

ბიორგი ნანეიშვილი
თეიმურაზ სილაგაძე

ფსიქიატრიული დასძარბების
ორგანიზაცია
საქართველოში

უაქტები, დოკუმენტები, ანალიზი

თბილისი
2004

გ. ნანეიშილი, თ. სილაგაძე – “ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია საქართველოში. ფაქტები, დოკუმენტები, ანალიზი”, თბილისი, 2004

წიგნი ეძღვნება საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის ორგანიზაციის საკითხებს. ისტორიულ პერსპექტივაში განხილულია საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის განვითარების გზები. მოცემულია ფსიქიკურ დაავადებათა გავრცელების დინამიური სურათი. ავტორები აანალიზებენ დღეისათვის ჯანდაცვის ამ სფეროში არსებულ სიტუაციას და გვაწვდიან თავის მოსაზრებებს ფსიქიატრიული დახმარების ქსელის შემდგომი განვითარების შესახებ საქართველოში. წიგნში მოყვანილია საინტერესო დოკუმენტები, რომლებიც ეხება ფსიქიატრიული დახმარების საკითხებს ჩვენს ქვეყანაში.

ნაშრომი განკუთვნილია ფსიქიატრებისათვის, ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის და ყველა იმ პროფესიონალისათვის, რომელიც მუშაობს ფსიქიატრიული დახმარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში.

რედაქტორი – მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, მ.ბერია

ტექნიკური რედაქტორი - ბიოლოგიის მეცნიერებათა

კანდიდატი კ. ბოვდანოვი

რეკონსტრუქციები – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,

პროფესორი, ნ.ოკრიბელაშვილი

– ეკონომიკურ მეცნიერებათა კანდიდატი,

დოცენტი, მ.კერესელიძე

ს ა რ ჩ ე ე ი

შესავალი.	5
თავი I. ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის რამოყალიბება და განვითარება საქართველოში.	7
თავი II. ფსიქიკურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის საკითხები საქართველოში.	24
თავი III. “ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა” ანალიზი - 1995 – 2003 წ.წ.	35
თავი IV. საკანონმდებლო ბაზა ფსიქიატრიაში, საქართველოს კანონი “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ.	75
თავი V. საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების განვითარების ძირითადი მიმართულებები. 2002-2005 წ.წ.	94
ბოლოთქმა.	117
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГРУЗИИ.	122
SITUATION AND PERSPECTIVES OF MENTAL HEALTH SERVICE IN GEORGIA	128
LAW OF PSYCHIATRIC CARE. Republic of Georgia.....	135

შ ე ს ა ე ა ლ ი

ფსიქიატრია ჯანმრთელობის დაცვის ერთ-ერთი ყველაზე სპეციფიკური დარგია. მის ორგანიზაციულ მოწყობაზე უამრავი ფაქტორი ახდენს გავლენას. ცვლილებები ქვეყნის ეკონომიკის განვითარებაში სოციალური უზრუნველყოფის დონესა თუ იდეოლოგიაში მკვეთრად ცვლის საზოგადოების ჯანმრთელი ნაწილის დამოკიდებულებას ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების მიმართ. აქედან გამომდინარე ფსიქიატრიის ორგანიზაციის საფუძვლები სხვადასხვა ქვეყანასა და პერიოდში უაღრესად განსხვავდებოდა ერთმანეთისაგან, დაწყებული პატერნიზაციული მიდგომის უაღრესად უხეში და ზოგჯერ მახინჯი გამოვლინებიდან დამთავრებული ანტიფსიქიატრიულ შეხედულებამდე.

ფსიქიკურ და ქცევით მოშლილობათა მნიშვნელობა უაღრესად დიდია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით პლანეტის მოსახლეობის თითქმის 1/4 თავისი ცხოვრების გარკვეულ პერიოდში ფსიქიკის მხრივ სერიოზულ პრობლემებს განიცდის. ფსიქიკური დარღვევები თავისი ბუნებით "უნივერსალურია". ეს პათოლოგია გვხვდება ყველა ქვეყანასა და საზოგადოების ყველა ფენაში, სქესის, ასაკის და საცხოვრებელი ადგილის მიუხედავად.

ფსიქიკური დაავადებები სერიოზულ პრობლემებს უქმნიან ეკონომიკას, მოსახლეობის დაახლოებით 10% სხვადასხვა მოცულობით აქვს დაქვეითებული შრომის უნარი. ზოგადი პროფილის ექიმების მიერ გამოკვლეულ პირველადი ავადმყოფების თითქმის 20% აქვს სხვადასხვა სახითა და სიმძიმის დარღვევები ფსიქიკის მხრივ და რაც უფრო მნიშვნელოვანია სპეციალისტების პროგნოზის მიხედვით ამ დაავადებათა გავრცელების მაჩვენებელი მომავალში კიდევ უფრო გაიზრდება.

თავისი სპეციფიკიდან გამომდინარე ფსიქიკური აშლილობანი მოქმედებს არა მარტო ავადმყოფზე, არამედ უარყოფით გავლენას ახდენს მის მიკროსოციალურ გარემოზეც, ძირითადად ოჯახზე, იწვევს როგორც ეკონომიკური პრობლემების, ისე დაავადებების მიმართ მნიშვნელოვან უარყოფით ემოციურ გადაზრებს, რამაც ხშირ შემთხვევაში შესაძლებელია ჩვეული ოჯახური კავშირების რღვევა გამოიწვიოს.

საქართველოს ფსიქიატრიამ თავისი განვითარების მანძილზე მნიშვნელოვანი გზა გაიარა. ჯერ რუსეთის იმპერიაში, ხოლო შემდეგ საბჭოთა კავშირის შემადგენლობაში მყოფი ქვეყანა მთლიანად ცენტრიდან იმართებოდა და შესაბამისად მას არ შეეძლო დამოუკიდებლად მიეღო ესა თუ ის მნიშვნელოვანი ორგანიზაციული ხასიათის ცვლილება. მიუხედავად ამისა, მოხერხდა ფსიქიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის ორგანიზება, შეიქმნა სამედიცინო და სამეცნიერო კადრების მომზადების ცენტრები, აღიზარდა მაღალკვალიფიცირებულ ექიმთა, პედაგოგთა და მეცნიერთა მთელი პლეადა.

საქართველოში დამოუკიდებლობის მიღების შემდეგ შესაძლებელი გახდა მნიშვნელოვანი რეფორმების გატარება. ქვეყნის პარლამენტმა მიიღო კანონი “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, რაც ფაქტიურად ამ დარგში ლეგიტიმაციის პირველი ცდა იყო. საბაზრო ურთიერთობების გათვალისწინებით შეიქმნა ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა, სადაც გამოიკვეთა ის პრიორიტეტული მიმართულებანი და სამედიცინო დახმარების მოცულობა, რომლის დაფინანსებაც სახელმწიფოს უნდა განეხორციელებინა. შეიქმნა ფსიქიატრიის დარგის განვითარების ეროვნული პროგრამა. თუმცა სამწუხაროდ, ძირითადად ეკონომიკური ხასიათის სირთულეების გამო აღნიშნული პროგრამის რეალიზაცია არ მოხერხდა.

წარმოდგენილ ნაშრომში შეცვეცადეთ ნაწილობრივ გვეჩვენებინა საქართველოს ფსიქიატრიის განვითარების 150 წლიანი გზა, მისი განვითარების ძირითადი მომენტები, გამოგვეყო ის უმნიშვნელოვანესი საკანონმდებლო აქტები, რომლებმაც გავლენა მოახდინეს ფსიქიატრიის დარგის განვითარებაზე და აგრეთვე ის უმნიშვნელოვანესი ეპიდემიოლოგიური მონაცემები.

დღეისათვის საქართველოში მიმდინარეობს ჯანდაცვის სფეროს სისტემური რეფორმა, რომლებშიც გარდა ოფიციალური სახელმწიფო სტრუქტურებისა, აქტიურ მონაწილეობას არასამთავრობო ორგანიზაციებიც ღებულობენ. ვთვლით რომ აღნიშნული ნაშრომი მნიშვნელოვნად დაეხმარებათ მათ როგორც ცალკეული პროგრამების შემუშავებაში, ისე დარგის შემდგომ რეფორმირებაში.

ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის ჩამოყალიბება და განვითარება საქართველოში.

სამედიცინო დახმარების სისტემის ჩამოყალიბება საქართველოში ფაქტიურად იწყება XIX საუკუნის 60-იანი წლებიდან. ამ პერიოდში დაიწყო სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების შექმნა, გამოიკვეთა გარკვეული პროფილიზაცია. სამედიცინო პრაქტიკაში დაინერგა იმ პერიოდის მედიცინის მიღწევები. ეს ტენდენციები შეეხო ფსიქიკურად დაავადებულთა მოვლა-პატრონობისა და მკურნალობის საკითხებსაც. ფსიქიატრია, ამ დროისათვის ახალგაზრდა სამედიცინო დისციპლინა, იგი ძნელად არღვევს საზოგადოებაში საუკუნეებით ჩამოყალიბებულ “სულით დაავადებულთა” დისკრიმინაციის, იზოლაციის და რეპრესიის სტერეოტიპებს. იმდროინდელი ხელისუფლებისა და სამედიცინო საზოგადოების პრაქტიკული, რეალური ნაბიჯები თანამედროვე, ცივილიზებული ფსიქიატრიული სამსახურის მიმართულებით, მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდა სამეცნიერო-სამედიცინო მეცნიერების და ჰუმანისტური თეორიების დონეს. ასეთი ვითარება იყო მთელს რუსეთის იმპერიაში. განსაკუთრებით ძნელად ხდებოდა პირველი ნაბიჯების გადადგმა ფსიქიატრიული დახმარების საქმეში.

1868 წლიდან XX საუკუნის ბოლომდე ფსიქიატრიული დახმარებისათვის მთელს ამიერკავკასიაში არსებობდა მხოლოდ ერთი ამ პროფილის დაწესებულება: თბილისში, მიხეილის საავადმყოფოში ფსიქიატრიული განყოფილება 24 საწოლზე, რომელიც შემდგომში გაიზარდა 50 საწოლამდე. ამ განყოფილებაში მუშაობდა მხოლოდ ერთი ორდინატორი. 1868 წლიდან 1880 წლამდე ეს იყო ალექსანდრე პავლოვსკი – ფაქტიურად პირველი “ოფიციალური” ფსიქიატრი საქართველოში. შემდგომში ამ კლინიკაში მოღვაწეობდნენ დ. ორბელი, დ. გელევანიშვილი, ბ. ესაძე, ი. ეგიაზაროვი და სხვები.

XX საუკუნის დასაწყისისათვის ყალიბდება ქართული სამედიცინო საზოგადოება, როგორც ეროვნული ინტელიგენციის ერთ-ერთი აქტიური და პროგრესული ნაწილი. ქართველი ახალგაზრდები განათლებას იღებენ რუსეთისა და ევროპის წამყვან

სამეცნიერო და სამედიცინო ცენტრებში. სამშობლოში დაბრუნებულებს თანამოაქვთ თანამედროვე სამედიცინო-მეცნიერული და სოციალური იდეები. ქართველი ექიმები აქტიურად მონაწილეობენ მოწინავე იდეების გავრცელებასა და დამკვიდრებაში. ამ ცვლილებებმა ასახვა ჰპოვა სამედიცინო დაწესებულებების ქსელის გაფართოებაში, სამედიცინო კადრების შევსებაში. ეს ყველაფერი არ იყო საკმარისი, მაგრამ როგორც მოვლენა და ტენდენცია მეტად ყურადღასაღებად შეიძლება ჩაითვალოს.

ამ პერიოდში შედარებით გაფართოვდა ფსიქიატრიული დახმარების მოცულობა და არეალი. 1910 წლისათვის საქართველოში უკვე 4 ფსიქიატრიული დაწესებულება იყო: 2 თბილისში – მიხეილის საავადმყოფოს ფსიქიატრიული განყოფილება 83 საწოლზე და სულთ ავადმყოფთა ქალაქის თავშესაფარი 50 საწოლზე; ქუთაისში – “სულთ დაავადებულთა ზედამხედველობის სახლი” (50 საწოლზე) და სურამში – ფსიქიატრიული საავადმყოფო 50 საწოლზე. იმ დროის ფსიქიატრიული საავადმყოფო და ე.წ. “თავშესაფარი” რეალურად ძალზედ შორს იყო მიღებული სამედიცინო დაწესებულებისათვის დამახასიათებელი სტანდარტებისაგან. “ყველა აღნიშნული საავადმყოფო უპირველეს ყოვლისა ადმინისტრაციულ-სადამსჯელო ტიპისა უფრო იყო. კამერით აგზნებული ავადმყოფებისათვის და ციხის რეჟიმით” – ასე ახასიათებს ამ პერიოდის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებს ცნობილი ქართველი ფსიქიატრი მიხეილ ასათიანი. ძალზედ მცირე იყო სამედიცინო პერსონალის შტატი, განსაკუთრებით ექიმები. ამის გამო სამუშაო დღე 12 საათს უდრიდა.

განსაკუთრებული როლი ქართული სულიერი კულტურის, მეცნიერების და ამასთან ქართული მედიცინის განვითარებაში იყო ქართული უნივერსიტეტის ჩამოყალიბება. 1918 წელს დიდი ივანე ჯავახიშვილის და მისი თანამოაზრეების ძალისხმევით ახალი, ჭეშმარიტად ეტაპური ნაბიჯი გახდა საქართველოს ისტორიაში. შეიქმნა ქართული კულტურისა და განათლების, ქართული სულიერებისა და ეროვნული პროგრესის კერა. ასევე უმნიშვნელოვანესი მოვლენა გახდა უნივერსიტეტის დაარსება ქართული მედიცინის განვითარებისათვის. 1918 წლის მარტში შეიქმნა და სექტემბრიდან საქმიანობა დაიწყო სამედიცინო ფაკულტეტი. უნივერსიტეტის კედლებმა გააერთიანა საქართველოს

წამყვანი მეცნიერ-მედიკოსები და კლინიკისტები. შეიქმნა ნევროლოგიის და შემდეგ ფსიქიატრიის კათედრა, რომელსაც სათავეში ჩაუდგარუსეთიდან მოწვეული ცნობილი ფსიქიატრი მიხეილ ასათიანი, რომელმაც საფუძველი ჩაუყარა საქართველოში ფსიქიატრიის, როგორც მედიცინის დარგის ჩამოყალიბებას და განვითარებას. ამ პერიოდში მოხდა თბილისში არსებული ორი ფსიქიატრიული კლინიკის ერთ საუნივერსიტეტო ბაზად გაერთიანება. ეს იყო 120 საწოლზე გაშლილი ფსიქიატრიული საავადმყოფო ყოფილი “ელექტრონის” ქუჩაზე. სხვა შესაძრწვევი ცვლილებები საქართველოს დამოუკიდებლობის პირველ წლებში ფსიქიატრიული დახმარების სრულყოფაში არ მომხდარა. ამრიგად 1921 წლისთვის საქართველოში ფსიქიატრიულ დახმარებას ახორციელებდა 3 სპეციალიზირებული საავადმყოფო: თბილისში – საუნივერსიტეტო კლინიკა 120 საწოლზე, ქუთაისსა და სურამში 50-50 საწოლიანი კლინიკები. ამრიგად ქვეყანაში სულ 220 ფსიქიატრიული საწოლი იყო.

როგორც საქართველოში, ასევე პრაქტიკულად მთელს მსოფლიოში XX საუკუნის დასაწყისისათვის სტაციონარული მკურნალობა ფსიქიატრიული დახმარების ერთადერთ ფორმას წარმოადგენდა. მაგრამ საბჭოთა ხელისუფლების მოსვლის შემდეგ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ჩამოყალიბების პირველი ნაბიჯები გადაიდგა მასიურობის, ხელმისაწვდომობის მიმართულებით. ამ პოლიტიკამ ხელი შეუწყო დაავადებათა პროფილაქტიკაზე ორიენტირებული ამბულატორიული დაწესებულებების – “დისპანსერების” შექმნას. უკვე 1923 წელს გადაწყდა საქალაქო ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერების, როგორც ამბულატორიული ფსიქიატრიული და ნევროლოგიური სამედიცინო ერთეულების შექმნა. განისაზღვრა მათი ფუნქციები, სტრუქტურა და ამოცანები. მიუხედავად ამისა ფსიქიატრიული დახმარების ამ ფორმის დანერგვა მეტად რთულად მიდიოდა.

საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების პირველ ათწლეულში საქართველოში მნიშვნელოვანი ცვლილებები ფსიქიატრიული ქსელის გაფართოების ან სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების მხრივ არ მომხდარა. ფსიქიატრიული დაწესებულების ერთადერთი ფორმა კვლავ რჩებოდა სტაციონარი. ამ პერიოდისათვის საქართველოს სსრ-ში 440 ფსიქიატრიული საწოლი ოთხ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იყო განაწილებული” 130 –

თბილისში, ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტში, 210 სურამში – საავადმყოფოში ქრონიკი პაციენტებისთვის, 60 ქუთაისში და 40 სოხუმში. მეტად მწირი და მეტწილად არასაკმარისი იყო დაფინანსება, კვლავ მძიმე პირობები იყო კლინიკებში, ამკარა იყო პროფესიული კადრების დეფიციტი. სახელმწიფოს ჯანდაცვის სფეროში, ამ პერიოდში სხვა პრიორიტეტები ჰქონდა: მალარია, ტუბერკულოზი და სხვა ინფექციური დაავადებები.

ეს პერიოდი განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანი იყო ქართული ფსიქიატრიისათვის. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის კათედრა, რომელსაც ამ პერიოდში ხელმძღვანელობდა მიხეილ ასათიანი, გახდა ფსიქიატრიული მეცნიერების და ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციის ფორპოსტი და წარმმართველი საქართველოში. სამედიცინო ფაკულტეტის ამ კათედრაზე თავი მოიყარა ახალგაზრდა, ნიჭიერმა ექიმებმა, რომლებმაც შემდგომში საფუძველი ჩაუყარეს ქართული ფსიქიატრიული სკოლის შექმნას. ალექსანდრე სავანელი, არკადი გოცირიძე, ნინო ვეშაპელი, გიორგი შენგელაია, ავლიპი ზურაბაშვილი, ირაკლი მენტეშაშვილი, ევტიხი გობრონიძე, ლილი ნაკაშიძე – ამ სახელებს უკავშირდება ქართული ფსიქიატრიის პირველი თვალსაჩინო და თვითმყობადი ნაბიჯები. მიხეილ ასათიანის თაოსნობით და უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის კათედრის თანამშრომელთა მონაწილეობით საქართველოში ძირითად რაიონებში (ქვეყნის პრაქტიკულად 3/4-ში) ჩატარდა კლინიკურ-ექიდემიოლოგიური კვლევა, რომელმაც ნათლად აჩვენა ფსიქიკურ დაავადებათა გავრცელების თავისებურებანი საქართველოში და საფუძველი ჩაუყარა ფსიქიატრიული დახმარების ოპტიმალურ და რეალურ მონაცემებზე დაფუძნებული ქსელის შექმნას. თავის წერილში “საქართველოს სსრ მუშურ-გლეხური ინსპექციისადმი”, პროფესორი მიხეილ ასათიანი მიუთითებს, რომ ექიდემიოლოგიური გამოკვლევების მონაცემებით საქართველოში სავარაუდოდ 90 000 სულით დაავადებულია, “საიდანაც 3 000-ს მაინც ესაჭიროება გადაუდებელი სტაციონარული მკურნალობა” და ითხოვს შესაბამისი ზომების მიღებას უახლოესი ორი “ხუთწლედის” პერიოდში.

მიხეილ ასათიანის დიდი მცდელობით, მისი უდიდესი ავტორიტეტის გათვალისწინებით და ქართველ ფსიქიატრთა სამეცნიერო ლეაწლის აღიარების გამო თბილისში, 1925 წელს,

ჩამოყალიბდა ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, რომელსაც დაარსებიდან 1938 წლამდე (გარდაცვალებამდე) სათავეში მიხეილ ასათიანი ედგა. აღსანიშნავია, რომ ეს იყო უნიკალური სამეცნიერო ცენტრი საბჭოთა კავშირში. მოსკოვისა და ლენინგრადის ცნობილი ფსიქიატრიული სამეცნიერო ცენტრების გარდა თბილისის ფსიქიატრიის ინსტიტუტი საბჭოთა კავშირის დაშლამდე იყო ერთადერთი არა “ცენტრალური” ამ დარგის კვლევითი ინსტიტუტი. ამიტომაც თბილისის ფსიქიატრიის ინსტიტუტი იმ პერიოდში გახდა წამყვანი სამეცნიერო და საგანმანათლებლო ცენტრი მთელს ამიერკავკასიაში, შემდეგ კი უკვე საერთაშორისო აღიარებაც მოიპოვა. 1948 წლიდან ინსტიტუტს მისი დამაარსებლის, მიხეილ ასათიანის სახელი ეწოდა.

