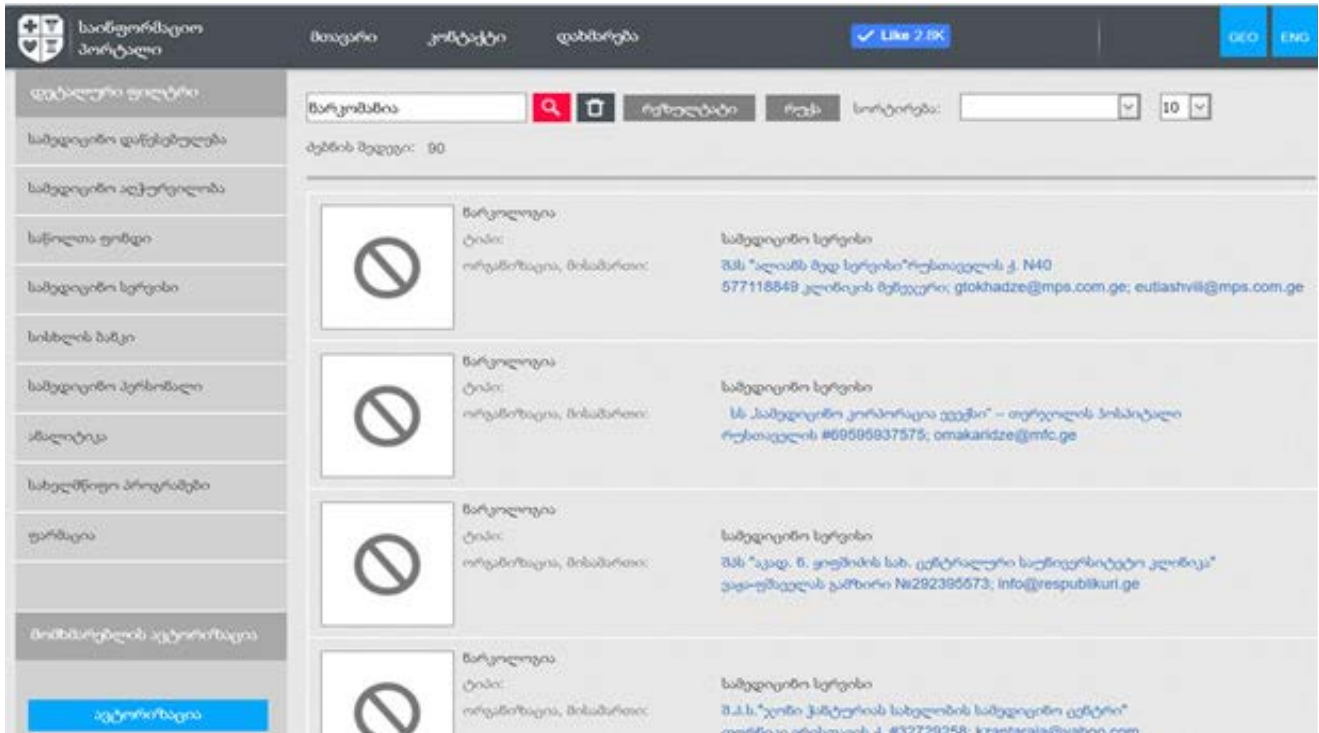
4. უზრუნველყოფილია წამალდამოკიდებულ პირთა სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია

ნებისმიერი ტიპის სამედიცინო დაწესებულების, მათ შორის წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია ექვემდებარება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 6 აგვისტოს N01-336 ბრძანებას „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთათვის პასპორტიზაციის წესების დამტკიცების შესახებ“. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პირი თუ დაწესებულება ვალდებულია მონაცემები დაწესებულების ტიპისა და არსებული სერვისების შესახებ განათავსოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე და იზრუნოს მონაცემების განახლებაზე ყოველი თვის პირველი რიცხვისთვის (დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი, დაწესებულების დასახელება, დაწესებულების სტატუსი (ფუნქციონირებს თუ არა), საქმიანობის შეჩერების/შენწყვეტის თარიღი, საქმიანობის განახლების თარიღი, საქმიანობის შეჩერების/შენწყვეტის მიზეზი, სალიცენზიო მონუმბის ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), სანებართვო მონუმბის ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), შეტყობინება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), დაწესებულების ხელმძღვანელის/ პასუხისმგებელი პირის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი და საკონტაქტო ინფორმაცია). დაწესებულების ტიპიდან გამომდინარე დაწესებულების მონაცემების სვეტში ივსება მხოლოდ ის გრაფები, რომელსაც აკმაყოფილებს დაწესებულება.

მოქმედი რეგულაციის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის ელექტრონულ პორტალზე რეგისტრირებულია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ყველა დაწესებულება. რეგისტრირებულ დაწესებულებებს შორის სამედიცინო სერვისი - ნარკოლოგია, რეგისტრირებულია 90 სერვისის მიმწოდებელ⁸⁰ (12 დეკემბრის, 2017 წლის მდგომარეობით).

80. [HTTP://CLOUD.MOH.GOV.GE/PAGES/SEARCHPAGE.ASPX](http://cloud.moh.gov.ge/pages/searchpage.aspx)

დიაგრამა 15: სამედიცინო სერვისი (ნარკოლოგია) მიმწოდებლების რაოდენობა ქვეყნის მასშტაბით:



წყარო: სპეცდ სამინისტრო (ჯანდაცვის საინფორმაციო პორტალი);

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საკანონმდებლო დონეზე უზრუნველყოფილია წამალდამოკიდებულების სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია. ჯანდაცვის საინფორმაციო პორტალზე 2017 წლის მდგომარეობით რეგისტრირებულია 90 სამედიცინო სერვისის - ნარკოლოგია მიმწოდებელი.

5. შემუშავებული და დამტკიცებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ მიერ, დღეისთვის შემუშავებული და დამტკიცებულია:

1. ოპიოიდური ადრენალინის სინდრომისას მეთადონით დეტოქსიკაციის მართვა (დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ, 2016 წლის 17 ივნისის #01-135/ო ბრძანებით);
2. ოპიოიდური დამოკიდებულების მეთადონით შემანარჩუნებელი ჩანაცვლებითი მკურნალობა (დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ, 2016 წლის 20 ივნისის #01-137/ო ბრძანებით);
3. სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპია (დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ, 2016 წლის 20 ივნისის #01-139/ო ბრძანებით).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ მიერ 2017 წლისთვის მიღებულია კლინიკური მდგომარეობის მართვის 3 დოკუმენტი.

6. ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების % წილი, რომელიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში (MTEF-ში); სხვაობა პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის (დაამატა მეორე ინდიკატორი)

იმისათვის, რათა შეფასდეს რამდენად პრიორიტეტულია დარგის განვითარება, აღებული ვალდებულებების განხორციელება პოლიტიკის შემუშავებლებისთვის, მნიშვნელოვანია შეფასდეს სახელმწიფო ბიუჯეტში ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულების მიმართულებით გამოყოფილი ფინანსების მოცულობა ბოლო წლების განმავლობაში. ამ ეტაპზე, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან „ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება მხოლოდ მკურნალობა-რეაბილიტაციის კომპონენტი, რომელიც მოიცავს სტაციონარულ დეტოქსიკაციას შემდგომი მოკლევადიანი რეაბილიტაციით; მეთადონითა და სუბოქსონით ჩანაცვლებით თერაპიებს. ბოლო პერიოდში პროგრამას დაემატა: ეფექტურობის შემაფასებელი კომპონენტი (2015 წლიდან, რომელიც მოიცავს ერთიანი სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვებას, სტატისტიკური საქმიანობის კოორდინაციას, ინფორმაციის დამუშავებას და ინფორმაციული რესურსების შექმნას), ასევე ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კომპონენტს და #2 და #8 პენიტენციურ დაწესებულებებში ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტით ხანმოკლე და ხანგრძლივი დეტოქსიკაციის უზრუნველყოფას (2017 წლის 1 ივლისიდან).

რიგი სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, ასევე გათვალისწინებულია ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულების მიმართულებით გარკვეული ღონისძიებები, კერძოდ:

- სახელმწიფო პროგრამა „აივ-ინფექცია/შიდსი“, მოიცავს ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლების და მათი სქესობრივი პარტნიორების აივ-ინფექცია/შიდსზე ნებაყოფლობით კონსულტირებას და გამოკვლევას სკრინინგული მეთოდებით;
- სახელმწიფო პროგრამა „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა“, ქვეკომპონენტის – გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენის კომპონენტის მოსარგებლები არიან მაღალი რისკის ორსულთა გარკვეული კატეგორია ქ. თბილისის მასშტაბით, მათ შორის: ერთ-ერთი მშობლის ნარკომანია და ალკოჰოლიზმი.

აღნიშნული ინდიკატორის შეფასებისას აღებულ იქნა მხოლოდ „ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის“ სახელმწიფო პროგრამა, რადგან დანარჩენი პროგრამების ქვეკომპონენტების ბიუჯეტები ჩაშლილად არ არის წარმოდგენილი სახელმწიფო ბიუჯეტში. არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით შესაძლებელია შეფასდეს 2012 წლიდან აღნიშნული

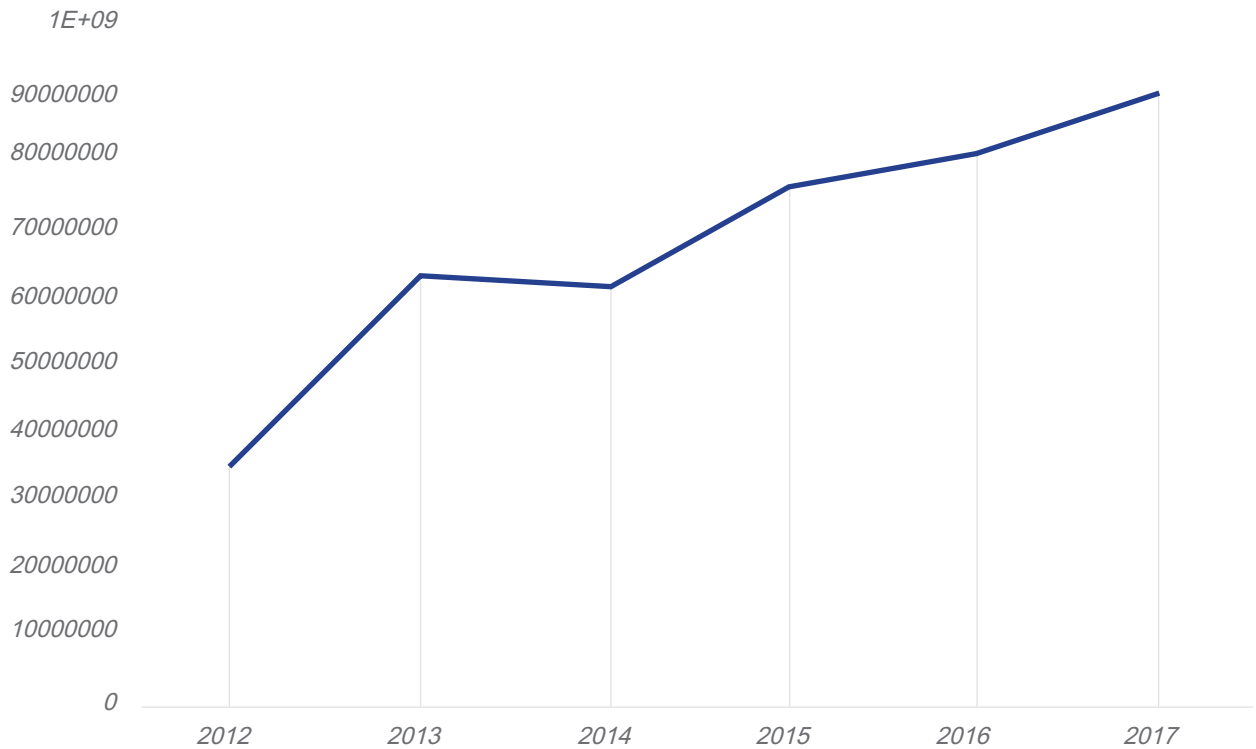
მიმართულებით გამოყოფილი სახელმწიფო ფინანსების მოცულობა.

ცხრილი 23: ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტში ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო ბიუჯეტის % წილი;

| კომპონენტი /წელი | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| საქსდ სამინისტროს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტი | 347,405,300 | 633,746,000 | 605,849,000 | 752,161,000 | 801,475,000 | 894,454,000 |
| ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა ⁸¹ | 2,775,000 | 4,025,000 | 4,388,500 | 4,353,400 | 4,839,000 | 6,220,000 |
| წამლდამოკიდებულების აქტივობების % წილი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ბიუჯეტში | 0.8% | 0.6% | 0.7% | 0.6% | 0.6% | 0.7% |

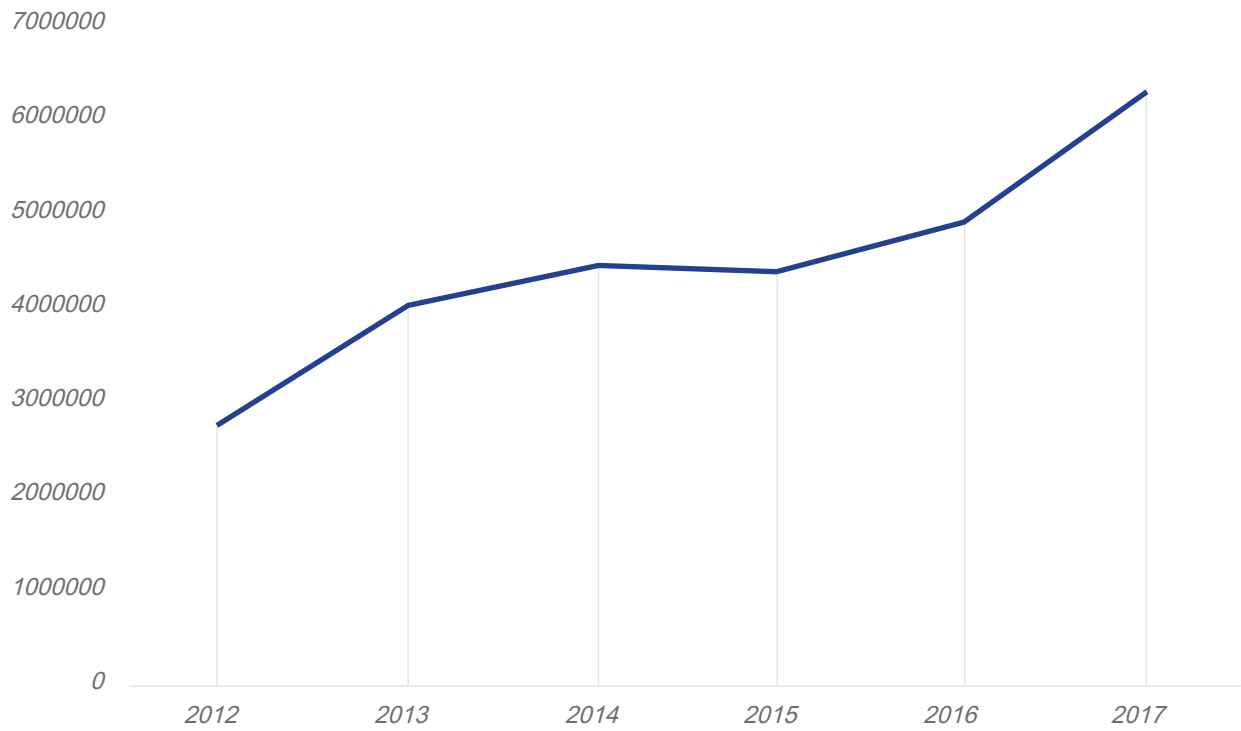
დიაგრამა 16: საქსდ სამინისტროს ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტი;

ჯანდაცვის ბიუჯეტი



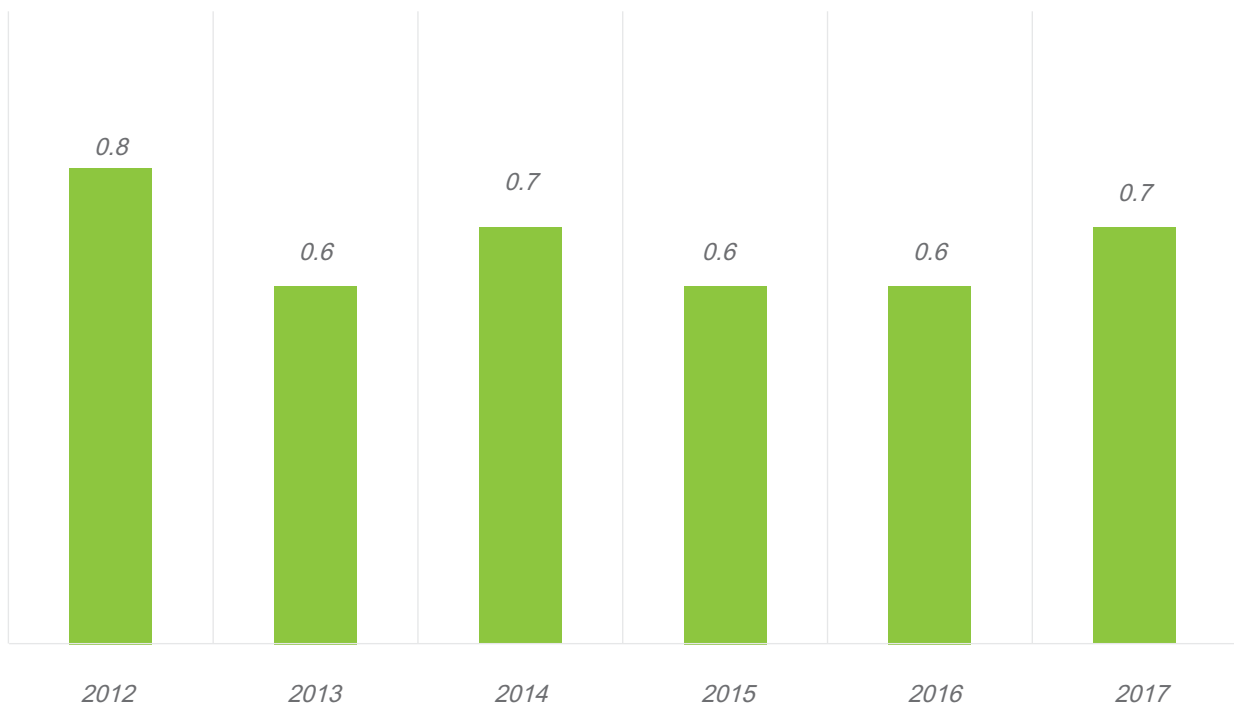
81. 2016 წლამდე „სახელმწიფო პროგრამა ნარკომანია“.

დიაგრამა 17: სახელმწიფო პროგრამა ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა;
სახელმწიფო პროგრამა ნარკომან ბიუჯეტი



დიაგრამა 18: წამალდამოკიდებულება/ნარკომანიის აქტივობების % წილი მთლიან ჯანდაცვის ბიუჯეტში;

წამალდამოკიდებულება/ნარკომანიის აქტივობების % წილი მთლიან ჯანდაცვის ბიუჯეტში



არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება იზრდება ყოველწლიურად აბსოლუტურ რიცხვებში. ასევე იზრდება ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსება. ნარკომანიის სახელმწიფო პროგრამების % წილი 2012-2017 წლების პერიოდში ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტში მერყეობს 0.6-0.8% ფარგლებში. აღნიშნული მიუთითებს დარგის პრიორიტეტიზაციის ნაკლებ ცვალებადობაზე. 2017 წლის ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტში ნარკომანიის მკურნალობის წილი შეადგენს 0.7%-ს, რაც საბაზისო მონაცემი იქნება ნარკომანია/წამალდამოკიდებულების არსებული სისტემის 2017 წლის შეფასების.

ამასთან, ბიუჯეტის დაგეგმვისას ნარკომანიის სახელმწიფო პროგრამაზე განსაზღვრული ასიგნებები შედარდა პროგრამის ფაქტობრივ ხარჯთან (ცხრილი 24), ანუ დაგეგმვასა და განხორციელებას შორის არსებული სხვაობა აჩვენებს, რამდენად გაანალიზებული იყო დაგეგმვის პროცესი (არსებული მონაცემები, წლების დინამიკა, მოთხოვნა-მიწოდების საჭიროება). იგულისხმება, რომ ხარჯების საშუალოვადიანი დაგეგმვის ჩარჩოში სტრატეგიულად განერილ ასიგნებებსა და სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ კანონში საბოლოოდ დაფიქსირებულ მოცულობებს შორის (ფაქტობრივი ხარჯი) განსხვავების არსებობა მიუთითებს გადაწყვეტილებათა მიღებისა და დაგეგმვის პროცესის ნაკლებ თანმიმდევრულობაზე. არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, 2012 წლიდან მაღალია პროგრამაზე გამოყოფილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის სხვაობა, კერძოდ ძირითადად ვერ ხდებოდა პროგრამაზე გამოყოფილი ასიგნებების ათვისება (ბიუჯეტის 4.3%-დან 12.8%-მდე), ხოლო 2013 წელს აღინიშნა დეფიციტი და საჭირო გახდა დამატებითი თანხების მობილიზება. აღსანიშნავია, რომ 2016 წელს გამოყოფილი ბიუჯეტის ათვისების ხარვეზი შემცირდა წინა წლებთან შედარებით და 4.3% შეადგინა.

წლების დინამიკა მიუთითებს პროგრამის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში არსებულ ხარვეზებზე, დაგეგმვის პროცესის ნაკლებ თანმიმდევრულობაზე. გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში გათვალისწინებული არ ყოფილა არსებული გარემოებები და მოქმედი ფაქტორები.

ცხრილი 24: ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა, სხვაობა (გეგმა-ფაქტობრივი ხარჯი);

| კომპონენტი/წელი | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---------|----------|---------|---------|---------|---------|
| საბოლოო გეგმა (გათვალისწინებულია ცვლილებები) | 2775000 | 3426000 | 4807000 | 4800000 | 5000000 | 7000000 |
| ფაქტობრივი ხარჯი | 2536300 | 3991740 | 4190600 | 4243800 | 4782900 | |
| დაგეგმვასა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის განსხვავება | 8.6% | (-16.5%) | 12.8 | 11.6 | 4.3 | |

[ცხრილი 24-ში წარმოდგენილი ინფორმაცია აღებულია ფინანსთა სამინისტროს და საქართველოს მაცნეს ოფიციალური ვებ-გვერდიდან. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ასევე იქნა წერილობით წარმოდგენილი ინფორმაცია ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა – ხარჯი. ფინანსთა სამინისტროს და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემები რადიკალურად განსხვავდება ერთმანეთისგან. აღნიშნული გარემოებების გათვალისწინებით ინდიკატორის შეფასებისას აღებული იქნა ფინანსთა სამინისტროს (შესაბამისი წლის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან) და საქართველოს მაცნეს ვებ-გვერდებზე განთავსებული ინფორმაცია].

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: (1) 2017 წელს ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტში ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის წილი შეადგენს 0.7%-ს; (2) 2016 წელს ვერ მოხდა დაგეგმილი ასიგნებების ათვისება, ბიუჯეტის 4.3%-ს.

7. მოქმედი სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს M&E კომპონენტს

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორების არსებობა მომავალში შესაძლებლობას იძლევა მტიცებულებებზე დაყრდნობით განხორციელდეს პროგრამის ცვლილება. ამასთან, აღნიშნული ინდიკატორები და დარგის განვითარების სტრატეგიის/სამოქმედო გეგმის ინდიკატორები ინტეგრირებული უნდა იყოს ჯანდაცვის რუტინულ საინფორმაციო სისტემაში.

2015 წლიდან ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრულია ეფექტურობის შეფასების კომპონენტი (ბიუჯეტი 100 ათასი ლარი 2015 წელს; 120 ათასი 2016 წელს; 130 ათასი ლარი 2017 წელს). აღნიშნული კომპონენტი (პროგრამის აღწერა) მოიცავს სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოებასა და კოორდინაციას, ინფორმაციული რესურსების შექმნას. თუმცა აღსანიშნავია, რომ არსებული ინსტრუმენტი ნაკლებად უზრუნველყოფს პროგრამების სრულყოფილ შეფასებას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების კომპონენტს ცალკე გამოყოფილი ბიუჯეტით.

8. ნარკოპოლიტიკის მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის დაარსება

საქართველოს მიერ ევროკავშირთან 2014 წელს ხელმოწერილ ასოცირების ხელშეკრულებაში აღნიშნულია⁸², რომ ხელმოწერილი მხარეები ითანამშრომლებენ „ნარკოტიკულ საშუალებებთან მიმართებაში დაბალანსებული და ერთიანი მიდგომის ჩამოყალიბების მიზნით“⁸³. რაც გულისხმობს როგორც მიწოდების, ასევე მოთხოვნის შემცირებაზე მუშაობას და ჯანმრთელობასთან და სოციალურ საკითხებთან დაკავშირებული ზიანის შემცირებას.

თანამშრომლობის ფარგლებში განეული ძალისხმევა ყურდნობა შესაბამის საერთაშორისო კონვენციებს, ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ ევროკავშირის სტრატეგიის (2013-2020) და ნარკოტიკული საშუალებების თაობაზე გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის მეოცე სპეციალური სესიის მიერ დამტკიცებულ ნარკოტიკული საშუალებების მოთხოვნის შემცირების სახელმძღვანელო პრინციპებს (1988 წელი).

ხსენებული მიზნების მიღწევის უზრუნველსაყოფად 2015 წლის ნოემბერში საქართველოს იუსტიციის სამინისტროსა და ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრს შორის მემორანდუმი გაფორმდა. მემორანდუმის საფუძველზე

82. ასოცირების შესახებ შეთანხმება ერთის მხრივ, საქართველოსა და მეორეს მხრივ, ევროკავშირს და ევროპის ატომური ენერჯის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებს შორის.

83. [HTTPS://MATSNE.GOV.GE/KA/DOCUMENT/VIEW/2496959](https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2496959)

მხარეები შეთანხმდნენ ინფორმაციის მოგროვებისა და გავრცელების კუთხით თანამშრომლობაზე. საქართველოს იუსტიციის სამინისტროსა და ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრს შორის გაფორმებული მემორანდუმი გულისხმობს ნარკოვითარებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის შეგროვების სტანდარტიზებას და სათანადო პრაქტიკების დანერგვას, რაც საქართველოს ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულებითა და ვიზალიბერალიზაციის სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ვალდებულებების ნაწილიცაა. უწყებათაშორისი საბჭოს მიერ 2013 წელს შემუშავებულ სტრატეგიაში, ნარკოვითარების მონიტორინგის ცენტრის დაარსება 2014 წლის ბოლოსთვის იყო დაგეგმილი. 2016-2018 წლების სტრატეგიაში მონიტორინგის ცენტრის დაარსების თარიღმა 2017 წელს გადმოინაცვლა.

წინამდებარე ანგარიშის მომზადების პერიოდში ნარკოვითარების მონიტორინგის ცენტრი, რომელიც პასუხისმგებელი უნდა იყოს ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის მიერ განსაზღვრული ძირითადი ინდიკატორების შესაბამისი ინფორმაციის მოგროვებასა და ნარკოვითარების წლიური ანგარიშის მომზადებაზე, დაარსებული არ ყოფილა.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლისთვის ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი დაარსებული არ არის.

9. ნარკოვითარების მონიტორინგის მექანიზმების უზრუნველყოფა EM-CDDA-ის ინდიკატორებისა და სტანდარტების დაცვით

ზოგად მოსახლეობაში ნარკოტიკების მოხმარების მასშტაბები და ტენდენციები ერთ-ერთია იმ ხუთი ძირითადი ინდიკატორიდან, რომელიც შემუშავდა ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) მიერ და აღიარებულია ევროკავშირის წევრი სახელმწიფოების მიერ. აღნიშნული ძირითადი ინდიკატორის მიზანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, საიმედო და შედარებადი ინფორმაციის მოძიება ზოგად მოსახლეობაში ნარკოტიკების მოხმარების მასშტაბების და ტენდენციების შესახებ, და ასევე, ზოგადი მოსახლეობის დამოკიდებულების შესწავლა ნარკოტიკების მოხმარებელთა მიმართ. კვლევის შედეგები გამოხატულია მთლიანი მოსახლეობის, ან ასაკობრივი სუბპოპულაციების მიხედვით.

იუსტიციის სამინისტროს ბაზაზე არსებული ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო, რომელსაც ერთგვარად ეროვნული საკოორდინაციო ცენტრის ფუნქცია აქვს აღებული, ამ ეტაპზე არ აგროვებს ხსენებული ინდიკატორების შესაბამის ინფორმაციას. სხვადასხვა სახელმწიფო უწყებებში თავს იყრის აღნიშნული ინფორმაციის ნაწილი, რომელიც დეტალურად არის აღწერილი მესამე ინდიკატორში ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მოგროვების და რეპორტირების გაუმჯობესება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლისთვის ნარკოვითარების მონიტორინგის მექანიზმები ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის ინდიკატორებისა და სტანდარტების დაცვით უზრუნველყოფილი არ არის.

10. შემუშავებულია ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის, აივ/შიდსისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარებლის კრევენციის პროგრამები, ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამები

საქართველოში ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაციისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარებლის პრევენციის მექანიზმების გატარება ფრაგმენტულ ხასიათს ატარებს, განხორციელებული პროგრამები ხშირად არ ეყრდნობა საერთაშორისო სტანდარტებს და არ არსებობს მათი ეფექტურობის შემაფასებელი კვლევები. ხშირად პრევენციული პროგრამები არასამთავრობო სექტორის მიერ ხორციელდება ერთჯერადი ჩარევის ან კვლევის სახით.

„ჯანმრთელობის ხელშეწყობის“ 2017 წლის სახელმწიფო პროგრამაში შესულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ნივთიერებებზე დამოკიდებულების პრევენციის კომპონენტი, რომელიც ითვალისწინებს „მოსახლეობის ინფორმირებას ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისა და დამოკიდებულების თაობაზე“. პროგრამაში ვკითხულობთ, რომ ინფორმირების ძირითადი წყაროა სოციალური მედიაკამპანიები და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ვებ-გვერდზე განთავსებული ინფორმაცია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებული ზიანის შესახებ. აღნიშნული პროგრამა 2015-2016 წლებში არ მოიცავდა ნივთიერებებზე დამოკიდებულების პრევენციის კომპონენტს.

რაც შეეხება აივ-ინფექცია/შიდსის მართვის პროგრამას, 2011-2017 წლებში, პროგრამის ერთ-ერთი კომპონენტია აივ ინფექციის/შიდსის გავრცელების შეფერხება, რაც მოიცავს: ნებაყოფლობით კონსულტირებას, ტესტირებას და სკრინინგს⁸⁴.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო ასევე ახორციელებს „ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ხელშეწყობის“ ქვეპროგრამას. პროგრამის ფარგლებში დაგეგმილია სხვადასხვა სასკოლო კონკურსებისა და კამპანიების ორგანიზება, როგორცაა რეპორტაჟების კონკურსი, ფოტოკონკურსი ჯანსაღი კვების თემაზე და სხვა. სკოლებში ასევე ხორციელდება სპორტული ხასიათის პროექტები. 2014-2015 წლებში სკოლებში პრევენციული მექანიზმის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით, განათლების სამინისტროს „ეროვნული სასწავლო გეგმის დანერგვისა და მონიტორინგის“ პროგრამის ფარგლებში, შეიქმნა მასწავლებლის გზამკვლევი „ჯანსაღი ცხოვრების წესი“, სადაც შესულია მასალა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ.

ნარკომანიასთან ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის სამოქმედო გეგმის ფარგლებში დანყებითი კლასების დამრიგებლებსა და მასწავლებლებს უტარდებათ ტრენინგი „ეფექტური კომუნიკაციისა და თანამშრომლობის უნარების განვითარება დანყებითი კლასების მოსწავლეებში“. ტრენინგის დასრულების შემდეგ მასწავლებლები მოსწავლეებთან სხვადასხვა სოციალური უნარის განვითარებაზე მუშაობენ, მათ შორისაა „არას“ თქმის უნარი, ასერტული ქცევა, კონფლიქტის მშვიდობიანი გზით მოგვარება. კონკრეტულად ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისა და სხვა სარისკო ქცევების თემები მოდულში ექსპლიციტურად შესული არ არის. განათლების სამინისტროს განცხადებით, პრევენციული სახის ინფორმაციას („ზოგად ინფორმაციას სხვადასხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე დამოკიდებულებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის თაობაზე“) მოსწავლეები იღებენ ბიოლოგიისა და სამოქალაქო განათლების გაკვეთილებზე, ასევე სადამრიგებლო საათის მოქმედ ტრენინგ-მოდულში, როგორც ე.წ.

84. 2014, 2015, 2016, 2017 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები.

„გამჭოლ“ თემას.

2015 წელს განათლების სამინისტროს მიერ დამტკიცდა „მშობელთა განვითარებისა და ჩართულობის პროგრამა“, რომლის ფარგლებშიც მშობლებისთვის ელექტრონული გზამკვლევი შეიქმნა, სადაც შესული იყო ინფორმაცია ბავშვის განვითარებასა და ცხოვრების ჯანსაღ წესზე, მათ შორის კრიზისულ პერიოდებსა და ადიქციის პრობლემებზე. ხსენებული გზამკვლევი სატესტო რეჟიმში ფუნქციონირებდა 2016 წლის ბოლომდე.

„ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულების (საჯარო სკოლის) ტერიტორიაზე სამედიცინო კაბინეტის ფუნქციონირებისა და სკოლის ექიმის საქმიანობის“ ქვეპროგრამის ფარგლებში მოსწავლეებისა და სკოლის თანამშრომლებისთვის სამედიცინო დახმარების განვითარების გარდა, თანამშრომლები ავრცელებენ ინფორმაციას ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და პრევენციასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ.

საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდულ საქმეთა სამინისტრო, ასევე იუსტიციის სამინისტროს დანაშაულის პრევენციის სსიპ-ი ახორციელებს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვაზე მიმართულ სხვადასხვა ღონისძიებებს (ფიზიკური აქტივობა, ლაშქრობები, სამოქალაქო განათლების სემინარები) ისეთ მოწყვლად ჯგუფებთან, როგორცაა საჯარო სკოლების მიერ გადამისამართებული ქცევითი პრობლემების მქონე ბავშვები და მოზარდები, არასრულწლოვანი პრობაციონერები და მსჯავრდებულები, იძულებით ადგილნაცვალნი მოზარდები და ა.შ. კონკრეტულად ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს აღნიშნული ინტერვენციები არ ეხება⁸⁵.

რაც შეეხება ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამებს, 2014-2017 წლებში მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, გაეროს მიგრაციის სააგენტოს საქართველოს მისია ახორციელებდა სოციო-ეკონომიკურ, გრძელვადიან სარეაბილიტაციო და საინტეგრაციო პროგრამას (Socio-Economic Integration Through Social Enterprise Development), რომლის სამიზნე ჯგუფი რემისიის პერიოდში, ან მკურნალობის პროცესში მყოფი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარებლები, დაბრუნებული და პოტენციური მიგრანტები არიან. პროექტის მიზანი მაღალი რისკის, მომხმარებელი (მკურნალობის პროცესში მყოფი) და რემისიაში მყოფი მომხმარებელთა ჯგუფების ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციისა და სოციალური რეინტეგრაციის ხელშეწყობა და მათი ეკონომიკური გაძლიერება იყო, რაც განხორციელდა სოციალური საწარმოების დაარსებითა და შრომითი თერაპიის მიდგომის გამოყენებით. თითოეუ ლი საწარმო როტაციის პრინციპით, ბენეფიციარებს 6-თვიან სამუშაო-სარეაბილიტაციო პროგრამას სთავაზობდა. სულ პროექტის ფარგლებში დაარსდა ექვსი სოციალური საწარმო განსხვავებული იურიდიული სტატუსის მქონე პროექტის განმახორციელებელ პარტნიორებთან მჭიდრო თანამშრომლობით, რომლებიც შერჩეულ იქნენ ღია ტენდერის საფუძველზე. აღსანიშნავია, რომ თითოეული სოციალური საწარმო განსხვავებულ ეკონომიკურ საქმიანობას ეწეოდა⁸⁶.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლისთვის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში გამოყოფილია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კომპონენტი, რომელიც მოიცავს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და ნივთიერებადამოკიდებულების პრევენციას“. ეროვნულ დონეზე არ არსებობს ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმები, არსებული ინტერვენციები ძირითადად ვამპანიების სახეს ატარებს და არ ხდება

85. ნარკოვიტარება საქართველოში, წლიური ანგარიში 2015.

86. მიგრაციისა და ჯანმრთელობის განყოფილება, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია.

მათი ეფექტურობის შეფასება. 2014-2017 წლებში მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, გაეროს მიგრაციის სააგენტოს საქართველოს მისიის დახმარებით განხორციელდა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამა (სოციალური სანარმოების პროექტი).

მმართველობის კომპონენტის შეჯამება

| მმართველობა | | |
|-------------|---|--|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | შემუშავებული და დამტკიცებულია ნარკომანიასთან ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა | შემუშავებული და დამტკიცებულია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. |
| 2 | უმრუნველყოფილია ეროვნულ დონეზე მრავალსექტორული თანამშრომლობა და კოორდინაცია | დაარსებულია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის უწყებათაშორისი საბჭო, როგორც კოორდინაციაზე პასუხისმგებელი და თანამშრომლობის ხელშეწყობის სახელმწიფო უწყება. |
| 3 | ძირითადი ინდიკატორების რუტინული მონიტორინგის და რეპორტირების გაუმჯობესება. | წინამდებარე ანგარიშის მომზადების პერიოდში, სახელმწიფო დონეზე ძირითადი ინდიკატორების მიხედვით მონაცემების მონიტორინგი არ ხდებოდა. |
| 4 | უმრუნველყოფილია წამალდამოკიდებულ პირთა სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია | საკანონმდებლო დონეზე უმრუნველყოფილია წამალდამოკიდებულების სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია. ჯანდაცვის საინფორმაციო პორტალზე 2017 წლის მდომარეობით რეგისტრირებულია 90 სამედიცინო სერვისის - ნარკოლოგია მიმწოდებელი. |
| 5 | შემუშავებული და დამტკიცებულია გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაოდენობა | „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ მიერ 2017 წლისთვის მიღებულია კლინიკური მდგომარეობის მართვის 3 დოკუმენტი. |
| 6 | ეროვნული სტრატეგიით გათვალისწინებული აქტივობების % წილი რომლებიც ასახულია სახელმწიფო ბიუჯეტში (MTEF-ში); სხვაობა პროგრამის დაგეგმილ ასიგნებებსა და ფაქტობრივ ხარჯს შორის (დაემატა აღნიშნული ინდიკატორი) | (1) 2017 წელს ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტში ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის წილი შეადგინა 0.7%-ს. (2) 2016 წელს ვერ მოხდა დაგეგმილი ასიგნებების ათვისება, ბიუჯეტის 4.3%-ს. |
| 7 | მოქმედი სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს მონიტორინგის და შეფასების კომპონენტს | ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების კომპონენტს ცალკე გამოყოფილი ბიუჯეტით. |
| 8 | ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის დაარსება | 2017 წლისთვის ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი დაარსებული არ არის. |
| 9 | ნარკოვითარების მონიტორინგის მექანიზმების უმრუნველყოფა EMCDDA ინდიკატორებისა და სტანდარტების დაცვით | 2017 წლისთვის ნარკოვითარების მონიტორინგის მექანიზმები ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის ინდიკატორებისა და სტანდარტების დაცვით უმრუნველყოფილი არ არის. |
| 10 | შემუშავებულია ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის, აივ-შიდსისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმოსმარების პრევენციის პროგრამები, ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამები | 2017 წლისთვის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში გამოყოფილია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კომპონენტი, რომელიც მოიცავს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და ნივთიერებადამოკიდებულების პრევენციას“. ეროვნულ დონეზე არ არსებობს ნარკოტიკების ავადმოსმარების პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმები, არსებული ინტერვენციები ძირითადად კამპანიების სახეს ატარებს და არ ხდება მათი ეფექტურობის შეფასება. 2014-2017 წლებში მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, გაეროს მიგრაციის სააგენტოს საქართველოს მისიის დახმარებით განხორციელდა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამა (სოციალური სანარმოების პროექტი). |

5.2 დაფინანსება

საქართველოში არსებული ნარკოლოგიური დაწესებულებების დაფინანსება ხდება ძირითადად 3 გზით: სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხებით, პაციენტის მიერ მკურნალობისთვის გადახდილი თანხებით და სხვადასხვა დონორი ორგანიზაციების მიერ. ფინანსური კომპონენტის შესაფასებლად ზრუნვის პლატფორმამ შეარჩია შემდეგი 5 ინდიკატორი:

| | |
|----|--|
| 1. | ნარკოტიკების მომხმარებლებზე ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც მთლიანი ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების %. |
| 2. | ვერძო დანახარჯები ნარკოტიკების მომხმარებლებზე ჯანდაცვის მიმართულებით (ათას ლარებში). |
| 3. | ჯანდაცვის დანახარჯებში ნარკოლოგიური მომსახურების დანახარჯების წილი. |
| 4. | ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაციის და ჩანაცვლებითი თერაპიის დანახარჯების % წილი. |
| 5. | დანახარჯი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებზე. |

1. ნარკოტიკების მომხმარებლებზე ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც მთლიანი ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების %

წამლმომხმარებლის ეფექტური მკურნალობა არ შემოიფარგლება მხოლოდ ერთჯერადი სამედიცინო ჩარევით/დეტოქსიკაციით და საჭიროებს გრძელვადიან ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას მყარი შედეგების მისაღწევად.

დღეისთვის საქართველოში ნარკოტიკების მომხმარებლებს უშუალოდად იქცეის სამკურნალო-სარეაბილიტაციო პროგრამების გარდა, შეუძლიათ ისარგებლონ ჯანმრთელობის დაცვის ყველა სხვა პროგრამით, როგორცაა: აივ ინფექცია/შიდსის მკურნალობა, ტუბერკულოზის მკურნალობა, C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა და სხვა; პროგრამებით გათვალისწინებულია ასევე, ინექციურად მომხმარებელთა პარტნიორების სკრინინგი. თუმცა, ხსენებულ სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტში ცალკე არ არის ჩაშლილი კონკრეტულად ამ პოპულაციისთვის განსაზღვრული თანხები. შესაბამისად, მათი ხვედრითი წილის დათვლა ამ ეტაპზე ვერ ხერხდება (გამონაკლისია 2012 და 2013 წლებში სახელმწიფო პროგრამებში აივ-შიდსის პროგრამის ბიუჯეტის კომპონენტი, რომელიც მოიაზრებდა ინექციურად მომხმარებელი „პირების მოძიებას, აივ-ინფექცია/შიდსზე კონსულტაციას და ნებაყოფლობით გამოკვლევას სკრინინგული მეთოდით“; ასევე, აივ-ინფექციურულ პირებთან „კონტაქტში მყოფი“ პირების კონსულტაციას, სკრინინგს და დადებითი შემთხვევების გამოკვლევას კონფირმაციული მეთოდებით. ხსენებული 2 კომპონენტისთვის 2012 წელს გამოყოფილი იყო ჯამში 16,521.6 ლარი, ხოლო 2013 წელს 191 ათასი ლარი).

ნარკოტიკების მომხმარებლებზე ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის, როგორც მთლიანი ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის წილის განსაზღვრად, აღნიშნული შემდეგებიდან

გამომდინარე, შეფასდა მხოლოდ ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა. აღნიშნული მაჩვენებელი გამოთვლილია მმართველობის კომპონენტის მე-6 ინდიკატორით და 2017 წელს შეადგენს ჯანდაცვის მთლიანი ბიუჯეტის 0.7%-ს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წელს ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტში ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის წილი შეადგენს 0.7%-ს.

2. კერძო დანახარჯები ნარკოტიკების მოხმარებლებზე ჯანდაცვის მიმართულებით (ათას ლარებში)

აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება, სამწუხაროდ, ვერ მოხერხდა ინფორმაციის არქონის გამო. ინფორმაცია არ მოუწოდებია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კერძო დანახარჯების, ასევე ნარკოტიკების მოხმარებელი პაციენტების მიერ თერაპიულ პროგრამებში თანაგადახდის მოცულობის შესახებ. მომავალში სასურველია სერვისის მიმწოდებლებმა დარგის შეფასების საჭიროებიდან გამომდინარე, აწარმოონ და გააზიარონ აღნიშნული ინფორმაცია.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის ინფორმაცია.

3. ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულების მიმართულებით მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო დანახარჯების წილი

აღნიშნული ინდიკატორი გამოითვლება დაფინანსების N1 და N2 ინდიკატორების მაჩვენებლებზე დაყრდნობით. სამწუხაროდ, N2 ინდიკატორზე ინფორმაციის არქონის გამო, ასევე ვერ მოხერხდა N 3 ინდიკატორის შეფასება.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის ინფორმაცია.

4. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში სტაციონარული დეტოქსიკაცია და კირველადი რეაბილიტაციის და ჩანაცვლებითი თერაპიის დანახარჯების % წილი

ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული კომპონენტების, დეტოქსიკაციისა და ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტების % წილი მთლიან პროგრამაში მითითებულია ცხრილ 25-ში.

ცხრილი 25: ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული კომპონენტების, დეტოქსიკაციისა და ჩანაცვლებითი თერაპიის ბიუჯეტები;

| წელი | პროგრამის ბიუჯეტი | სტაციონარული დეტოქსიკაცია / რეაბილიტაცია | % პროგრამის ბიუჯეტიდან | ჩანაცვლებითი თერაპია ⁸⁷ | % პროგრამის ბიუჯეტიდან |
|------|-------------------|--|------------------------|------------------------------------|------------------------|
| 2012 | 2775000 | 618000 | 22.3% | 1566000 | 56% |
| 2013 | 4025000 | 616000 | 15.3% | 2779000 | 69% |
| 2014 | 4388500 | 615000 | 14% | 2764500 | 63% |
| 2015 | 4353400 | 575800 | 13.3% | 2758000 | 63% |
| 2016 | 4839000 | 801000 | 16.6% | 2766000 | 57% |
| 2017 | 6220000 | 1070000 | 17.2% | 4310000 | 69% |

აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით 2012 წლიდან შედარებით მცირედებოდა სტაციონარული დეტოქსიკაცია/რეაბილიტაციის წილი პროგრამის მთლიან ბიუჯეტში (22.3%-დან 13.3%-მდე), ხოლო 2016 წლიდან იზრდება. შედარებით ზრდის ტენდენციაა ჩანაცვლებითი თერაპიის კომპონენტში (აღნიშნული ზრდის ტენდენციის შესაფასებლად მნიშვნელოვანია სერვისის ფარგლებში მომსახურება განულები ბენეფიციარების რაოდენობის და „პროდუქტის მიწოდების უზრუნველყოფის“ ქვეკომპონენტის წილის შეფასება, რათა განისაზღვროს ზრდის ტენდენციის რეალური საფუძვლები).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საანგარიშო წლებში დეტოქსიკაციის, რეაბილიტაციისა და ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენცია ზრდადია. 2017 წლისთვის სტაციონარული დეტოქსიკაცია შეადგენს ბიუჯეტის 17.2%-ს, ხოლო ჩანაცვლებით თერაპია 69%-ს.