XX საუკუნის 30-იანი წლებისათვის საქართველოს ფსიქიატრიული დახმარების ქსელში არსებული მდგომარეობა ნათლადაა ასახული თბილისის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის დირექტორის მასათიანის წერილებსა და მოხსენებით ბარათებში რომელსაც იგი უგზავნიდა ქვეყნის იმდროინდელ ხელმძღვანელობას. ასე მაგალითად, ბატონი მიხეილი ერთ-ერთ თავის წერილში — „უკანასკნელ წლებში ჩატარებულ ღონისძიებებს ფსიქიატრიის დარგში“ (30-იანი წლები): აღნიშნავს „დაიხურა კამერები და მათ მაგივრად მოეწყო პალატები, პალატებში მოიხსნა ფრამუგები და ჩაისვა ფანჯრები, აშენდა სააბაზანო ოთახები, აიკრძალა ავადმყოფთა ფიქსაციისა და შეზღუდვის უხეში მეთოდები, შემოღებულია 6-სათიანი სამუშაო დღე, გასამშაგდა პერსონალის საშტატო რაოდენობა“.

სხვა მოთხოვნებთან ერთად მიხეილ ასათიანი ითხოვს ინსტიტუტთან ამბულატორიული განყოფილების გახსნას. ფსიქიატრიული დახმარების ამბულატორიული (დისპანსერული) ფორმის დანერგვის ერთ-ერთი ინიციატორი იყო ცნობილი ფსიქიატრი არკადი გოცირიძე, რომელიც 1930 წელს სათავეში ჩაუდგა თბილისის ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერს, ხოლო შემდგომში მის ბაზაზე შექმნა ფუნქციურ დაავადებათა ინსტიტუტი. ამ დაწესებულების მეცნიერული კვლევების ძირითად მიმართულებას ნევროზებისა და სხვა მოსაზღვრე მდგომარეობათა კვლევა წარმოადგენდა. ინსტიტუტმა დიდი როლი შეასრულა საქართველოში ფსიქოგენურ და ფუნქციურ დაავადებათა კვლევაში. არკადი

გოცირიძის ინიციატივით, ფუნქციურ დაავადებათა ინსტიტუტში დაინერგა საქართველოში ე.წ. “დღის სტაციონარის” სისტემა, რომლის აქტიური პროპაგანდისტი და თეორეტიკოსი იყო ცნობილი რუსი ფსიქიატრი ვ.ა. გილიაროვსკი.

იმისათვის, რომ ნათლად წარმოვიდგინოთ 30-იან წლებში საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული ვითარება, საჭიროდ მიგვაჩნია მასათიანის უწყებრივი წერილიდან რამდენიმე ფრაგმენტის ციტირება.

“1. ინსტიტუტი საჭიროებს კაპიტალურ რემონტს. რემონტი არ ჩატარებულა 3-8 წელია.

2. აუცილებელია მტკვრის მარცხენა სანაპიროზე (სადაც მდებარეობდა ფსიქიატრიის ინსტიტუტი) საყრდენი ჯებირის გამოყვანა – გაზაფხულზე ავადმყოფები დამპალი ღობიდან იპარებიან და ილუპებიან ადიდებულ მდინარეში).

3. სარემონტოა წყალსადენი და კანალიზაცია.

4. საჭიროა თეთრეული, კვება, სამედიცინო დანადგარები.

5. ინსტიტუტისთვის საჭიროა ყოველწლიურად არა ნაკლებ 10 ექიმისა.

6. საჭიროა თანხები პერსონალის შვებულებებისათვის.”

“ინსტიტუტის ბიუჯეტი, ვიმეორებ არანორმალურია: არასაკმარისია ხელფასი (შვებულებების ანაზღაურება არ ხდება), სამეურნეო ხარჯები შთანთქავენ კოლოსალურ თანხებს, პრაქტიკულად მთელ შემოსავლებს. არსაიდან არ არის დოტაციები და არც არის იმედი, რომ ინსტიტუტის მდგომარეობა რამდენადმე გამოსწორდება”.

40-იან წლებში მდგომარეობა ფსიქიატრიული დახმარების მხრივ პრაქტიკულად არ შეცვლილა. ახალი ფსიქიატრიული დაწესებულებები არ გახსნილა, თუმცა საწოლების რაოდენობა არსებულ კლინიკებში 650-მდე გაიზარდა. გარკვეულწილად გაიზარდა ექიმ-ფსიქიატრთა რიცხვიც: 1940 წლისთვის საქართველოში 41 ფსიქიატრი იყო. თუმცა დღევანდელი თვალთახედვით ეს რიცხვი კატასტროფულად მცირეა, მაგრამ იმ პერიოდის ფსიქიატრიული ქსელისათვის იგი საკმაოდ ოპტიმალური იყო.

საგრძნობი და რადიკალური ცვლილებები საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების საქმეში XX საუკუნის 50-60 იან წლებს უკავშირდება.

ქვეყანაში მკვეთრად ფართოვდება სტაციონარული ქსელი გასული საუკუნის 60-იანი წლებიდან. ამ პერიოდში ექსპლუატაციაში შედის რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქიატრიული საავადმყოფო (თბილისი. მ. ასათიანის ქ. №10), რომლის ბაზაზეც ფუნქციონირებას იწყებს მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი. ელექტრონის ქუჩაზე გამოთავისუფლებულ შენობაში კი ფუნქციონირება დაიწყო თბილისის ფსიქიატრიულმა საავადმყოფომ. ამავე პერიოდში ჯანდაცვის სამინისტროს გადაეცა მუშათა საერთო საცხოვრებლები ბედიანსა და წინწყილაში, სადაც ცხოვრობდნენ ხრამქისა და ტყბულქის მშენებლები. აღნიშნული შენობების კაპიტალური რემონტის შემდეგ შესაძლებელი გახდა დიდი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების გახსნა, ბედიანში 800, ხოლო წინწყილაში 450 საწოლზე.

აღსანიშნავია, რომ ამ პერიოდში ფსიქიატრიული საავადმყოფოსათვის გამოყოფილი არც ერთი შენობა არ იყო თავიდან განკუთვნილი ამ მიზნისათვის. რესპუბლიკური ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ძირითადი კორპუსს საფუძვლად დაედო რაიონული მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს ტიპური პროექტი.

მხოლოდ 70-იან წლებში დაიწყო საავადმყოფოების მშენებლობა სპეციალიზირებული პროექტით. ესენია აფხაზეთის ჯანდაცვის სამინისტროს ფსიქიატრიული საავადმყოფო გულრიფშის რ-ნის სოფ. ვლადიმეროვკაში - 700 საწოლზე, ქუტირის რესპუბლიკური ფსიქიატრიული საავადმყოფო ხონის რაიონში - 600 საწოლზე და თბილისის ფსიქიატრიული საავადმყოფო (გლდანი) - 500 საწოლზე. ამავე დროს აღნიშნულ საავადმყოფოებს უნდა შეესრულებინათ ზურგის სამხედრო ჰოსპიტალის როლი ომიანობის შემთხვევაში.

რაც შეეხება ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობის დინამიკას, იგი შემდეგ სახეს ღებულობს:

1960 წელი - 1500 საწოლი;

1965 წელი - 2700 საწოლი;

1975 წელი - 3505 საწოლი;

1980 წელი - 4835 საწოლი;

1988 წელი - 5375 საწოლი, მათ შორის 500

ნარკოლოგიური საწოლი.

ამავე პერიოდში ფუნქციონირებს სამკურნალო-შრომითი

პროფილაქტორიუმი ქ. საგარეჯოში, რომელიც გაშლილია 500 ადგილზე ქრ. ალკოპოლიზმით, ხოლო 70 ადგილზე ნარკომანიით დაავადებულთათვის.

უარესად დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა საქართველოში მკაცრი მეთვალყურეობის ფსიქიატრიული სტაციონარის გახსნას ქ. ფოთში, რომელიც თავდაპირველად შინაგან საქმეთა სამინისტროს დაქვემდებარებაში იმყოფებოდა სპეციალიზებული ფსიქიატრიული საავადმყოფოს სახელით და გარდა საქართველოს მოსახლეობისა დახმარებას უწყვედა აზერბაიჯანისა და სომხეთის რესპუბლიკის მცხოვრებლებს. აღნიშნული საავადმყოფოს გახსნამდე ის ფსიქიკური ავადმყოფები, რომლებსაც ჩადენილი ჰქონდათ განსაკუთრებით მძიმე დანაშაული, სამკურნალოდ ყაზანისა და დნეპროპეტროვსკის სპეც-საავადმყოფოებში თავსდებოდნენ, რაც ძალიან მძიმე მდგომარეობაში აყენებდა საქართველოს მოსახლეობას.

90-ან წლებში განვითარებული მოვლენების შედეგად ქვეყანაში მკვეთრად შემცირდა სტაციონარში მყოფ ფსიქიკურ ავადმყოფთა რაოდენობა. სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი დაფინანსებით შეუძლებელი იყო არსებული შენობების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შენახვა. ამ პერიოდში დაიხურა რამდენიმე ფსიქიატრიული საავადმყოფო. კერძოდ, წინწყილასა და ქუთაისის ფსიქიატრიული საავადმყოფოები. საქართველოს ხელისუფლების არაკონტროლირებად ტერიტორიაზე აღმოჩნდნენ სოხუმისა და ცხინვალის ფსიქიატრიული საავადმყოფოები და დისპანსერები.

2000 წლისათვის სახელმწიფო აფინანსებს 1000 ფსიქიატრიულ საწოლს 7 ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში და 45 საწოლს 3 ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში. გარდა ამისა 50 საწოლს ფსიქონევალიდებისათვის თბილისის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. იუსტიციის სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის რესპუბლიკურ საავადმყოფოში ფუნქციონირებს ფსიქიატრიული განყოფილება 50 საწოლზე.

ამრიგად დღეისათვის საქართველოში სულ 7 მომქმედი ფსიქიატრიული საავადმყოფოა:

1. მასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი – 240 საწოლი,
2. აკად.ბ.ნანეიშვილის სახ. ქუტირის ფსიქიატრიული საავადმყოფო – 270 საწ.,

3. აკად.ა.ზურაბაშვილის სახ. თბილისის ფსიქიატრიული საავადმყოფო - 120 საწ.,
4. წალკის რ-ის ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო - 100 საწ.,
5. ბათუმის ფსიქიატრიული საავადმყოფო - 90 საწ.,
6. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო - 70 საწ.,
7. ფოთის ფსიქიატრიული საავადმყოფო - 100 საწოლზე.

გასული საუკუნის 40-50-იან წლებამდე საქართველოში ამბულატორიული ფსიქიატრიული სამსახური წარმოდგენილი იყო 4 ფსიქონევროლოგიური დისპანსერიტ, რომელიც მხოლოდ დიდ ქალაქებში იყო განლაგებული თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, სოხუმი. 60-იან წლებში იწყება ამბულატორიული ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებების განშტოებული ქსელის შექმნა და შესაბამისად ფსიქიატრიული სამსახურის მაქსიმალური მიახლოება მოსახლეობასთან.

60-იან წლებში ფუნქციონირებას იწყებს რუსთავის, სენაკის, ცხინვალის, ფსიქონევროლოგიური დისპანსერები, 70-იანი წლებიდან - სამტრედიის, სიღნაღის, გორის დისპანსერები, 80-იანი წლებიდან - მახარაძის, ლანჩხუთის, თელავის, თბილისის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დისპანსერული განყოფილებები. 70-იანი წლებიდან იქმნება ფსიქონევროლოგიური კაბინეტები, რომლებშიც 1 ექიმი და 1 ექთანია. აღნიშნული კაბინეტები იქმნებიან როგორც ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებთან, ისე დამოუკიდებლად.

დღეისათვის საქართველოს ამბულატორიული ფსიქონევროლოგიური სამსახური წარმოდგენილია 15 დისპანსერიტ და 4 დისპანსერული განყოფილებით:

1. შპს თბილისის ფ/ნ დისპანსერი;
2. შპს სიღნაღის ფ/ნ დისპანსერი;
3. შპს თელავის ფ/ნ დისპანსერი;
4. შპს "ფსიქია" - გორის ფ/ნ დისპანსერი;
5. შპს რუსთავის ფ/ნ დისპანსერი;
6. შპს ქუთაისის ი.სხირტლაძის სახ. ფ/ნ დისპანსერი;
7. შპს სამტრედიის "ფსიქიატრია" ფ/ნ დისპანსერი;
8. შპს ზესტაფონის "ფსიქიატრია", ნარკოლოგიის ფ/ნ დისპანსერი;

9. შპს ზუგდიდის სარაიონთაშორისო ფ/ნ დისპანსერი;
10. შპს სენაკის ფ/ნ დისპანსერი;
11. შპს ახალციხის ფ/ნ დისპანსერი;
12. შპს ოზურგეთის ფ/ნ დისპანსერი;
13. შპს ლანჩხუთის ფ/ნ დისპანსერი;
14. შპს ბათუმის რესპუბლიკური ფ/ნ დისპანსერი;
15. შპს მცხეთის ფ/ნ დისპანსერი.
16. მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის დისპანსერული განყოფილება;
17. თბილისის აკად.ა.ზურაბაშვილის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დისპანსერული განყოფილება;
18. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დისპანსერული განყოფილება;
19. აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ქუტირის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დისპანსერული განყოფილება.

1980 წლის 12 ივნისს მიღებულ იქნა საბჭოთა კავშირის ცენტრალური კომიტეტისა და მინისტრთა საბჭოს ერთობლივი დადგენილება №705 “მოსახლეობის ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური სამსახურის შემდგომი გაუმჯობესების შესახებ”. აღნიშნული დადგენილება წარმოადგენს ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს დოკუმენტს, რომელშიც წარმოდგენილია საბჭოთა კავშირში და მათ შორის საქართველოშიც ფსიქიატრიული სამსახურის განვითარების პერსპექტიული გეგმა 1980-1990 წლებში.

დადგენილებაში აღნიშნულია, რომ უკანასკნელ პერიოდში კერძოდ 70-იან წლებში ქვეყანაში განხორციელდა მნიშვნელოვანი ღონისძიებანი, რამაც გააუმჯობესა მოსახლეობის ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური დახმარება. გაფართოვდა ფსიქიატრიული და სხვა სპეციალიზირებულ დაწესებულებების ქსელი. გაუმჯობესდა ექიმ-ფსიქიატრთა მომზადების დონე.

ამავე დროს დადგენილებაში აღნიშნულია, რომ ფსიქონევროლოგიური და ნარკოლოგიური დაწესებულებების ქსელი სრულად ვერ აკმაყოფილებდა ქვეყანაში იმ პერიოდისათვის არსებულ მოთხოვნილებებს. იზრდება ფსიქიკურ დაავადებათა რიცხვი, განსაკუთრებით ეს შეეხება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის შემთხვევებს. არაეფექტურადაა მიჩნეული სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობა ფსიქიატრიის სფეროში.

აღნიშნული ხარვეზების აღმოფხვრის მიზნით მიღებულ იქნა მთელი რიგი სერიოზული გადაწყვეტილებებისა, რომელთაგანაც უმნიშვნელოვანესებს წარმოადგენდა:

- ფსიქიატრიულ და ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებებისათვის ახალი ნორმატივების დაწესება კერძოდ, 1985 წლისათვის ქალაქებში ყოველ 30000 სულ მოსახლეზე უნდა დაშვებულიყო ფსიქიატრის 1 სამშტატო ერთეული. ყოველ 20000 ბავშვზე 1 ბავშვთა ფსიქიატრის სამშტატო ერთეული. რაც შეეხება სოფლის მოსახლეობას ყოველ 50000 მოსახლეზე 1 ფსიქიატრის სამშტატო ერთეული, მაგრამ არანაკლებ 1 სამშტატო ერთეულისა თითოეულ რაიონზე მოსახლეობის მიუხედავად.
- ყოველ ფსიქონევროლოგიურ და ნარკოლოგიურ დაწესებულებაში 1981 წლის 1 იანვრიდან დაშვებულიყო სოციალური დახმარების ფერშალის ან მედლის სამშტატო ერთეული.
- 1981-1985 წლებში ყველა რესპუბლიკის, მხარის, ოლქის დიდ სამრეწველო ცენტრებში მოსახლეობის გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების აღმინისტრირების მიზნით შექმნილიყო სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სამედიცინო სასწრაფო დახმარების ბრიგადები.

ბრიგადების რაოდენობა განისაზღვრა შემდეგი ნორმატივით - 1 ბრიგადა 300 000 მოსახლეზე, ან 1 ბრიგადა 100 000-დან 300 000 მოსახლეზე.

მოკავშირე რესპუბლიკების მინისტრთა საბჭოებს მიეცათ დავალება ჩამოეყალიბებინათ სპეციალიზებული დაწესებულებები და საამქროები ფსიქიკური ავადმყოფების შრომითი მომზადება-გადამზადებისა და მოწყობისათვის.

1981-90 წლებში საბჭოთა კავშირის მასშტაბით ექსპლუატაციაში უნდა შესულიყო ახალი ფსიქიატრიული საავადმყოფოები, რომელთა საწოლთა საერთო ფონდი შეადგენდა 59 300 საწოლს. ამავე დროს უნდა ახლად აშენებულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებთან და ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებთან გახსნილიყო სპეციალიზებული სამკურნალო-შრომითი სახელოსნოები, რომლებიც ერთდროულად 19 450 ადამიანს მოემსახურებოდა. რაც შეეხება უკვე არსებულ ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებსა

და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს, აქ დამატებით უნდა გახსნილიყო ანალოგიური დაწესებულებები, რომელიც ერთ ცვლაში 64.1 ავადმყოფს მოემსახურებოდა. ამავე დროს გათვალისწინებული იყო 77,4 სამუშაო ადგილის შექმნა ფსიქონევალიდთა სპეციალიზებულ დაწესებულებებთან და ფსიქიკურად დაავადებულ ბავშვთა ინტერნატებთან.

1981-90 წლებში უნდა აშენებულიყო და შესულიყო ექსპლოატაციაში ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიის მქონე ბავშვთა, სპეციალიზებული სკოლა-ინტერნატები, მიღებულიყო ზომები ფსიქიკურად დაავადებულ ბავშვთა სპეციალიზებულ სკოლებსა და სკოლაძღველ დაწესებულებებში სამკურნალო, სასწავლო და სარეაბილიტაციო პროცესების სრულყოფისათვის. აღნიშნული საქმიანობის სტიმულირებისათვის სამკურნალო-შრომითი სახელოსნოების პერსონალს მსგავსად ფსიქიატრიაში მომუშავე სხვა სამედიცინო პერსონალისა მიეცა 25%-იანი დამატებითი სახელფასო განაკვეთი.

გაიზარდა ფსიქიკურ ავადმყოფთათვის გამოყოფილ მედიკამენტთათვის შესაძენი თანხები 46 კაპიკიდან 55 კაპიკამდე ერთ საწოლდღეზე. რაც შეეხება ამბულატორიულ დაწესებულებებს, აქ პირველ და მეორე ჯგუფის ინვალიდები უზრუნველყოფილნი იყვნენ უფასო მედიკამენტებით, ისე როგორც ეძლეოდათ შიზოფრენიით და ეპილეფსიით დაავადებულებს.

მითითება მიეცათ ყველა დაინტერესებულ პარტიულ, სამეურნეო უწყებებს, პროფკავშირებს, მეცნიერებათა აკადემიას განეხორციელებინათ ღონისძიებები ფსიქიკური გადახრების მქონე მოზარდთათვის შრომითი ჩვევების ჩამოყალიბებასა და შრომით მოწყობაში. იმ სამეცნიერო და პრაქტიკული ღონისძიებათა მაქსიმალური ხელშეწყობა, რომელიც მიმართულია ფსიქიკურ დაავადებათა ბიოლოგიური და სოციალური პრობლემების შესწავლისაკენ ახალი ეფექტური სამკურნალოწამლო საშუალებებისა და მკურნალობის მეთოდების შექმნისაკენ:

- დაევალა მოკავშირე რესპუბლიკების მინისტრთა საბჭოებს და სსრკ ჯანდაცვის სამინისტროს, გაეტარებინათ ღონისძიებანი უწყებათა ცენტრალურ აპარატში ფსიქიატრიული დახმარების მართვის ღონის ამაღლების მიზნით.