5. დანახარჯი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებზე

წამალდამოკიდებული პაციენტების ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია სამუხაროდ ნაკლებად პრიორიტეტულია საქართველოში. ამ ეტაპზე ხანგრძლივი რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამები არ არსებობს. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, 2017 წელს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებში სულ 28 ინდივიდი ჩართული.

2017 წელს შეწყდა გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული 3 ფსიქო-სოციალური ცენტრის ფუნქციონირება თბილისში. 2017 წლის ივლისიდან სახსრების გამოყოფის ვალდებულება სახელმწიფომ აიღო. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ქვეკომპონენტზე 2017 წელს (2017 წლის 1 ივლისიდან) გამოყოფილია 150000 ლარი, რაც მთლიანი პროგრამის 2.4%-ს შეადგენს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის დაფინანსების მოცულობა ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის პროგრამაში შეადგენს 150000 ლარს.

87. ბიუჯეტი მოიცავს ასევე პროდუქტის მიწოდების უზრუნველყოფას.

დაფინანსების კომპონენტის შეჯამება:

| დაფინანსება | | |
|-------------|---|---|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | ნარკოტიკების მომხმარებლებზე ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯი, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯის %. | 2017 წელს ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტში ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის წილი შეადგენს 0.7%-ს. |
| 2 | კერძო დანახარჯები ნარკოტიკების მომხმარებლებზე ჯანდაცვის მიმართულებით (ათას ლარებში) | არ არის ინფორმაცია. |
| 3 | ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულების მიმართულებით მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო დანახარჯების წილი (შეიცვალა ინდიკატორი) | არ არის ინფორმაცია. |
| 4 | ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაციის და ჩანაცვლებითი თერაპიის დანახარჯების % წილი | საანგარიშო წლებში დეტოქსიკაციის, რეაბილიტაციისა და ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენცია ზრდადია. 2017 წლისთვის სტაციონარულ დეტოქსიკაცია შეადგენს ბიუჯეტის 17.2%-ს, ხოლო ჩანაცვლებით თერაპია 69%-ს. |
| 5 | დანახარჯი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებზე. | ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის დაფინანსების მოცულობა ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის პროგრამაში შეადგენს 150000 ლარს. |

5.3 რესურსების გენერირება

წამლმომხმარებლის სამკურნალო სფეროს რესურსების შესაფასებლად შეირჩა 13 ინდიკატორი, რომელიც მოიცავს, როგორც ადამიანურ რესურსებს ექიმი-ნარკოლოგებისა და სხვა სპეციალისტების რაოდენობის სახით, ასევე ინფორმაციას სამკურნალო დაწესებულებებისა და სხვა სახის ცენტრების შესახებ:

| | |
|-----|--|
| 1. | ექიმი-ნარკოლოგების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე |
| 2. | დარგში მომუშავე სოციალური მუშაკების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე |
| 3. | დარგში მომუშავე ექთნების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე |
| 4. | დარგში მომუშავე ფსიქოლოგების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე |
| 5. | პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების რაოდენობა, რომელთაც გაიარეს გადამზადება ნარკოტიკებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებულ რისკებსა, ადრეულ გამოვლენაზე, ნარკოტიკული საშუალებებით გამოწვეულ ზედმომხმარებელზე |
| 6. | სპეციალიზებული დღის სამკურნალო/სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა |
| 7. | ე.წ. "Drop in" ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა - დაბალმდგრადი დღის ცენტრები ნარკომომხმარებელთა კომპლექსური (სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური) მომსახურებისთვის |
| 8. | ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა |
| 9. | სამკურნალო სტაციონარულ დაწესებულებებში სანოლდების რაოდენობა, რომელიც დეტოქსიკაციურ მკურნალობას უზრუნველყოფს |
| 10. | სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელი სახელმწიფო დაწესებულებების რაოდენობა |
| 11. | სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელი კერძო დაწესებულებების რაოდენობა |
| 12. | დაწესებულებების რაოდენობა, რომელიც უზრუნველყოფს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას (მ.შ. ამბულატორიული და სტაციონარული დეტოქსიკაცია შემდგომი მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაციით), გეოგრაფიული მოცვა |
| 13. | სამკურნალო სტაციონარულ დაწესებულებებში სანოლდებზე დატვირთვა/დაყოვნების მაჩვენებელი, რომელიც დეტოქსიკაციურ მკურნალობას უზრუნველყოფს |

1. ექიმი-ნარკოლოგების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, ექიმი-ნარკოლოგების რაოდენობა 2016 წელს შეადგენს 149-ს (100,000 მოსახლეზე 4.7). მათგან 10 მუშაობს სტაციონარულ დაწესებულებებში, 139 – ამბულატორიულ კლინიკებში. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადებით, „ექიმთა სახელმწიფო სასერტიფიკაციო რეესტრის“ მონაცემებით სპეციალობაში „ნარკოლოგია“ სერტიფიცირებულია 238 პირი (6.43 100,000 მოსახლეზე).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ექიმი-ნარკოლოგების რაოდენობა შეადგენს 149-ს (100,000 მოსახლეზე - 4.7). „ექიმთა სახელმწიფო სასერტიფიკაციო რეესტრის“ მონაცემებით სპეციალობაში „ნარკოლოგია“ სერტიფიცირებულია 238 პირი (6.43 100,000 მოსახლეზე).

2. დარგში მომუშავე სოციალური მუშაკების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე

სამწუხაროდ, ინფორმაციის არქონის გამო ვერ მოხერხდა აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება. ინფორმაცია არ წარმოუდგენია როგორც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ასევე დარგში მომუშავე სერვისის მიმწოდებლებს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის ინფორმაცია.

3. დარგში მომუშავე ექთნების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე

სამწუხაროდ, ინფორმაციის არქონის გამო ვერ მოხერხდა აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება. ინფორმაცია არ წარმოუდგენია როგორც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ასევე დარგში მომუშავე სერვისის მიმწოდებლებს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის ინფორმაცია.

4. დარგში მომუშავე ფსიქოლოგების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე

სამწუხაროდ, ინფორმაციის არქონის გამო ვერ მოხერხდა აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება. ინფორმაცია არ წარმოუდგენია როგორც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ასევე დარგში მომუშავე სერვისის მიმწოდებლებს.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: არ არის ინფორმაცია.

5. პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების რაოდენობა, რომელთაც გაიარეს გადამზადება ნარკოტიკებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებული რისკების, ადრეული გამოვლენის, ნარკოტიკული საშუალებებით გამოწვეული ზედღობის საკითხებზე

რისკების შეფასება და ადრეული გამოვლენა ის საკითხებია, რომელთა სათანადო მართვის შემთხვევაში მნიშვნელოვნად მცირდება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული შესაძლო ზიანი. ადრეული ინტერვენცია ამცირებს აშლილობის ჩამოყალიბების რისკებს და მნიშვნელოვნად იცავს ინდივიდის, და ჯამში, საზოგადოების ჯანმრთელობას. ზედღობის მართვის საკითხი დღეისთვის მთელს ცივილურ სამყაროში განსაკუთრებულად აქტუალურია, მას შემდეგ, რაც ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ფართოდ გავრცელდა და ყოველ დღე ახალი სახეობის ნივთიერება ჩნდება ბაზარზე. სწორედ ამიტომ, უაღრესად მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მუშაკების გადამზადება და განათლება ზედღობის საკითხებზე. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ

წარმოდგენილ მონაცემებზე დაყრდნობით, ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ავადმობმარებასთან დაკავშირებულ რისკებსა და ადრეულ გამოვლენაზე გადამზადებულია 600-მდე ოჯახის ექიმი. სამოქმედო გეგმაში აღნიშნულია, რომ 2016-2018 წლებში ნარკოტიკებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ავადმობმარებასთან დაკავშირებულ რისკებსა და ადრეულ გამოვლენაზე სწავლება ჩაუტარდა სოფლის ექიმებს საქართველოს ყველა რეგიონში, პასუხისმგებელი ორგანო – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ავადმობმარებასთან დაკავშირებულ რისკებსა და ადრეულ გამოვლენაზე გადამზადებულია 600-მდე ოჯახის ექიმი.

6. სპეციალიზებული დღის სამკურნალო/სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სპეციალიზებული დღის და სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა გადანაწილებულია შემდეგნაირად:

- თბილისი: 8 სამკურნალო დაწესებულება;
- ბათუმი: 1 სამკურნალო დაწესებულება;
- თელავი: 1 სამკურნალო დაწესებულება;
- ფოთი: 1 სამკურნალო დაწესებულება.

როგორც არსებული მონაცემებიდან ჩანს, სარეაბილიტაციო ცენტრების უმეტესობა დედაქალაქშია თავმოყრილი, თბილისის გარეთ მხოლოდ 3 ცენტრი ფუნქციონირებს, რამაც შეუძლებელია რაიონში მცხოვრები ბენეფიციარების მოთხოვნები დააკმაყოფილოს. გეოგრაფიული მოცვა საკმაოდ შეზღუდულია.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: სამკურნალო სპეციალიზებული დღის და სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა შეადგენს 11-ს, მ.შ. 8 თბილისში და 3 რაიონებში ფუნქციონირებს.

7. ე.წ. Drop In ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა – დაბალზღვრებლობანი დღის ცენტრების ნარკოტიკების მომხმარებელთა კომპლექსური (სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური) მომსახურებისთვის

დაბალზღვრებლობანი სერვისები წამალმობმარების პრობლემის დაძლევაში ერთ-ერთი საკვანძო ელემენტია, ვინაიდან აღნიშნული ცენტრები მომხმარებლებს მრავალფეროვან სერვისებს სთავაზობს, უმეტესად თემშია ლოკალიზებული (რაც აადვილებს მოსარგებლებებისთვის ცენტრებით სარგებლობას), ზიანის შემცირების მიდგომიდან გამომდინარე, დაცულია მათი კონფიდენციალობა და ანონიმურობა. ამას გარდა, სერვისების უმეტესობა უფასოა.

ქვეყნის მასშტაბით მუშაობს დაბალზღურბლოვანი მომსახურების 14 ცენტრი და 6 მობილური ამბულატორიის ბაზა. ეს ცენტრებია:

- ფსიქოსოციალური ინფორმაციისა და კონსულტაციის ცენტრი ახალი გზა (თბილისი, ქუთაისი, სამტრედია);
- ახალგაზრდა ფსიქოლოგთა და ექიმთა ასოციაცია ქსენონი (ზუგდიდი);
- ზურაბ დანელიას სახელობის კავშირი თანადგომა (სოხუმი);
- კავშირი ახალი ვექტორი (თბილისი, რუსთავი);
- სამედიცინო-ფსიქოლოგიური კავშირი ნაბიჯი მომავლისკენ (თელავი, გორი);
- განათლების ეროვნული განვითარების, სოციალური რეაბილიტაციის, ისტორიულ ღირებულებათა დაცვის ასოციაცია ორდუ (ფოთი);
- ფენიქსი 2009 (ოზურგეთი);
- ააიპ აკვსო, საერთაშორისო ორგანიზაცია ქალებისთვის (თბილისი);
- ჰეპა პლიუსი (თბილისი);
- კავშირი იმედი (ბათუმი)⁸⁸;

აღნიშნული ცენტრები ნარკოტიკების მომხმარებლებს სთავაზობს შემდეგ მომსახურებას:

- ტესტირებას აივ ინფექციაზე, B და C ჰეპატიტზე, სიფილისზე;
- სკრინინგს ტუბერკულოზზე (საჭიროების შემთხვევაში, შემდგომი რეფერალით სამკურნალო დაწესებულებაში);
- სოციალურ თანხლებასა და რისკის შემცირებას;
- უსაფრთხო ქცევის შესახებ კონსულტაციას⁸⁹.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის ინფორმაციით 2016 წლისთვის საქართველოს 11 ქალაქში ფუნქციონირებდა ზიანის შემცირების 14 ცენტრი (მ.შ. 3 ორგანიზაციას აქვს 3 და 2 მომსახურების ცენტრი და შესაბამისად ჯამში გამოდის 14 ცენტრი), აქედან 4 თბილისში და თითო-თითო ზუგდიდში, გორში, თელავში, სოხუმში, ბათუმში, ფოთში, სამტრედიაში, ქუთაისში, რუსთავსა და ოზურგეთში⁹⁰.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლისთვის ქვეყანაში მოქმედებს დაბალზღურბლოვანი 14 ცენტრი და 6 მობილური ამბულატორია. ცენტრები განლაგებულია საქართველოს 11 ქალაქში.

8. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა

2017 წლისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ბაზაზე ფუნქციონირებს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის 3 ცენტრი, სამივე თბილისში. 2017 წლის ივლისამდე ცენტრები გლობალური ფონდის დაფინანსებით ფუნქციონირებდა, ხოლო 2017 წლის 1 ივლისიდან მომსახურება გადაიბარა სახელმწიფო პროგრამამ⁹¹.

2014 წლისთვის გლობალური ფონდის დაფინანსებით თბილისში ფუნქციონირებდა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის 3 ცენტრი:

88. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი.

89. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

90. ნარკოვიტარება საქართველოში, 2015 წლის ანგარიში.

91. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

- კამარა;
- საქართველოს საპატრიარქოს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის სარეაბილიტაციო განყოფილება.

აღნიშნული ცენტრები ემსახურება როგორც ჩანაცვლებითი თერაპიის, ასევე აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის პაციენტებს და ყოფილ ნარკომომხმარებლებს. მომხმარებლებს საშუალება აქვთ ისარგებლონ ინდივიდუალური, ჯგუფური და ოჯახური თერაპიის მომსახურებით, ერგო, არტთერაპიით, ასევე კომპიუტერული კლასებითა და რელიგიური აქტივობებით, მიიღონ თანასწორთა მხარდაჭერა და ა.შ. სარეაბილიტაციო ცენტრებში მოქმედებს ნებაყოფლობითი ტესტირებისა და კონსულტირების მომსახურება⁹².

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ბაზაზე თბილისში ფუნქციონირებს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის 3 ცენტრი.

9. სამკურნალო სტაციონარულ დაწესებულებებში საწოლების რაოდენობა, სადაც შესაძლებელია დეტოქსიკაციური მკურნალობის მომსახურების მიღება

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2016 წლის ბოლოსთვის ფაქტობრივად გაშლილი და რემონტზე მყოფი საწოლების რაოდენობა შეადგენდა 98-ს (საშუალო წლიური 96). შემოსულ ავადმყოფთა რაოდენობა შეადგენდა 2664 პაციენტს (მათ შორის 3 მოზარდი 15 წლამდე); განერილ ავადმყოფთა რაოდენობა 2651.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2016 წლის ბოლოსთვის ფაქტობრივად გაშლილი და რემონტზე მყოფი საწოლების რაოდენობა შეადგენდა 98-ს.

10. სამკურნალო სერვისების მიწოდებელი სახელმწიფო დაწესებულებების რაოდენობა

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, 2017 წლისთვის ქვეყანაში ფუნქციონირებს 5 სახელმწიფო სამკურნალო დაწესებულება. ესენია:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი;
2. თბილისის ბავშვთა ინფექციური კლინიკური საავადმყოფო;
3. თელავის სამხარეო ნარკოლოგიური ცენტრი;
4. ბათუმის სამხარეო ნარკოლოგიური ცენტრი;
5. ფოთის რეგიონალური ნარკოლოგიური ცენტრი.

92. ნარკოვიტარება საქართველოში, 2014 წლის ანგარიში.

ცხრილი 26: წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სახელმწიფო - კერძო დაწესებულებების რაოდენობა;

| წელი | სახელმწიფო დაწესებულებების რაოდენობა | კერძო დაწესებულებების რაოდენობა |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| 2017 ⁹³ წელი | 5 | 6 |
| 2015 ⁹⁴ წელი | 2 | 5 |
| 2014 ⁹⁵ წელი | 2 | 4 |
| 2013 ⁹⁶ წელი | 2 | 4 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საქართველოში ფუნქციონირებს წამალდამოკიდებულების სამკურნალო 5 სახელმწიფო დაწესებულება.

11. სამკურნალო სერვისების მიწოდებალი კერძო დაწესებულებების რაოდენობა

საქართველოში, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით 2017 წლისთვის ფუნქციონირებს 6 კერძო სამკურნალო დაწესებულება, კერძოდ:

1. კლინიკა ნეოგენი;
2. ბემონი;
3. დამოკიდებულების სამედიცინო მართვის ცენტრი;
4. ნიშატი;
5. ურანტი;
6. ჯონი ჭანტურიას სახელობის სამკურნალო ცენტრი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საქართველოში ფუნქციონირებს წამალდამოკიდებულების სამკურნალო 6 კერძო დაწესებულება.

12. დაწესებულებების რაოდენობა, რომელიც უზრუნველყოფს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას (მათ შორის ამბულატორიული და სტაციონარული დეტოქსიკაცია შემდგომი მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაციით), გეოგრაფიული მოცვა

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, ნარკოტიკული აბსტინენციის სინდრომის (ასდ კოდები F11.3; F12.3; F15.3; F19.3) სამკურნალო ჰოსპიტალური დაწესებულებები 2016 წელს გადანაწილებულია

93. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წერილი.
 94. ნარკოვითარება საქართველოში, 2015 წლის ანგარიში.
 95. ნარკოვითარება საქართველოში, 2014 წლის ანგარიში.
 96. ნარკოვითარება საქართველოში, 2013 წლის ანგარიში.

შემდეგნაირად:

- აჭარა (1): შპს ნარკოლოგიური ცენტრი;
- თბილისი (6): კლინიკა ურანტი; შპს ლანცეტი; შპს ბავშვთა ინფექციური კლინიკური საავადმყოფო; კლინიკა ნეოგენი; შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი; შპს ჯონი ჯანტურიას სახელობის სამედიცინო ცენტრი;
- იმერეთი (1): შპს აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ნათელია, რომ აღნიშნული ტიპის კლინიკები გეოგრაფიულად თანაბრად განაწილებული არ არის, რაც ართულებს პაციენტებისთვის საჭირო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას. ნარკოვითარების ანგარიშის 2015 წლის მონაცემებით, აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას მომხმარებლებს სთავაზობდა 7 სპეციალიზებული კლინიკა – 6 თბილისში და 1 ბათუმში. 2014-2013 წლებში ამავე ტიპის 6 კლინიკა ემსახურებოდა პაციენტებს (5 თბილისში, მ.შ. 4 სტაციონარული/ამბულატორიული და 1 სტაციონარული, და 1 ბათუმში, სტაციონარული/ამბულატორიული).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: საქართველოში აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას მომხმარებლებს სთავაზობს 8 კლინიკა. აქედან 6 თბილისში ფუნქციონირებს, 1 აჭარაში და ერთი იმერეთში.

13. სამკურნალო სტაციონარულ დაწესებულებებში, რომელიც დეტოქსიკაციურ მკურნალობას უზრუნველყოფს, საწოლებზე დატვირთვა/დაყოვნების მაჩვენებელი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2016 წლის ბოლოსთვის გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა შეადგენდა 15416-ს (პაციენტთა რაოდენობა 2664; განერილ პაციენტთა რაოდენობა 2651).

წინამდებარე ანგარიშის მომზადებისთვის გამოთხოვნილი ინფორმაციით საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებლები მივიღეთ მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრისგან. აღნიშნულ კლინიკაში დეტოქსიკაციური მკურნალობისთვის გამოყოფილი 50 საწოლზე დატვირთვის მაჩვენებელია 3, დაყოვნების მაჩვენებელი – 12. ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ინფორმაციით დეტოქსიკაციური მკურნალობისთვის გამოყოფილ 50 საწოლზე დატვირთვის მაჩვენებელია 3, დაყოვნების მაჩვენებელი – 12.

რესურსების გენერირების კომპონენტის შეჯამება:

| რესურსების გენერირება | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი | |
| 1 | ექიმი-ნარკოლოგების მოსახლეზე | რაოდენობა | 100,000 |
| | | | ექიმი-ნარკოლოგების რაოდენობა დღეისთვის შეადგენს 149-ს (100,000 მოსახლეზე: 4.7). „ექიმთა სახელმწიფო სასერტიფიკაციო რეესტრის“ მონაცემებით სპეციალობაში „ნარკოლოგია“ სერტიფიცირებულია 238 პირი (6.43 100,000 მოსახლეზე). |

| | | |
|----|--|---|
| 2 | დარგში მომუშავე სოციალური მუშაკების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე | არ არის მონაცემი. |
| 3 | დარგში მომუშავე ექთნების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე | არ არის მონაცემი. |
| 4 | დარგში მომუშავე ფსიქოლოგების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე | არ არის მონაცემი. |
| 5 | პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების რაოდენობა, რომელთაც გაიარეს გადამზადება ნარკოტიკებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებულ რისკებზე, ადრეულ გამოვლენაზე, ნარკოტიკული საშუალებებით გამოწვეულ ზედოზირებაზე | 2017 წლის მდგომარეობით, ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებულ რისკებსა და ადრეულ გამოვლენაზე გადამზადებულია 600-მდე ოჯახის ექიმი. |
| 6 | სპეციალიზებული დღის სამკურნალო/სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა | 2017 წლის მდგომარეობით, ქვეყანაში მუშაობს სპეციალიზებული სამკურნალო და სარეაბილიტაციო 11 დაწესებულება. აქედან 8 თბილისში და 3 რაიონებში. |
| 7 | ე.წ. Drop In ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა – დაბალზღვრბლოვანი დღის ცენტრების ნარკოტიკების მომხმარებელთა კომპლექსური (სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური) მომსახურებისთვის. | 2017 წლისთვის ქვეყანაში მოქმედებს დაბალზღვრბლოვანი 14 ცენტრი და 6 მობილური ამბულატორია. ცენტრები განლაგებულია საქართველოს 11 ქალაქში. |
| 8 | ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობა და გეოგრაფიული მოცვა | 2017 წლისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ბაზაზე თბილისში ფუნქციონირებს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის 3 ცენტრი. |
| 9 | სამკურნალო სტაციონარულ დაწესებულებებში სანოლბების რაოდენობა, სადაც შესაძლებელია დეტოქსიკაციური მკურნალობის მომსახურების მიღება | 2016 წლის ბოლოსთვის ფაქტობრივად გაშლილი და რემონტზე მყოფი სანოლბების რაოდენობა შეადგენდა 98-ს. |
| 10 | სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელი სახელმწიფო დაწესებულებების რაოდენობა | 2017 წლისთვის საქართველოში ფუნქციონირებს წამლადამოკიდებულების სამკურნალო 5 სახელმწიფო დაწესებულება. |
| 11 | სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელი კერძო დაწესებულებების რაოდენობა | 2017 წლისთვის საქართველოში ფუნქციონირებს წამლადამოკიდებულების სამკურნალო 6 კერძო დაწესებულება. |
| 12 | დაწესებულებების რაოდენობა, რომელიც უზრუნველყოფს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას (მათ შორის ამბულატორიული და სტაციონარული დეტოქსიკაცია შემდგომი მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაციით), გეოგრაფიული მოცვა | 2017 წლისთვის საქართველოში აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას მომხმარებლებს სთავაზობს 8 კლინიკა. აქედან 6 თბილისში ფუნქციონირებს, 1 აჭარაში და ერთი იმერეთში. |
| 13 | სამკურნალო სტაციონარულ დაწესებულებებში, რომელიც დეტოქსიკაციურ მკურნალობას უზრუნველყოფს, სანოლბებზე დატვირთვა/დაყოვნების მაჩვენებელი | გამოთხოვნილი ინფორმაციით სანოლბე დაყოვნების მაჩვენებლები მივიღეთ მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრისგან. აღნიშნულ კლინიკაში დეტოქსიკაციური მკურნალობისთვის გამოყოფილი 50 სანოლბე დატვირთვის მაჩვენებელია 3, დაყოვნების მაჩვენებელი – 12. |