- მიღებულიყო ღონისძიებანი სსრკ-ში წარმოებული ფსიქოტროპული მედიკამენტების რაოდენობისა და ასორტიმენტის გაზრდის მიზნით.
- ფართოდ გაშლილიყო საგანმანათლებლო მუშაობა სსრკ ცენტრალური კომიტეტისა და მინისტრთა საბჭოს 1980 წლის 12 ივლისის დადგენილების შესაბამისად.

დადგენილებას მოჰყვა საკავშირო და რესპუბლიკების ჯანდაცვის სამინისტროების შესაბამისი დადგენილებები, რომლებშიც დაკონკრეტებული იყო წარმოდგენილი დადგენილებებით გათვალისწინებული პუნქტები, გამოყოფილი იყო პასუხისმგებელი უწყებები და კონკრეტული პირები დავალებების შერულებაზე. კერძოდ:

დამტკიცებულ იქნა ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებების ახალი საშტატო ნორმატივები. სპეციალიზებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადების ორგანიზება და სხვა. გარდა ამისა გათვალისწინებული იყო

- ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებში ყოველ 5 ექიმ ფსიქიატრზე 1 სოციალური დახმარების მედის (ფერშლის) საშტატო ერთეულის დაშვება, ასევე სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ყოველ 500 საწოლზე 1 სოციალური დახმარების მედის საშტატო ერთეულის დაშვება.
- 1981-1985 წლებში ამბულატორიულ ფსიქონევროლოგიურ დაწესებულებებთან დღის სტაციონარების შექმნა.
- იმ დისპანსერებში, რომელთა მომსახურების ტერიტორიაზე განლაგებულია გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა სკოლა-ინტერნატები ბავშვთა ფსიქიატრიის 0,5 ერთეული საშტატო ერთეულის დამატებითი დაშვება.
- კვალიფიკაციის ამაღლების ციკლებზე ექიმთა გაგზავნისას უპირატესობა მისცემოდათ ფსიქიატრებსა და ნარკოლოგებს.
- რეგიონის ფსიქიატრიული დახმარების მდგომარეობის გათვალისწინებით მსხვილ რაიონულ საავადმყოფოებთან გახსნილიყო შესაბამისი განყოფილებები ან პალატები, რომლებშიც შესაძლებელი იქნებოდა მწვავე ხანმოკლე ფსიქოზური ეპიზოდების კუპირება.

- მსხვილ მრავალპროფილიან საავადმყოფოებში გახსნილიყო სპეციალური განყოფილებები, რომლებიც გაუწევდნენ დახმარებას იმ ფსიქიკურ ავადმყოფებს, რომელთაც ამავე დროს აღენიშნებოდათ სომატური დარღვევები.
- სოფლის საავადმყოფოების ლიკვიდაციის შედეგად გამონთავისუფლებულ შენობებში გახსნილიყო სპეციალური დაწესებულებები ფსიქონევალითა მოვლისა და მკურნალობისათვის.
- 1981 წლის 1 იანვრიდან აკრძალულიყო ფსიქიკური დაავადებით და ნარკომანიით ან ალკოჰოლიზმით დაავადებულ პირთა ერთ განყოფილებაში მკურნალობა.
- მსხვილ მრავალპროფილიან ბავშვთა საავადმყოფოებში გახსნილიყო სპეციალური განყოფილებები, რომლებიც დახმარებას გაუწევდნენ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებით და ფსიქიკური დაავადების მქონე ბავშვთა ასაკის ავადმყოფებს, რომელთაც აღენიშნებოდათ სომატური დაავადებები.
- სამედიცინო და ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტების, ფსიქიატრიის კათედრებს, ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებს მიეცათ დავალება გაეტარებინათ ღონისძიებები ექიმ-ფსიქიატრთა კვალიფიკაციის ასამაღლებლად.
- ჯანდაცვის სამინისტროებს მიეცათ დავალება – გაეძლიერებინათ ფსიქიატრული სამსახურის ორგანიზაციის ღონე.
- ფართოდ დანერგილიყო ამ პერიოდისათვის თანამედროვე გამოკვლევები, კერძოდ ელექტროენცეფალოგრაფიული გამოკვლევა.
- საბჭოთა კავშირის სამედიცინო აკადემიის სხვა დაინტერესებულ უწყებებს დაევალებათ გაეშალათ სამეცნიერო მკუშაობა ფსიქიატრიისა და ფსიქოფარმაკოლოგიის დარგში, კლინიკობიოლოგიურ, ნეიროფიზიოლოგიურ, სოციალურ-ფსიქოლოგიური, გენეტიკური და სხვა ფუნდამენტალური მიმართულებით. ცალკე გამოყოფილ პრიორიტეტულ მიმართულებად იქნა მიჩნეული ეპიდემიოლოგიური კვლევები.

საბჭოთა კავშირის კომპარტიისა და მინისტრთა საბჭოს დადგენილება თავისთავად მოიცავდა საქართველოსაც. წარმოდგენილი გეგმის შესაბამისად საქართველოში უნდა გატარებულიყო შემდეგი სახის ღონისძიებები

- საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრს, აფხაზეთისა და აჭარის ავტონომიური საბჭოთა სოციალისტური რესპუბლიკების მინისტრთა საბჭოებს, სამხრეთ ოსეთის ავტონომიური ოლქის აღმასრულებელ კომიტეტს, საქართველოს საბჭოთა რესპუბლიკის სამინისტროებსა და უწყებებს უნდა შეემუშაებინათ და განეხორციელებინათ ღონისძიებანი, მიმართულნი მოსახლეობის ფსიქიატრიული დახმარების შემდგომი გაუმჯობესებისადმი, ფსიქიკური დაავადებების პროფილაქტიკის, ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობის, აღდგენითი თერაპიის, შრომითი გადამზადებისა და მოწყობისათვის, მათი საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომაში ჩასაბმელად.
- 1981-90 წლებში საქართველოში უნდა ამენებულიყო და შესულიყო ექსპლოატაციაში ფსიქიატრიული საავადმყოფოები 1500 საწოლის საერთო ფონდით. ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებანი, რომლებიც უზრუნველყოფდნენ დღეში 1500 ავადმყოფის მიღებას. ფსიქონევროლოგიურ, როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დაწესებულებებთან სამკურნალო-შრომითი სახელოსნოების გახსნას ცვლაში 2400 სამუშაო ადგილზე.
- 1985 წლისათვის უნდა გაეხადათ ამბულატორიული ფსიქიატრიული დაწესებულებების ნორმატივებით ერთი ექიმი-ფსიქიატრი ყოველ 30 000 სულ მოსახლეზე ქალაქის და 50 000 სოფლის მაცხოვრებელზე. აგრეთვე ერთი ბავშვთა ფსიქიატრი ყოველ 20 000 ბავშვზე. იმ შემთხვევაში თუ რაიონის მოსახლეობა იყო აღნიშნულ ნორმატივზე ნაკლები, მიუხედავად ამისა მაინც გამოყოფილიყო ერთი საშტატო ერთეული.
- 1981 წლის პირველი იანვრიდან ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში შექმნილიყო სოციალური დახმარების მედლის საშტატო ერთეული.

- 1981-85 წლებში სასწრაფო ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით მოხდეს ფსიქიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადების ორგანიზება თბილისში 3 ბრიგადა, ქალაქებში – ქუთაისი, ბათუმი, რუსთავი, სოხუმი – 1 ბრიგადა.
- გაიხსნას ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი ქალაქ ზუგდიდში 1981 წელს.
- გურჯაანის ახალი ცენტრალური საავადმყოფოს მშენებლობის დამთავრების შემდეგ გამონთავისუფლებული შენობის რეკონსტრუქციის შემდეგ გაიხსნას ფსიქიატრიული საავადმყოფო 200 საწოლზე დისპანსერიული განყოფილებით.
- თბილისის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს მეორე რიგის (გლდანის) მშენებლობის დამთავრების შემდეგ გაიხსნას ფსიქიატრიული საავადმყოფო 500 საწოლზე.
- გაფართოვდეს რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქიატრიული და სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოები.
- 1985-90 წლებში გაიხსნას ფსიქიატრიული საავადმყოფო ცხინვალში 500 საწოლზე.
- განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს:
 - ა) ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში კაპიტალური და მიმდინარე სარემონტო სამუშაოების მდგომარეობას
 - ბ) ფსიქიატრიული დაწესებულებების ავტოტრანსპორტით უზრუნველყოფას.
 - გ) ფსიქიატრიული კადრების მომზადება-გადამზადებას.
 - დ) ფსიქიატრიული სამსახურის ორგანიზაციულ სრულყოფას და საორგანიზაციო რგოლის გაძლიერებას.
 - ე) ფსიქიატრიის სპეციფიკის გათვალისწინებით გამოიყოს სხვადასხვა სახის შეღავათები ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პირებისათვის.

წარმოდგენილი დოკუმენტი მეტად მნიშვნელოვანი და საინტერესოა. მასში მოცემულია აღნიშნული ეპოქისათვის დამახასიათებელი პრინციპები, რომლებსაც ერთის მხრივ დღესაც არ ეკარგებათ აქტუალობა, ხოლო მეორეს მხრივ მიუღებელია თანამედროვე შეხედულებებისა და ქვეყანაში დღეისათვის არსებული საკანონმდებლო ბაზისათვის. კერძოდ: ფსიქიატრიული დახმარება ატარებს მკვეთრად გამოხატულ პატერნისტულ ხასიათს, დიდი

ყურადღება ექცევა ფსიქიკური დაავადებების დროულ გამოვლინებასა და აღრეულ აუცილებელ დისპანსერიზაციას, რომელიც ხორციელდებოდა მკაცრი ადმინისტრაციული პრინციპით. აქედან გამომდინარე ლოგიკური ხდება სტაციონარული დახმარების მოცულობის მკვეთრი გაზრდა და ნორმატივის აწევა 19 ფსიქიატრიულ საწოლამდე ყოველ 10 000 მოსახლეზე. ამავე დროს ყურადღება ექცეოდა ძალიან დიდი ფსიქიატრიული სტაციონარების ორგანიზებას, საქართველოში 800 საწოლამდე, ხოლო საბჭოთა კავშირის ზოგ რეგიონში 4000 საწოლი და მეტი.

მთელ რიგ მეტად პროგრესულ გადაწყვეტილებებთან ერთად, როგორცაა დისპანსერული განყოფილებებისა და დღის სტაციონარების შექმნა, მრავალპროფილიან საავადმყოფოებში, როგორც ბავშვთა, ისე მოზრდილთა სპეციალიზებული ფსიქიატრიული განყოფილებების ორგანიზება და სხვა. ყურადღებას იქცევს ის, რომ წარმოდგენილი გეგმა მეტად ძვირადღირებულია, რამაც მეტწილად გამოიწვია მისი მნიშვნელოვანი ნაწილის შეუსრულებლობა განსაკუთრებით რესურსტევად საკითხებში.

გეგმა ორიენტირებულია ცენტრალიზებულ მომარაგებასა და განაწილებაზე, რაც სოციალისტური ურთიერთობისათვისაა დამახასიათებელი.

მიუხედავად აღნიშნული ხარვეზებისა 1980 წლის ივლისის დადგენილება უაღრესად სერიოზული და საყურადღებოა. აღნიშნული დადგენილებით გათვალისწინებული ღონისძიებების რეალიზაციამ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ქართული ფსიქიატრიის განვითარებაში.

ფსიქიკურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის საკითხები
საქართველოში.

ფსიქიკურ ავადმყოფთა აღრიცხვიანობა საბჭოთა კავშირში სხვა არაინფექციურ დაავადებებთან შედარებით ყოველთვის გამოირჩეოდა მაღალი სიზუსტით. ამას მნიშვნელოვნად უწყობდა ხელს არსებული საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც ძირითადად პატერნიზაციულ პრინციპზე იყო დაფუძნებული. აღნიშნული პრინციპის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან რგოლს ავადმყოფთა დისპანსერიზაცია წარმოადგენდა. ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება ვალდებული იყო ფსიქიკური ავადმყოფი გამოვლინების შემთხვევაში გაეგზავნა საკონსულტაციოდ ტერიტორიულ ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში. იქვე იგზავნებოდნენ ფსიქიატრიული სტაციონარებიდან გაწერილი ავადმყოფები.

1960 წლიდან, როდესაც საქართველოში შეიქმნა ამბულატორიულ ფსიქონევროლოგიურ დაწესებულებათა განშტოებადი ქსელი, მკვეთრად გაიზარდა ფსიქიკურ ავადმყოფთა დაავადებიანობის მაჩვენებელი და 1990 წლისათვის ავადმყოფთა რაოდენობამ 74 757 ადამიანი შეადგინა ანუ 1.8 ავადმყოფი 1000 სულ მოსახლეზე. ეს მაჩვენებელი მართალია ჩამორჩებოდა საერთო საკავშირო მაჩვენებელს 2.4-ს, მაგრამ ავადმყოფთა გამოვლინების ტემპი იძლეოდა იმის პროგნოზს, რომ ეს მაჩვენებლები უახლოეს პერიოდში გათანაბრდებოდა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ახალი ამბულატორიული ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებების გახსნა და შესაბამისად ფსიქიატრიული სამსახურის მაქსიმალური მიახლოება მოსახლეობასთან წარმოადგენდა ავადმყოფთა გამოვლენის მატების ერთ-ერთ უმთავრეს მიზეზს.

1990-1994 წლებში განვითარებული მოვლენების შედეგად აღნიშნული სისტემა მნიშვნელოვნად დაირღვა, გართულდა სამედიცინო ხასიათის ინფორმაციის ოპერატიული გაცვლა. ფინანსური კრიზისის გამო მკვეთრად შემცირდა დისპანსერების ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მომარაგება, რომელიც უფასოდ ეძლეოდათ ავადმყოფებს, ავადმყოფები მატერიალური გაჭირვების გამო ვერ ახერხებდნენ დისპანსერში მისვლას. ამ ფაქტორებმა

გამოიწვიეს დისპანსერულ აღრიცხვაზე მყოფი ავადმყოფების რაოდენობის მკვეთრი შემცირება 74 757-დან 65 031-მდე. 1995 წელს ეს უფრო მეტად შეეხო არაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკურ დაავადებებს, რომელთა რაოდენობა შემცირდა 25%-ით, ვიდრე ფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკურ დაავადებებს, რომელთა რაოდენობაც მხოლოდ 4.5%-ით შემცირდა. რაც შეეხება ოლიგოფრენიით დაავადებულთა რაოდენობას, იგი პრაქტიკულად არ შეცვლილა.

1995 წლიდან საქართველოში დაიწყო ფუნქციონირება ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამამ, რომელიც უზრუნველყოფდა ამბულატორიულ მკურნალობაზე მყოფ ფსიქიკურ ავადმყოფთა გამამაგრებელ თერაპიას. მკურნალობა ტარდებოდა სახელმწიფოს ხარჯზე და ფსიქიკურ ავადმყოფებს, რომელთაც მატერიალური ხელშეწყობის გამო არ შეეძლოთ მიეღოთ სამედიცინო დახმარება, მიეცათ მკურნალობის შესაძლებლობა.

ამავე წელს ძალაში შევიდა საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, რომელშიც მკვეთრად იქნა შეცვლილი ფსიქიატრიული დახმარების პრინციპი. კერძოდ, გაუქმდა პატერნიზაციული მიდგომა. ავადმყოფს მიეცა უფლება (გარკვეული გამონაკლისების გარდა) გაეკეთებინა არჩევანი – ყოფილიყო თუ არა დისპანსერულ აღრიცხვაზე, ჩაეტარებინა თუ არა მკურნალობა, თვითონ აერჩია სამკურნალო დაწესებულება და მკურნალი ექიმი და სხვა.

ამავე პერიოდში (გასული საუკუნის 90-იან წლებში) საქართველოში მიმდინარე სოციალურმა, ეკონომიკურმა და პოლიტიკურმა ცვლილებებმა განსაკუთრებული სიმწვავეთ დააყენა ადამიანის საზოგადოებასთან დამოკიდებულებისა და ადაპტაციის პრობლემები, რომელთაგანაც პირველ რიგში წარმოჩინდა ისეთი მძიმე ფსიქოსოციალური ფენომენი, როგორიცაა აგრესიული ტენდენციები, მიდრეკილება სუიციდუმიზმს, ბავშვთა და მოზარდთა დევიაციური და ანტი-სოციალური ქცევები და ინტერპერსონალურ დარღვევათა სხვა სახეები. ფსიქიკური დაავადებებიდან პირველ პლანზე წამოიწია სოციალური სტრესით განპირობებულმა ფსიქიკურმა აშლილობებმა, ხშირი ხასიათი მიიღო ფსიქიკურ დაავადებათა ექსაცერბაციამ.

საქართველოში ფსიქიკური დაავადებების ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ აღნიშნული უკანასკნელი 40 წლის განმავლობაში შესაძლებელია გამოიყოს 2 პერიოდი: პირველი – 1960-1990 წლები, როდესაც ადგილი ჰქონდა დაავადებების მაჩვენებლების სტაბილურ ზრდას და მეორე, – 1990 წლიდან დღემდე, რომელიც ხასიათდება აღნიშნული მაჩვენებლების მკვეთრი შემცირებით.

ფსიქიკურ ავადმყოფთა კონტინგენტის უფრო დეტალური ანალიზი გვიჩვენებს, რომ:

1965 წელს საქართველოში დისპანსერულ აღრიცხვაზე იმყოფებოდა 21613 ადამიანი (ავადობის მაჩვენებელი 4.8 – 1000 კაცზე), მათ შორის ავადმყოფები ქრონიკული ალკოპოლიზმით 1322 (0.3–1000 კაცზე).

1970 წელს – 34972(7.4), ქრონიკული ალკოპოლიზმით 3673 (0.8);

1975 წელს – 56 413 (11.5), ქრონიკული ალკოპოლიზმით 9920 (2.0);

1980 წელს – 78978 (15.8), ქრონიკული ალკოპოლიზმით 14644 (2.9);

1986 წელს – 92715 (18.0), ქრონიკული ალკოპოლიზმით 18332 (3.6);

ამგვარად, ამ პერიოდში ამბულატორიულ ფსიქონევროლოგიურ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე მყოფ ავადმყოფთა რაოდენობა გაიზარდა 4.3-ჯერ და ქრონიკული ალკოპოლიზმით ავადმყოფთა კონტინგენტი – 13.9-ჯერ.

აღსანიშნავია, რომ 1988 წელს ფარდობა ყველა ფსიქიკურ დაავადებასა და ნარკოლოგიურ დაავადებათა შორის ტოლია 4 : 1; რესპუბლიკის მოსახლეობის 1.8% მოდის ფსიქიკურად დაავადებულთა კონტინგენტზე.

შედარებისათვის მოვიყვანთ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებს: განვითარებულ ქვეყნებში ფსიქიკურ დაავადებათა ხვედრითი წილი 10-15%-ია; საშუალოდ მსოფლიოში – 3.5%; საბჭოთა კავშირში 1983 წელს ფსიქიკურ ავადმყოფთა კონტინგენტი შეადგენდა 9 200 000 ადამიანს, ანუ მთელი მოსახლეობის 3.4%-ს. უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე

ფსიქიკურად დაავადებულთა კონტინგენტი გაიზარდა 4.2 – ჯერ. საბჭოთა კავშირში 1983 წლისათვის ავადობის მაჩვენებელი 33.7-ის ტოლი იყო, ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა ლიტვაში – 43.6, ყველაზე დაბალი ტაჯიკეთში – 11.5. საქართველო ამ დროისათვის მე-10 ადგილზე იყო (1965 წელს – მე-13 ადგილზე).

საქართველოში ფსიქიკურ ავადმყოფთა კონტინგენტის ზრდის ტემპისა და მოსახლეობის ზრდის ტემპის შედარებისას დადგინდა, რომ ყოველწლიურად დაავადებულთა კონტინგენტი იზრდება 3%-ით (1.03-ჯერ), მოსახლეობის სიმჭიდროვე – 0.06%-ით (1.0006-ჯერ). ამგვარად, ავადმყოფთა კონტინგენტის ზრდის ტემპი 50-ჯერ აღემატება მოსახლეობის ზრდის ტემპს, რაც გამოწვეულია ამბულატორიულ დაწესებულებებში დაავადებულთა გამოვლინების გაუმჯობესებასთან.