5.4 მომსახურების მიწოდება

წამლდამოკიდებულებისა და ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების მკურნალობისა თუ რეაბილიტაციის საკითხი არაერთ მიმართულებას მოიცავს და მყარი პოზიტიური შედეგის მისაღწევად მრავალმხრივ მიდგომას საჭიროებს. სწორედ ამიტომ, მომსახურების მიწოდების კომპონენტის შეფასება მოიცავს სხვადასხვა ტიპის მომსახურებით მოსარგებლე ბენეფიციარების რაოდენობას (რაც ხელმისაწვდომობის შეფასების შესაძლებლობას იძლევა), ასევე რეინტეგრაციის პროგრამებსა და სხვა მიდგომებს. კომპონენტის შესაფასებლად შეირჩა 11 ინდიკატორი:

| | |
|-----|--|
| 1. | ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობა, რომლებიც აღნიშნავენ ნალოქსონის გამოყენებას ზედღობირების დროს |
| 2. | მკურნალობა-რეაბილიტაციის პროგრამებში ჩართულ ბენეფიციარებში ნარკოტიკებსა და ფსიქოტროპულ ნივთიერებებზე დამოკიდებული ქალების და ახალგაზრდების წილი |
| 3. | სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული დეტოქსიკაციური და მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში ჩართული ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირთა რაოდენობა, მ.შ. ქალების |
| 4. | ქალთა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული დეტოქსიკაციური და მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა |
| 5. | გათავისუფლებული ნარკოტიკების მომხმარებელი პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც რეფერირდნენ სამოქალაქო სექტორის სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და ზიანის შემცირების პროგრამებში |
| 6. | წლის განმავლობაში აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა გავლილი პაციენტების რაოდენობა, ასაკობრივ ჯრილში, მ.შ. ქალების რაოდენობა, მ.შ. რომლებიც პირველად იმყოფებოდნენ სამკურნალო დაწესებულებაში და რომლებიც განმეორებით |
| 7. | სუბოქსონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა სქესის და ასაკობრივი ჯრილის მიხედვით |
| 8. | მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიული პროგრამებით მოსარგებლე პირთა რაოდენობა (ექსპერტების შეფასებით შეიცვალა ინდიკატორი - მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიული პროგრამებით მოსარგებლე პირთა რაოდენობა, მათ შორის ქალების (მ.შ. სახელმწიფო და გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში - აღარ არის რელევანტური) |
| 9. | ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართული წამლდამოკიდებულ პირთა რაოდენობა, მ.შ. ქალების |
| 10. | წამლდამოკიდებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც ჩართული არიან სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამაში (დასაქმება და სხვა) |
| 11. | ნარკოტიკების მომხმარებლებისა და მათი ოჯახის წევრების რაოდენობა, რომელთაც ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიის კურსი გაიარეს (ექსპერტების შეფასებით აღნიშნული ინდიკატორი ამოღებულ იქნა შეფასების ბაზიდან). |

1. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობა, რომლებიც აღნიშნავენ ზედღობირების შემთხვევებში ნალოქსონის გამოყენებას

ზედღობირების შემთხვევების მართვა წამლდამოკიდებულების სფეროს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია. ფსიქოაქტიური ნივთიერება ყოველ ჯერზე შეიძლება უფრო სუსტი, ან უფრო ძლიერი აღმოჩნდეს. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შემთხვევაში კი

შეიძლება სრულიად უცხო ნივთიერებასთან ჰქონდეს მომხმარებელს საქმე, რომელიც არც კი იცის, რა რაოდენობით უნდა მოიხმაროს.

ნალოქსონი დღეისთვის ოპიატებით ზედღობირების მართვის წამყვანი საშუალებაა. საქართველოში ნალოქსონი 2014 წლიდან კონტროლირებული მედიკამენტების მეორე ჯგუფში შედის, რაც ნიშნავს, რომ ექიმის რეცეპტის გარეშე მისი ყიდვა შეუძლებელია. აღნიშნულ ფაქტთან დაკავშირებით არაერთი განცხადება გააკეთეს წამალდამოკიდებულების სფეროში მომუშავე ექსპერტებმა და მოითხოვეს პრეპარატი ნალოქსონის ურეცეპტოდ გაცემის პრაქტიკის დაბრუნება. 2009 წლიდან ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიმდინარე პროექტი „წაიღე სახლში ნალოქსონი“ გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული აივ-პრევენციის პროგრამის ფარგლებში ხორციელდებოდა და ზედღობირების შესახებ ცნობიერების ამაღლებას ისახავდა მიზნად. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი აჩვენებს ნალოქსონის დარიგებული ამპულების რაოდენობას წლების მიხედვით.

ცხრილი 27: ნალოქსონის დარიგებული ამპულების რაოდენობა, წლების მიხედვით;

| წლები | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------|-------|-------|------|-------|-------|-------|--------|--------|
| ამპულების რაოდენობა | 2,400 | 1,848 | 288 | 1,396 | 1,628 | 9,881 | 12,670 | 11,698 |

ზიანის შემცირების ქსელის მიერ ჩატარებული კვლევები მონშობს (2014 წლის მონაცემები), რომ ნალოქსონის შესახებ ინფორმაციას ნემსებისა და შპრიცების, ასევე თანასწორ-თანასწორს პრინციპზე აგებული ინტერვეციების ბენეფიციარების საკმაოდ დიდი რაოდენობა ფლობს (კვლევის მონაწილეთა 88.1%, 1,522 რესპონდენტი), მაგრამ, დაბალია იმ რესპონდენტთა რაოდენობა, რომლებიც ზედღობირების დროს ნალოქსონის გამოყენებას აღნიშნავენ (18.8%, 318 რესპონდენტი)⁹⁷.

2012 წელს ჩატარებულ კვლევაში ნალოქსონის გამოყენება ზედღობირების მონშეთა 19.5%-მა აღნიშნა. გამოკითხულთა 25.9% ამბობს, პირადად გამოუყენებია პრეპარატი ნალოქსონი ზედღობირებისას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2014 წლისთვის ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის პროგრამებით მოსარგებლეებში ნალოქსონის პრეპარატის გამოყენებას აღნიშნავს რესპონდენტთა 18.8% (318 რესპონდენტი).

2. მკურნალობა-რეაბილიტაციის პროგრამებში ჩართულ ბენეფიციარებში ნარკოტიკებსა და ფსიქოტროპულ ნივთიერებებზე დამოკიდებული ქალებისა და ახალგაზრდების წილი

როგორც საქართველოში, ისე მთელს მსოფლიოში წამალმომხმარებელი ქალები ორმაგი სტიგმის მატარებლები არიან, რაც ართულებს სხვადასხვა პროგრამებში მათ ჩართვას.

97. ნარკოვიტარება საქართველოში, 2014 წლიური ანგარიში.

არაერთი კვლევით დასტურდება, რომ მომხმარებელი ქალები ხშირად არიან ფიზიკური, სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი. ხშირად ისინი სხეულით ვაჭრობას მიმართავენ ნარკოტიკების მოსაპოვებლად, რაც დამატებითი რისკის შემცველია და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელებასთან არის დაკავშირებული. საქართველოში ხსენებული სტიგმა კულტურული ნორმებიდან გამომდინარე, განსაკუთრებით ძლიერია. სამწუხაროდ, ამ ეტაპზე არ არსებობს კონკრეტულად ქალებზე მორგებული სერვისები, რაც, დამატებითი ბარიერია ხსენებული ჯგუფის მკურნალობაში ჩართვისთვის. იგივე შეიძლება ითქვას მოზარდებზე, ვინაიდან მათი მომსახურება უმეტესად მოზრდილთა დაწესებულებებში ხდება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ინფორმაციით, მკურნალობა-რეაბილიტაციის პროგრამებში ჩართულ ბენეფიციარებში ქალების და არასრულწლოვანების წილი წლების შესაბამისად შეადგენს:

- 2012 წელს: ქალი - 1,5%, < 20 წელზე - 0,9%;
- 2013 წელს: ქალი - 1,4%, < 20 წელზე - 0,5%;
- 2014 წელს: ქალი - 0%, < 20 წელზე - 1,3%;
- 2015 წელს: ქალი - 2,1%, < 20 წელზე - 0%;
- 2016 წელს: ქალი - 12,9%, < 20 წელზე - 3,7%;
- 2017 წელს (9 თვეში): ქალი - 5,3%, < 20 წელზე - 8,9%.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წელს (9 თვეში) მკურნალობა-რეაბილიტაციის პროგრამებში ჩართულ ბენეფიციარებში ქალების და არასრულწლოვანების წილი შეადგენს: ქალი - 5,3%, < 20 წელზე - 8,9%.

3. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული დეტოქსიკაციური და მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში ჩართული ოპიოიდებზე დამოკიდებული პირების რაოდენობა, მათ შორის ქალების

სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში სათანადო სამკურნალო სერვისების არსებობა ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების ნაწილია. მათ შორისაა წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისები. პენიტენციურ დაწესებულებებში დღეისთვის ფუნქციონირებს „ოპიოიდებზე დამოკიდებული პირებისთვის ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამა“, რომლის ფარგლებშიც ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პაციენტებს სთავაზობენ მეთადონით დეტოქსიკაციური კურსის გავლას (3-6 თვე დოზის კლებით და მეთადონის საბოლოო მოხსნით). 2017 წლის სექტემბრის მონაცემებით დეტოქსიკაციურ მკურნალობაში ჩართული პაციენტების რაოდენობა იყო 338, მათ შორის 1 ქალი. წლების მიხედვით პაციენტების რაოდენობა წარმოდგენილია ცხრილში 28⁹⁸.

98. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს წერილი.

ცხრილი 28: სასჯელადსრულებით დაწესებულებებში დეტოქსიკაციის კურსში ჩართულ ბენეფიციართა რაოდენობა, მათ შორის ქალების;

| წელი | მეთადონით დეტოქსიკაციის კურსში ჩართულ ბენეფიციართა რაოდენობა | მათ შორის ქალი |
|--------------------|--|----------------|
| 2008 | 3 | - |
| 2009 | 278 | - |
| 2010 | 166 | - |
| 2011 | 81 | - |
| 2012 | 119 | - |
| 2013 | 311 | 2 |
| 2014 | 390 | 3 |
| 2015 | 338 | 2 |
| 2016 | 351 | 2 |
| 2017 ⁹⁹ | 338 | 1 |

პენიტენციურ დაწესებულებებში პატიმრებს ასევე შეუძლიათ ექიმი ნარკოლოგის, ფსიქიატრის, ფსიქოლოგის კონსულტაციის მიღება. თუმცა, გრძელვადიანი სარეაბილიტაციო პროგრამები ამ ეტაპზე დანერგილი არ არის. ასევე, მეთადონით დეტოქსიკაციური მკურნალობის გარდა ზიანის შემცირების სხვა პროგრამები ციხეებში ხელმისაწვდომი არ არის.

გლობალური ფონდის დაფინანსებით მიმდინარე პროგრამებში პენიტენციურ სისტემაში (#8 სასჯელადსრულების დაწესებულებაში არსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა თბილისში და #2 სასჯელადსრულების დაწესებულებაში არსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა ქუთაისში) 2014-2016 წლებში მომსახურებას იღებდა: 2014 წელს 474 პირი; 2015 წელს 423 პირი; 2016 წელს 421 პირი¹⁰⁰.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლის სექტემბრის მონაცემებით, პენიტენციურ დაწესებულებებში მეთადონით დეტოქსიკაციის კურსში ჩართულია 338 პატიმარი, მათ შორის 1 ქალი.

99. სექტემბრის მონაცემები.

100. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის წერილი.

4. ქალთა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული დეტოქსიკაციური და მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა

2017 წელს, წინამდებარე ანგარიშის მომზადების პერიოდში, უშუალოდ ქალთა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში აბსტინენციაზე ორიენტირებული დეტოქსიკაციური და მეთადონით დეტოქსიკაციური თერაპიის პროგრამა არ მოქმედებს. ჩანაცვლებითი პრეპარატის მისაღებად პაციენტები გადაჰყავთ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა #18 სამკურნალო დაწესებულებაში¹⁰¹. ქალი პატიმრების მეთადონით დეტოქსიკაციურ პროგრამაში ჩართულობის მაჩვენებლები წლების მიხედვით შეგიძლიათ იხილოთ ამავე თავის მესამე ინდიკატორში მოყვანილ ცხრილში.

2017 წელს, ანგარიშის მომზადების პერიოდისთვის, მეთადონით დეტოქსიკაციურ მკურნალობაში ჩართული იყო 1 ქალი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წელს, ანგარიშის მომზადების პერიოდისთვის, დეტოქსიკაციურ მკურნალობაში ჩართული იყო 1 ქალი.

5. გათავისუფლებული ნარკოტიკების მოხმარებაელი კაციენტების რაოდენობა, რომელნიც გადაამისამართდნენ სამოქალაქო სექტორის სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და ზიანის შემცირების პროგრამებში

წამალმოხმარების მკურნალობაში უწყვეტი ჯაჭვის არსებობა წარმატებული ინტერვენციის საფუძველია. სწორედ ამიტომ, აუცილებელია სასჯელის მოხდის შემდეგ პატიმრები სათანადოდ იყვნენ ინფორმირებული არსებული სერვისების შესახებ და მოხდეს მათი გადაამისამართება შესაბამის დაწესებულებებში.

„ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის“ სახელმწიფო პროგრამას 2017 წლის ივლისიდან ახორციელებს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი. 2017 წლის ივლისიდან 31 აგვისტომდე პერიოდში, ხსენებული ცენტრის ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ჩაერთო 6 გათავისუფლებული პატიმარი¹⁰².

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლის ივლისიდან 31 აგვისტომდე პერიოდში გათავისუფლების შემდგომ ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ჩაერთო 6 ყოფილი პატიმარი.

6. წლის განმავლობაში აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობაგავლილი კაციენტების რაოდენობა, ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით, კირველადი და განმეორებითი კაციენტების რაოდენობა

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის

101. ინტერვიუ სასჯელაღსრულების სამინისტროს სპეციალური სამედიცინო სერვისების განყოფილების უფროსთან.

102. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს წერილი.

მონაცემებით, 2016 წელს ამბულატორიული, სტაციონარული და ჩანაცვლებითი თერაპიის მომსახურებით მოსარგებლე პაციენტების რაოდენობა დეტალურად (ასაკობრივ ჯგუფებში პაციენტების გადანაწილებისა და მიმართვიანობის შესახებ) არის წარმოდგენილი ქვევით მოყვანილ ცხრილებში.

ცხრილი 29: ჩანაცვლებითი თერაპიის მომსახურებით მოსარგებლე პაციენტების რაოდენობა, ამბულატორია;

| პაციენტთა რაოდენობა | მამრობითი | | | | | | მდედრობითი | | | | | |
|---------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-----|------------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | 2083 | | | | | | 32 | | | | | |
| ასაკობრივი ჯგუფი | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65+ | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65+ |
| პირველადი | 40 | 262 | 997 | 78 | 45 | 0 | 2 | 8 | 8 | 3 | 1 | 0 |
| განმეორებითი | 8 | 191 | 332 | 89 | 40 | 1 | 0 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 |

ამბულატორიულ დაწესებულებებში მიმართვიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 35-44 წლის მამაკაცების ჯგუფში ფიქსირდება. ქალების რაოდენობა მნიშვნელოვნად ჩამოუვარდება მამაკაცი პაციენტების რაოდენობას. ქალი პაციენტების რაოდენობა ძირითადად 25-44 ასაკობრივ ჯგუფშია თავმოყრილი. ორივე ჯგუფის შემთხვევაში, 45-54 წლის შემდეგ პაციენტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად იკლებს. მამაკაცებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 1422, განმეორებითი 661. ქალებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 22, განმეორებითი 10.

ცხრილი 30: ჩანაცვლებითი თერაპიის მომსახურებით მოსარგებლე პაციენტების რაოდენობა, სტაციონარი;

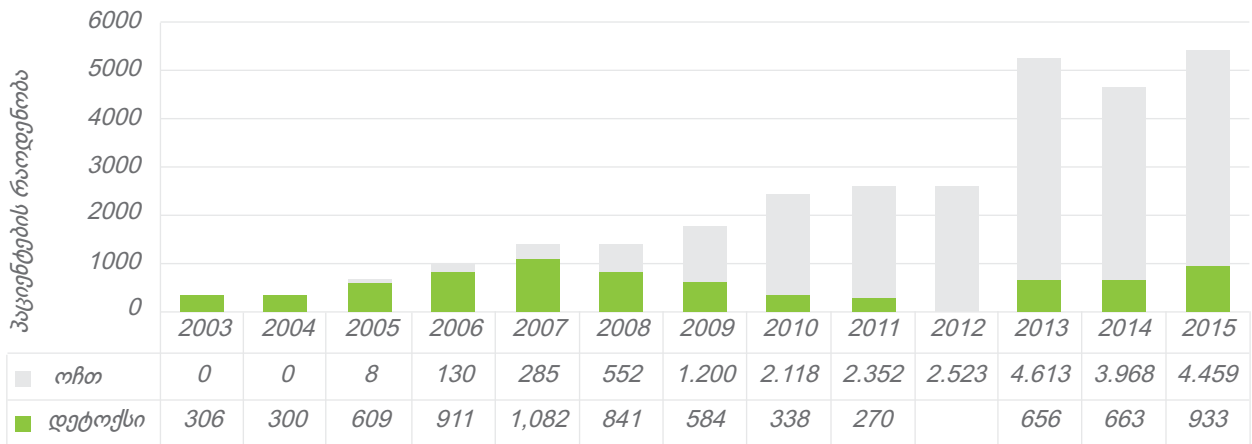
| პაციენტთა რაოდენობა | მამრობითი | | | | | | მდედრობითი | | | | | |
|---------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-----|------------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | 811 | | | | | | 19 | | | | | |
| ასაკობრივი ჯგუფი | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65+ | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65+ |
| პირველადი | 58 | 345 | 247 | 90 | 12 | 3 | 3 | 9 | 4 | 0 | 0 | 2 |
| განმეორებითი | 11 | 21 | 17 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

როგორც ამბულატორიულ დაწესებულებებში, ასევე სტაციონარული განყოფილების მომსახურებითაც ძირითადად მამაკაცები სარგებლობენ (811 მამაკაცი, 19 ქალი). ყველაზე მაღალი მიმართვიანობა ამჯერად 25-34 წლის ასაკობრივ ჯგუფშია. მამაკაცებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 755, განმეორებითი 56. ქალებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 18, განმეორებითი 1.

არასამთავრობო ორგანიზაციების და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ მომზადებული ნარკოვითარების ანგარიშები

თავს უყრის 2003-2015 წლების მონაცემებს დეტოქსიკაციურ მკურნლობაში ჩართული და ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პაციენტების რაოდენობების შესახებ, ცხრილი 31-ში.

ცხრილი 31: დეტოქსიკაციურ მკურნლობაში ჩართული და ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პაციენტების რაოდენობა, 2003-2015 წლებში;



შენიშვნა: მონაცემები 2012 წელს დეტოქსიკაციურ თერაპიაში ჩართული პაციენტების რაოდენობა არ მოიპოვება.

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია საქართველოში 2005 წელს ამოქმედდა და მას შემდეგ პროგრამით მოსარგებლეთა რაოდენობის ზრდა აღინიშნება. 2009 წლიდან ჩანაცვლებითი თერაპიის კლიენტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად აჭარბებს დეტოქსიკაციურ თერაპიაში ჩართული პაციენტების რაოდენობას.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2016 წელს ამბულატორიული, სტაციონარული და ჩანაცვლებითი თერაპიის მომსახურებით მოსარგებლე პაციენტების რაოდენობა: სულ 2,945 პაციენტი, მათ შორის 51 ქალი. ამბულატორია/ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: 50 (15-24); / 464 (25-34); / 1341 (35-44); / 171 (45-54); / 87 (55-64); / 2 (65+). მამაკაცებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 1422, განმეორებითი 661. ქალებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 22, განმეორებითი 10.

სტაციონარი/ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: 72 (15-24); / 376 (25-34); / 268 (35-44); / 95 (45-54); / 14 (55-64); / 5 (65+). მამაკაცებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 755, განმეორებითი 56. ქალებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 18, განმეორებითი 1.

7. სუბოქსონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ჩანაცვლებითი თერაპია დღეისთვის წამალმომხმარებლის და დამოკიდებულების მართვის საერთაშორისოდ აღიარებული სტანდარტია, რომელიც არა მხოლოდ პაციენტის მდგომარეობას აუმჯობესებს, არამედ აფერხებს აივ ინფექციის, ვირუსული ჰეპატიტების, სისხლით გადამდები სხვა დაავადებების გავრცელებას, ამცირებს შავ ბაზარზე არალეგალურად მოპოვებული ნარკოტიკების მოხმარებას და კრიმინალურ ქცევას. ჩამანაცვლებელ

თერაპიაში ჩართულობა პაციენტებს სომატური, ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასა და საზოგადოებაში რეინტეგრაციაში ეხმარება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის მონაცემებით, 2014-2016 წლებში სუბოქსონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში ჩართული პაციენტების რაოდენობა და განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მოცემულია ცხრილი 32-ში.

ცხრილი 32: 2014-2016 წლებში სუბოქსონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში ჩართული პაციენტების რაოდენობა და განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით;

| წელი | წივი ჯგუფი | ასაკობრივი ჯგუფები/რაოდენობა | | | | | |
|---------------------------|------------|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | | <20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 |
| 2014 წელი | რაოდენობა | 0 | 31 | 38 | 60 | 25 | 4 |
| | სულ | 158 | | | | | |
| 2015 წელი | რაოდენობა | 0 | 6 | 31 | 52 | 30 | 4 |
| | სულ | 123 | | | | | |
| 2016 წელი | რაოდენობა | 0 | 5 | 28 | 63 | 37 | 8 |
| | სულ | 141 | | | | | |
| 2017 წელი (1 ოქტომბრამდე) | რაოდენობა | 27 | 93 | 10 | 0 | 0 | 0 |
| | სულ | 130 | | | | | |

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრიდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, 2017 წლის 1 ოქტომბრის მდგომარეობით სუბოქსონით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართულია სულ 130 პაციენტი (მათ შორის ქალი არ არის).

აღსანიშნავია, რომ 2017 წელს გაიხსნა სუბოქსონის რამდენიმე ვერძო პროგრამა. ამ პროგრამების მონაცემები ანგარიშის გამოცემის მომენტისთვის ხელმისაწვდომი არ იყო.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლის 1 ოქტომბრის მდგომარეობით, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის სუბოქსონით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართულია სულ 130 პაციენტი (მათ შორის ქალი არ არის).

- 8. მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიული პროგრამებით მოსარგებლე პირთა რაოდენობა, მათ შორის ქალების; სახელმწიფო პროგრამისა და გლობალური ფონდის დაფინანსებით მიმდინარე პროექტის მარჯვენა ბლანკები

ექსპერტების შეფასებით შეიცვალა ინდიკატორი (არა რელევანტურობის გამო) მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიული პროგრამებით მოსარგებლე პირთა რაოდენობა, მათ შორის ქალების

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრიდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, 2017 წლის 1 ოქტომბრის მდგომარეობით მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართულია 5,218 პაციენტი, მათ შორის 37 ქალი. პაციენტების განაწილება წლებისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მოცემულია ქვევით მოყვანილ ცხრილებში.