ფსიქიკურ ავადმყოფთა კონტინგენტის დინამიკის დიფერენციალური ანალიზი გვიჩვენებს, რომ სხვადასხვა ნოზოლოგიათა სუბკონტინგენტის ზრდის ტემპები განსხვავებულია, რაც გამოვლინდება ძირითად ნოზოლოგიათა ხვედრითი წილის გარკვეულ ცვლილებებში. ასე, მაგალითად

1965 წელს კლებადობით დალაგებული ფსიქიკურ დაავადებების ძირითად ნოზოლოგიათა რიგი ასე გამოიყურება:

1. ნევროზებით	41.9%
2. შიზოფრენიით	13.4%
3. ოლიგოფრენიით	9.5%
4. ქრ. ალკოჰოლიზმით	6.1%
5. ეპილეფსიით	5.2%
6. სხვა დაავადებებით	17.7%

1970 წელს

1. შიზოფრენიით	20.9%
2. ოლიგოფრენიით	20.6%
3. ნევროზებით	17.7%
4. ქრ. ალკოჰოლიზმით	11.9%
5. ეპილეფსიით	11.2%
6. სხვა დაავადებებით	17.7%

1975 წელს:

1. ოლიგოფრენიით	20.6%
2. შიზოფრენიით	18.9%
3. ქრ. ალკოპოლიზმით	18.0%
4. ნევროზებით	13.9%
5. ეპილეფსიით	9.3%
6. სხვა დაავადებებით	19.3%

1980 წელს:

1. ოლიგოფრენიით	20.1%
2. ქრ. ალკოპოლიზმით	19.8%
3. შიზოფრენიით	17.2%
4. ნევროზებით	14.0%
5. ეპილეფსიით	8.0%
6. სხვა დაავადებებით	20.9%

1986 წელს:

1. ოლიგოფრენიით	20.7%
2. ქრ. ალკოპოლიზმით	20.0%
3. შიზოფრენიით	16.7%
4. ნევროზებით	14.8%
5. ეპილეფსიით	7.8%
6. სხვა დაავადებებით	20.8%

შესაბამისი პროცენტული მაჩვენებელი საბჭოთა კავშირში ასე გამოიყურებოდა 1965 წელს:

1. ქრ. ალკოპოლიზმით	20.4%
2. ნევროზებით	13.8%
3. შიზოფრენიით	13.8%
4. ოლიგოფრენიით	12.0%
5. ეპილეფსიით	10.4%
6. სხვა დაავადებებით	26.6%

1970 წელს:

1. ქრ. ალკოპოლიზმით	25.5%
2. ოლიგოფრენიით	16.0%
3. შიზოფრენიით	13.3%
4. ეპილევსიით	10.2%
5. ნევროზებით	8.6%
6. სხვა დაავადებებით	23.6%

1975 წელს:

1. ქრ. ალკოპოლიზმით	32.5%
2. ოლიგოფრენიით	16.2%
3. შიზოფრენიით	12.0%
4. ეპილევსიით	8.3%
5. ნევროზებით	7.4%
6. სხვა დაავადებებით	23.6%

1980 წელს:

1. ქრ. ალკოპოლიზმით	41.2%
2. ოლიგოფრენიით	14.7%
3. შიზოფრენიით	10.5%
4. ეპილევსიით	6.4%
5. ნევროზებით	6.1%
6. სხვა დაავადებებით	21.1%

1985 წელს:

1. ქრ. ალკოპოლიზმით	44.7%
2. ოლიგოფრენიით	14.3%
3. შიზოფრენიით	10.1%
4. ეპილევსიით	5.6%
5. ნევროზებით	5.5%
6. სხვა დაავადებებით	19.8%

როგორც მოყვანილი მონაცემებიდან ირკვევა 15 წლის მანძილზე მკვეთრად იზრდება ქრ. ალკოპოლიზმით დაავადებულთა ხვედრითი

წილი, როგორც საბჭოთა კავშირში ასევე საქართველოში შიზოფრენიის, ეპილევსიის, ნევროზების შემცირების ფონზე, მაგრამ საბჭოთა კავშირში ქრ. ალკოპოლიზმით დაავადებულთა ხვედრითი წილი 1.8-2.2 ჯერ მეტია, ხოლო ნევროზების 1.9-2.7 ჯერ ნაკლები, ვიდრე საქართველოში.

ფსიქიკურ დაავადებათა გავრცელების ანალიზი სქესისა და ასაკის მიხედვით გვიჩვენებს, რომ: 1. ავადობის ტემპის ზრდა ქალებსა და მამაკაცებს შორის დაახლოებით ერთნაირია (სხვაობა სტატისტიკურად არასაიმედოა). 2. 50 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობაში დაავადებათა ზრდის ტემპი უფრო მაღალია (სტატისტიკურად სარწმუნოა - 0.05), ვიდრე სხვა ასაკოვან კონტიგენტში.

ავადობის მაჩვენებლის განხილვისას უნდა გამოიყოს ორი ცნება “აღრიცხული” და “ჭეშმარიტი” ავადობა. “აღრიცხული ავადობის” ტერმინის ქვეშ იგულისხმება გარკვეულ პერიოდში დაავადებულთა და აღრიცხვაზე აყვანილთა რაოდენობა. “ჭეშმარიტი ავადობის” ქვეშ იგულისხმება იგივე დროის მონაკვეთში დაავადებათა ყველა შემთხვევა.

რაც შეეხება მეორე ეტაპს, ანუ 1990 წლიდან დღემდე ფსიქიკურად დაავადებული პაციენტების აღრიცხვიანობის არასრული სტატისტიკური მონაცემებით:

1987 წელს ფსიქონევროლოგიულ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე იმყოფებდა 76 804 პაციენტი, აქედან:

1. ინვოლუციური და სენილური ასაკის ფსიქოზებით - 2 210 ავადმყოფი;
2. შიზოფრენიით - 16 002 ავადმყოფი;
3. არაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებებით - 17 743 ავადმყოფი ;
4. გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა სახეებით და მასთან დაკავშირებული ქცევითი აშლილობებით - 19 988 ავადმყოფი (აქედან 3489 ბავშვი).
5. სხვა დაავადებებით - 20 861 ავადმყოფი;

1990 წელს ფსიქონევროლოგიულ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე იმყოფებოდა 74 757 პაციენტი, აქედან:

1. ინვოლუციური და სენილური ასაკის ფსიქოზებით – 3 034 ავადმყოფი;
2. შიზოფრენიით – 16 569 ავადმყოფი;
3. არაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებებით – 26 193 ავადმყოფი ;
4. გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა სახეებით და მასთან დაკავშირებული ქცევითი აშლილობებით – 20 578(აქედან 2 986 ბავშვი).
5. სხვა დაავადებებით – 8 383 ავადმყოფი;

1993 წელს ფსიქონევროლოგიულ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე იმყოფებოდა 67 435 პაციენტი, აქედან:

1. ინვოლუციური და სენილური ასაკის ფსიქოზებით – 2 859 ავადმყოფი;
2. შიზოფრენიით – 15 208 ავადმყოფი;
3. არაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებებით – 23249 ავადმყოფი ;
4. გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა სახეებით და მასთან დაკავშირებული ქცევითი აშლილობებით – 19 695(აქედან 2 216 ბავშვი).
5. სხვა დაავადებებით – 6 424 ავადმყოფი;

1995 წელს ფსიქონევროლოგიულ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე იმყოფებოდა 65 031 პაციენტი, აქედან:

1. ინვოლუციური და სენილური ასაკის ფსიქოზებით – 2 665 ავადმყოფი;
2. შიზოფრენიით – 15 154 ავადმყოფი;
3. არაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებებით – 20 791 ავადმყოფი ;
4. გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა სახეებით და მასთან დაკავშირებული ქცევითი აშლილობებით – 20 118(აქედან 2 241 ბავშვი).
5. სხვა დაავადებებით – 6 303 ავადმყოფი;

1996 წელს ფსიქონევროლოგიულ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე იმყოფებდა 66 392 პაციენტი, აქედან:

1. ინვოლუციური და სენილური ასაკის ფსიქოზებით – 2834 ავადმყოფი;
2. შიზოფრენიით – 15 108 ავადმყოფი;
3. არაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებებით – 20 628 ავადმყოფი ;
4. გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა სახეებით და მასთან დაკავშირებული ქცევითი აშლილობებით – 19 922(აქედან 1 803 ბავშვი).
5. სხვა დაავადებებით – 7 900 ავადმყოფი;

1997 წელს ფსიქონევროლოგიულ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე იმყოფებდა 66 774 პაციენტი, აქედან:

1. ინვოლუციური და სენილური ასაკის ფსიქოზებით – 2 902 ავადმყოფი;
2. შიზოფრენიით – 15 935 ავადმყოფი;
3. არაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებებით – 19 713 ავადმყოფი ;
4. გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა სახეებით და მასთან დაკავშირებული ქცევითი აშლილობებით – 20 018(აქედან 1 969 ბავშვი).
5. სხვა დაავადებებით – 8 206 ავადმყოფი;

2000 წელს ფსიქონევროლოგიულ დაწესებულებებში აღრიცხვაზე იმყოფებდა 66 735 პაციენტი, აქედან:

1. ინვოლუციური და სენილური ასაკის ფსიქოზებით – 2840 ავადმყოფი;
2. შიზოფრენიით – 15 805 ავადმყოფი;
3. პარაფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკური დაავადებებით – 19 725 ავადმყოფი ;
4. გონებრივი ჩამორჩენილობის სხვადასხვა სახეებით და მასთან დაკავშირებული ქცევითი აშლილობებით – 20 026(აქედან 1 939 ბავშვი).
5. სხვა დაავადებებით – 8 339 ავადმყოფი;

ქვეყნის მოსახლეობის სოციალური დაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს რგოლს ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეულ ინვალიდობის მქონე პირთა სოციალური დაცვა წარმოადგენს. ამ დაავადებათა მნიშვნელოვანი ნაწილი ახალგაზრდა ასაკში იწყება და აქვთ ქრონიკული მიმდინარეობა რაც კიდევ უფრო მეტ სოციალურ სიმწვავეს აძლევს აღნიშნულ პრობლემას.

დღეისათვის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით ინვალიდობის გამომწვევ 10 ყველაზე უფრო გავრცელებულ დაავადებას შორის 5-ს ფსიქიკური დაავადება წარმოადგენს. მათ შორის უმნიშვნელოვანესი ადგილი სხვადასხვა ეტიოლოგიის დეპრესიას უჭირავს, რომლის შემთხვევებიც მრავალი ექსპერტის პროგნოზის მიხედვით კიდევ უფრო გახშირდება.

რაც შეეხება საქართველოს 2003 წელს ფსიქიკური დარღვევების პირველადი შემთხვევების შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მონაცემებს იგი შემდეგია. (იხ. ცხრილი)

თ ა ე ი III.

“ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა”

ანალიზი - 1995 – 2003 წ.წ.

ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამა საქართველოში მოქმედებს 1995 წლიდან საქართველოს პარლამენტის მიერ ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის ამოქმედებისთანავე.

1995-1999 წლებში ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებამ ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებები გამოიყვანა ღრმა კრიზისული სიტუაციიდან, პროგრამის მიმდინარეობის პროცესში შემცირდა სტრაციონარებში ლეტალობის მაჩვენებლები, გამოიკვეთა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტთა მომართვიანობის ზრდის აშკარა ტენდენცია.

1996–1997 წლების გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ ადგილი ჰქონდა ფსიქიატრიული დაწესებულებების მედიკამენტებით, სხვა სახის ჰუმანიტერული დახმარებისა და შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების სხვადასხვა ფორმას.

1996 წელს სამედიცინო დაწესებულებებს ჯანდაცვის ფონდიდან სრულად უნაზღაურდებოდათ შესრულებული სამუშაოს მოცულობა. ხოლო ჰუმანიტარული დახმარება მიღებული მედიკამენტების, საკვების და სხვა ფორმით მონეტიზირების შემდეგ აკლდებოდათ დაწესებულებებს.

1997 წელს აღნიშნული ფორმა პრინციპულად შეიცვალა. არ ხდებოდა ჰუმანიტერული დახმარებით მიღებული მატერიალური საშუალებების ამოღება სამედიცინო დაწესებულებებიდან, მაგრამ სამაგიეროდ შემცირებული იყო დაწესებულებების ბიუჯეტი და შესამაბისად ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამაც. აღნიშნული ფორმა მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა დაწესებულებები სხვადასხვანაირად მარაგდებოდნენ ჰუმანიტარული დახმარებით, მაინც წარმატებით ხორციელდებოდა და მან გაგრძელება ჰპოვა 1998 წელშიც.

1998 წელს ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენდა:

1. იძულებით მკურნალობაზე მყოფ, სოციალურად საშიშ და გამწვავების პერიოდში მყოფ ქრონიკულ სულით ავადმყოფთა, ფსიქოზური რეგისტრის დაავადებათა და პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა სტაციონარული მკურნალობა.

2. გაძლიერებული სოციალური საშიშროების მქონე სულით ავადმყოფთა ამბულატორიული მკურნალობა და დინამიური მეთვალყურეობა.

3. პროგრამის ნაწილს შეადგენს ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბაზაზე რეაბილიტაციური ცენტრის ორგანიზაცია.

1998 წლის ფსიქიატრიული პროგრამის ამოცანებით გათვალისწინებული იყო არსებულ სოციალურ და ეკონომიკურ სიტუაციაში ფსიქიატრიული დახმარების მდგომარეობის დინამიური მონიტორინგისათვის პირობების შექმნა. სახელმწიფოს მიერ სავალდებულოდ დასაფინანსებელი ნოზოლოგიების განსაზღვრა. პროგრამისათვის აუცილებელი მედიკამენტების საერთო რაოდენობის დადგენა. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პერსონალის მომზადება და შემდგომი გადამზადების სრულყოფა. ფსიქიატრთა პროფესიონალური ლიცენზირებისათვის მომზადება.

პროგრამის ძირითად ნაწილს შეადგენდა სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიასთან გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია. დახმარების მოცულობა ზუსტად იყო განსაზღვრული და დაფიქსირებული პროგრამის მიხედვით ხელშეკრულებებში. სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიასთან 1998 წელს ხელშეკრულება გაფორმებული ჰქონდა 7 სტაციონარულ და 17 ამბულატორიულ დაწესებულებას. (საიდანაც 3 სტაციონარის დისპანსერული განყოფილებაა).

ფსიქიატრიული დახმარების 1998 წლის პროგრამის ბიუჯეტი დაყოფილი იყო შემდეგნაირად:

1. სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანიის მიერ უნდა დაფინანსებულიყო 3 000 000 ლარის მოცულობის სამუშაო შემდეგი პროპორციით:

სტაციონარული დახმარების ხარჯები	– 2 467 400 ლარი	- 82.2%
ამბულატორიული დახმარების ხარჯები	– 465 238 ლარი	- 15.5%

სადაზღვევო საქმეთა ორგანიზაციისა და
პროგრამის მართვის ხარჯები – 54 362 ლარი - 1.8%
რეაბილიტაციური პროგრამის
ხარჯები – 13 000 ლარი - 0.5%

(ჯანდაცვის სამინისტროს კონტრაქტი ნიდერლანდების
"კარიტასთან" – 18.09.97 №01/04-969)

პროგრამის დეფიციტის დასაფარად განსაზღვრული იყო
ძირითადი ფსიქოტროპული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა
პუმანიტარული ორგანიზაციების და ჯანდაცვის სამინისტროს
შესაბამისი სამსახურების მიერ. მედიკამენტების ღირებულება
შეადგენდა 538 359.18 ლარს.

1999 წლის ფსიქიატრიული დახმარების სამედიცინო
პროგრამის მიზანს წარმოადგენდა:

საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურის
ოპტიმალური, საერთაშორისო სტანდარტებთან დაახლოებული დონის
შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფდა:

სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას შემდეგი
მოცულობით:

1. იძულებით მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა მკურნალობა.
2. სოციალურად საშიშ ავადმყოფთა მკურნალობა.
3. ქრონიკულ სულით ავადმყოფთა მკურნალობა. გამწვავების
პერიოდში.
4. ფსიქოზური რეგისტრის დაავადებათა მკურნალობა.
5. პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა მკურნალობა.

გაძლიერებული სოციალური საშიშროების მქონე სულით
ავადმყოფთა ამბულატორიული მკურნალობა და დინამიური
მეთვალყურეობა.

1999 წლის პროგრამა ითვალისწინებდა სამკურნალო
სტანდარტების მნიშვნელოვან რევიზიას, მათ უფრო დეტალურ
დიფერენციაციას. სამედიცინო დახმარების დონეების მიხედვით
ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დახმარებაში გამოყოფილი იყო
სამი ძირითადი ტიპის სტანდარტი.

- 1) კაბინეტის.
- 2) ფ/ნ დისპანსერის დინამიური მეთვალყურეობისა და
გამამაგრებელი თერაპიის.
- 3) ფსიქოზური მდგომარეობის ეგზაცერბაციის კუპირების.

გათვალისწინებული იყო კლინიკური კრიტერიუმების მიხედვით ახალი ფსიქოტროპული პრეპარატების შეყვანა მკურნალობის სქემებში.

1999 წელს გრძელდებოდა ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბაზაზე რეაბილიტაციური ცენტრის ორგანიზაცია.

1999 წლის ფსიქიატრიული პროგრამის ამოცანებით გათვალისწინებული იყო არსებულ სოციალურ და ეკონომიკურ სიტუაციაში ფსიქიატრიული დახმარების მდგომარეობის დინამიური მონიტორინგისათვის პირობების შექმნა. სახელმწიფოს მიერ სავალდებულოდ დასაფინანსებელი ნოზოლოგიების განსაზღვრა. პროგრამისათვის აუცილებელი მედიკამენტების საერთო რაოდენობის დადგენა. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პერსონალის მომზადება და შემდგომი გადამზადების სრულყოფა. მომზადება ფსიქიატრთა პროფესიონალური ლიცენზირებისათვის.

ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებებისა და იქ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთათვის დამატებითი შემოსავლის მიღების საშუალებათა მოძიება.

ამბულატორიული ფსიქიატრიული დახმარების ქსელის ოპტიმიზაცია. დისპანსერებისა და კაბინეტების მიერ ფსიქიკურ დაავადებათა გამწვავებების პრევენციისათვის საჭირო პირობების უზრუნველყოფა.

ფსიქორეაბილიტაციური სამსახურის ეტაპობრივი ორგანიზაცია.

1999 წლის ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული იყო სამკურნალო სტანდარტებით საჭირო ფსიქოტროპული პრეპარატების ცენტრალიზებული შეძენა. პროგრამისათვის აუცილებელი სამკურნალო საშუალებათა საერთო ღირებულება (სტანდარტების ფასებით) შეადგენდა 764 582 ლარს.

ფსიქიატრიული დახმარების 1999 წლის პროგრამის ბიუჯეტი დაყოფილი იყო შემდეგნაირად:

1999 წლის ფსიქიატრიული დახმარების ბიუჯეტი შეადგენდა 3 300 000 ლარს.

სტაციონარული დახმარების ხარჯები	1 971 000 ლარი,
ამბულატორიული დახმარების ხარჯები	519 206.20 ლარი,

ურგენტული დახმარების (დღის სტაციონარი) ხარჯები 45 168.75 ლარი.

რეაბილიტაციური პროგრამის ხარჯები:

(ჯანდაცვის სამინისტროს კონტრაქტი ნიდერლანდების „კარიტასთან“ – 18.09.97 №01/04-969) 13000 ლარი

მედიკამენტებით ცენტრალიზებულად

უზრუნველყოფის ხარჯები

764 582 ლარი

პროგრამის ძირითად ნაწილს შეადგენდა სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიასთან გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია. დახმარების მოცულობა ზუსტად იყო განსაზღვრული პროგრამის მიხედვით და დაფიქსირებული შესაბამის ხელშეკრულებებში. სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიასთან 1999 წელს ხელშეკრულება გაფორმებული იყო 7 სტაციონარულ და 17 ამბულატორიულ დაწესებულებასთან. (საიდანაც 3 სტაციონარის დისპანსერული განყოფილებაა).

უკანასკნელ წლებში საქართველოში შესაძინევი გახდა ბავშვთა და მოზარდთა დევიაციური ანტისოციალური ქმედებების აშკარა მატება. ამის მიზეზი, უმეტეს შემთხვევაში, არის მძიმე სოციალურ-ეკონომიური ვითარებით გამოწვეული ნევროტიული აშლილობანი და ქცევითი აბერაციები. დროთა განმავლობაში, სპეციალისტების აზრით (უცხოური ლიტერატურის მონაცემებით და ჩვენი გამოცდილების თანახმად), ეს დარღვევები უფრო გაიზრდება. ამრიგად, მეტად აქტუალური ხდება ფსიქოსოციალური და ფსიქორეაბილიტაციური დახმარების უზრუნველყოფა მომავალი თაობის ნორმალური ჩამოყალიბების პროცესში. პედაგოგიურ, სოციალურ და სამართლებრივ ღონისძიებებთან ერთად, ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ და გამოცდილ მეთოდს წარმოადგენს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-რეაბილიტაციის ცენტრების ფუნქციონირება, რომელთა ძირითად მიზანს, ამ კონტინგენტში, ნევროტიულ აშლილობათა და ქცევითი დარღვევების კორექცია წარმოადგენს. როგორც ცნობილია, სწორედ ეს აშლილობები არის მიზეზი ბავშვებსა და მოზარდებში ანტისოციალური და კრიმინალური ქცევის (ქურდობა, ყაჩაღობა, პროსტიტუცია, მათხოვრობა, მაწანწალობა, ტოქსიკომანია, ნარკომანია და სხვა).