ცხრილი 33: 2014 წელს ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე (მათ შორის, ბუპრენორფინის მომხმარებელი) ბენეფიციარები:

| ასაკობრივი ჯგუფი | კაცი | | | | | | ქალი | | | | | |
|------------------|------|-------|-------|-------|-------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | <20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 | <20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 |
| რაოდენობა | 0 | 392 | 1133 | 735 | 277 | 19 | 0 | 6 | 9 | 2 | 3 | 0 |
| რაოდენობა სულ | 2556 | | | | | | 20 | | | | | |

ცხრილი 34: 2015 წელს მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე (მათ შორის, ბუპრენორფინის მომხმარებელი) ბენეფიციარების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით:

| ასაკობრივი ჯგუფი | კაცი | | | | | | ქალი | | | | | |
|------------------|------|-------|-------|-------|-------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | <20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 | <20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 |
| რაოდენობა | 0 | 424 | 1484 | 1019 | 425 | 32 | 0 | 7 | 6 | 6 | 1 | 0 |
| რაოდენობა სულ | 3384 | | | | | | 20 | | | | | |

ცხრილი 35: 2016 წელს მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე (მათ შორის, ბუპრენორფინის მომხმარებელი) ბენეფიციარების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით:

| ასაკობრივი ჯგუფი | კაცი | | | | | | ქალი | | | | | |
|------------------|------|-------|-------|-------|-------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | <20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 | <20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 |
| რაოდენობა | 0 | 476 | 1884 | 1357 | 548 | 32 | 0 | 1 | 10 | 5 | 2 | 0 |
| რაოდენობა სულ | 4297 | | | | | | 18 | | | | | |

ცხრილი 36: 2017 წლის 1 ოქტომბრის მდგომარეობით მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე ბენეფიციარების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით:

| ასაკობრივი ჯგუფი | კაცი | | | | | | ქალი | | | | | |
|------------------|-------|-------|-----|-------|-------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | 20-40 | 41-60 | >60 | 20-40 | 41-60 | >60 | <20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | >60 |
| რაოდენობა | 2142 | 2853 | 186 | 16 | 18 | 3 | 0 | 1 | 10 | 5 | 2 | 0 |
| რაოდენობა სულ | 5181 | | | | | | 37 | | | | | |

გლობალური ფონდის დაფინანსებით მიმდინარე სამოქალაქო სექტორის პროგრამებში 2014-2016 წლებში მომსახურებას იღებდა: 2014 წელს 702 პირი, მათ შორის 24 ქალი; 2015 წელს 1000 პირი, მათ შორის 20 ქალი; 2016 წელს 1092 პირი, მათ შორის 23 ქალი . 2017 წლის ივლისიდან გლობალურმა ფონდმა შეწყვიტა მეთადონის პროგრამების დაფინანსება და მას შემდეგ ყველა პროგრამა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება.

2015 წელს ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში ჯამში ირიცხებოდა 4,459 პაციენტი, მათ შორის 41 – ქალი; აქედან 4,105 პაციენტი ირიცხებოდა მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში (მათ შორის 264 პენიტენციურ სისტემაში), ხოლო 554-სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში .

2014 წლის განმავლობაში აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა ქვეყანაში სულ 663-მა პაციენტმა გაიარა, ხოლო ოპიოიდებით ჩანაცვლების თერაპიული პროგრამებით, ჯამში, 3,968 პირმა ისარგებლა .

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლის 1 ოქტომბრის მდგომარეობით მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართულია 5,218 პაციენტი, მათ შორის 37 ქალი.

9. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართული წამალდამოკიდებული პირების რაოდენობა, მათ შორის ქალების

პირველადი დეტოქსიკაციის შემდეგ, ასევე ჩანაცვლებითი თერაპიის მიმდინარეობისას, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია და ფსიქოთერაპია პაციენტებს ეხმარება საკუთარი აშლილობის მართვაში, ქცევაზე დაკვირვებასა და ჩვევების შეცვლაში, ასევე საზოგადოებაში რეინტეგრაციაში. ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების გარეშე, ცალკე აღებული მხოლოდ სამედიცინო ჩარევა არაეფექტურია წამალმომხმარებლის პრობლემის მართვაში.

სამწუხაროდ, საქართველოში მკურნალობის ეს საფეხური ნაკლებად განვითარებულია. მწირია როგორც სარეაბილიტაციო ცენტრების რაოდენობა, ასევე სფეროში მომუშავე სპეციალისტების რიცხვი. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის

ცენტრის ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართული წამალდამოკიდებული პირების რაოდენობა 2017 წლის ივლისიდან 1 ოქტომბრამდე შეადგენს 31-ს, მათ შორის ქალი არ არის (წლების დინამიკა, ცხრილი 37).

ცხრილი 37: ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართული წამალდამოკიდებული პირების რაოდენობა;

| რაოდენობა/წელი | 2014 | 2015 | 2016 | 30.06.2017- მდე | 01.07.2017- დან |
|---|------|------|------|--------------------|--------------------|
| საანგარიშო პერიოდის დასაწყისში ბენეფიციართა რაოდენობა | 34 | 31 | 31 | 35 | 27 |
| შემოვიდა | 18 | 20 | 25 | 26 | 4 |
| მამაკაცი | 18 | 20 | 25 | 26 | 4 |
| ქალი | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

ნარკოვითარების 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, 2014-2015 წლისთვის ქვეყანაში ფუნქციონირებდა სამი ამბულატორიული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი: კამარა, საქართველოს საპატრიარქოს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის სარეაბილიტაციო განყოფილება. ცენტრები ემსახურება როგორც ჩანაცვლებითი თერაპიის, ასევე აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის პაციენტებს და ყოფილ ნარკომომხმარებლებს. სამივე ცენტრის გამტარუნარიანობა ერთდროულად არ აღემატება 300-მდე პირს . ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლის მდგომარეობით, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართულია 31 პაციენტი (მათ შორის ქალი არ არის).

10. წამალდამოკიდებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც ჩართული არიან სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამაში (დასაქმება და სხვა)

რაც შეეხება ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამებს, 01.06.2014-28.02.2017 წლებში მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, გაეროს მიგრაციის სააგენტოს საქართველოს მისია ახორციელებდა სოციო-ეკონომიკური ინტეგრაციის პროგრამას (Socio-Economic Integration Through Social Enterprise Development), რომლის სამიზნე ჯგუფი მკურნალობის პროცესში ან რემისიაში მყოფი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარებლები, დაბრუნებული და პოტენციური მიგრანტები არიან. პროექტის მიზანს წარმოადგენდა მაღალი რისკის, მომხმარებელ და რემისიაში მყოფ მომხმარებელთა ჯგუფების გრძელვადიანი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, სოციალური რეინტეგრაციის ხელშეწყობა და მათი ეკონომიკური გაძლიერება, სოციალური სანარმოების დაარსებითა და შრომითი თერაპიის მიდგომის დახმარებით. თითოეული

საწარმო ბენეფიციარებს სთავაზობდა 6-თვიან სამუშაო-სარეაბილიტაციო პროგრამას. 2014-2017 წლების განმავლობაში მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის დახმარებით და 5 პარტნიორ ორგანიზაციასთან მჭიდრო თანამშრომლობით (როგორც სამთავრობო ასევე არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენელი ორგანიზაციები იყვნენ შერჩეული პარტნიორებად) ექვსი სოციალური საწარმო დაარსდა და ამუშავდა, ესენია:

1. გორის მუნიციპალიტეტის გორის სანერგე მეურნეობა და მის მიერ დაფუძნებული სოციალური საწარმო „მწვანე ოჯახი“, რომელიც ექვსი მიმართულებით მუშაობს ბიოლოგიურად ორგანული სასოფლო-სამეურნეო პროდუქტის წარმოების მხრივ. ეს მიმართულებებია: მეფრინველეობა, მეთევზეობა, მეკურდღლეობა, ხილ-ბოსტნეული და დეკორატიული ნერგები და ყვავილები;
2. საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი „თანადგომას“ სარეკლამო კომპანია/სტამბა „TG პრომო“, რომელიც განსხვავებული ტიპის სარეკლამო ნივთებს აწარმოებს. მათ შორის, კვებს, მაისურებს, ხელჩანთებს, მცირე ზომის პლაკატებსა და ბეჭდვით მასალას;
3. იუსტიციის სამინისტროს დანაშაულის პრევენციის ცენტრის სოციალური საწარმო „შეცვალე სცენარი“ – თბილისის იუსტიციის სახლში ფუნქციონირებადი ვაფეტერია და ავტოსამრეცხაო (ორი სოციალური საწარმო), რომელიც თბილისის ერთ-ერთ ცენტრალურ უბანშია განლაგებული;
4. სარეაბილიტაციო ცენტრი „კამარას“ არტ-ვაფე;
5. პრობაციის ეროვნული სააგენტოს ხის საამქრო, რომელსაც უძღვება სააგენტოს შპს „პერსპექტივა“. საამქრო მდებარეობს თავისუფლების შემზღვევის დანესებულებაში, თბილისის გარეუბანში და აწარმოებს განსხვავებული ტიპის ხის ნაწარმს, როგორცაა, ხის სათამაშოები (ბიოლოგიურად სუფთა საღებავისა და ნედლეულის გამოყენებით), განსხვავებული სახის სუვენირები ბრენდით „დამზადებულია პრობაციონერების მიერ“, ავეჯს და განსხვავებულ ხის აქსესუარებს, შეკვეთის მიხედვით.

პროექტის განმავლობაში სარეაბილიტაციო პროგრამებში დასაქმდა 140 ბენეფიციარი (19 ქალი და 121 კაცი). პროგრამა დაასრულა (იგულისხმება 6-თვიანი სარეაბილიტაციო ციკლი) 98-მა ბენეფიციარმა (15 ქალმა და 83-მა კაცმა). პროგრამის დასრულების შემდეგ ღია შრომით ბაზარზე დასაქმდა 32 ბენეფიციარი (მათ შორის ქალი არ არის); ბენეფიციარების რეკრუტირებასა და სოციალურ საწარმოებში მიმართვიანობის ხელშეწყობაში ჩართული იყო 35 პარტნიორი ორგანიზაცია როგორც სამთავრობო, ასევე არასამთავრობო სექტორიდან . ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამები სახელმწიფო დონეზე ხორციელდება, მხოლოდ სამი უწყების მიერ. ესენია, იუსტიციის სამინისტროს დანაშაულის პრევენციის ცენტრი, სოციალური საწარმო „შეცვალე სცენარი“; სასჯელაღსრულების სამინისტროს პრობაციის ეროვნული სააგენტოს შპს „პერსპექტივა“ სოციალური საწარმო ხის საამქროს სახით და გორის მუნიციპალიტეტის გორის სანერგე მეურნეობაში მოქმედი სოციალური საწარმო „მწვანე ოჯახი“. მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, გაეროს მიგრაციის სააგენტოს საქართველოს მისიის სოციალური საწარმოების პროექტში 2014-2017 წლებში ჩართული იყო 140 პირი; პროგრამის დასრულების შემდეგ ღია შრომით ბაზარზე დასაქმდა 32 რეაბილიტირებული ბენეფიციარი.

11. ნარკოტიკების მომხმარებლებისა და მათი ოჯახის წევრების რაოდენობა, რომელთაც ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიის კურსი გაიარეს

სამწუხაროდ, აღნიშნული ინდიკატორის შეფასება ვერ მოხერხდა მონაცემების არქონის გამო. ექსპერტთა შეფასებით ინდიკატორი ამოღებული იქნა შეფასების ბადიდან.

მომსახურების მიწოდების კომპონენტის შეჯამება

| მომსახურების მიწოდება | | |
|-----------------------|---|--|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობა, რომლებიც აღნიშნავენ ზედღობის შემთხვევებში ნალოქსონის გამოყენებას | 2014 წლისთვის ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის პროგრამებით მოსარგებლეებში ნალოქსონის პრეპარატის გამოყენებას აღნიშნავს რესპონდენტთა 18.8% (318 რესპონდენტი). |
| 2 | მკურნალობა-რეაბილიტაციის პროგრამებში ჩართულ ბენეფიციარებში ნარკოტიკებსა და ფსიქოტროპულ ნივთიერებებზე დამოკიდებული ქალებისა და ახალგაზრდების წილი | 2017 წელს (9 თვეში) მკურნალობა-რეაბილიტაციის პროგრამებში ჩართულ ბენეფიციარებში ქალების და არასრულწლოვანების წილი შეადგინა: ქალი - 5,3%, < 20 წელზე - 8,9%. |
| 3 | სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული დეტოქსიკაციური და მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში ჩართული ოპიოიდებზე დამოკიდებული პირების რაოდენობა, მათ შორის ქალების | 2017 წლის სექტემბრის მონაცემებით, პენიტენციურ დაწესებულებებში მეთადონით დეტოქსიკაციის კურსში ჩართულია 338 პატიმარი, მათ შორის 1 ქალი. |
| 4 | ქალთა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული დეტოქსიკაციური და მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა | 2017 წლისთვის ქალთა სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში ჩამანაცვლებელი თერაპიული პროგრამები არ მოქმედებს. ქალი პატიმრები პრეპარატის მისაღებად გადაჰყავთ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა #18 სამკურნალო დაწესებულებაში. |
| 5 | გათავისუფლებული ნარკოტიკების მომხმარებელი პაციენტების რაოდენობა, რომელნიც გადამისამართდნენ სამოქალაქო სექტორის სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და ზიანის შემცირების პროგრამებში | 2017 წლის ივლისიდან 31 აგვისტომდე პერიოდში გათავისუფლების შემდგომ ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ჩაერთო 6 ყოფილი პატიმარი. |
| 6 | წლის განმავლობაში აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობაგავლილი პაციენტების რაოდენობა, ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით, პირველადი და განმეორებითი პაციენტების რაოდენობა | 2016 წელს ამბულატორიული, სტაციონარული და ჩანაცვლებითი თერაპიის მომსახურებით მოსარგებლე პაციენტების რაოდენობა: სულ 2,945 პაციენტი, მათ შორის 51 ქალი. ამბულატორია/ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: 50 (15-24); / 464 (25-34); / 1341 (35-44); / 171 (45-54); / 87 (55-64); / 2 (65+). მამაკაცებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 1422, განმეორებითი 661. ქალებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 22, განმეორებითი 10. სტაციონარი/ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: 72 (15-24); / 376 (25-34); / 268 (35-44); / 95 (45-54); / 14 (55-64); / 5 (65+). მამაკაცებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 755, განმეორებითი 56. ქალებში პირველადი პაციენტების რაოდენობა 18, განმეორებითი 1 |

| | | |
|----|--|--|
| 7 | სუბოქსონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით | 2017 წლის 1 ოქტომბრის მდგომარეობით, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის სუბოქსონით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართულია სულ 130 პაციენტი (მათ შორის ქალი არ არის). |
| 8 | მეთადონის ჩანაცვლებითი თერაპიული პროგრამებით მოსარგებლე პირთა რაოდენობა, მათ შორის ქალების (შეიცვალა ინდიკატორი) | 2017 წლის 1 ოქტომბრის მდგომარეობით მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართულია 5,218 პაციენტი, მათ შორის 37 ქალი. |
| 9 | ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართული წამლდამოკიდებული პირების რაოდენობა, მათ შორის ქალების | 2017 წლის მდგომარეობით, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართულია 31 პაციენტი (მათ შორის ქალი არ არის). |
| 10 | წამლდამოკიდებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც ჩართული არიან სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამაში (დასაქმება და სხვა) | ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამები სახელმწიფო დონეზე ხორციელდება, მხოლოდ სამი უწყების მიერ. ესენია, იუსტიციის სამინისტროს დანაშაულის პრევენციის ცენტრი, სოციალური სანარმო „შეცვალე სცენარი“; სასჯელაღსრულების სამინისტროს პრობაციის ეროვნული სააგენტოს შპს „პერსპექტივა“ სოციალური სანარმო ხის საამქროს სახით და გორის მუნიციპალიტეტის გორის სანერგე მეურნეობაში მოქმედი სოციალური სანარმო „მწვანე ოჯახი“. მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, გაეროს მიგრაციის სააგენტოს საქართველოს მისიის სოციალური სანარმოების პროექტში 2014-2017 წლებში ჩართული იყო 140 პირი; პროგრამის დასრულების შემდეგ ღია პრობით ბაზარზე დასაქმდა 32 რეაბილიტირებული ბენეფიციარი. |
| 11 | ნარკოტიკების მომხმარებლებისა და მათი ოჯახის წევრების რაოდენობა, რომელთაც ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიის კურსი გაიარეს (ამოღებული იქნა შეფასების ბაზიდან) | |

5.5 მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმობმარება და წამალდამოკიდებულება არ არის მხოლოდ ცალკეული ინდივიდის დონეზე მყოფი აშლილობა – ნივთიერებაზე დამოკიდებულ ადამიანს დიდი გავლენა აქვს მის მიკროსოციალურ გარემოზე და, ჯამში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სურათზეც, ვინაიდან ავადმობმარება, უშუალოდ ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ზიანის გარდა, ხშირად არის დაკავშირებული სხვა დაავადებების გავრცელებასთან, როგორცაა ვირუსული ჰეპატიტები, აივ ინფექცია, სისხლით და სქესობრივი გზით გადამდები სხვა დაავადებები. სწორედ ამიტომ, მომხმარებელ პოპულაციაზე ზრუნვა, განათლება ძალიან მნიშვნელოვანია. ასევე, აუცილებელია სათანადო კვლევების წარმოება და მონაცემების დინამიკაში დაკვირვება, რაც საშუალებას მოგვცემს შევაფასოთ, რამდენად მძიმეა ჩვენი პრობლემა და რამდენად ეფექტურია გატარებული ღონისძიებები.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის კომპონენტის შესაფასებლად შეირჩა 7 ინდიკატორი, რომელიც მოიცავს მონაცემებს, როგორც პრობლემური მოხმარების შესახებ, ასევე მონაცემებს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებაზე ზოგად მოსახლეობაში, სკოლასა და ახალგაზრდებს შორის, ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ ინფექციურ დაავადებებზე და ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ სიკვდილობაზე.

| | |
|-----|--|
| 1. | ნარკოტიკების ინექციური (პრობლემური, მაღალი რისკის) მოხმარების პრევალენტობა, ასაკობრივ ჯგუფში, სქესი, ნარკოტიკის სახეობა |
| 2. | ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციაში (რეგიონული განაწილება, სქესი, ასაკობრივი ჯგუფები, მოხმარებული ნარკოტიკის სახეობა) |
| 3. | ნარკოტიკების მოხმარება სკოლაში და ახალგაზრდებს შორის |
| 4. | ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები: |
| 5. | აივ-ის პრევალენტობა %-ში ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის, ქალაქების მიხედვით |
| 6. | აივ-ის გადაცემის გზები, პროცენტებში: ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარება, ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები, ჰომოსექსუალური კონტაქტები, სისხლის გადასხმა, დედიდან შვილზე, უცნობი |
| 7. | ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ინფექციები: |
| 8. | C ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის - ჩატარებული ტესტირებისა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა |
| 9. | B ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის - ტესტირებისა და გამოვლენილი დადებითი პასუხების რაოდენობა |
| 10. | ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ავადობა - არალეტალური ზედღობირება |
| 11. | ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა - რეგისტრირებული ლეტალური ზედღობირების მაჩვენებლები |

1. ნარკოტიკების ინექციური (პრობლემური, მაღალი რისკის) მოხმარების პრევალენტობა, მოხმარებელთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით, უპირატესად მოხმარებელი ნარკოტიკის სახეობა

ქვეყანაში მაღალი რისკის მოხმარების მაჩვენებელი ნარკოტიკების ერთ-ერთი ძირითადი ინდიკატორია. ტერმინი მაღალი რისკის მოხმარება ყურადღებას ამახვილებს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების განმეორებით მოხმარებაზე, რასაც პოტენციურად ან ფაქტობრივად შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობის ან სხვა სახის პრობლემები, ფსიქოლოგიური და სოციალური ზიანი, ასევე წამალდამოკიდებულების ჩამოყალიბება¹⁰⁸.

საქართველოში ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარებელთა ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები 2009 წლიდან ხორციელდება საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონისა და საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ. ვინაიდან კვლევის ფოკუსში დაფარული და ხშირ შემთხვევაში გარიყული პოპულაციაა, აღნიშნული ტიპის კვლევები სპეციფიური მეთოდოლოგიით ტარდება და შემდგომში, საბოლოო შედეგების დასადგენად, ტარდება შეხვედრა დარგის ექსპერტებთან, სადაც მიიღწევა საექსპერტო კონსენსუსი¹⁰⁹.

2014 წელს ჩატარებული კვლევისა და საექსპერტო კონსენსუსის შედეგად, ფსიქოაქტიური საშუალებების ინექციურად მოხმარებელთა პოპულაცია 49,700-ად განისაზღვრა (49,208-50,192, პრევალენტობა 2,02% [2,00%-2,04%] 18-64 წლის მოსახლეობაზე გადათვლით, და 1,33% [1,32%-1,35%] ზოგად პოპულაციაზე გადათვლით). ბოლო წლების დინამიკით, საქართველოში მაღალი რისკის მოხმარების პრევალენტობა ბოლო 5 წლის მანძილზე გაზრდილია¹¹⁰, როდესაც, ევროპის მასშტაბით, ინექციური მოხმარების მაჩვენებლის ტენდენცია კლებადია¹¹¹.

ექსპერტთა მოსაზრებით, საქართველოს პოპულაციისთვის ხსენებული მაჩვენებელი ძალიან მაღალია. მაგალითისთვის, ბულგარეთის შემთხვევა რომ ავიღოთ, სადაც ამავე მეთოდითაა კვლევა ჩატარებული, 7 მილიონზე მეტ მოსახლეობაში 31,316 მაღალი რისკის მოხმარებელია; პორტუგალიაში კი, სადაც 2001 წლიდან დეკრიმინალიზებულია ყველა სახის ნარკოტიკის მოხმარება (მოსახლეობა 10.32 მილიონი) – 46,500.

ინფორმაცია მაღალი რისკის მოხმარებელთა განაწილების შესახებ ასაკობრივ და სქესის მიხედვით ჯგუფებში, არ მოიპოვება. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის ფარგლებში, 2013 წლიდან დღემდე აღნიშნული მომსახურებით მოსარგებლე ქალების წილი 5%-ს არ აღემატება.

108. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

109. კვლევის მეთოდოლოგია <http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2016/09/IDU-Prevalence-Study-Report-2012-BPU.pdf>

110. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლების პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში 2014 კვლევის ანგარიში, 1 http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2016/04/PWIDS-PSE-Report-2015_GEO.pdf

111. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf>

ცხრილი 38: საქართველოში ჩატარებული ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებელთა პოპულაციის ზომის განსაზღვრელი კვლევები¹¹²

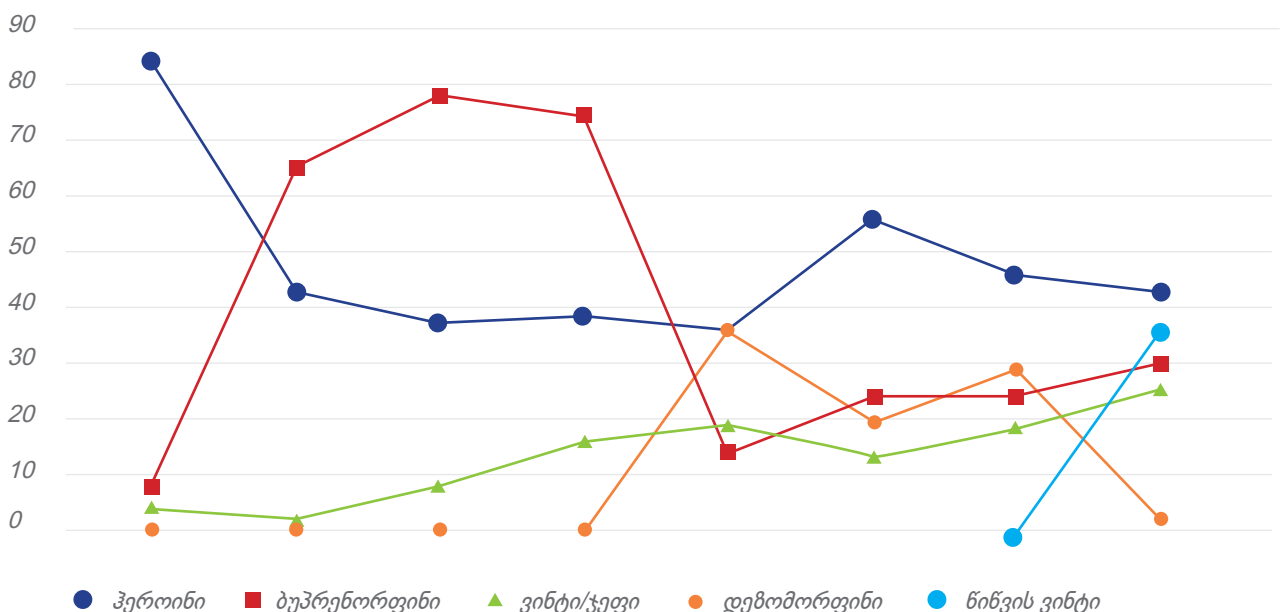
| ქალაქების რაოდენობა სადაც ჩატარდა კვლევა | წელი | ცენტრალური მაჩვენებელი 1000 ასაკი 18-64 | ქვედა ზღვარი 1000 ასაკი 18-64 | ზედა ზღვარი 100 0 ასაკი 18-64 | მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა | სავარაუდო რაოდენობის ქვედა ზღვარი | სავარაუდო რაოდენობის ზედა ზღვარი | გამოყენებული მეთოდები |
|---|------|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| სუთი ქალაქი | 2009 | 1.46 | 1.48 | 1.53 | 40,000 | 39,000 | 41,062 | მამრავლი კოფეციენტის მეთოდი |
| ექვსი ქალაქი | 2012 | 1.5 | 1.63 | 1.67 | 45,000 | 44,434 | 45,524 | მამრავლი კოფეციენტის მეთოდი |
| შვიდი ქალაქი | 2014 | 2.02 | 2.0 | 2.04 | 49,700 | 49,208 | 50,192 | მამრავლი კოფეციენტის და ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდი |

(1) ზედა და ქვედა ზღვარი მოცემულია 95% სარწმუნოების ფარგლებში

1. თამარ სირბილაძე, ლელა თავზარაშვილი, ტომას ზაბრანსკი, ლელა სტურუა (2009). ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობის სავარაუდო ზომის დადგენა საქართველოს 5 ქალაქში, 2008. თბილისი, საქართველო
2. თამარ სირბილაძე და ლელა თავზარაშვილი (2013). ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობის სავარაუდო ზომის დადგენა საქართველოში 2012. თბილისი, საქართველო, საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი
3. საერთაშორისო ფონდი კურაცო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი (2015). ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლების პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში 2014. თბილისი, საქართველო

რაც შეეხება უპირატესად მოხმარებულ ნივთიერებას, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემებით, 2002 წლიდან 2016 წლამდე მოხმარებული ნივთიერებების სურათი საკმაოდ იცვლება. 2002 წელს წამყვანი პოზიცია ჰეროინს ეკავა, რომლის მოხმარების ტენდენციაც იცვლებოდა წლების მიხედვით. რაც შეეხება სხვა ნივთიერებებს, 2016 წლისთვის, ჰეროინის შემდეგ, მოხმარების სიხშირით მეორე ადგილზეა აქამდე უცხო ნივთიერება, წინვის ვინტი.

დიაგრამა 19: პრობლემურ მოხმარებლებში ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ტენდენცია 2002-2016 (BSS/ზიანის შემცირების ქსელის მონაცემები);



112. ნარკოვითარება საქართველოში, 2015 წლიური ანგარიში.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად (2016 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით), ამბულატორიული პაციენტების ძირითადი მოხმარების ნარკოტიკი ბუპრენორფინი და ჰეროინია, სტაციონარული პაციენტებისა – ჰეროინი და მეთადონი, ხოლო მეთადონით ჩანაცვლებითი პროგრამის მოსარგებლეებში პირველ ადგილზე მეთადონი და ოპიუმი. პრობლემად რჩება პოლინარკომანიის შემთხვევებიც.

აბსტინენციაზე ორიენტირებულ სამკურნალო პროგრამებში ჩართული პაციენტების მიერ უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები 2013-2015 წლებში¹¹³ წარმოდგენილია ცხრილი 39-ში.

ცხრილი 39: აბსტინენციაზე ორიენტირებულ სამკურნალო პროგრამებში ჩართული პაციენტების მიერ უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები, წლების დინამიკა;

| უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკი | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---------------------|-----------------|---|
| ჰეროინი | 49.7% | 15.8% | 12.5% |
| ოპიუმი | 0.3 % | 6.8% | 1.4% |
| დებომორფინი | 16.2% | 9.8% | 1.4% |
| ბუპრენორფინი (ინექციური/არაინექციური) | 0.7% | 8.9% | 6.9% (89%/11%) |
| მეთადონი (ინექციური/არაინექციური) | 14.9% (5.6%/ 9%) | 14% (10%/4%) | 30.3% 31.5%/68.5%) |
| სხვა ოპიოიდები (ინექციური/არაინექციური) | 0.7% | 7.3% | 1.9% (72.2%/27.8%) |
| კოკაინი | 0.5% | 1% | 1.3% |
| ამფეტამინი/მეტამფეტამინი (არაკუსტარული) | - | 1% | 1.3% |
| კუსტარული სტიმულატორები | 6.1% | 10.6% | 8.1% |
| სხვა სტიმულატორები (ინექციური/არაინექციური) | - | - | 4.9% (მ.შ. 47.8% ინექციური / 52.2 %-არაინექციური) |
| ბენზოდიამეპინები (არაინექციური) | - | 1.8% | 3.7% |
| ბარბიტურატები (არაინექციური) | - | 0.6% | 1.9% |
| სხვა სედატიური საშუალებები (არაინექციური) | 4,8% | 16.3% | 20.9% |
| ჰალუცინოგენები (არაინექციური) | - | - | 1.9% |
| ინჰალანტები (არაინექციური) | - | - | - |
| კანაფის პრეპარატები | 0.2% | 1.1% | 0.9% |
| სხვა | - | - | - |
| პოლინარკომანია (ინექციური/არაინექციური) | 5.2% | 5.0% | 20.5% (მ.შ. 14.1% ინექციური/ 85.9% -არაინექციური) |

ინექციური მომხმარებლების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები შესწავლილია საერთაშორისო ფონდი კურაციოსა და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონის ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევებში (აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 7 ქალაქში, ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით, კვლევის ანგარიში, 2015).

113. ნარკოვითარება საქართველოში, 2015 წლიური ანგარიში.

უკანასკნელი კვლევის მონაცემებით, 2014 წელს ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა მედიანური ასაკი კვლევაში მოცულ საქართველოს 7 ქალაქში 37-დან 42 წლამდე მერყეობდა. შვიდივე ქალაქში რესპონდენტთა უმრავლესობა მამაკაცია (96%). მსგავს კვლევებში ქალების ჩართულობა და რეკრუტირება ზოგადად პრობლემური და რთული საკითხია სოციუმში არსებული სტიგმისა და ტაბუს გამო, ამიტომ, აღნიშნული მონაცემები, სავარაუდოდ, ვერ ასახავს ინექციურ მომხმარებელთა სქესობრივ რეალურ განაწილებას. არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით:

- საქართველოში, უახლესი მონაცემებით, ექსპერტთა კონსენსუსის შედეგად ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა პოპულაცია განსაზღვრულია, როგორც 49,700 ადამიანი;
- მომხმარებელთა მედიანური ასაკი 37-42 წელია;
- კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების 96%-ზე მეტი მამაკაცია;
- უპირატესად მოხმარებული ნივთიერება არის ჰეროინი.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა პოპულაციის შემადგასებელი 2014 წლის კვლევის მონაცემებით, საქართველოში პრობლემურ მომხმარებელთა რაოდენობა განსაზღვრულია როგორც 49,700 ადამიანი; ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის მიხედვით, ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა მედიანური ასაკი მერყეობს 37-დან 42 წლამდე; კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების 96%-ზე მეტი მამაკაცია. ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნივთიერება ჰეროინია.

2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციაში (რეგიონული განაწილება, სქესი, ასაკობრივი ჯგუფები, მოხმარებული ნარკოტიკის სახეობა)

ზოგად მოსახლეობაში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მაჩვენებელი ნარკოვიტარების სურათის ამსახველი ერთ-ერთი ძირითადი ინდიკატორია. მოხმარებასთან დაკავშირებული სტანდარტული, შედარებადი მონაცემების არსებობა ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების დაძლევის ერთ-ერთი წინაპირობაა და ხელს უწყობს ეროვნული რეაგირების სტრატეგიების სრულყოფას.

ზოგად მოსახლეობაში თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების კვლევა საქართველოში პირველად 2015 წელს ჩატარდა, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრის ალტერნატივა ჯორჯიასა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (დკსჯეც) თანამშრომლობით. კვლევის შედეგების თანახმად, ყველაზე ხშირად მოხმარებადი ნივთიერება ალკოჰოლია (გამოკითხულთა 91%). მაღალია, ასევე, ექიმის დანიშნულების გარეშე ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოხმარების მაჩვენებლები – ცხოვრებაში ერთხელ მაინც, ექიმის დანიშნულების გარეშე, ფსიქოტროპული მედიკამენტი მოუხმარია ყოველ მეთვლე გამოკითხულს. განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა გურიისა და შიდა ქართლის რეგიონებში, როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში კანაფის მოხმარების. კანაფს გაცილებით მეტი მამაკაცი (32%) მოიხმარს, ვიდრე ქალი (2.9%). გურიისა და მცხეთა-მთიანეთის რეგიონებში მამაკაცთა 70%-ზე მეტს ცხოვრებაში ერთხელ მაინც აქვს გასინჯული კანაფი და ან მისი პროდუქტები. კანაფს ყველაზე ხშირად 18-24 და 30-39 წლის ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლები მოიხმარენ.

ცხრილი 40: ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების დეტალური მაჩვენებლები, სქესის მიხედვით და ასაკობრივ ჯგუფში :

| ცხოვრების განმავლობაში მოხმარება | მამაკაცი | ქალი | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ | სულ |
|---|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| ინჰალანტები | 0.2 ±0.1 | 0 | 0.1±0.1 | 0 | 0.1±0.1 | 0.4±0.2 | 0 | 0.1±0 |
| ფსიქოტროპული მედიკამენტები (ექიმის დანიშნულების გარეშე) | 11.0 ±1.6 | 10.2 ±1.4 | 7.6±1.6 | 7.3±1.7 | 8.9±1.4 | 13.6±2 | 12.4±1.7 | 10.6 ±1.4 |
| კანაფი | 32.4±1.7 | 3.1 ±0.4 | 12.7±1.3 | 19.6±2.1 | 22.0±1.6 | 18.1±1.7 | 14.7±1.1 | 17.3 ±0.9 |
| ჰეროინი | 1.4±0.5 | 0.1±0 | 0.6±0.3 | 0.6±0.5 | 0.9±0.5 | 1.0±0.3 | 0.5±0.2 | 0.7±0.2 |
| ოპიუმი | 0.7±0.2 | 0.1±0 | 0.3±0.1 | 0.5±0.5 | 0.4±0.2 | 0.5±0.2 | 0.3±0.1 | 0.4±0.1 |
| ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებები | 3.4 ±0.7 | 0.1 ±0.0 | 1.4±0.5 | 3.2±1.0 | 2.5±0.7 | 1.6±0.5 | 0.6±0.2 | 1.7 ±0.4 |
| კუსტარული სტიმულატორები | 0.9±0.3 | 0 | 0.3±0.1 | 0.8±0.5 | 0.9±0.4 | 0.3±0.1 | 0.2±0.1 | 0.4±0.2 |
| სხვა ოპიატები /ანალგეტიკები | 0.4±0.1 | 0.1±0.1 | 0.2±0.1 | 0.5±0.4 | 0.1±0.1 | 0.4±0.2 | 0.2±0.1 | 0.3±0.1 |
| მეთადონი (ექიმის დანიშნულების გარეშე) | 1.4±0.6 | 0 | 0.6±0.3 | 1.0±0.7 | 0.8±0.5 | 0.7±0.3 | 0.5±0.2 | 0.7±0.3 |
| სუბოტექსი (ექიმის დანიშნულების გარეშე) | 1.9±0.6 | 0.1±0 | 0.8±0.4 | 1.7±0.8 | 1.2±0.5 | 1.4±0.4 | 0.4±0.1 | 1±0.3 |
| კოკაინი | 1.3±0.5 | 0 | 0.3±0.1 | 0.6±0.5 | 1.0±0.5 | 0.7±0.3 | 0.6±0.2 | 0.6±0.2 |
| ამფეტამინები | 1±0.4 | 0.1 ±0.0 | 0.2±0.1 | 1.1±0.7 | 0.5±0.3 | 0.7±0.4 | 0.3±0.2 | 0.5±0.2 |
| ექსტაზი | 1.2±0.3 | 0 | 0.7±0.4 | 0.5±0.3 | 0.7±0.3 | 0.9±0.3 | 0.2±0.1 | 0.6±0.1 |
| LSD | 0.8±0.2 | 0 | 0.3±0.2 | 0.6±0.4 | 0.5±0.3 | 0.7±0.3 | 0.1±0 | 0.4±0.1 |
| რომელიმე ნარკოტიკი | 47.1 | 3.8 | 18.5 | 30.6 | 31.6 | 27.4 | 18.6 | 24.7 |
| ალკოჰოლი | 98.4 | 87.7 | 87.5 | 94.3 | 94.5 | 94.1 | 91.2 | 92.4 |
| თამბაქო | 85.1±1.0 | 23.9±1.3 | 47.1 | 56 | 60.5 | 55.5 | 49.3 | 53.4±0.8 |

| უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოხმარება | მამაკაცი | ქალი | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ | სულ |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| ინჰალანტები | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ფსიქოტროპული მედიკამენტები (ეჭიმის დანიშნულების გარეშე) | 8.6 | 7.5 | 6.1 | 5.7 | 6.9 | 11.1 | 10.3 | 8.6 |
| კანაფი | 6.6 ±0.6 | 0.5 ±0.1 | 5.1±0.9 | 6.9±1.1 | 4.7±0.7 | 2.5±0.6 | 1.0±0.4 | 3.4±0.3 |
| ჰეროინი | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ოპიუმი | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.1±0.1 | 0 | 0 | 0 |
| ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებები | 0.6 ±0.2 | 0 | 0.2±0.1 | 0.6±0.4 | 0.3±0.2 | 0.6±0.3 | 0 | 0.3 ±0.1 |
| კუსტარული სტიმულატორები | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| სხვა ოპიატები /ანალგეტიკები | 0 | 0.1±0.1 | 0 | 0.4±0.4 | 0.1±0.1 | 0 | 0 | 0.1±0 |
| მეთადონი (ეჭიმის დანიშნულების გარეშე) | 0.30±0.1 | 0 | 0 | 0 | 0.3±0.3 | 0.2±0.1 | 0.1±0.1 | 0.1±0.1 |
| სუბოტექსი (ეჭიმის დანიშნულების გარეშე) | 0.1±0.1 | 0 | 0 | 0 | 0.2±0.1 | 0.1±0.1 | 0 | 0.1±0 |
| კოკაინი | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ამფეტამინები | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ექსტაზი | 0.1±0.1 | 0 | 0 | 0 | 0.2±0.2 | 0 | 0 | 0.1±0 |
| LSD | 0.2±0.1 | 0 | 0 | 0.3±0.2 | 0.3±0.2 | 0 | 0 | 0.1±0.1 |
| რომელიმე ნარკოტიკი | 8.6 | 0.4 | 4.8 | 8.1 | 6.4 | 3.3 | 0.9 | 4 |
| ალკოჰოლი | 90.7±0.7 | 68.0±1.4 | 83.5±1.8 | 82.7±1.8 | 86.4±1.2 | 80.1±1.9 | 71.2±1.5 | 79.6±0.8 |

| უკანასკნელი 30 დღის მანძილზე მოხმარება | მამაკაცი | ქალი | 18-24 | 25-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ | სულ |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| ინჰალანტები | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ფსიქოტროპული მედიკამენტები (ეჭიმის დანიშნულების გარეშე) | 5.1 | 5.3 | 2.4 | 3.6 | 3.9 | 6.4 | 7.2 | 5.2 |
| კანაფი | 2.5 ±0.4 | 0 | 1.7±0.6 | 3.0±0.8 | 2.0±0.5 | 0.8±0.3 | 0.1±0.0 | 1.2 ±0.2 |
| ჰეროინი | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ოპიუმი | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებები | 0.1 | 0 | 0.2±0.1 | 0 | 0.2±0.2 | 0.1±0.1 | 0 | 0.1±0 |
| კუსტარული სტიმულატორები | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| სხვა ოპიატები /ანალგეტიკები | 0 | 0.1±0.1 | 0 | 0.4±0.4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| მეთადონი (ეჭიმის დანიშნულების გარეშე) | 0.2±0.1 | 0 | 0 | 0 | 0.2±0.2 | 0 | 0.1±0.1 | 0.1±0 |
| სუბოტექსი (ეჭიმის დანიშნულების გარეშე) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| კოკაინი | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ამფეტამინები | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ექსტაზი | 0.1±0.1 | 0 | 0 | 0 | 0.2±0.2 | 0 | 0 | 0 |
| LSD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| რომელიმე ნარკოტიკი | 3 | 0.1 | 1.6 | 3.2 | 2.2 | 1.1 | 0.3 | 1.4 |
| ალკოჰოლი | 79.2±1.3 | 50.4±1.7 | 64.1±2.2 | 66.0±2.7 | 71.2±1.8 | 66.1±2.1 | 67.3±2.0 | 67.3±1.3 |
| თამბაქო | 59.9 | 7.8 | 27.5 | 32.6 | 42.7 | 35.3 | 27.2 | 32.9 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ზოგად მოსახლეობაში ყველაზე ფართოდ მოხმარებული ნივთიერება არის ფსიქოტროპული მედიკამენტები ექიმის დანიშნულების გარეშე; ცხოვრების მანძილზე ერთხელ მაინც ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნივთიერება კანაფია (მარიხუანა). განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა გურიისა და შიდა ქართლის რეგიონებში. კანაფს გაცილებით მეტი მამაკაცი (32%) მოიხმარს, ვიდრე ქალი (2.9%). კანაფს ყველაზე ხშირად 18-24 და 30-39 წლის ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლები მოიხმარენ.

3. ნარკოტიკების მოხმარება სკოლაში და ახალგაზრდებს შორის

პირველი ეროვნული მასშტაბის კვლევა ევროპის სასკოლო გამოკითხვის მეთოდით (European School Survey Project on Alcohol and Drugs, ESPAD) საქართველოში 2015 წელს ჩატარდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ. კვლევის თანახმად, როგორც ზოგადი მოსახლეობის კვლევაში, ასევე მოზარდებშიც ყველაზე ხშირად მოხმარებული ფსიქოაქტიური საშუალება ალკოჰოლია (85%-ს ერთხელ მაინც მიუღია). რაც შეეხება სხვა ნივთიერებებს, მოსწავლეების 11.5%-მა აღნიშნა, რომ სიცოცხლის განმავლობაში ერთხელ მაინც აქვს გასინჯული მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი). მოსწავლეების 2.35%-მა (3.7% ბიჭი და 1% გოგონა) მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი) 13 წლის ან უფრო უმცროს ასაკში გასინჯა. მოყვანილი მაჩვენებლები ოდნავ ჩამოუვარდება საშუალო ევროპულ მონაცემებს¹¹⁵. მარიხუანის ან ჰაშიშის (კანაფი) გარდა, ქართველ მოსწავლეთა შორის ასევე გავრცელებულია ტრანკვილიზატორებისა და სედატიური საშუალებების მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე (11%); რასაც მოჰყვება მაგიური სოკოები (3%), ტაბლეტები (მედიკამენტები) ალკოჰოლურ სასმელებთან ერთად „კაიფის“ მისაღწევად (3%), „ბიო“ სპაისი (2.6%), ჰალუცინოგენები (2%) და ტკივილგამაყუჩებლები „კაიფის“ მისაღწევად (2%).

ცხრილი 41: მონაცემები სხვადასხვა ნივთიერებების მოხმარების მაჩვენებლების შესახებ გასული თვის, წლისა და ცხოვრების მანძილზე, სქესის მიხედვით:

| ცხოვრების მანძილზე | ბიჭები | გოგონები | სულ |
|---------------------------------------|--------|----------|------|
| კანაფი | | | |
| 19.0 | 3.1 | 11.5 | |
| ინჰალანტები | 10.5 | 14.1 | 12.1 |
| ამფეტამინები | 3.1 | 0.6 | 3.0 |
| მეტამფეტამინები | 2.0 | 0.1 | 1.1 |
| ექსტაზი | | | |
| 7.2 | 1.1 | 4.4 | |
| LSD და სხვა ჰალუცინოგენები | 3.7 | 0.9 | 2.4 |
| კოკაინი | | | |
| 2.3 | 1.2 | 1.8 | |
| კრეკი | 1.6 | 0.2 | 1.0 |
| ჰეროინი | | | |
| 2.7 | 0.8 | 1.8 | |
| ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები (NPS) | 9.9 | 3.4 | 6.8 |

115. <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>

| ბოლო 12 თვის მანძილზე | ბიჭები | გოგონები | სულ |
|---------------------------------------|------------------|----------|------|
| კანაფი | | | |
| 13.9 | 1.5 | 8.1 | |
| ინჰალანტები | 5.2 | 6.9 | 6.0 |
| ამფეტამინები | 1.8 | 0.3 | 1.1 |
| მეტამფეტამინები | 1.2 | 0.1 | 0.7 |
| ექსტაზი | | | |
| 3.3 | 0.6 | 2.7 | |
| LSD და სხვა ჰალუცინოგენები | X ¹¹⁶ | X | X |
| კოკაინი | | | |
| 1.7 | 0.6 | 1.2 | |
| კრეკი | 1.3 | 0.1 | 1.4 |
| ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები (NPS) | 17.4 | 10.2 | 14.1 |
| ბოლო 30 დღის მანძილზე | | | |
| კანაფი | 9.9 | 3.4 | 6.8 |
| 7.2 | 0.6 | 4.1 | |
| ინჰალანტები | 3.1 | 3.5 | 3.3 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: სამიზნე ჯგუფში ყველაზე ხშირად მოხმარებული არალეგალური ნივთიერება არის კანაფი (11.5%). მოსწავლეების 2.35%-მა (3.7% ბიჭი და 1% გოგონა) მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი) 13 წლის ან უფრო უმცროს ასაკში გასინჯა. ქართველ მოსწავლეთა შორის ასევე გავრცელებულია ტრანკვილიზატორებისა და სედატიური საშუალებების მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე (11%).