2000 წლის ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამით გათვალისწინებული იყო მასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-რეაბილიტაციის ცენტრის ორგანიზაცია. ცენტრი იქმნება კოჯრის ბავშვთა ფსიქო-ნევროლოგიური პანსიონატის „დილას“ ბაზაზე, თბილისის მერიასთან არსებული ხელშეკრულების (ხელ. 1999წ. 3/XII) საფუძველზე.

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქორეაბილიტაციური პროგრამის სრულყოფილი მუშაობისათვის პირველ ეტაპზე აუცილებელი იყო კოჯრის ბავშვთა ფსიქო-ნევროლოგიური პანსიონატის „დილას“ სარეაბილიტაციო სამუშაოების ჩატარება, რაც ხარჯთაღრიცხვით შეადგენდა 49592.0 ლარს. ასევე, აუცილებელი იყო ამავე პროგრამით ჩატარებულიყო ტრენინგი, რომლის ხარჯები შეადგენდა 3000.0 ლარს.

2000 წლის ფსიქიატრიული დახმარების ბიუჯეტი შეადგენდა 2 900 000 ლარს.

სტაციონარული დახმარების ხარჯები 2 157 907.14

ამბულატორიული დახმარების ხარჯები 594559 ლარი,
ურგენტული დახმარების (დღის სტაციონარი) ხარჯები 51963 ლარი.

რეაბილიტაციური პროგრამის ხარჯები:

(ჯანდაცვის სამინისტროს კონტრაქტი ნიდერლანდების „კარიტასთან“ – 18.09.97 №01/04-969) 13000 ლარი;

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია – 29097 ლარი;

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის განხორციელებისათვის გამოყოფილი სარეაბილიტაციო სამუშაოების ხარჯი – 49592 ლარი;

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამის ტრენინგის ხარჯი – 3000 ლარი.

2000 წლის ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობდა 7 ფსიქიატრიული სტაციონარი, 17 ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერი, რომელთაც გაფორმებული აქვთ შესაბამისი ხელშეკრულებები სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიასთან. თითოეული ამ დაწესებულებისათვის განსაზღვრულია

შესასრულებელი ვიზიტების და სტაციონარებში დასატვირთი საწოლების რაოდენობა.

2001 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონით ფსიქიატრიულ პროგრამაზე განისაზღვრა 3 000 000 ლარი.

ღონისძიება	თანხა
სტაციონარული დახმარების ხარჯები	2 340 000
ამბულატორიული დახმარების ხარჯები	660 000
მათ შორის	
ურგენტული დახმარების (დღის სტაც.) ხარჯები	70 000
ბავშვთა და მოზარდთა რეაბილიტაციური პროგრამის ხარჯები	60 000
სულ	3 000 000

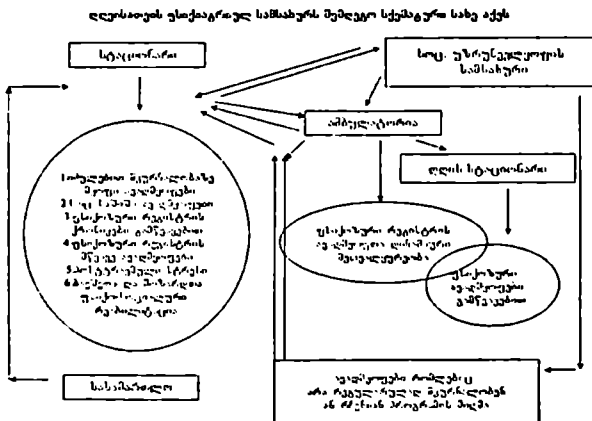
საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულების თანახმად, 2001 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაეკისრა სულით ავადმყოფთა იძულებითი მკურნალობის (ყველა შესაბამისი პირობების დაცვით) ანაზღაურება.

ღონისძიება	თანხა
სტაციონარული დახმარების ხარჯები	2 340 000
ამბულატორიული დახმარების ხარჯები	660 000
მათ შორის	
ურგენტული დახმარების (დღის სტაც.) ხარჯები	70 000
ბავშვთა და მოზარდთა რეაბილიტაციური პროგრამის ხარჯები	60 000
სულ	3 000 000

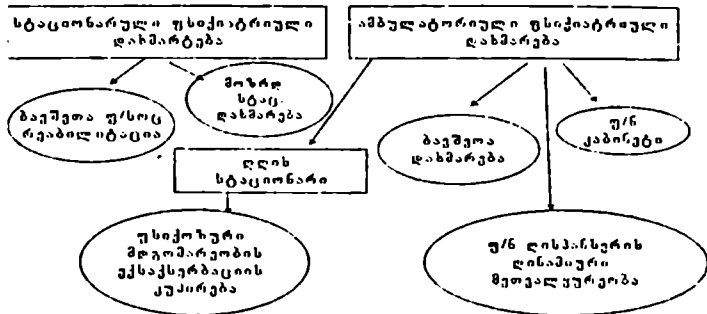
ლონისძიება	თანხა
1. სტაციონარული დახმარება	2 2249 95
2. იძულებით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა დაცვის ხარჯები	200 000
3. ამბულატორიული დახმარება	530 005
4. მედიკამენტები	500 000
5. შემთხვევათა მართვის სამოდულო სისტემის ჩამოყალიბება	15 000
სულ	3 500 000

2002 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონით ფსიქიატრიულ პროგრამაზე განისაზღვრა 3 500 000 ლარი.

2003 წელს ფსიქიატრიული პროგრამის სტაციონარული მომსახურება განისაზღვრა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების სტაციონარულ კომპონენტის ფარგლებში – 3000000 ლარის მოცულობით, ხოლო ამბულატორიული მომსახურება ამბულატორიული კომპონენტის ფარგლებში.



ფსიქიატრიული პროგრამის სამკურნალო სტანდარტების გიქებია :



როგორც პროგრამის ფინანსური ანალიზი გვიჩვენებს სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა მკურნალობაზე გამოყოფილი თანხა მნიშვნელოვნად აღემატება დისპანსრეული მკურნალობის თანხებს მაშინ, როდესაც დისპანსრეული მკურნალობის ავადმყოფთა გაცილებით უფრო დიდი ნაწილი ღებულობს. ქვეყანაში არსებული სტაბილიზაცია ფსიქიატრიული დახმარების ამბულატორიული ქსელის აღდგენა და სხვა ფაქტორები ღღისათვის საშუალებას იძლევიან მნიშვნელოვნად გაიზარდოს ამბულატორიული ფსიქიატრიული დახმარების მიცულობა. ამას ხელს უწყოფს ის ფაქტორიც, რომ მიმდინარე წლის აგვისტოდან ძალაში შევიდა სისხლის სამართლის და სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსი, რომლის თანახმად დაშვებულია ამბულატორიული იძულებითი მკურნალობის ფორმა.

რაც შეეხება ფსიქიატრიის პროგრამაში მონაწილე ფსიქიკურ ავადმყოფთა ნოზოლოგიურ სტრუქტურას აქ როგორც პროგნოზით იყო გათვალისწინებული ყველაზე უფრო გავრცილებული დაავადება შიზოფრენიაა. შიზოფრენიით დაავადებულნი სტაციონარში მყოფ ავადმყოფთა საერთო რიცხვის 62%-ს შეადგენს. ეს დიაგნოზი ყველაზე უფრო გავრცილებულია, ამბულატორულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა შორისაც.

თუ ავიღებთ შეფარდებას შიზოფრენიით დაავადებულთა სტაციონარულ და ამბულატორულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა შორის მივიღებთ

$$SK = SC:SA = 1.25$$

სადაც:

SK - კოეფიციენტი.

SC - სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა შორის შიზოფრენიით დაავადებულთა ხვედრითი წილი.

SA - ამბულატორიულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა შორის შიზოფრენიით დაავადებულთა ხვედრითი წილი.

ანალოგიური მაჩვენებელი ეპილეფსიით დაავადებულებისათვის შემდეგნაირია

$$EK = EC:EA = 0.15$$

სადაც:

EK - კოეფიციენტი.

EC - სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა შორის ეპილეფსიით დაავადებულთა ხვედრითი წილი.

EA - ამბულატორულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა შორის ეპილეფსიით დაავადებულთა ხვედრითი წილი.

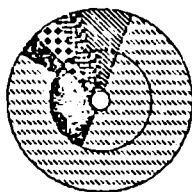
მათი შედარება $EK:SK = 0.12$ გვიჩვენებს, რომ სტაციონარულ მკურნალობას გაცილებით უფრო ხშირად გადიან შიზოფრენიით დაავადებულნი ვიდრე ეპილეფსიით.

აღნიშნული მოვლენის ეპიდემიოლოგიური და სოციალურ-კლინიკური ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში იძულებით მკურნალობას გადის 200-მდე ავადმყოფი ანუ სტაციონირებულ ავადმყოფთა 20%-მდე, ხოლო თითქმის 60%, მათ შორის შიზოფრენიით დაავადებულთა კონტიგენტის 82%-ს ქრონიკულ სულით ავადმყოფებს შეადგენს. აღნიშნული ავადმყოფების უმრავლესობას აქტიური მკურნალობის ნაცვლად ძირითადად მოვლა-პატრონობა და გამამაგრებელი თერაპია ესაჭიროება. ამის, გამო ისინი მოთავსებულ უნდა იქნენ სოცუზრუნველყოფის სამინისტროს სპეციალურ დაწესებულებაში. ამ მხრივ უკვე გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები, კერძოდ თბილისის ფსიქიატრიული

საავადმყოფოს ბაზაზე შექმნილია ფსიქოქრონიკთა განყოფილება 65 საწოლზე, რომელსაც სოციალური უზრუნველყოფის, შრომის და დასაქმების სამინისტრო აფინანსებს, თუმცა ეს, როგორც ანალიზი გვიჩვენებს, ძალიან მცირეა და აუცილებელია მისი გაზრდა.

ფსიქიატრიული დახმარების ფედერალური პროგრამით მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ ეპილეფსიით დაავადებულ მხოლოდ იმ ავადმყოფებს, რომელთაც აქვთ გადახრები ფსიქიკური სფეროს მხრივ. ხოლო თუ მათ ფსიქიკის მხრივ მნიშვნელოვანი ქარაქტეროლოგიური ცვლილებები არ აღენიშნებოდათ; საჭირო მედიკამენტები ჰუმანიტარული დახმარებით ეძლეოდათ წითელი ჯვრისა და ნახევარმთვარის საერთაშორისო ფედერაციის სპეციალური პროგრამით, და რომელიც 1998 წელს შეწყდა. ამან გამოიწვია ეპილეფსიით დაავადებულთა მიმართვიანობის მატება ფსიქონევროლოგიურ ამბულატორიულ დაწესებულებებში და შესაბამისად დისპანსერულ აღრიცხვაზე მათი რაოდენობის ზრდა. თუ გავითვალისწინებთ მოსახლეობის დაბალ ცხოვრების დონეს და იმ ფაქტს, რომ ძნელია დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება

ძირითადი ნოზოლოგიების მკურნალობისათვის
დახარჯული თანხები ამბულატორიულ და
სტაციონარულ პირობებში



- ზიზოფრენია
- ეპილეუსია
- სენილური, ინვოლუციური ფსიქოზები
- ც.ს. ორგანული პათოლოგიები
- ციკლოფრენია
- სხვა დაავადებები

ქარაქტეროლოგიური ცვლილებების სიღრმით და იმის დადგენა შეიძლება თუ არა პირი ღებულობდეს სამედიცინო დახმარებას ფსიქიატრიული პროგრამით. ამ ტენდენციასთან ბრძოლა საკმაოდ რთულია. ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანი იქნება სპეციალური

ანტიეპიდემიური პროგრამის შემუშავება. აღნიშნული პროგრამა ძირითადად უნდა დახმავდეს ნევროლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის მიერ. როგორც დამოუკიდებელი პროგრამა ან ფსიქიატრიული პროგრამის ნაწილი.

მნიშვნელოვანია ტუბერკულოზით დაავადებულ სულით ავადმყოფთა მკურნალობის საკითხი ამ ავადმყოფთა ძირითად სამკურნალო დაწესებულებას წარმოადგენს ბელიანის საავადმყოფო, რომელშიც ამჟამად 40-ზე მეტი ავადმყოფი მკურნალობს. 6 თვის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მეტად გართულებულია ამ ავადმყოფთა მკურნალობა. ამის მიზეზი, ერთის მხრივ, არის ის, რომ საავადმყოფო არ ღებულობს დამატებით დაფინანსებას ზესტანდარტული მომსახურებისათვის და მეორეს მხრივ, ვერ მოხერხდა კოორდინაცია ფტიზიატრიულ სამსახურთან.

სამწუხაროდ წითელი ჯვრისა და ნახევარმთვარის საერთაშორისო ფედერაციების მხრიდან ჰუმანიტარული დახმარების შეწყვეტამ უმძიმეს მდგომარეობაში ჩააყენა პროგრამის რეალიზაციის საკითხი, რაც კიდევ უფრო გართულდა იმით, რომ პროგრამის ბიუჯეტში ძირითადი ფსიქოტროპული მედიკამენტების შეძენისათვის თანხა გათვალისწინებული არ იყო. უცილებელი გახდა ამ საკითხის გათვალისწინება 1999 წლის პროგრამის შემუშავებისას.

2000 წლის შემდეგ საგრძნობლად შეიცვალა ჯანმრთელობის დაცვის სტრუქტურული მოწყობა. შეიძლება დაუფარავად ითქვას, რომ იგი საგრძნობლად უფრო ბიუროკრატიული და მრავალსემანტური გახდა. თუ წინა წლებში (1995 -98 წ.წ.) არსებობდა დარგობრივი სახელმწიფო პროგრამების კოორდინატორის ინსტიტუტი (კოორდინატორი, როგორც წესი იყო დარგის წამყვანი, მოთავე დაწესებულების ხელმძღვანელი, მთელი თავისი ორგანიზაციის ინტელექტუალური და ტექნიკური პოტენციალით), შემდგომში იგი შეიცვალა ცენტრალიზებული „კოორდინატორთა მაკოორდინირებელი“ სამმართველოთი, ხოლო საბოლოოდ, 2000 წლისათვის გაუქმდა „კოორდინატორის“ ინსტიტუტი, ჩამოყალიბდა დეპარტამენტებისა და სამმართველოების მთელი სისტემა, რომელსაც მინისტრის სპეციალურად ამ მიზნით დანიშნული მოადგილე ხელმძღვანელობდა. ამან დიდი აღრევა და დისკოორდინაცია გამოიწვია, რისი შედეგიც გახდა ის, რომ 2000 წლის შემდეგ „ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა“, როგორც

პროფესიონალების მიერ შედგენილი ორგანიზაციული და ფინანსური ხასიათის ბაზისური დოკუმენტი აღარ დაწერილა. ამან გამოიწვია ბევრი ნეგატიური შედეგი: არ ხდებოდა პრიორიტეტების მკაფიო განსაზღვრა მოცემული წლისათვის, ქალაქზე დარჩა დარგის განვითარების სტრატეგიული პროგრამის ძირითადი პარამეტრები, არსად არ ფიქსირდებოდა ფსიქიატრიული სამსახურის რეალური მდგომარეობა და მოთხოვნილებანი. ამრიგად არა მარტო ჯანდაცვის სამინისტროს, არამედ პარლამენტსაც (რომელიც ამტკიცებდა პროგრამის ბიუჯეტს) არ ჰქონდა წარმოდგენა იმაზე, თუ რა ვალდებულებას იღებდა სახელმწიფო თავისი მოქალაქეების წინაშე ფსიქიატრიული დახმარების კუთხით.

ყველაფერი ამის გამო, ჩვენ საჭიროდ ჩავთვალეთ მკითხველისათვის ილუსტრაციის სახით მიგვეწოდებინა “უკანასკნელი პროგრამა” – 2000 წლის “ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა”.

ფსიქიატრიული დახმარების 2000 წლის სახელმწიფო პროგრამა

პრობლემის აქტუალობა

ქვეყანაში მიმდინარე სოციალური და ეკონომიკური ცვლილებები თავის ასახვას ჰპოებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე და მათ შორის, ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციაზე. ფსიქიატრიული კონტინენტის ავადმყოფთა სპეციფიკურობა გამოიხატება სოციალურად საშიში ქცევებისადმი მიდრეკილებაში და ამასთან ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებათა დომინირებაში, რომელთაც ესაჭიროებათ ხანგრძლივი მკურნალობა და პერმანენტული მეთვალყურეობა. იმ მიზეზის გამო, რომ ნათესავები და ახლობლები ხშირად უარს ამბობენ სულით ავადმყოფთა მოვლა-პატრონობაზე, ისინი მთლიანად ფსიქიატრიული დაწესებულების მზრუნველობის ქვეშ ექცევიან.

საქართველოში მიმდინარე სამედიცინო დარგის რეფორმის პროცესში (1995-99 წ.წ.), ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებამ გამოიყვანა ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებები იმ ღრმა კრიზისული სიტუაციიდან, რომელსაც ისინი განიცდიდნენ მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური სტაგნაციის პერიოდში. გარკვეულწილად გაუმჯობესდა დაწესებულებათა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა, რამაც შესაბამისი

გამოხატულება კპოვა ავადმყოფთა ყოფით პირობებზე (განსაკუთრებით სტაციონარებში), მედიკამენტებით უზრუნველყოფაზე და აგრეთვე, სამედიცინო პერსონალის შრომით ანაზღაურებაზე. 1995 წლის აგვისტოდან დღემდე ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის მიმდინარეობის პროცესში მნიშვნელოვნად შემცირდა ავადმყოფთა ლეტალობის მაჩვენებელი სტაციონარში, სრულყოფილი გახდა მათი როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული მკურნალობა, საგრძნობლად შეივსო როგორც ექიმთა, ასევე საშუალო და დაბალი მედ. პერსონალის დეფიციტი. ამასთან ერთად, წინა წლებთან შედარებით, 1997-98 წლებში გამოიკვეთა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტთა მომართვიანობის ზრდის აშკარა ტენდენცია. მიღებულმა გამოცდილებამ საშუალება მოგვცა ჩაგვეტარებინა ღონისძიებები ფსიქიატრიული დახმარების ქსელის ოპტიმიზაციისათვის, დაგვეხვეწა როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული მკურნალობის სტანდარტები და შეგვექმნა ყველა პირობა ფსიქიატრიული დახმარების არსებული მოცულობით უზრუნველყოფისათვის.

2000 წლისათვის, მიუხედავად მძიმე ეკონომიკური ვითარებისა მნიშვნელოვანი ბიუჯეტური დეფიციტის პირობებში დაგვეძლია გადაიდგას ნაბიჯები ქსელში ორგანიზაციული და სტრუქტურული ცვლილებების გასატარებლად. ეს რეორგანიზაცია მიმართული იქნება ფსიქიკური დაავადებების მქონე პაციენტთა დახმარების გასაუმჯობესებლად. მკურნალობის ხარისხის ამაღლების მიზნით გათვალისწინებულია სამკურნალო სტანდარტების მაქსიმალური შესატყვისობა ფსიქიატრიული ქსელის დახმარების სტრუქტურასთან.

პროგრამის მიზანი

2000 წლის ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურის ოპტიმალური, საერთაშორისო სტანდარტებთან დაახლოებული ღონის შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს:

1. სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას შემდეგი მოცულობით:
 - 1.1. იძულებით მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა მკურნალობა;
 - 1.2. სოციალურად საშიშ ავადმყოფთა მკურნალობა;
 - 1.3. ქრონიკულ სულით ავადმყოფთა მკურნალობა გამწვავების პერიოდში;
 - 1.4. ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობათა მკურნალობა;
 - 1.5. პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა მკურნალობა.
 - 1.6. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკურ და ქცევით აშლილობათა მკურნალობა და მათი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია.

2. ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დახმარებას იმ კატეგორიის ავადმყოფებისათვის, რომლებიც წარმოადგენენ გაძლიერებულ სოციალურ საშიშროებას, მათ მკურნალობას და დინამიურ მეთვალყურეობას.

3. 2000 წლის პროგრამა ითვალისწინებს სამკურნალო სტანდარტების მნიშვნელოვან რევიზიას, მათ უფრო დეტალურ დიფერენციაციას. სამედიცინო დახმარების დონეების მიხედვით ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დახმარებაში გამოყოფილია სამი ძირითადი ტიპის სტანდარტი: 1) კაბინეტის, 2) ფ/ნ დისპანსერის დინამიური მეთვალყურეობისა და გამამაგრებელი თერაპიის; 3) ფსიქოზური მდგომარეობის ევზაცერბაციის კუპირების; გათვალისწინებულია კლინიკური კრიტერიუმების მიხედვით ახალი ფსიქოტროპული პრეპარატების შეყვანა მკურნალობის სქემებში.

4. 2000 წლის პროგრამით გაგრძელდება ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბაზაზე რეაბილიტაციური ცენტრის ორგანიზაციის მიზნით მიმდინარე სამუშაოები და სპეციალისტთა მომზადება, რომლებიც გათვალისწინებულია საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსა და ნიდერლანდების „კარიტასთან“ 18.09.97 №01/04-969 გაფორმებული ხელშეკრულებით. ამავე წლის სექტემბრისთვის გამიზნულია ცენტრის მუშაობის დაწყება, რომელიც უზრუნველყოფს საქართველოში საერთაშორისო სტანდარტების დონეზე ფსიქო-რეაბილიტაციური სამსახურის შექმნის პირობებს.

ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის ძირითადი ამოცანები

2000 წლის ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის ძირითად ამოცანებს წარმოადგენს:

1. ქვეყნის ეკონომიკური სიტუაციიდან გამომდინარე ფსიქიატრიული სამსახურის მდგომარეობის შესწავლისათვის დინამიური მონიტორინგისათვის პირობების შექმნა;

2. ამბულატორიული ფსიქიატრიული დახმარების ქსელის ოპტიმიზაცია. დისპანსერებისა და კაბინეტების მიერ ფსიქიკურ დაავადებათა გამწვავებების პრევენციისათვის საჭირო პირობების უზრუნველყოფა;

3. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქორეაბილიტაციური სამსახურის ეტაპობრივი ორგანიზაცია;

4. გაგრძელდეს სამუშაოები ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის სამკურნალო სტანდარტების შემდგომ დახვეწაზე;

5. ფსიქიატრიული სამსახურის ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი მინიმალური ხარჯების განსაზღვრა;

6. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პერსონალის მომზადება და შემდგომი გადამზადების სრულყოფა;

7. ფსიქო-ნევროლოგიური დაწესებულებებისა და იქ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთათვის დამატებითი შემოსავლის მიღების საშუალებათა მოძიება;

8. 2001 წლის ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის შემუშავება.

პროგრამით დასახული ამოცანების შესრულებისათვის საჭირო ღონისძიებები (დამატებითი დაფინანსების გარეშე)

დასახული ამოცანების განხორციელებისათვის საჭიროა მოსამზადებელი სამუშაოების ჩატარება, კერძოდ:

- განისაზღვროს სახელმწიფო პროგრამის მოცულობა, პასუხისმგებელი - კოორდინატორი,

- გაუმჯობესდეს და შეიქმნას მკურნალობის სტანდარტები სტაციონარული და ამბულატორიული ფსიქიკური ავადმყოფებისათვის, როგორც ბავშვთა, ისე მოზრდილთათვის; პასუხისმგებელი - კოორდინატორი.

- განისაზღვროს პროგრამისთვის აუცილებელ ფსიქოტროპულ მედიკამენტთა ჩამონათვალი და რესპუბლიკური ფსიქიატრიული ქსელისათვის საჭირო მათი საერთო რაოდენობა; პასუხისმგებელი - კოორდინატორი.

- შემუშავდეს შიდა სტანდარტების სარეკომენდაციო ვარიანტები; პასუხისმგებელი - კოორდინატორი.

- გაგრძელდეს საქმიანი ურთიერთობანი საერთაშორისო ჰუმანიტარულ ორგანიზაციებთან; პასუხისმგებელი - კოორდინატორი.

- ექიმ-ფსიქიატრთა მომზადება-გადამზადება მოხდეს სამედიცინო აკადემიის ბაზაზე არსებულ ორთვიან კურსებზე; პასუხისმგებელი - სამედიცინო აკადემიის ბაზაზე ექიმ-ფსიქიატრთა მომზადება-გადამზადების კურსის ხელმძღვანელი.

- გაგრძელდეს ექიმ-ფსიქიატრთა სერტიფიცირების პროცესი, კანონით გათვალისწინებული ვადებისა და პირობების დაცვით.

- ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბაზაზე ინტენსიურად ამოქმედდეს რეზიდენტურის 3 წლიანი პროგრამა, რომელიც დამტკიცდა ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის მიერ; პასუხისმგებელი - ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის - დირექტორის მოადგილე სამეცნიერო დარგში.

- დაიხვეწოს ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მართვის და კოორდინაციის სტრუქტურა; პასუხისმგებელი - კოორდინატორი.

- ჩატარდეს რეგიონალური შეკრებები ფსიქიატრიული დაწესებულებების მთავარი ექიმების და ეკონომისტების მონაწილეობით, სადაც გაცემულ იქნება საჭირო განმარტებანი, კონსულტაციები პროგრამის ირგვლივ; პასუხისმგებელი - კოორდინატორი.

- ჩატარდეს სპეციალური სემინარი პოსტტრავმული სტრესული მდგომარეობის დიაგნოსტიკის მკურნალობას და პროფილაქტიკის საკითხების შესახებ; პასუხისმგებელი - ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის დირექტორის მოადგილე სამეცნიერო დარგში.

- პროგრამის სრულყოფისა და შემდგომი დახვეწისათვის გაკეთდეს რესპუბლიკის ფსიქიატრიული ქსელის მონაცემების კვარტალური, ნ-თვის და წლიური ანალიზი; პასუხისმგებელი - კოორდინატორი.

- ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის შემდგომი დახვეწა და ეკონომიკური გაანგარიშება; პასუხისმგებელი — მთავარი ეკონომისტი.

- ჩატარდეს სემინარი ფინანსებისა და საგადასახადო საფუძვლების შესახებ ბუღალტრებისათვის; პასუხისმგებელი - მთავარი ეკონომისტი.

პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებათა შერჩევის მეთოდოლოგია

წინა წლების სტატისტიკაზე დაყრდნობით და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვით პროგრამის სრული მოცულობით განხორციელებისათვის აუცილებელია ქვეყანაში არსებული აღნიშნული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების მთლიანი სიმძლავრეები. შესაბამისად არ არსებობს დისბალანსი დაკვეთასა და მოწოდებას შორის, რაც კონკურენციის აუცილებელი პირობაა.

კონკურენციის არარსებობის პირობებში აღნიშნული სამედიცინო დაწესებულებები შეიძლება ჩაითვალოს მომსახურების ექსკლუზიურ მომწოდებლებად.

ამასთანავე დარგის სპეციფიკიდან გამომდინარე, კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი თავმოყრილია აღნიშნულ სამედიცინო დაწესებულებებში. შესაბამისად სახელმწიფო დაკვეთის ვექტორის შეცვლა გამოიწვევს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესებას.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე და სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონის 22 მუხლის ბ), დ) პუნქტებზე დაყრდნობით სასურველია/მიზანშეწონილია მომსახურების შესყიდვა განხორციელდეს სამედიცინო დაწესებულებებთან პირდაპირი მოლაპარაკების გზით.

ამასთანავე წინამდებარე პროგრამის სრულფასოვანი, ეფექტური და ხარისხიანი განხორციელებისათვის მიზანაშეწონილია სამედიცინო

მომსახურების შექმნა განხორციელდეს პროგრამით დადგენილ სამედიცინო დაწესებულებებისაგან, დადგენილი მოცულობებით, არსებული კანონმდებლობის დაცვით.

პროგრამის მართვა და შემსრულებლები

პროგრამის მართვას ახორციელებს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო პროგრამაში მითითებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მეშვეობით, რომელთანაც პროგრამის რეალიზაციისათვის ობიექტური პირობების (საჭირო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და სამედიცინო შტატი) შერჩევის საფუძველზე ფორმდება შესაბამისი ხელშეკრულება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მიერ.

პროგრამის შედეგები

2000 წლის ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის შესრულების შედეგად, შესაძლებელი გახდება უზრუნველყოთ საერთაშორისო სტანდარტებთან მიახლოებული ფსიქიატრიული დახმარების შემდეგი მოცულობა:

1. სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში:

- იძულებით მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთა მკურნალობა;
- სოციალურად საშიშ ავადმყოფთა მკურნალობა;
- ქრონიკულ სულით ავადმყოფთა მკურნალობა გამწვავების პერიოდში;
- ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობათა მკურნალობა;
- პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობათა მკურნალობა.
- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია.

2. ამბულატორიულ დაწესებულებებში:

- გაძლიერებული სოციალური საშიშროების მქონე სულით ავადმყოფთა მკურნალობა და დინამური მეთვალყურეობა,

- სულით ავადმყოფთა ფსიქოზურ აშლილობათა ეკზარცეპციების კუპირება ამბულატორიულ დონეზე,

- ამბულატორიული დახმარების დიფერენცირებული და ეტაპობრივი უზრუნველყოფა,

3. 2000 წლის პროგრამით გათვალისწინებული ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბაზაზე ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციური ცენტრის ორგანიზაციის მიზნით მიმდინარე სამუშაოების გაგრძელება, ხოლო წლის მეორე ნახევრიდან ცენტრის ფუნქციონირების დაწყება.

პროგრამის ბიუჯეტი

უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის სრული მოცულობით ამოქმედებისათვის, ოპტიმალური გათვლებით საჭიროა 10 600 000,0 ლარი, საიდანაც 7 464 250,0 ლარი სტაციონარული, ხოლო 2 315 597,0 ლარი ამბულატორიულად ფსიქიატრიული დახმარებისთვისაა აუცილებელი. ფსიქოტროპული მედიკამენტებით პროგრამის სრულყოფილი უზრუნველყოფისათვის საჭიროა 1 913 814,0 ლარი.

ბიუჯეტური დაფინანსების მკვეთრი შემცირების გამო, მნიშვნელოვნად შემცირდა ფსიქიატრიულ დახმარებაზე გათვალისწინებული სახსრები. ამ თანხამ შეადგინა 2 900 000,0 ლარი. ამრიგად, ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი გახდა დეფიციტური, რამაც საგრძნობლად იმოქმედა პროგრამის სტრუქტურაზე.

2000 წლის სახელმწიფო პროგრამა უზრუნველყოფს 27 ათასი ამბულატორიული და ერთდროულად 1000 სტაციონარული ავადმყოფის სამედიცინო მომსახურებას.

პროგრამა გათვლილია ძირითად პროგნოზულ მაჩვენებლებზე დაყრდნობით.

2000 წლის ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამის ბიუჯეტის განსაზღვრისას აუცილებელია მხედველობაში მივიღოთ როგორც არსებული ფინანსური მდგომარეობა, ასევე რეალური სიტუაცია ქსელში. ბიუჯეტური სახსრები მოხმარდება ფსიქიატრიული დახმარების (სტაციონარული და ამბულატორიული) სტანდარტების მხოლოდ ნაწილობრივ შესრულებას. მიზეზი გამოხატული ფინანსური დეფიციტია. ამის გამო სამკურნალო სტანდარტები ატარებენ მხოლოდ სარეკომენდაციო და მეთოდურ-სახელმძღვანელო ხასიათს, სადაც გათვალისწინებულია სამკურნალო სტანდარტების გარკვეული დიფერენციაცია ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებების (კაბინეტი, დისპანსერი, სტაციონარი) მუშაობის სპეციფიკის შესაბამისად. ფსიქიატრიულ ქსელს ნეიროტროპული მედიკამენტები მიეწოდება ცენტრალიზებული გზით.

ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სტაციონარული მომსახურებისა და არსებული ბიუჯეტის დაფინანსებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია სტაციონარული მომსახურების დაფინანსება 2000 წლის ბიუჯეტში განწილდეს სამ პერიოდად. მიმდინარე წლის იანვრიდან-მაისის ჩათვლით, ივნისიდან-ივლისის ჩათვლით და აგვისტოდან-დეკემბრის ჩათვლით.

2000 წლის იანვრიდან-მაისის ჩათვლით ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამით სტაციონარებში საწოლ-დღეთა ანაზღაურება მიზანშეწონილია განისაზღვროს 6,73 ლარით, ხარჯთაღრიცხვა შემდეგნაირია:

1. პირდაპირი ხარჯები:	ერთი ს/დ
მედიკამენტები და სამედიცინო მომსახურების ერთჯერადი საგნები	1,17
კლინიკური ანალიზი და კონსულტაციები	0,18
კვება	1,75
ექიმთა და მედპერსონალთა ხელფასი	1,20
დარიცხვა	0,37
ს უ ლ	4,67

2. არაპირდაპირი ხარჯები:

ადმინისტრაციას და მათ შორის განყოფილების გამგის ხელფასი	0,70
დარიცხვა	0,22
კომუნალური მომსახურება	0,37
გადასახადები ბიუჯეტში	0,37
სამეურნეო ხარჯები	0,40
ს უ ლ	2.06

აქედან გამომდინარე, განისაზღვრა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სტაციონარების დატვირთვა, შესაბამისად, განაწილდა მათი ბიუჯეტური დაფინანსება შემდეგნაირად:

ორგანიზაციის დასახელება	საწოლთა რ-ბა	თვეში	5 თვეში
მ.ასათიანის სახ.ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	270	54876.42	274382.10

ქ.თბილისის ფსიქ. საავ-ფო ზონის რ-ის ქუტირის ფსიქ.	100	20324.6	101623.0
საავ-ფო	270	54876.42	274382.10
წალკის რ-ის ბელიანის ფსიქ.საავ-ფო	100	20324.6	101623.0
ბათუმის ფ/ნ საავ-ფო	90	18292.14	91460.7
სურამის ფ/ნ საავ-ფო	70	14227.22	71136.10
ფოთის ფსიქ. საავ-ფო	100	20324.6	101623.0
ს უ ლ	1000	203246.0	1016230.0

2000 წლის იენისიდან-იელისის ჩათვლით ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამით სტაციონარებში საწოლ-დღეთა ანაზღაურება მიზანშეწონილია განისაზღვროს 5,62 ლარით, ხარჯთაღრიცხვა შემდეგნაირია:

1. პირდაპირი ხარჯები:	ერთი ს/დ
მელიკამენტები და სამედიცინო მომსახურების	
ერთჯერადი საგნები	0,40
კლინიკური ანალიზი და კონსულტაციები	0,18
კვება	1,70
ექიმთა და მედპერსონალთა ხელფასი	1,25
დარიცხვა	0,39
ს უ ლ	3,92
2. არაპირდაპირი ხარჯები:	
ადმინისტრაციას და მათ შორის განყოფილების გამგის ხელფასი	0,75

დარიცხვა	0,23
კომუნალური მომსახურება	0,20
გადასახადები ბიუჯეტში	0,17
სამეურნეო ხარჯები	0,24
ს უ ლ	1,59

პროგრამის ფარგლებში შესრულებულ სამუშაოთა ანაზღაურება ხორციელდება დამტკიცებული სტანდარტებისა და შესაბამისი ტარიფების საფუძველზე გაანგარიშებული საწოლ-ღღის ღირებულების მიხედვით.

აქედან გამომდინარე, განისაზღვრა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სტაციონარების დატვირთვა, შესაბამისად, განაწილდა მათი ბიუჯეტური დაფინანსება შემდეგნაირად:

ორგანიზაციის დასახელება	საწოლთა რ-ბა	თვეში	2 თვეში
მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	270	45481.11	90962,22
ქ.თბილისის ფსიქ. საავ-ფო	100	16844.86	33689,72
ხონის რ-ის ქუტირის ფსიქ.საავ-ფო	2 70	45481.11	90962,22
წალკის რ-ის ბელიანის ფსიქ.საავ-ფო	100	16844.85	33689,72
ბათუმის ფ/ნ საავ-ფო	90	15160.37	30320,74
სურამის ფ/ნ საავ-ფო	70	11791.40	23582,80
ფოთის ფსიქ. საავ-ფო	100	16844.86	33689,72
ს უ ლ	1000	168448.60	336897,20

გარდა ამისა, ქუთაისის, სენაკისა და ლანჩხუთის ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებისათვის გათვალისწინებულია ურგენტულ შემთხვევათა მკურნალობა დღის სტაციონარის პრინციპით. სტანდარტში გათვალისწინებული არ არის ხარჯები ავადმყოფთა კვებისათვის. დღის სტაციონარის სტანდარტის ერთი საწოლ-დღის ხარჯთაღრიცხვა 2000 წლის იანვრიდან - მაისის ჩათვლით შეადგენს 3,92 ლარს, რომელიც განისაზღვრება შემდეგნაირად:

1. პირდაპირი ხარჯები:	ერთი ს/ლ
მედიკამენტები და სამედიცინო	
მომსახურების ერთჯერადი საგნები	1,17
კლინიკური ანალიზი და კონსულტაციები	0,18
ექიმთა და მედპერსონალთა ხელფასი	0,80
დარიცხვა	0,25
ს უ ლ	2,40

2. არაპირდაპირი ხარჯები:

ადმინისტრაციას და მათ შორის	
განყოფილების გამგის ხელფასი	0,40
დარიცხვა	0,13
კომუნალური მომსახურება	0,32
გადასახადები ბიუჯეტში	0,37
სამეურნეო ხარჯები	0,30
ს უ ლ	1,52

აქედან გამომდინარე, განისაზღვრა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დისპანსერების დატვირთვა, შესაბამისად, განაწილდა მათი ბიუჯეტური დაფინანსება შემდეგნაირად:

ორგანიზაციის დასახელება	საწოლთა რ-ბა	თვეში	წთკეში
სენაკის ფ/ნ დისპანსერის სტაციონარული განყ-ბა	15	1775.76	8878.80

ლანხხუთის ფ/ნ დისპანსერის სტაციონარული განყ-ბა	15	1775.76	8878.80
ქუთაისის ფ/ნ დისპანსერის სტაციონარული განყ-ბა	15	1775.76	8878.80
ს უ ლ	45	5327.28	6636.40

დღის სტაციონარის სტანდარტის ერთი საწოლ-დღის ხარჯთაღრიცხვა 2000 წლის 1 ივნისიდან 31 ივლისის ჩათვლით შეადგენს 2,63 ლარს, რომელიც განისაზღვრება შემდეგნაირად:

1. პირდაპირი ხარჯები:	ერთი ს/დ
მედიკამენტები და სამედიცინო მომსახურების ერთჯერადი საგნები	0,30
კლინიკური ანალიზი და კონსულტაციები	0,18
ექიმთა და მედპერსონალთა ხელფასი დარიცხვა	0,85
ს უ ლ	1,59

2. არაპირდაპირი ხარჯები:

ადმინისტრაციას და მათ შორის განყოფილების გამგის ხელფასი	0,45
დარიცხვა	0,14
კომუნალური მომსახურება	0,15
გადასახადები ბიუჯეტში	0,10
სამეურნეო ხარჯები	0,20
ს უ ლ	1,04

აქედან გამომდინარე, განისაზღვრა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დისპანსერების დატვირთვა, შესაბამისად, განაწილდა მათი ბიუჯეტური დაფინანსება შემდეგნაირად:

ორგანიზაციის დასახელება	საწოლთა რ-ბა	თვეში	2 თვეში
სენაკის ფ/ნ დისპანსერის სტაციონარული განყ-ბა	15	1206.04	2412,08
ლანხხუთის ფ/ნ დისპანსერის სტაციონარული განყ-ბა	15	1206.04	2412,08

ქუთაისის ფ/ნ დისპანსერიის სტაციონარული განყ-ბა	15	1206.04	2412,08
ს უ ლ	45	3618.12	7236,24

2000 წლის აგვისტო-დეკემბრის ჩათვლით ფსიქიატრიის ფედერალური პროგრამით სტაციონარული მკურნალობის საწოლ-დღეთა ანაზღაურება მიზანშეწონილია განისაზღვროს 5.26 ლარით. ხარჯთაღრიცხვა შემდეგნაირია:

1. პირდაპირი ხარჯები:	ერთი ს/დ
მედიკამენტები და სამედიცინო მომსახურების ერთჯერადი საგნები	0.47
კლინიკური ანალიზი და კონსულტაციები კვება	0.15 1.50
ექიმთა და მედპერსონალთა ხელფასი დარიცხვა	1.20 0.37
ს უ ლ	3.69

2. არაპირდაპირი ხარჯები:	
ადმინისტრაციას და მათ შორის განყოფილების გამგის ხელფასი დარიცხვა	0.65 0.20
კომუნალური მომსახურება გადასახადები ბიუჯეტში სამეურნეო ხარჯები	0.23 0.20 0.29
ს უ ლ	1.57

აქედან გამომდინარე, განისაზღვრა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სტაციონარების დატვირთვა, შესაბამისად, განაწილდა მათი ბიუჯეტური დაფინანსება შემდეგნაირად:

ორგანიზაციის დასახ.	საწოლთა რ-ბა	თვეში	5 თვეში
მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	270	43458.12	217290.60

ქ.თბილისის ფსიქ. საავ-ფო	100	16095.60	80478.0
ზონის რ-ის ქუტირის ფსიქ.საავ-ფო	70	43458.12	17290.60
წალკის რ-ის ბედიანის ფსიქ.საავ-ფო	100	16095.60	80478.0
ბათუმის ფ/ნ საავ-ფო	90	14486.04	72430.20
სურამის ფ/ნ საავ-ფო	70	11266.92	56334.60
ფოთის ფსიქ. საავ-ფო	100	16095.60	80478.0
ს უ ლ	1000	160956.0	804780.0

დღის სტაციონარის სტანდარტის ერთი საწოლ-დღის ხარჯთაღრიცხვა 2000 წლის აგვისტოდან დეკემბრის ჩათვლით შეადგენს 2,63 ლარს, რომელიც განისაზღვრება შემდეგნაირად:

1. პირდაპირი ხარჯები:	ერთი ს/დ
მედიკამენტები და სამედიცინო მომსახურების ერთჯერადი საგნები	0,30
კლინიკური ანალიზი და კონსულტაციები	0,18
ექიმთა და მედპერსონალთა ხელფასი	0,85
დარიცხვა	0,26
ს უ ლ	1,59

2. არაპირდაპირი ხარჯები:

ადმინისტრაციას და მათ შორის განყოფილების გამგის ხელფასი	0,45
დარიცხვა	0,14
კომუნალური მომსახურება	0,15
გადასახადები ბიუჯეტში	0,10

სამეურნეო ხარჯები	0,20
ს უ ლ	1,04

აქედან გამომდინარე, განისაზღვრა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დისპანსერების დატვირთვა, შესაბამისად, განაწილდა მათი ბიუჯეტური დაფინანსება შემდეგნაირად:

ორგანიზაციის დასახელება	საწოლთა რ-ბა	თვეში	5 თვეში
სენაკის ფ/ნ დისპანსერის			
სტაციონარული განყ-ბა	15	1206.04	6030,20
ლანჩხუთის ფ/ნ დისპანსერის			
სტაციონარული განყ-ბა	15	1206.04	6030,20
ქუთაისის ფ/ნ დისპანსერის			
სტაციონარული განყ-ბა	15	1206.04	6030,20
ს უ ლ	45	3618.12	18090,60

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქორეაბილიტაციის პროგრამა.