4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები

აივ-ის პრევალენტობა მომხმარებელთა შორის, განანიღება ქალაქების მიხედვით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ინექციურად მოხმარება არაერთი დაავადების გავრცელების რისკებთან არის დაკავშირებული, მათ შორისაა აივ ინფექცია. საქართველოში, ისტორიულად, აივ-ის გადაცემის ძირითადი გზა ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარება იყო, 2012 წლიდან კი წამყვანი პოზიცია ჰეტეროსექსუალურმა კონტაქტებმა დაიკავა, რაც კიდევ ერთხელ მიგვანიშნებს, რომ ხსენებული პრობლემები სცდება უშუალოდ სარისკო ჯგუფებს და კიდევ ერთხელ ადასტურებს სათანადო ინტერვენციებისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას.

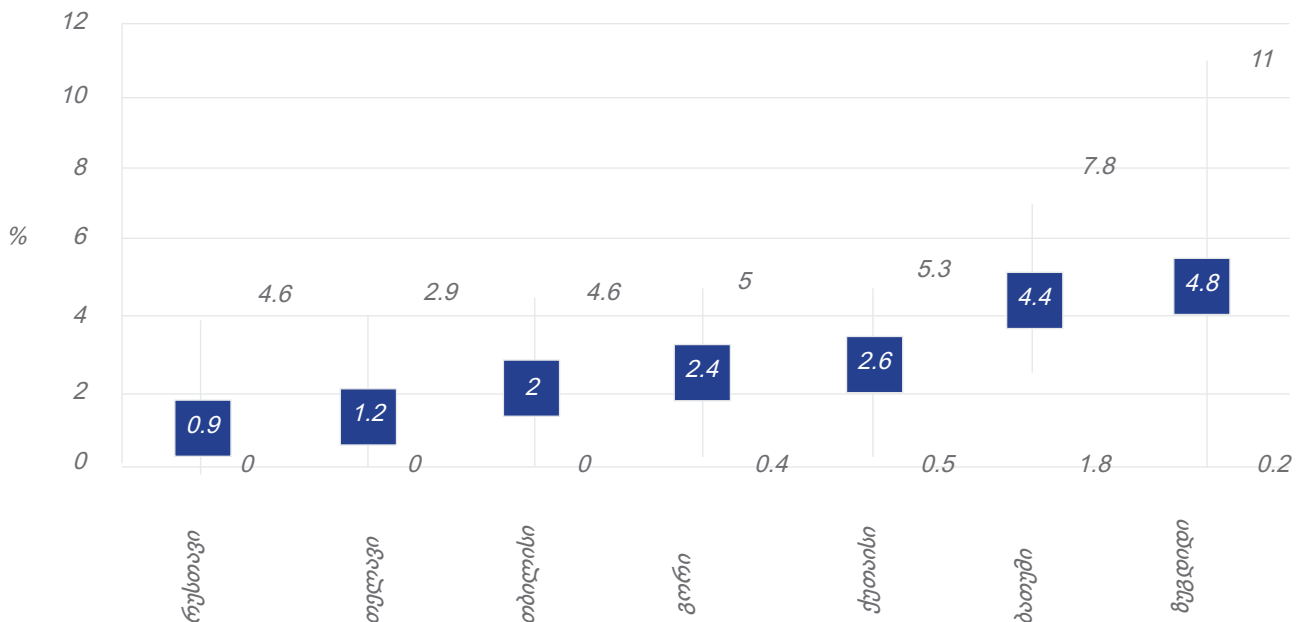
2014 წლის მონაცემებით (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი) აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის ვარირებს ქალაქების მიხედვით - ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ჰქონდა რუსთავს

116. <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>

- 0.9%, ხოლო ყველაზე მაღალი ზეგდის - 4.8% (სანდოობის ინტერვალი 95%CI, 0.2%-11%).

2014 წელს საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელმა აივ-ინფექციაზე 20,544 ტესტირება ჩაატარა ზიანის შემცირების პროგრამების მოსარგებლეთა შორის. მათგან 91 პირს ჰქონდა დადებითი პასუხი სკრინინგზე, საიდანაც 52 პირს ეს პასუხი დაუდასტურდა.

ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრის მონაცემებით, 2014 წელს რეგისტრირებული რაოდენობა HBV/HIV კოინფექციისა იყო 33, რომელთაგან 9 (27%) იყვნენ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები. ახლადრეგისტრირებული HCV/HIV კოინფექციის რაოდენობა იყო 177, აქედან 124 (70%) – ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებში. ორმაგი HBV/HCV ინფექცია აივ პოზიტიურ პაციენტებში დაფიქსირდა 9 პაციენტთან, რომელთაგან 4 (44%) იყო ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი.

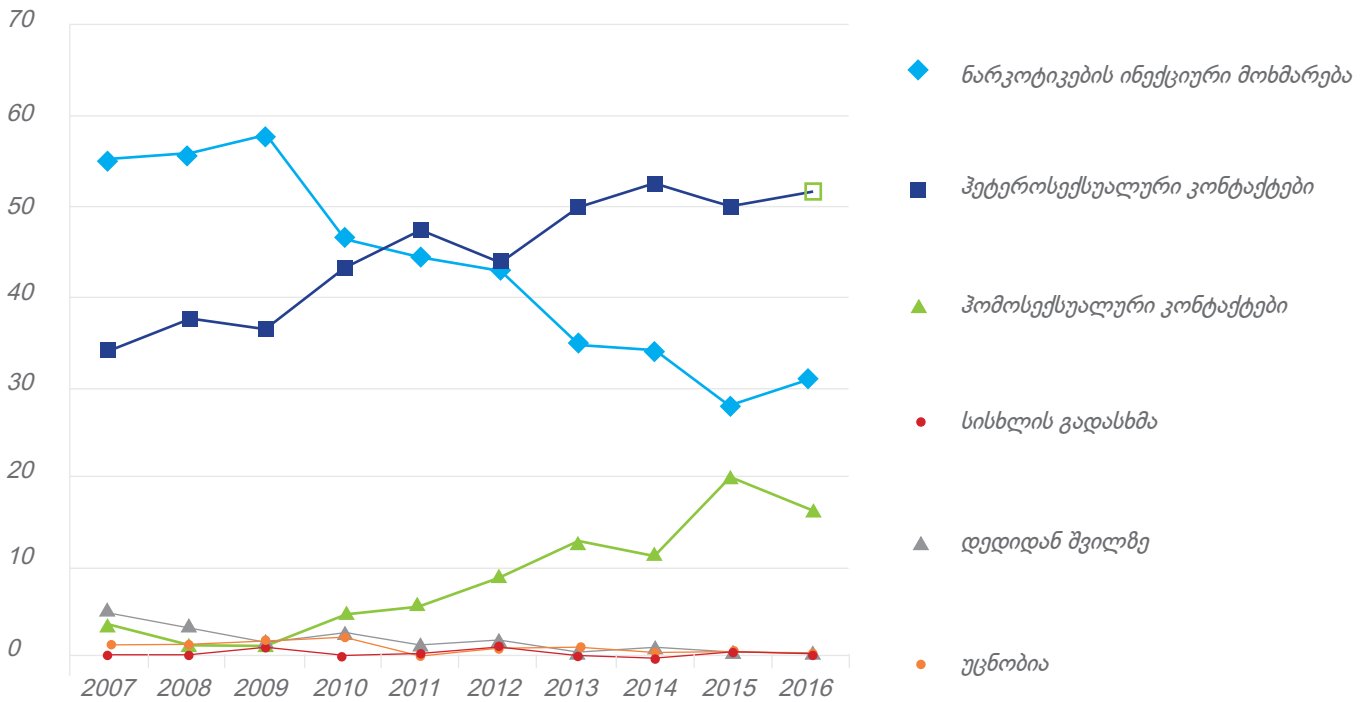


აივ-ის გადაცემის გზები

აივ ინფექციის გავრცელების დინამიკა წლების განმავლობაში საკმაოდ შეცვლილია – 2010 წლამდე გავრცელების ძირითადი გზა ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება იყო, ხოლო 2012 წლიდან ინფექციის გადაცემის მთავარი გზა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები გახდა. 2016 წლისთვის ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ხვედრითმა წილმა იკლო 30.3%-მდე, ხოლო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების ხვედრითმა წილმა იმატა 51.5%-მდე.

117. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 7 ქალაქში ქცევაზე შედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით, საერთაშორისო საზოგადოება კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2014.

დიაგრამა 21: აივ ინფექციის გავრცელების დინამიკა;



ინდიკატორის შეფასებას

2017 წლის მდგომარეობით: 2015 წლის კვლევის მონაცემებით, აივ-ის გავრცელების მაჩვენებელი ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებში 2.2%-ია; ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება ზუგდიდში (4.8), ყველაზე დაბალი რუსთავში (0.9%). აივ-ის გადაცემის წამყვანი გზა 2016 წლისთვის ჰეტეროსექსუალური კონტაქტებია (51.5%).

5. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ინფექციები

C ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის; ჩატარებული ტესტირებებისა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა

C ჰეპატიტის გავრცელების შესახებ ინექციურად მომხმარებლებს შორის ინფორმაციის ძირითადი წყარო ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი და ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევებია. 2016 წელს ქსელმა 24,658 ტესტი ჩაატარა, აქედან 10,759 სკრინინგის შემდგომ დადებითი აღმოჩნდა.

ცხრილი 42: C ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის, ჩატარებული ტესტირებებისა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა;

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| C ჰეპატიტზე ტესტირების რაოდენობა | 1,343 | 1,455 | 1,938 | 2,077 | 1,788 | 1,232 | 2,497 | 5,998 | 14,401 | 18,385 | 24,658 |
| დადებითი პასუხები C ჰეპატიტზე | 663 | 827 | 969 | 999 | 915 | 666 | 1,276 | 3,182 | 6,750 | 9,059 | 10,759 |
| დადებითი შემთხვევების % | 49.3 | 56.8 | 50.0 | 48.1 | 51.2 | 54.0 | 51.1 | 53.0 | 46.8 | 49.27 | 43.6 |

ქცევაზე ზედამხედველობის ბოლო კვლევის მონაცემებით, რომელიც ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა პოპულაციას შეისწავლიდა საქართველოს 7 ქალაქში, წინასწარი ინფორმაციით C ჰეპატიტის მაღალი პრევალენტობა გამოავლინა (66.2%).

B ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის; ჩატარებული ტესტირებებისა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, გლობალური ფონდის ზიანის შემცირების კომპონენტის პროგრამული მონაცემებით, B ჰეპატიტზე ჩატარებული ტესტირებებისა და დადებითი შემთხვევების რაოდენობა მოცემულია ცხრილში 43.

ცხრილი 43: B ჰეპატიტზე ჩატარებული ტესტირებებისა და დადებითი შემთხვევების რაოდენობა;

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------------------|------|-------|-------|-------|
| სკრინინგი B ჰეპატიტზე | 8121 | 15161 | 17654 | 16448 |
| სკრინინგით დადებითი შედეგები | 716 | 856 | 829 | 779 |

2016 წლიდან ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი ასევე ახორციელებს ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა სქესობრივი პარტნიორების ტესტირებას. 2016 წელს ტესტირებულთა რაოდენობა ჯამში იყო 2,236; აქედან C ჰეპატიტზე სკრინინგით დადებითი შემთხვევების რაოდენობა იყო 167 (12%), ხოლო B ჰეპატიტზე 20 (2.3%).

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის ტესტირებაზე დადებითი მაჩვენებელი არის 43.6%, ჩატარებული ტესტირებების რაოდენობა 24,658. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის მონაცემებით C ჰეპატიტის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში არის 66.2%.

B ჰეპატიტის ტესტირებით გამოვლენილი დადებითი შედეგები 779, ჩატარებული ტესტირებების რაოდენობა 16,448.

6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ავადობა – არალეტალური ზედოზირება

არალეტალური ზედოზირების შესახებ სტატისტიკას ახორციელებს საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი. 2017 წლის აგვისტოს მდგომარეობით დაფიქსირებულია არალეტალური ზედოზირების 864 შემთხვევა (სულ ზედოზირების 873 შემთხვევა). წლების დინამიკა წარმოდგენილია ცხრილი 44-ზე.

ცხრილი 44: არალეტალური ზედოზირების შემთხვევები, არალეტალური გამოსავალი, წლების დინამიკა;

| | ზედოზირების შემთხვევები | არალეტალური გამოსავალი |
|------------------------|-------------------------|------------------------|
| 2017 (იანვარი-აგვისტო) | 873 | 864 |
| 2016 წელი | 849 | 840 |
| 2015 წელი | 892 | 842 |
| 2014 წელი | 528 | 489 |

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლის აგვისტოს მდგომარეობით, დაფიქსირებულია არალეტალური ზედღობის 864 შემთხვევა.

7. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა – რეგისტრირებული ლეტალური ზედღობის მაჩვენებლები

აღნიშნულ სტატისტიკას საქართველოში ახორციელებს ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო და, ასევე, საქართველოს ზიანის შემცირების ეროვნული ქსელი. ცხრილი 45-ში მოყვანილია სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროდან მიღებული მონაცემები, ხოლო ცხრილი 46-ში ზიანის შემცირების ეროვნული ქსელის მონაცემები.

ცხრილი 45: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი;

| წელი | გარდაცვლილთა რაოდენობა |
|------------------------------|------------------------|
| 2007 | 54 |
| 2008 | 33 |
| 2009 | 19 |
| 2010 | 16 |
| 2011 | 16 |
| 2012 | 39 |
| 2013 | 28 |
| 2014 | 7 |
| 2015 | 5 |
| 2016 | 10 |
| 2017 (სექტემბრის მონაცემები) | 4 |

ცხრილი 46: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი, ზიანის შემცირების ქსელი;

| | ზედღობის შემთხვევები | ლეტალური გამოსავალი |
|------------------------|----------------------|---------------------|
| 2017 (იანვარი-აგვისტო) | 873 | 9 |
| 2016 წელი | 849 | 9 |
| 2015 წელი | 892 | 50 |
| 2014 წელი | 528 | 39 |

აღნიშნული უწყებების მონაცემები განსხვავებულია. ეროვნული ბიუროს მონაცემებით გარდაცვლილთა რაოდენობა 2016 წლის სექტემბრის მდგომარეობით შედგენს 4-ს, ხოლო ზიანის შემცირების ქსელის მონაცემებით 2016 წლის აგვისტოს მდგომარეობით შედგენს 9-ს. ექსპერტთა შეფასებით, ოფიციალური სტატისტიკა არ ასახავს არსებულ რეალობას. პროფესიულ თემში არაერთი შემთხვევაა ცნობილი, როდესაც ზედღობის შემთხვევების

სხვა სახელდებით აღრიცხვა ხდება (სტიგმის გამო). ზიანის შემცირების ქსელის მონაცემების ათვლა 2014 წლიდან იწყება. დაბალზღურბლოვანი ცენტრები და მათი თანამშრომლები, მათი საქმიანობის ბუნებიდან გამომდინარე, მომხმარებლებში მეტი ნდობით სარგებლობენ, რაც გვაფიქრებინებს, რომ მათი სტატისტიკა შესაძლოა უფრო ახლოს იყოს რეალობასთან.

ინდიკატორის შეფასება

2017 წლის მდგომარეობით: 2017 წლის სექტემბრის მონაცემებით, ქვეყნის მასშტაბით დაფიქსირებულია ლეტალური ზედოზირების 4 შემთხვევა (სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო). ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემებით (აგვისტოს მდგომარეობით) ეს მაჩვენებელი უდრის 9-ს.

მოსახლეობის კანმრთელობის მდგომარეობა - შეჯამება:

| მომსახურების მიწოდება | | |
|-----------------------|--|--|
| N | ინდიკატორი | 2017 წლის მაჩვენებელი |
| 1 | ნარკოტიკების ინექციური (პრობლემური, მაღალი რისკის) მოხმარების პრევალენტობა, ასაკობრივი ჯგუფები, სქესი, ნარკოტიკის სახეობა | საქართველოში პრობლემურ მომხმარებელთა რაოდენობა განსაზღვრულია როგორც 49,700 ადამიანი; ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა მედიანური ასაკი მერყეობს 37-დან 42 წლამდე; კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების 96%-ზე მეტი მამაკაცია. ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნივთიერება ჰეროინია. |
| 2 | ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციაში (რეგიონული განაწილება, სქესი, ასაკობრივი ჯგუფები, მოხმარებული ნარკოტიკის ნაირსახეობა) | ზოგად მოსახლეობაში ყველაზე ფართოდ მოხმარებული ნივთიერება არის ფსიქოტროპული მედიკამენტები ექიმის დანიშნულების გარეშე; ცხოვრების მანძილზე ერთხელ მაინც ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნივთიერება კანაფია (მარიხუანა), მეორე ადგილზე კი ფსიქოტროპული მედიკამენტები. განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა გურიისა და შიდა ქართლის რეგიონებში. კანაფს გაცილებით მეტი მამაკაცი (32%) მოიხმარს, ვიდრე ქალი (2.9%). კანაფს ყველაზე ხშირად 18-24 და 30-39 წლის ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლები მოიხმარენ. |
| 3 | ნარკოტიკების მოხმარება სკოლაში და ახალგაზრდებს შორის | სამიზნე ჯგუფში ყველაზე ხშირად მოხმარებული არალეგალური ნივთიერება არის კანაფი (11.5%). მოსწავლეების 2.35%-მა (3.7% ბიჭი და 1% გოგონა) მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი) 13 წლის ან უფრო უმცროს ასაკში გასინჯა. ქართველ მოსწავლეთა შორის ასევე გავრცელებულია ტრანკვილიზატორებისა და სედატიური საშუალებების მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე (11%). |
| 4 | ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები | აივ-ის გავრცელების მაჩვენებელი ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებში 2.2%-ია; ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება ზუგდიდში (4.8), ყველაზე დაბალი რუსთავში (0.9%). |
| 5 | ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ინფექციები | ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის ტესტირებაზე დადებითი მაჩვენებელი არის 43.6%, ჩატარებული ტესტირებების რაოდენობა 24,658. ქვეყანაზე ზედამხედველობის კვლევის მონაცემებით C ჰეპატიტის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში არის 66.2%. B ჰეპატიტის ტესტირებით გამოვლენილი დადებითი შედეგები 779, ჩატარებული ტესტირებების რაოდენობა 16,448. |

| | | |
|---|---|---|
| 6 | ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ავადობა – არალეტალური ზედოზირება | 2017 წლის აგვისტოს მდგომარეობით, დაფიქსირებულია არალეტალური ზედოზირების 864 შემთხვევა. |
| 7 | ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა – რეგისტრირებული ლეტალური ზედოზირების მაჩვენებლები | 2017 წლის სექტემბრის მონაცემებით, ქვეყნის მასშტაბით დაფიქსირებულია ლეტალური ზედოზირების 4 შემთხვევა (სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო). ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემებით (აგვისტოს მდგომარეობით) ეს მაჩვენებელი უდრის 9-ს. |

თავი 6

მოკლე შეჯამება

მოკლე შეჯამება

მმართველობის კომპონენტის შეჯამება

შინმოვლა. მმართველობის კომპონენტის შეფასებამ აჩვენა, რომ ცენტრალურ დონეზე არ არსებობს შინმოვლის განვითარების სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. შინმოვლის სფერო სახელმწიფოსთვის ვკლავაც ნაკლებ პრიორიტეტულია. აღსანიშნავია, რომ ნაკლებ თანმიმდევრულია და არასრულყოფილია დაგეგმვის და გადანყვეტილების მიღების პროცესი. სუსტია ანგარიშგება სერვისის მიმწოდებლებსა და სახელმწიფო სტრუქტურებს შორის (მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადანყვეტილების პრაქტიკის დანერგვის მიზნით), ამასთანავე არ არის განსაზღვრული შინმოვლის ძირითადი ინდიკატორების ნუსხა და შესაბამისად, არ ხდება მათი რუტინული მონიტორინგი და რეპორტირება, რაც აფერხებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის შემუშავების პროცესს. შინმოვლის მომსახურება მიეწოდება ფრაგმენტულად და სერვისის მიმწოდებლები ძირითადად ხელმძღვანელობენ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ჩართვის-ანგარიშგების პრინციპებით და ადგილობრივ დონეზე (მათ მიერვე) შემუშავებული კრიტერიუმებით, რომელიც ხშირ შემთხვევაში ერთმანეთისგან განსხვავებულია და გამორიცხავს სფეროს თანმიმდევრული განვითარების შესაძლებლობას. საკანონმდებლო დონეზე უზრუნველყოფილია შინმოვლის სერვისების მიმწოდებელთა პასპორტიზაცია, თუმცა ჩვენთვის უცნობია მათი რაოდენობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. შინმოვლის სფეროში საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვისა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით ცენტრალურ დონეზე არ არსებობს მართვის ერთიანი გაიდლაინები და პროტოკოლები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა. მმართველობის კომპონენტის ინდიკატორებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია ითქვას, რომ ცენტრალურ დონეზე განსაზღვრულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთიანი ხედვა და პოლიტიკა - შემუშავებულია სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. ბოლო წლების დინამიკა აჩვენებს, რომ ქვეყნისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობა გარკვეულწილად პრიორიტეტულია, მნიშვნელოვანი რეფორმები გატარდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ბალანსირებული, ინტეგრირებული და თანმიმდევრული მოვლის პრინციპებით აღჭურვილი სისტემის შექმნის მიზნით, თუმცა ნაკლებ თანმიმდევრულია გადანყვეტილებათა მიღებისა და დაგეგმვის პროცესი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის კოორდინაციის და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეული არ ფუნქციონირებს და ის ინტეგრირებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებულ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსაზღვრელი საბჭოს“, პოლიტიკისა და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების სამმართველოების ფუნქციებში. სუსტია ანგარიშგება, არ არის განსაზღვრული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები, სახელმწიფო პროგრამა არ მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორებს (რაც შესაძლებელს გახდის შეფასდეს პროგრამის ეფექტურობა), შესაბამისად სუსტია მტკიცებულებებზე დაყრდნობით პოლიტიკის შემუშავების პროცესი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ კანონი ჰარმონიზებულია, თუმცა მოითხოვს სიღრმისეულ შეფასებას, ევროდირექტივებთან და ადამიანის უფლებათა რეგიონულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად. არ არის შემუშავებული საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების პრევენციული პროგრამები.

წამალდამოკიდებულება. დღეისთვის ქვეყანაში არსებობს ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა, რომელიც მოიცავს, როგორც კანონის აღსრულების,

ასევე პრევენციის, ზრუნვისა და ზიანის შემცირების მიმართულებებს, თუმცა, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან თანხები ამ ეტაპზე ძირითადად მკურნალობა-რეაბილიტაციის ნაწილს ხმარდება და კვლავ მნიშვნელოვნად დიდი რესურსი იხარჯება მიწოდების შემცირებაზე. დაარსდა ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის უწყებათაშორისი საბჭო, როგორც კოორდინაციაზე პასუხისმგებელი და თანამშრომლობის ხელშემწყობი სახელმწიფო უწყება. ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი არ არის შექმნილი, სახელმწიფო დონეზე არ ხდება ძირითადი ინდიკატორების მიხედვით მონაცემების მოგროვება და რეპორტირება, შესაბამისად, ნაკლებ თანმიმდევრულია გადანაცვებილებათა მიღებისა და დაგეგმვის პროცესი. ეროვნულ დონეზე არ არსებობს ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმები, რომელიც დაეყრდნობოდა საერთაშორისო სტანდარტებსა და აღიარებულ საუკეთესო პრაქტიკას. არსებული ინტერვენციები ძირითადად კამპანიების სახეს ატარებს და არ ხდება მათი ეფექტიანობისა შეფასება. ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამები სახელმწიფო დონეზე არ ხორციელდება.

დაფინანსების კომპონენტის შეჯამება

შინმოვლა. ზოგადად სახეგა შინმოვლის სერვისების საჭიროება, თუმცა მწირია სახელმწიფოს მონაწილეობა შინმოვლის სერვისების მიწოდებაში (მინიმალურია სახელმწიფო ხარჯი ერთ სულზე გადაანგარიშებით). მწირია ინფორმაცია შინმოვლის დაფინანსების მოცულობების შესახებ, როგორც ცენტრალურ, ასევე ადგილობრივი თვითმმართველობების და სერვისის მიმწოდებლების დონეზე. შესაბამისად რთულია განისაზღვროს შინმოვლაზე მთლიან ხარჯში სახელმწიფო და არასახელმწიფო წილი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა. მიუხედავად იმისა, რომ წლიდან წლამდე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი იზრდება, მისი წილი საერთო ჯანდაცვის ბიუჯეტში მცირდება. ერთ სულ მოსახლეზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დანახარჯი მწირია. არ არსებობს ინფორმაცია კერძო დანახარჯების წილის შესახებ. ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალ-გარე სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში შეადგენს 71.8%-28.2%, რაც მიაწინებს ჰოსპიტალ-გარე სერვისების ნაკლებ განვითარებაზე.

წამალდამოკიდებულება. საანგარიშო წლებში დეტოქსიკაციის, რეაბილიტაციისა და ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენცია ზრდადია. 2017 წლისთვის სტაციონარული დეტოქსიკაცია შეადგენს ბიუჯეტის 17.2%-ს, ხოლო ჩანაცვლებითი თერაპია 69%-ს. მცირეა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის დაფინანსების მოცულობა ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის პროგრამაში. არ არსებობს ინფორმაცია კერძო დანახარჯების წილის შესახებ.

რესურსების გენერირების კომპონენტის შეჯამება

შინმოვლა. შინმოვლის მომსახურების კომპონენტში მცირეა ჰჯდ ექიმების ჩართულობა, ასევე მცირეა შინმოვლის მომსახურებაში გადამზადებული ადამიანური რესურსის რაოდენობა, განსხვავებულია შინმოვლის გუნდების შემადგენლობა სერვისის მიმწოდებლების მიხედვით. არ არსებობს ერთიანი ბაზა სერვისის მიმწოდებლების, რათა განისაზღვროს შინმოვლის მომსახურების მთლიანი და რეგიონული შესაძლებლობები ჯანდაცვის და სოციალური სერვისების მიმართულებით. არსებულ, მწირ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ადამიანური

რესურსების განაწილება განსხვავებულია რეგიონების მიხედვით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა. ზოგადად, იკვეთება მწირი ადამიანური რესურსი ფსიქიატრიის სფეროში, როგორც ექიმების, ისე დარგში მომუშავე ფსიქოლოგების, ფსიქოთერაპევტების, სოციალური მუშაკების, ექთნების და სხვა დამხმარე სპეციალისტების მიმართულებით. მათი ნაკლებობა მეტად საყურადღებოა ქვეყნის მასშტაბით. არ არის ინფორმაცია გადამზადებული ექიმ-ფსიქიატრების, ექთნების და სოციალური მუშაკების რაოდენობის შესახებ. მნიშვნელოვანია ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ფსიქიატრიული საწოლების ინტეგრაცია, რაც დაბალია 2017 წლის მდგომარეობით. არსებული ინფორმაციით, საქართველოში რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების რაოდენობა ნულის ტოლია.

წამალდამოკიდებულება. შეფასებისას ვერ იქნა მოპოვებული მონაცემები დარგში მომუშავე ფსიქოლოგების, ექთნების, სოციალური მუშაკების რაოდენობის შესახებ (100,000 მოსახლეზე). 2017 წლის მდგომარეობით, ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებულ რისკებსა და ადრეულ გამოვლენაზე გადამზადებული 600-მდე ოჯახის ექიმი. შედარებით არათანაბარია რეგიონების მიხედვით სპეციალიზებული სამკურნალო, სარეაბილიტაციო დანესებულებების, დაბალზღურბლოვანი ცენტრების, მობილური ამბულატორიების რაოდენობა. 2017 წლისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ბაზაზე მხოლოდ თბილისში ფუნქციონირებს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის 3 ცენტრი, ხოლო აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას მომხმარებლებს სთავაზობს 8 კლინიკა, რომელთაგან 6 თბილისში ფუნქციონირებს, 1 აჭარაში და ერთი იმერეთში. მწირია ინფორმაცია საწოლზე დაყოვნების და დატვირთვის მაჩვენებლების შესახებ. დაბალზღურბლოვანი სერვისების არსებობა დონორულ დაფინანსებაზე დამოკიდებული, რაც საფრთხის ქვეშ აყენებს მათ მდგრად ფუნქციონირებას, განსაკუთრებით გლობალური ფონდის ქვეყნიდან გასვლის შემდგომ.

მომსახურების მიწოდების კომპონენტის შეჯამება

შინმოვლა. არსებული მონაცემების შეფასებისას გამოიკვეთა, რომ შინმოვლის სფეროში სერვისის მიწოდებლებისთვის არ არსებობს ერთიანი მიდგომა (ერთიანი სახელმძღვანელო პრინციპები), რაც არ იძლევა ბევრ ინდიკატორზე (მომსახურების ხარისხის და მომსახურებით კმაყოფილების) ინფორმაციის მოძიების და შედარების შესაძლებლობას. არ არსებობს შინმოვლის სერვისის მიწოდებლების ერთიანი ბაზა, შესაბამისად, ფერხდება საჭირო ინფორმაციის თავმოყრა სიღრმისეული შეფასების მიზნით. ასევე მწირია ინფორმაცია (არ ყოფილა წარმოდგენილი სერვისის მიწოდებლების მხრიდან) სერვისის მომლოდინე ბენეფიციარების რაოდენობის, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირების რაოდენობის თაობაზე, რომელთაც მიეწოდება შინმოვლის სერვისები. განსხვავებულია ვიზიტების რაოდენობა სახელმწიფო და არასახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა. შეფასებისას გამოიკვეთა, რომ სერვისების მიწოდება არათანაბარია რეგიონების მიხედვით, კერძოდ, სტაციონარული მომსახურების მიწოდება შესაძლებელია ძირითადად თბილისში, ნაკლებად რეგიონებში (4 რეგიონში), ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია მიეწოდება დედაქალაქში და 2 რეგიონში, ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია დედაქალაქში, აჭარაში და 2 რეგიონში, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების მომსახურება კი მხოლოდ დედაქალაქში. პენიტენციურ სისტემაში უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა. ამბულატორიული მომსახურება

მიეწოდება მთელი ქვეყნის მასშტაბით. არ არსებობს მონაცემები სანოლგების დატვირთვის, დაყოვნების მაჩვენებლების, რეჰოსპიტალიზაციის, 6 თვეზე მეტ ხანს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობის, ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი დროული ამბულატორიული ჩარევა/სერვისების უწყვეტობის უზრუნველყოფის, მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე რემისიაში მყოფ პაციენტთა რაოდენობის და რემისიის ხანგრძლივობის თაობაზე, რომლებიც შესაძლებელს გახდიდა მომსახურების მიწოდების კომპონენტის სიღრმისეულ შეფასებას. სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამით გათვალისწინებულია შეზღუდული რაოდენობით დასაქმების ხელშემწყობი ღონისძიებები.

წამალდამოკიდებულება. ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამები სახელმწიფო დონეზე არ ხორციელდება. 2014 წლისთვის ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის პროგრამებით მოსარგებლებებში ნალოქსონის პრეპარატის გამოყენებას აღნიშნავს რესპონდენტთა 18.8%. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებში და ფსიქოთერაპიის კურსში ჩართული კლიენტების რაოდენობა ძალიან მწირია. ამის წამყვანი მიზეზი ისევ რესურსების სიმწირეა. მცირე სამკურნალო და სარეაბილიტაციო პროგრამებში ჩართული ქალების წილი. ასევე მწირია პენიტენციურ დაწესებულებებში მეთადონით დეტოქსიკაციის კურსში ჩართული ქალი ბენეფიციარების რაოდენობა. 2017 წლისთვის ქალთა სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში ჩამანაცვლებელი თერაპიული პროგრამები არ მოქმედებს, ქალი პატიმრები პრეპარატის მისაღებად გადააჰყავთ მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა #18 სამკურნალო დაწესებულებაში.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის კომპონენტი აფასებს, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და ასევე იმას, თუ რამდენად უზრუნველყოფს ზრუნვის სისტემა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მხრივ სასურველი შედეგების მიღწევას.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები წარმოადგენს ზრუნვის სისტემის შეფასების 2017 წლის საბაზისო მონაცემებს, რომელიც გამოიყენება ზრუნვის სისტემის პროგრესის შესაფასებლად მომდევნო წლებში.

- სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას 72.9; ქალებში – 77.2 / მამაკაცებში – 68.6 (2015 წელი);
- მთლიან მოსახლეობაში ხანდაზმულების წილი შეადგენს 14.4%-ს (65 წელი და ზევით);
- საქართველოში სიკვდილობის 69% გამოწვეულია კარდიოვასკულური ავადმყოფობებით, სიმსივნეებით 14%, სხვა არაგადამდები ავადმყოფობებით 6%, დიაბეტით 1%, სხვა მიზეზებით 3%, ტრავმებით 3%, ქრ. რესპირაციული ავადმყოფობებით 4%;
- ნეიროფსიქიკური დაავადებების წილი (%) მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთში - 22.8%;
- ფსიქიკურ დაავადებათა გამოვლენის მაჩვენებელი - 1743.5 (100,000 მოსახლეზე);
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - 2.7 (100,000 მოსახლეზე);
- საქართველოში პრობლემურ მომხმარებელთა რაოდენობა - 49,700 ადამიანი; ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა მედიანური ასაკი მერყეობს 37-დან 42 წლამდე; კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების 96%-ზე მეტი მამაკაცია;
- ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნივთიერება ჰეროინია; ზოგად მოსახლეობაში

ყველაზე ფართოდ მოხმარებული ნივთიერება - ფსიქოტროპული მედიკამენტები ექიმის დანიშნულების გარეშე; ცხოვრების მანძილზე ერთხელ მაინც ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნივთიერება კანაფი (მარიხუანა), მეორე ადგილზე ფსიქოტროპული მედიკამენტები;

- ქართველ მოსწავლეებს შორის ყველაზე ხშირად მოხმარებული არალეგალური ნივთიერება არის კანაფი (11.5%). მოსწავლეების 2.35%-მა (3.7% ბიჭი და 1% გოგონა) მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი) 13 წლის ან უფრო უმცროს ასაკში გასინჯა. ქართველ მოსწავლეთა შორის ასევე გავრცელებულია ტრანკვილიზატორებისა და სედატიური საშუალებების მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე (11%).
- აივ-ის გავრცელების მაჩვენებელი ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებში 2.2%; ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება ზუგდიდში (4.8), ყველაზე დაბალი რუსთავში (0.9%);
- აივ-ის გადაცემის წამყვანი გზა - ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები (51.5%);
- ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის ტესტირებაზე დადებითი მაჩვენებელი არის 43.6%, ჩატარებული ტესტირებების რაოდენობა - 24,658. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის მონაცემებით C ჰეპატიტის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში არის 66.2%;
- B ჰეპატიტის ტესტირებით გამოვლენილი დადებითი შედეგები 779, ჩატარებული ტესტირებების რაოდენობა 16,448;
- 2017 წლის აგვისტოს მდგომარეობით, დაფიქსირებულია არალეგალური ზედოზირების 864 შემთხვევა;
- ქვეყნის მასშტაბით დაფიქსირებული ლეტალური ზედოზირების 4 შემთხვევა (სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო), ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემებით ეს მაჩვენებელი უდრის 9-ს.
- ინფორმაციის არ ქონის გამო ვერ განისაზღვრა - წლის განმავლობაში გარდაცვლილი პაციენტების % წილი შინმოვლის მომსახურების მიმღებ ბენეფიციარებში.

ზრუნვის სიტემის შეფასება (ფსიქიკური ჯანმრთელობის, შინმოვლის და ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულების სისტემების შეფასებაზე დაყრდნობით):

ფსიქიკური ჯანმრთელობის, შინმოვლის და ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულების სისტემების შეფასებისას იდენტიფიცირებული ძირითადი პრობლემები/ბარიერები:

- მტკიცებულებების გამოყენების სისუსტე;
- პროგრამის მართვა/ზედამხედველობის ხარვეზები;
- რესურსების სიმწირე: ფინანსური, ადამიანური;
- სისტემის ფრაგმენტულობა;
- მომსახურების დაბალი ხარისხი;
- სერვისებზე არათანაბარი ხელმისაწვდომობა;
- შინმოვლის შემთხვევაში - დონორებზე დამოკიდებულება (გამორიცხავს დარგის მდგრად განვითარებას).

არსებული სიტუაცია არ არის განსაზღვრული ზრუნვის სისტემის ერთიანი ხედვა სახელმწიფო დონეზე;

- არ არსებობს სრულყოფილი ბაზა ზრუნვის სისტემის კომპონენტში შემავალი სერვისების

მიმწოდებლების შესახებ;

- არ არის განსაზღვრული დარგის შეფასების ანგარიშგების რუტინული ინდიკატორები (მ.შ. დაფინანსების მიმართულების შესაფასებლად);
- სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან არ ხდება ინფორმაციის რუტინული მოგროვება;
- დამტკიცებული სახელმწიფო პროგრამები არ მოიცავს მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორებს, რომელიც ასახულია მონაცემთა შეგროვების რუტინულ საინფორმაციო სისტემაში.

რეკომენდაცია # განისაზღვროს ანგარიშგების საბაზისო/რუტინული ინდიკატორები, რომელიც შესაძლებელს გახდის დარგის შეფასებას (მ.შ. დაფინანსების საბაზისო ინდიკატორები);

- სახელმწიფო პროგრამებში მოხდეს მონიტორინგის და შეფასების ინდიკატორების ჩართვა;
- განხორციელდეს სახელმწიფო პროგრამების შესრულების შეფასება და ანგარიშის რეგულარული წარმოება;
- მონაცემთა შეგროვების რუტინულ საინფორმაციო სისტემაში მოხდეს ზრუნვის სისტემის ძირითადი ინდიკატორების ასახვა;
- ზრუნვის სისტემის შეფასების შედეგად მიღებული ინფორმაცია გამოყენებულ იქნეს ზრუნვის პოლიტიკის შემუშავება-კორექტირებისათვის;
- შემუშავდეს ინსტრუმენტები, შესაბამისი სამართლებრივი საფუძვლები, რომელიც დახმარებას გაუწევს გაიდლაინების პრაქტიკულ რეალიზაციას;
- ჩატარდეს სიღრმისეული შეფასება იდენტიფიცირებული პრობლემების/საკითხების.

თავი 7

რეკომენდაციები

რეკომენდაციები

ზრუნვის სისტემის თანმიმდევრული და ეტაპობრივი განვითარების მიზნით, მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის, შინმოვლის და ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულების სისტემების შეფასება შესაძლებელს გახდის გაანალიზდეს არსებული ხელის შემშლელი ფაქტორები და მოქმედი გარემოებები, მომზადდეს რეკომენდაციები, ღონისძიებები ეროვნულ სტრატეგიებში დასახული მიზნების მისაღწევად, რომელიც მნიშვნელოვანია მომავალში ზრუნვის სისტემის განვითარებისთვის.

ზრუნვის სისტემის შეფასების პირველი ანგარიში ქმნის სურათს ქვეყანაში არსებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სამედიცინო-სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის, მომსახურების ხარისხის, ფინანსური დაცულობის მიმართულებით. აღნიშნული მაჩვენებლები მომავალში შესაძლებელს გახდის შეფასდეს ზრუნვის სისტემის განვითარების ეფექტურობა. ზოგადად ჯანდაცვის სექტორში მონაცემების სიმწირის გამო, რიგი ინდიკატორები ბაზისური გახდება ზრუნვის სისტემის შეფასების მომდევნო ანგარიშებისთვის. რამდენადაც ქვეყანაში სუსტად არის განვითარებული მონიტორინგი შეფასების ინსტრუმენტები და დარგის შემსწავლელი კვლევები, შესაბამისი კვლევების და სანდო ემპირიული მონაცემების გარეშე კი შეუძლებელია სათანადო პოლიტიკის შემუშავება და გატარებული ინტერვენციების ეფექტურობის შეფასება, მნიშვნელოვანია ზრუნვის სისტემის შეფასების პერიოდული წარმოება. იმისათვის, რომ ზრუნვის სისტემის შემდგომი შეფასება წარმატებულად ჩატარდეს, მნიშვნელოვანია:

- ზრუნვის სისტემის შეფასების ჩარჩო/ინდიკატორების ინტეგრირება ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემებში;
- ზრუნვის სისტემის შეფასების პერიოდულობის განსაზღვრა (მიზანშეწონილია 2 წელიწადში ერთხელ);
- ინფორმაციულ უზრუნველყოფაზე, ანალიზსა და ანგარიშების მომზადებაზე პასუხისმგებელი უწყების განსაზღვრა;
- მტკიცებულებაზე დაფუძნებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესისთვის ადეკვატური ინფორმაციის სანარმოებლად, ფინანსური და ადამიანური რესურსების მობილიზება;
- ერთიანი-განახლებადი სერვისის მიმწოდებლების ბაზის წარმოება;
- სერვისის მიმწოდებლებთან (დარგის განვითარების მიზნით) შეთანხმების გაფორმება ინფორმაციის რუტინულად წარმოდგენის მიზნით;
- სერვისის მიმწოდებლების, დაინტერესებული მხარეების ინფორმირება (ტრენინგები) ინდიკატორებისთვის საჭირო ინფორმაციის წარმოდგენის პერიოდულობასთან, ფორმატთან დაკავშირებით;
- დარგის სიღრმისეული შესწავლის მიზნით გარკვეული კვლევების განსაზღვრა-დაგეგმვა, რომელიც შესაძლებელს გახდის სისტემის კომპლექსურ შეფასებას.

დანართი 1: ინფორმაციის წყარო

ზრუნვის სისტემის შეფასების მიზნით ინფორმაციის წყაროებად განისაზღვრა შემდეგი ძირითადი პასუხისმგებელი სახელმწიფო და არასახელმწიფო უწყებები/ორგანიზაციები, რომელთა საქმიანობა პირდაპირ ან ირიბად დაკავშირებულია ზრუნვის სისტემის ფუნქციონირება, დაგეგმვა, განხორციელების პროცესთან:

შინმოვლა:

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;
- საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური;
- შინმოვლის კოალიცია;
- აფხაზეთის ა/რ ჯანდაცვის სამინისტრო;
- აჭარის ა/რ ჯანდაცვის სამინისტრო;
- თბილისის მერია;
- ადგილობრივი თვითმმართველობები (74 მუნიციპალიტეტი, თვითმმართველი ქალაქი);
- შინმოვლის სერვისის მიმწოდებლები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა:

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;
- საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური;
- სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო;
- სახალხო დამცველი;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია;
- აფხაზეთის ა/რ ჯანდაცვის სამინისტრო;
- აჭარის ა/რ ჯანდაცვის სამინისტრო;
- თბილისის მერია;
- ადგილობრივი თვითმმართველობები (74 მუნიციპალიტეტი, თვითმმართველი ქალაქი);
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებლები.

ნარკოტიკების მოხმარება/წამალდამოკიდებულება:

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;
- საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო;
- საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო;
- ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ეროვნული ცენტრი;
- სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო;
- აფხაზეთის ა/რ ჯანდაცვის სამინისტრო;
- აჭარის ა/რ ჯანდაცვის სამინისტრო;
- მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის, გაეროს მიგრაციის სააგენტოს საქართველოს მისია.

შინმოვლის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების მიზნით ინფორმაცია გამოთხოვილი იქნა ადგილობრივი თვითმმართველობებიდან (74 მუნიციპალიტეტი/თვითმმართველი ქალაქი), კერძოდ:

| გურია | მცხეთა-მთიანეთი |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქი ოზურგეთი ● ლანჩხუთის მუნიციპალიტეტი ● ოზურგეთის მუნიციპალიტეტი ● ჩოხატაურის მუნიციპალიტეტი | <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქი მცხეთა ● ახალგორის მუნიციპალიტეტი ● დუშეთის მუნიციპალიტეტი ● თიანეთის მუნიციპალიტეტი ● მცხეთის მუნიციპალიტეტი ● ყაზბეგის მუნიციპალიტეტი |
| იმერეთი | სამეგრელო ზემო სვანეთი |
| <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქი ქუთაისი ● ზესტაფონის მუნიციპალიტეტი ● წყალტუბოს მუნიციპალიტეტი ● სამტრედიის მუნიციპალიტეტი ● ჭიათურის მუნიციპალიტეტი ● საჩხერის მუნიციპალიტეტი ● თერჯოლის მუნიციპალიტეტი ● ვანის მუნიციპალიტეტი ● ხონის მუნიციპალიტეტი ● ტყიბულის მუნიციპალიტეტი ● ბაღდათის მუნიციპალიტეტი ● ხარაგაულის მუნიციპალიტეტი | <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქი ზუგდიდი ● თვითმმართველი ქალაქი ფოთი ● აბაშის მუნიციპალიტეტი ● სენაკის მუნიციპალიტეტი ● ზუგდიდის მუნიციპალიტეტი ● მარტვილის მუნიციპალიტეტი ● წალენჯიხის მუნიციპალიტეტი ● ხობის მუნიციპალიტეტი ● ჩხოროწყუს მუნიციპალიტეტი ● მესტიის მუნიციპალიტეტი |
| კახეთი | სამცხე ჯავახეთი |
| <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქი თელავი ● თელავის მუნიციპალიტეტი ● ახმეტის მუნიციპალიტეტი ● გურჯაანის მუნიციპალიტეტი ● ყვარლის მუნიციპალიტეტი ● დედოფლისწყაროს მუნიციპალიტეტი ● ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტი ● საგარეჯოს მუნიციპალიტეტი ● სიღნაღის მუნიციპალიტეტი | <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქი ახალციხე ● ადიგენის მუნიციპალიტეტი ● ასპინძის მუნიციპალიტეტი ● ახალქალაქის მუნიციპალიტეტი ● ახალციხის მუნიციპალიტეტი ● ბორჯომის მუნიციპალიტეტი ● ნინოწმინდის მუნიციპალიტეტი |

| რაჭა-ლეჩხუმი ქვ.სვანეთი | ქვ. ქართლი |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქიამბროლაური ● ამბროლაურის მუნიციპალიტეტი ● ლენტეხის მუნიციპალიტეტი ● ონის მუნიციპალიტეტი ● ცაგერის მუნიციპალიტეტი | <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქი რუსთავი ● გარდაბნის მუნიციპალიტეტი ● ბოლნისის მუნიციპალიტეტი ● მარნეულის მუნიციპალიტეტი ● დმანისის მუნიციპალიტეტი ● თეთრიწყაროს მუნიციპალიტეტი ● წალკის მუნიციპალიტეტი |
| შიდა ქართლი | აჭარის ა/რ |
| <ul style="list-style-type: none"> ● თვითმმართველი ქალაქი გორი ● გორის მუნიციპალიტეტი ● ვასპის მუნიციპალიტეტი ● ქარელის მუნიციპალიტეტი ● ხაშურის მუნიციპალიტეტი ● ერედვის მუნიციპალიტეტი ● ქურთის მუნიციპალიტეტი ● თიღვის მუნიციპალიტეტი | <ul style="list-style-type: none"> ● ბათუმი ● ქობულეთი ● ხელვაჩაური ● ქედა ● შუახევი ● ხულო |