უკანასკნელ წლებში საქართველოში შესამჩნევი გახდა ბავშვთა და მოზარდთა დევიაციური ანტისოციალური ქმედებების აშკარა მატება. ამის მიზეზი, უმეტეს შემთხვევაში, არის მძიმე სოციალურ-ეკონომიური ვითარებით გამოწვეული ნევროტიული აშლილობანი და ქცევითი აბერაციები. დროთა განმავლობაში, სპეციალისტების აზრით (უცხოური ლიტერატურის მონაცემებით და ჩვენი გამოცდილების თანახმად), ეს დარღვევები უფრო გაიზრდება. ამრიგად, მეტად აქტუალური ხდება ფსიქოსოციალური და ფსიქო-რეაბილიტაციური დახმარების უზრუნველყოფა მომავალი თაობის ნორმალური ჩამოყალიბების პროცესში. პედაგოგიურ, სოციალურ და სამართლებრივ ღონისძიებებთან ერთად, ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ და გამოცდილ მეთოდს წარმოადგენს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-რეაბილიტაციის ცენტრების ფუნქციონირება, რომელთა ძირითად მიზანს, ამ კონტინგენტში, ნევროტიულ აშლილობათა და ქცევითი დარღვევების კორექცია წარმოადგენს. როგორც ცნობილია, სწორედ ეს

აშლილობებია მიზეზი ბავშვებსა და მოზარდებში ანტისოციალური და კრიმინალური ქცევისა (ქურდობა, ყაჩაღობა, პროსტიტუცია, მათხოვრობა, მაწანწალობა, ტოქსიკომანია, ნარკომანია და სხვა).

2000 წლის ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამით გათვალისწინებულია მასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-რეაბილიტაციის ცენტრის ორგანიზაცია. ცენტრი ორგანიზდება კოჯრის ბავშვთა ფსიქო-ნევროლოგიური პანსიონატის „დილას“ ბაზაზე, თბილისის მერიასთან არსებული ხელშეკრულების (ხელ. 1999წ. 3/XII) საფუძველზე.

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-რეაბილიტაციური პროგრამის სრულყოფილი მუშაობისათვის პირველ ეტაპზე აუცილებელია კოჯრის ბავშვთა ფსიქო-ნევროლოგიური პანსიონატის „დილას“ სარეაბილიტაციო სამუშაოების ჩატარება, რაც ხარჯთაღრიცხვით შეადგენს 49592.0 ლარს. ასევე, აუცილებლად მიგვაჩნია ამავე პროგრამით ჩატარებულ იქნას ტრენინგი, რომლის ხარჯები შეადგენს 3000.0 ლარს.

ყოველივე აქედან განისაზღვრა ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამით 1 საწოლ-დღის ღირებულება, რომელიც შეადგენს 5.26 ლარს. ხარჯთაღრიცხვა შემდეგნაირია:

1. პირდაპირი ხარჯები:	ერთი ს/დ
მედიკამენტები და სამედიცინო მომსახურების ერთჯერადი საგნები	0,47
კლინიკური ანალიზი და კონსულტაციები	0,15
კვება	1,50
ექიმთა და მედპერსონალთა ხელფასი	1,20
დარიცხვა	0,37
ს უ ლ	3,69
2. არაპირდაპირი ხარჯები:	
ადმინისტრაციას და მათ შორის განყოფილების გამგის ხელფასი	0,65
დარიცხვა	0,20
კომუნალური მომსახურება	0,23
გადასახადები ბიუჯეტში	0,20

სამეურნეო ხარჯები 0,29

ს უ ლ 1,57

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის სტაციონარი პროგრამაში განისაზღვრება 50 ადგილით, რაც თვეში შეადგენს 8021.50 ლარს, ხოლო მიმდინარე წლის ბოლო ორი თვის განმავლობაში 16043.0 - ლარს.

აქედან გამომდინარე, განისაზღვრა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სტაციონარის დატვირთვა. შესაბამისად განაწილდა მისი ბიუჯეტური დაფინანსება.

ორგანიზაციის დასახ.ება საწოლთა თეეში 2 თეეში
მ.ასათიანის სახ.

ფსიქიატრიის/კ ინსტიტუტი 50 8021.50 16043.0

ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამაში ამბულატორიული მომსახურების დიფერენციაციის გამო განსხვავებულია ფსიქო-ნევროლოგიური კაბინეტისა და ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერიის სამკურნალო სტანდარტები, რის გამოც შესაბამისად განსხვავებულია ერთი ვიზიტის ფასი კაბინეტსა და დისპანსერში. ფსიქო-ნევროლოგიურ კაბინეტში 2000 წლის 1 იანვრიდან 31 მაისის ჩათვლით ერთი ვიზიტის ღირებულება განისაზღვრა 3,10 ლარით, ხოლო ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერში - 5,38 ლარით. ფსიქო-ნევროლოგიური კაბინეტისათვის: 3,10 ლარი

1. პირდაპირი ხარჯები: ერთი კონსულტაცია
მეღპერსონალის ხელფასი 0,80
ღარიცხვა 0,25
მედიკამენტები 2,05
ს უ ლ 3,10

ფსიქონევროლოგიური დისპანსერისათვის: 5,38 ლარი

1. პირდაპირი ხარჯები: ერთი კონსულტაცია
მეღპერსონალის ხელფასი 1,20

დარიცხვა	0,37
მედიკამენტები	2,05
ს უ ლ	3,62

2. არაპირდაპირი ხარჯები:

ადმინისტრაციის ხელფასი	0,60
დარიცხვა	0,19
კომუნალური მომსახურება	0,27
გადასახადები ბიუჯეტში	0,30
სამეურნეო ხარჯები	0,40
ს უ ლ	1,76

უსიქო-ნევროლოგიური კაბინეტისათვის: 1,56 ლარი

1. პირდაპირი ხარჯები: ერთი კონსულტაცია

მედიკონალის ხელფასი	0,85
დარიცხვა	0,26
მედიკამენტები	0,45
ს უ ლ	1,56

უსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერისათვის: 3,30 ლარი

1. პირდაპირი ხარჯები: ერთი კონსულტაცია

მედიკონალის ხელფასი	1,25
დარიცხვა	0,39
მედიკამენტები	0,45
ს უ ლ	2,09

2. არაპირდაპირი ხარჯები:

ადმინისტრაციის ხელფასი	0,60
დარიცხვა	0,19
კომუნალური მომსახურება	0,15
გადასახადები ბიუჯეტში	0,10
სამეურნეო ხარჯები	0,17
ს უ ლ	1,21

**ცალკეული ამბულატორული ფსიქო-ნევროლოგიური
დაწესებულებების აქაღმყოფთა აუცილებელი კონსულტაციების
რაოდენობა.**

დაწესებულების დასახელება	თვეში		5 თვეში:	
	კ/რ	თანხა	კ/რ	თანხა
თბილისის ფსიქ. საავ-ფოს დისპანსერული განყოფილება	900	4842,0	4500	24210.0
თბილისის ფ/ნ დისპანსერი	2800	15064,0	14000	75320.0
თელავის ფ/ნ დისპანსერი	320	1502,72	1600	7513.60
ხილნალის ფ/ნ დისპანსერი	280	1314,88	1400	6574.40
გორის ფ/ნ დისპანსერი	400	1878,40	2000	9392.0
სურამის ფსიქ. საავადმყოფო დისპანსერული განყოფილება	300	1408,80	1500	7044.0
ახალციხის ფ/ნ დისპანსერი	200	939,20	1000	4696.0
რუსთავის ფ/ნ დისპანსერი	860	4038,56	4300	20192.80
ზესტაფონის ფ/ნ დისპანსერი	400	1878,40	2000	9392.0
ქუთაისის ფ/ნ დისპანსერი	2000	10760,0	10000	53800.0
სამტრედიის ფ/ნ დისპანსერი	400	1878,40	2000	9392.0
სენაკის ფ/ნ დისპანსერი	930	4367,28	4650	21836.40
ზუგდიდის ფ/ნ დისპანსერი	700	3287,20	3500	16436.0
ოზურგეთის ფ/ნ დისპანსერი	400	1878,40	2000	9392.0
ლანჩხუთის ფ/ნ დისპანსერი	550	2582,80	2750	12914.0
ბათუმის ფ/ნ დისპანსერი	670	3146,32	3350	15731.60
ფსიქიატ. ს/კ ინსტიტუტის დისპანსერული განყოფილება	900	4842,0	4500	24210.0
ფსიქიატრიის ს/კ ინსტ-ის ბაზაზე შექმნილი ფსიქო- რეაბილიტაციური ცენტრი		1083,33		5416.65
სულ	13010	66692,69	65050	333463.45

2000 წლის აგვისტოდან დეკემბრის ჩათვლით ფსიქო-ნევროლოგიურ კაბინეტში ერთი ვიზიტის ღირებულება განისაზღვრა 1,56 ლარით, ხოლო ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერში - 3,30 ლარით.

ფსიქონევროლოგიური კაბინეტისათვის: 1,56 ლარი

1. პირდაპირი ხარჯები: ერთი კონსულტაცია
მედიკოსონალის ხელფასი 0,85

დარიცხვა	0,26
მედიკამენტები	0,45
ს უ ლ	1,56

ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერისათვის: 3,30 ლარი

1. პირდაპირი ხარჯები:	ერთი კონსულტაცია
მელპერსონალის ხელფასი	1,25
დარიცხვა	0,39
მედიკამენტები	0,45
ს უ ლ	2,09

2. არაპირდაპირი ხარჯები:	
ადმინისტრაციის ხელფასი	0,60
დარიცხვა	0,19
კომუნალური მომსახურება	0,15
გადასახადები ბიუჯეტში	0,10
სამეურნეო ხარჯები	0,17
ს უ ლ	1,21

ამასთან ერთად, 2000 წლის ბიუჯეტში სპეციალურ მუხლად გათვალისწინებულია 13000 ლარი რეაბილიტაციური ცენტრის ორგანიზაციისათვის ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ბაზაზე (სამინისტროს შეთანხმება ნიდერლანდების "კარიტასთან" 18.09.97 №01/04-969).

**ცალკეული ამბულატორული ფსიქონევროლოგიური
დაწესებულებების ავადმყოფთა აუცილებელი კონსულტაციების
რაოდენობა.**

დაწესებულების დასახელება	თვეში		2 თვეში:	
	კ/რ	თანხა	კ/რ	თანხა
თბილისის ფსიქ. სააე-ფოს დისპანსერული განყოფილება	900	2970.0	1800	5940,00
თბილისის ფ/ნ დისპანსერი	2800	9240.0	5600	18480.00
თელავის ფ/ნ დისპანსერი	320	888.96	640	1777,92
სიღნაღის ფ/ნ დისპანსერი	280	777.84	560	1555,68
გორის ფ/ნ დისპანსერი	400	1111.20	800	2222,40
სურამის ფსიქ. საავადმყოფო დისპანსერული განყოფილება	300	833.40	600	1666,80
ახალციხის ფ/ნ დისპანსერი	200	555.60	400	1111,20
რუსთავეის ფ/ნ დისპანსერი	860	2389.08	1720	4778,16
ზეესტაფონის ფ/ნ დისპანსერი	400	1111.20	800	2222,40
ქუთაისის ფ/ნ დისპანსერი	2000	5556.0	4000	11112,00
სამტრედიის ფ/ნ დისპანსერი	400	1111.20	800	2222,40
სენაკის ფ/ნ დისპანსერი	930	2583.54	1860	5167,08
ზუგდიდის ფ/ნ დისპანსერი	700	1944.60	1400	3889,20
ოზურგეთის ფ/ნ დისპანსერი	400	1111.20	800	2222,40
ლანჩხუთის ფ/ნ დისპანსერი	550	1527.90	1100	3055,58
ბათუმის ფ/ნ დისპანსერი	670	1861.26	1340	3722,52
ფსიქიატ. ს/კ ინსტიტუტის დისპანსერული განყოფილება	900	2500.20	1800	5000,40
ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბაზაზე შექმნილი ფსიქო- რეაბილიტაციური ცენტრი		1083.33		2166,66
სულ	13010	42228.31	26020	84456,62

**ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი
ძირითადი მუხლების მიხედვით**

ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებისათვის განსაზღვრულა 2 900 000 ლარი, მათ შორის:

2000 წლის 1 იანვრიდან 31 მაისის ჩათვლით:

სტაციონარული დახმარების ხარჯები 1016230.0 ლარი

ამბულატორიული დახმარების ხარჯები	328046.80 ლარი
ურგენტული დახმარების (დღის სტაციონარი) ხარჯები	26636.40 ლარი
რეაბილიტაციური პროგრამის ხარჯები	5416.65 ლარი
ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამის ხარჯები	–
ს უ ლ	1 376 329.85 ლარი

(დანართი 1)

2000 წლის ივნისიდან-ივლისის ჩათვლით:

სტაციონარული დახმარების ხარჯები	336 897.14 ლარი
ამბულატორიული დახმარების ხარჯები	76 146.36 ლარი
ურგენტული დახმარების (დღის სტაციონარი) ხარჯები	7236.26 ლარი
რეაბილიტაციური პროგრამის ხარჯები	2 166.66 ლარი
ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამის ხარჯები	13 054.0 ლარი
ს უ ლ	435 500.42 ლარი

2000 წლის I აგვისტოდან 31 დეკემბრის ჩათვლით:

სტაციონარული დახმარების ხარჯები	804780.0 ლარი
ამბულატორიული დახმარების ხარჯები	190365.90 ლარი
ურგენტული დახმარების (დღის სტაციონარი) ხარჯები	18090.64 ლარი
რეაბილიტაციური პროგრამის ხარჯები (ჯანდაცვის სამინისტროს ვალდებულება)	5416.65 ლარი
ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური პროგრამის ხარჯები	16043.0 ლარი
ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური პროგრამის განხორციელებისათვის გამოყოფილი სარეაბილიტაციო სამუშაოების ხარჯი	49592.0 ლარი
ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამის	-
ტრენინგის ხარჯი	3000.0 ლარი
ს უ ლ	1087288.19 ლარი

ბიუჯეტის დეფიციტის დაფარვის გზები

ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტური დეფიციტის დაფარვის ერთ-ერთ პირობას წარმოადგენს წითელი ჯვრისა და ნახევარ მთვარის საერთაშორისო ფედერაციის მონაწილეობა - სამედიცინო სტანდარტებით გათვალისწინებული ფსიქოტროპული

მედიკამენტებით ნაწილობრივი უზრუნველყოფა. ეს დახმარება განსაზღვრულია აღნიშნული ორგანიზაციის მიერ მიღებული მოცულობისა და ქვოტების შესაბამისად. მათ შორის: ქლორპრომაზინი (ტაბ.), დიაზეპამი (ტაბ.,ამპ.), ჰალოპერიდოლი (ტაბ.,ამპ.), ფლუფენაზინი (ამპ.), ბიპერიდინი (ტაბ.), ამიტრიპტილინი (ტაბ.). მოცემული დახმარება განსაზღვრულია გაგრძელდეს 9 თვე, 2000 წლის 1 ოქტომბრამდე.

ამასთან, არ არის გამორიცხული ცალკეული დაწესებულებებისათვის არასისტემატური, ერთჯერადი ჰუმანიტარული დახმარება, რაც საშუალებას მისცემს ცალკეულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებას, გარკვეული მოცულობით, შეაკვსონ არსებული დეფიციტი.

გიორგი ნანეიშვილი

მ.ასათიანის სახ ფსიქიატრიის ს/კინსტიტუტის

დირექტორი,

“ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო

პროგრამის” კოორდინატორი

თეიმურაზ სილაგაძე

თსსუ ფსიქიატრიის კათედრის დოცენტი,

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის

სამინისტროს

მთავარი ფსიქიატრი

21 ნოემბერი 1999 წ.

უსიქიაგრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის
ბიუჯეტის განაწილება სამედიცინო დაწესებულებებში
ლიმიტების მიხედვით (I - V 2000)

ორგანიზაციის დასახელება	თვეში	მ.შ.მ.დ.კ.	5 თვეში	მ.შ.მ.დ.კ.
მასათიანის სახ.უსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	54876.42	9477	274382.10	47385.0
მასათიანის სახ.უსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ამბულატორიული განყოფილება	59253.33	1845	296266.65	9225.0
ქობილისის უსიქ. სააე.ფო	20324.6	3510	101623.0	17550.0
ქობილისის უსიქ. სააე.ფოს დიანსერული განყოფილება	4842.0	1845	24210.0	9225.0
ზონის რ-ის ქუტიროს უსიქ. სააე.ფო	54876.42	9477	274382.10	47385.0
წალკის რ-ის ბედიანის უსიქ. სააე.ფო	20324.6	3510	101623.0	17550.0
ბათუმის ფ/ნ სააე.ფო	18292.14	3159	91460.7	15745.0
სურამის ფ/ნ სააე.ფო	14227.22	2457	71136.10	12285.0
სურამის ფ/ნ სააე.ფოს დიანსერული განყოფილება	1408.80	615	7044.0	3075.0
ფოთის უსიქ. სააე.ფო	20324.6	3510	101623.0	17550.0
სენაკის ფ/ნ დისპანსერი	6143.04	2433	30715.2	12165.0
ლანხუთის ფ/ნ დისპანსერი	4358.56	1654	21792.8	8270
ქუთაისის ფ/ნ დისპანსერი	12535.76	4626	62678.80	23130.0
თბილისის ფ/ნ დისპანსერი	15064.0	5740	75320.0	28700.0
თელავის ფ/ნ დისპანსერი	1502.72	656	7513.6	3280.0
სიღნაღის ფ/ნ დისპანსერი	1314.88	574	6574.40	2870.0
გორის ფ/ნ დისპანსერი	1878.40	820	9392.0	4100.0
ახალციხის ფ/ნ დისპანსერი	939.20	410	4696.0	2050.0
რუსთავის ფ/ნ დისპანსერი	4038.56	1763	20192.8	8815.0
ზესტაფონის ფ/ნ დისპანსერი	1878.40	820	9392.0	4100.0
სამტრედიის ფ/ნ დისპანსერი	1878.40	820	9392.0	4100.0
ზუგდიდის ფ/ნ დისპანსერი	3287.20	1435	16436.0	7175.0
ოზურგეთის ფ/ნ დისპანსერი	1878.40	820	9392.0	4100.0
ბათუმის ფ/ნ დისპანსერი	3146.32	1373	15731.6	6865.0
ს უ ლ	275265.97	63349	1376329.85	316745.0

**ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის
ბიუჯეტის განაწილება სამედიცინო დაწესებულებებში
ლიმიტების მიხედვით (VI – VII 2000)**

ორგანიზაციის დასახელება	თვეში	მ.შ.მკლკ.	2 თვეში	მ.შ.მკლკ.
მასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	52008.11	3760.29	104016,22	7520,58
მასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის აბულატორიული განყოფილება	3583.53	405.0	7167,06	810,00
ქობულისის ფსიქ. საეფო	16844.86	1222.85	33689.72	2445,70
ქობულისის ფსიქ. საეფოს დიანსკრული განყოფილება	2970.0	405	5940,00	810,00
ხონის რ-ის ქუტრიის ფსიქ. საეფო	45481.11	3301.71	90962,22	6603,42
წაღის რ-ის ბელიანის ფსიქ. საეფო	16844.86	1222.86	33689.72	2445,70
მათეის ფ/ნ საეფო	15160.37	1100.57	30320,74	2201,14
სურამის ფ/ნ საეფო	11791.40	856.0	23582,80	1712,00
სურამის ფ/ნ საეფოს დიანსკრული განყოფილება	833.40	135.0	1666.80	270,00
ფოთის ფსიქ. საეფო	16844.86	1222.85	33689.70	2445,70
სენაკის ფ/ნ დისპანსერი	3789.58	556.07	7579.16	1112,14
ლანსხუთის ფ/ნ დისპანსერი	2733.94	385.07	5467,88	770,14
ქუთაისის ფ/ნ დისპანსერი	6762.04	1037.57	13524.08	2075,14
თბილისის ფ/ნ დისპანსერი	9240.0	1260.0	18480,00	2520,00
თელავის ფ/ნ დისპანსერი	888.96	144.0	1777,92	288,00
სიღნაღის ფ/ნ დისპანსერი	777.84	126.0	1555,68	252,00
გორის ფ/ნ დისპანსერი	1111.20	180.0	2222,40	360,00
ახალციხის ფ/ნ დისპანსერი	555.60	90.0	1111,20	180,00
რუსთავის ფ/ნ დისპანსერი	2389.08	387.0	4778,16	774,00
ზესტაონის ფ/ნ დისპანსერი	1111.20	180.0	2222,40	360,00
სამტრედიის ფ/ნ დისპანსერი	1111.20	180.0	2222,40	360,00
ზუგდიდის ფ/ნ დისპანსერი	1944.60	315.0	3889,20	630,00
ოზურგეთის ფ/ნ დისპანსერი	1111.20	180.0	2222,40	360,00
მათეის ფ/ნ დისპანსერი	1861.26	301.50	3722,52	603,00
ს უ ლ	217750,21	18954,36	435500,42	37908,72

**ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის
ბიუჯეტის განაწილება სამედიცინო დაწესებულებებში
ლიმიტების მიხედვით (VII-XII 2000წ.)**

ორგანიზაციის დასახელება	თუზი	მამულა	5 თუზი	მამულა
მასათანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	-	-	49592.0	1)
მასათანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი			3000.0	2)
მასათანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	8021.50	716.75	16043.0	3)
მასათანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	43458.12	3883.14	217290.60	19415.70
მასათანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ანხელ განკ.	3583.53	405.0	25084.71	2835.0
ქობულისის ფსიქ. საეიდეტო	16095.60	1438.20	80478.0	7191.0
ქობულისი ფსიქ. საე. დისკ. განკ.	2970.0	405	20790.0	2835.0
ხრის რნის ქუბურის გსკ/კ საეიდეტ.	43458.12	3883.14	217290.60	19415.70
წალკის რნის ბუღანის ფსიქ. საეიდეტ.	16095.60	1438.20	80478.0	7191.0
ბათუმის ფნ საეიდეტ.	14486.04	1294.38	72430.20	6471.90
სურამის ფნ საეიდეტ.	11266.92	1006.74	56334.60	5033.70
სურამის ფნ საეიდეტ. დისკ. განკ.	833.40	135.0	5833.80	945.0
ფოთის ფსიქ. საეიდეტ.	16095.60	1438.20	80478.0	7191.0
სენაკის ფნ დისკ.	3789.58	556.07	26527.08	389.50
ღანსუბის ფნ დისკ.	2733.94	385.07	19137.60	2695.50
ქუთაისის ფნ დისკ.	6762.04	1037.57	47334.30	7263.0
თბილისის ფნ დისკ.	9240.0	1260.0	64680.0	8820.0
თელავის ფნ დისკ.	888.96	144.0	6222.72	1008.0
სიღნაღის ფნ დისკ.	777.84	126.0	5444.88	882.0
გორის ფნ დისკ.	1111.20	180.0	7778.40	1260.0
ახალციხის ფნ დისკ.	555.60	90.0	3889.20	630.0
რუსთავის ფნ დისკ.	2389.08	387.0	16723.56	2709.0
ზესტაფონის ფნ დისკ.	1111.20	180.0	7778.40	1260.0
სამჯრედიის ფნ დისკ.	1111.20	180.0	7778.40	1260.0
ზუგდიდის ფნ დისკ.	1944.60	315.0	13612.20	2205.0
ობუჯვრის ფნ დისკ.	1111.20	180.0	7778.40	1260.0
ბათუმის ფნ დისკ.	1861.26	301.50	13023.82	2110.50
ს უ ლ				

- 1) 2000 წლის აგვისტოდან დეკემბრის ჩათვლით ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური პროგრამის განხორციელებისათვის გამოყოფილი სარეაბილიტაციო სამუშაოების ხარჯი;
- 2) ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამის ტრენინგის ხარჯი;
- 3) ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამის განხორციელების ხარჯი მიმდინარე წლის ბოლო 2 თვის განმავლობაში.

**ფსიქიატრიული დახმარების 2000 წლის სახელმწიფო
პროგრამის ბიუჯეტი**

**ეკონომიკური კლასიფიკაცია კოდეზის მიხედვით
ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა – 2 900 ათასი
ლარი
მიმდინარე ხარჯები 2 900 000 ლარი**

№ რიგზე	მაჩვენებლების დასახელება	„კოდი კ. კლასიფიკაციის მიხედვით“	თანხა
1	ხარჯები საქონელზე და მომსახურებაზე	010 000	2 900 000
1.1.	მუშა-მოსამსახურეთა შრომის ანაზღაურ.	010 100	637 130
1.1.1.	ხელფასი	010 101	637 130
1.2.	დამკირავებელიდან ანარიცხები	010 200	197 510
1.3.	სხვა საქონელი და მომსახურება	010 400	2 065 360
1.3.1	კომუნალური	010 402	1 222 350
1.3.2.	მელიკანტების შეძენა	010 405	264 460
1.3.3	კვება	010 404	578 550

თ ა ე ი IV.

საკანონმდებლო ბაზა ფსიქიატრიაში, საქართველოს კანონი “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ.

ფსიქიატრიის, როგორც დარგის განვითარების მთელი ისტორიის მანძილზე მის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრობლემას ფსიქიკურ ავადმყოფებთან საზოგადოების ჯანმრთელი ნაწილის დამოკიდებულება წარმოადგენდა. ეს დამოკიდებულება სამწუხაროდ უძველესი პერიოდიდან დღემდე უხშირეს შემთხვევაში ძალიან მკაცრი, თითქმის დაუნდობელი იყო. ამგვარი შეხედულების განმტკიცებას ხელს უწყობდა ისიც, რომ ფსიქიკური ავადმყოფები თავიანთი ავადმყოფური მდგომარეობის გამო ცალკეულ შემთხვევაში გამოირჩევიან აგრესიული ქცევებით, რაც საზოგადოებაში აბტკიცებს აზრს სულით ავადმყოფთა განსაკუთრებული საშიშროების შესახებ. აქედან გამომდინარე განუზომელია იმ დიდი ჰუმანისტების ღვაწლი (პინელი, კოლონი და სხვ.), რომლებიც ცდილობდნენ რითიმე გაეუმჯობესებინათ ფსიქიკურ ავადმყოფთა ყოფა.

ამ მხრივ მათი მოღვაწეობა ძირითადად ორი მიმართულებით მიმდინარეობდა.

პირველი - მათ პირად საქმიანობასა ან მათდამი დაქვემდებარებულ სამედიცინო დაწესებულებებში ჰუმანისტური პრინციპებით მოქმედება და დანერგვა. აღნიშნული პრინციპები შემდგომში სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში ვრცელდებოდა ძირითადად მათი ავტორიტეტის მეშვეობით.

ორივე მიდგომა ერთმანეთს ავსებდა. ჰუმანისტურმა იდეებმა შექმნეს საზოგადოებრივი აზრი, მოამზადეს ნიადაგი იმისათვის, რომ შექმნილიყო აუცილებელი საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც გაცილებით მეტ ავადმყოფს გაუუმჯობესებდა მდგომარეობას და დაიცავდა მათ უფლებებს, ვიდრე ცალკეულ პირთა მოღვაწეობა.

ამ მხრივ თანამედროვე ფსიქიატრიის ისტორიაში ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მოვლენებია: ესკიროლის და კოლონის აქტიური მოღვაწეობით მიღებული 1938 წლის 30 ივნისის კანონი, და 1854 წელს მიღებული პრინციპი.

1834 წლის 30 ივლისის კანონი ფაქტიურად საფუძველს უდებს ფსიქიკურ ავადმყოფთა ავადმყოფობის ისტორიას, რაც უმნიშვნელოვანესია არა მარტო სამეცნიერო თვალსაზრისით, არამედ წარმოადგენდა აუცილებელ იურიდიულ დოკუმენტს, ხოლო 1954 წლის პრინციპი „პინელის შემდგომი პერიოდის ფსიქიკურ ავადმყოფთა მოვლა-პატრონობაში მიღწეული წარმატებანი და ის ღონისძიებანი, რომელიც შესაძლებელია, გამოყენებულ იქნას სულით ავადმყოფთა ფიზიკურ შეზღუდვის მაგივრად“ ფაქტიურად კრძალავდა ფსიქიკურ ავადმყოფთა მიმართ უხეში ძალადობის ფაქტებს.

ეს დოკუმენტები უმნიშვნელოვანესია ფსიქიატრიის ორგანიზაციის საქმეში და მათ დღესაც არ დაუკარგავთ მნიშვნელობა.

XX საუკუნის 60-იან წლებში დაიწყო უაღრესად მნიშვნელოვანი და საინტერესო მოძრაობა, რომელმაც ანტიფსიქიატრიის სახელი მიიღო. ანტიფსიქიატრები (Foucault M. 1968) განიხილავდნენ ფსიქიკური სფეროს ნებისმიერ პათოლოგიას მათ შორის ფსიქოზებსაც არა როგორც ავადმყოფობის გამოვლინებას, არამედ მთელი კაცობრიობისათვის დამახასიათებელ ფსიქიკური სფეროს ირაციონალურ საწყისს და პროტესტს არსებული საზოგადოებრივი წყობის თუ საზოგადოებაში გაბატონებულ მორალური, ეთიკური თუ სხვა ძირითადი შეხედულებების მიმართ. ანტიფსიქიატრები თვლიდნენ, რომ აუცილებელია უარი ეთქვას ავადმყოფთა მკურნალობაზე და საზოგადოების მთელი ძალისხმევა მიემართოს სულით ავადმყოფთა მოთხოვნათა დაკმაყოფილებაზე, მათ შორის მწვავე ფსიქოზურ პერიოდშიც კი (Szasz Th. 1961, Scheff T.J. 1960, Laing R.D. 1967, Cooper D. 1967).

ანტიფსიქიატრიამ სწრაფი გავრცელება კპოვა ამერიკის შეერთებულ შტატებში და დასავლეთ ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში და თავის განვითარების პიკს XX საუკუნის 70-იან წლების დასაწყისში მიაღწია. ამ დროს ანტიფსიქიატრთა იდეებს იზიარებდა კულტურის, ხელოვნების მრავალი გამოჩენილი მოღვაწე.

ანტიფსიქიატრიას თვლიდნენ მესამე რევოლუციად ფსიქიატრიაში, პინელის მიერ “ჯაჭვების კანონისა” და ფროიდის ფსიქოანალიტიკური თეორიის შემდეგ. პირველმა ფიზიკურად

განთავისუფლა ავადმყოფები, სოლო მეორემ ადამიანი თავისი არაცნობიერი კომპლექსებიდან.

აღსანიშნავია, რომ XX საუკუნის 70-იან წლების მეორე ნახევრიდან ანტიფსიქიატრიის პოპულარობა დაქვეითდა და 80-იან წლებიდან მკვეთრად დაეცა, რის მიზეზსაც ძირითადად საზოგადოების დაცვასა და სულით ავადმყოფთა უფლებათა შორის წარმოქმნილი დისბალანსი წარმოადგენდა.

1980 წელს გაეროს ადამიანის უფლებათა დაცვის კომისიამ 33-ე სესიაზე ქ.ნ. ერიკ-ირენ დაეხს, როგორც სპეციალურ მომხსენებელს, დააეალა მოემზადებინა სულით ავადმყოფთა უფლებათა დაცვის ძირითადი პრინციპები და დებულებები. აღნიშნული მოხსენების საბოლოო ვარიანტი 1983 წლისათვის უნდა მომზადებულიყო გაეროს 36-ე სესიაზე წარსადგენად. მას შემდეგ, რაც მოიწონეს მისი ძირითადი პრინციპები, ადამიანთა უფლებათა დაცვის კომისიას მიეცა რეკომენდაცია, რათა შექმნილიყო სამუშაო ჯგუფი, რომელიც გააგრძელებდა მუშაობას ამ მიმართულებით. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო მიღებული დებულებების დანერგვა აღმოსავლეთ ევროპასა და საბჭოთა კავშირში.

საბჭოთა კავშირში ფსიქიატრიული დახმარების ძირითად მიმართულებად პატერნიზაციური პრინციპი იყო მიჩნეული, რომელიც ხორციელდებოდა მისი უმკაცრესი ფორმით. ყველა ფსიქიკური ავადმყოფი უნდა ყოფილიყო აღრიცხვაზე ტერიტორიალურ ფსიქო-ნევროლოგიურ დაწესებულებებში. აქედან გამომდინარე, გაჩნდა უაღრესად მახინჯი ფორმა, როცა ფსიქიკური ავადმყოფი გახდა ფსიქიატრიულ აღრიცხვაზე მყოფი ადამიანი. ამ შემთხვევაში რაიმე დიფერენცირება გამორიცხული იყო. მთელი რიგი მკაცრი სოციალური თუ იურიდიული ხასიათის შეზღუდვები, რომელთაც შეიძლება გამართლება ჰქონოდათ უმძიმესი ფსიქოზური რეგისტრის დაავადებების არსებობის შემთხვევაში, ვრცელდებოდა დისპანსერულ აღრიცხვაზე მყოფ პირთა მთელ კონტინგენტზე, მათ შორის მოსაზღვრე მდგომარეობებში, ნევროზებით დაავადებულებზე, ხასიათის ანომალიების მქონე პირებზე და სხვა არაფსიქოზური რეგისტრის ავადმყოფებზე. ყოველივე ეს იწვევდა შინაგან პროტესტს. უარყოფით დამოკიდებულებას,

შიშს ფსიქიატრიული სამსახურის მიმართ. ამას თან ერთვოდა ფსიქიატრიის არაკანონიერი გამოყენება არსებული წყობილების მოწინააღმდეგე პირთა მიმართ, მათი უკანონო მოთავსება ფსიქიატრიულ სტაციონარებში (ძირითადად დახურული ტიპის) მათი დისკრედიტაცია დასმული დიაგნოზით და სხვა. ყოველივე აღნიშნული საფუძველად დაედო საბჭოთა კავშირის ფსიქიატრთა საზოგადოების გარიცხვას ფსიქიატრთა მსოფლიო ასოციაციიდან 1978 წელს გონოლულუს ყრილობაზე.

1985 წელს დაწყებული გარდაქმნები საბჭოთა კავშირში შეეხო ფსიქიატრიასაც. 1988 წლის საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ გამოიცა 225/ო ბრძანება, რომელიც უაღრესად მნიშვნელოვან და წინგადადგმულ ნაბიჯს წარმოადგენდა ფსიქიკურ ავადმყოფთა უფლებათა დაცვის საქმეში.

საქართველოში ფსიქიკურ ავადმყოფთა უფლებათა დაცვასა და ფსიქიატრიული სამსახურის რეორგანიზაციაზე მუშაობა დაიწყო 1989 წლიდან. 1995 წელს მიღებულ იქნა კანონი “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, რომლის შემდეგაც მოხდა მკვეთრი შემობრუნება პატერნიზაციული პრინციპიდან პიროვნების თავისუფლებისაკენ.

აღნიშნული კანონის ძირითად პრინციპებს წარმოადგენდა:

- ა) ფსიქიკურ ავადმყოფთა უფლებების მაქსიმალური გაფართოება. ისინი სარგებლობენ ყველა იმ უფლებით, რითიც ჯანმრთელი ადამიანები. გარკვეული შეზღუდვების უფლება აქვს მხოლოდ სასამართლოს.
- ბ) შეიცვალა დისპანსერული აღრიცხვის წესი. ფსიქიკურ ავადმყოფს უფლება ჰქონდა თვითონ აერჩია ის ფსიქონევროლოგიური დაწესებულება ან ექიმი, ვისთანაც სურდა მკურნალობა.
- გ) უფლება ჩაეტარებინა ან არ ჩაეტარებინა მკურნალობა.
- დ) აიკრძალა რაიმე პროფესიული შეზღუდვა დასმული დიაგნოზის საფუძველზე. ყოველგვარი შეზღუდვა ხორციელდება არა ადრე დასმული დიაგნოზის საფუძველზე, არამედ პიროვნების ამჟამინდელი მდგომარეობის შესაბამისად.
- ე) დაიხვეწა და მკაცრად იქნა რეგლამენტირებული იძულებითი მკურნალობისა და პირის ნების გარეშე სტაციონარში

მოთავსების წესები.

- ვ) ღიდი ყურადღება დაეთმო ექიმ ფსიქიატრის, ფსიქიატრიულ დაწესებულების მომსახურე პერსონალის ავადმყოფთან ურთიერთობის საკითხს.

ამავე დროს აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ამგვარმა ლიბერალიზაციამ უამრავ დადებით მომენტებთან ერთად, გარკვეული უარყოფითი თვისებებიც გამოავლინა, რაც პირველ რიგში ფსიქიკური ავადმყოფების მხრიდან ჩადენილი დანაშაულის მატების ტენდენციაში გამოიხატა. ეს კი აუცილებლად მიუთითებს საქართველოს კანონმდებლობაში არსებულ დისბალანსზე.

2000 წლიდან დაიწყო მუშაობა “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” კანონის დასახვეწად. კანონის მუშაობის ხუთწლიანმა გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ეს ნორმატიული დოკუმენტი საჭიროებდა მნიშვნელოვან გადამუშავებას და მისადაგებას თანამედროვე დემოკრატიულ სტრუქტურებთან. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში შეიქმნა ჯგუფი, რომელსაც დაევალია ემუშავა ამ საკითხებზე. საერთაშორისო შეთანხმების საფუძველზე, ამ ჯგუფის მუშაობაში აქტიურად ჩაერთო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპული რეგიონის ექსპერტები. 2000 წელს ოსლოში (ნორვეგია) გადაწყდა საქართველოს კანონში “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” ცვლილებებზე ემუშავათ შვედ ექსპერტებს, კ. ლარსენს და ე.სილვერჰელმს. ორწლიანი მუშაობის შედეგად საქართველოს პარლამენტს წარედგინა რეკომენდაციების პაკეტი, კანონში ცვლილებების შეტანის თაობაზე.

საქართველოს კანონი
“ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”
(ახალი რედაქციით)

(* - ნიშნით გამოყოფილია 2000-2001 წლებში მომზადებული
ცვლილებები და დამატებანი)

წარდგენილია საქართველოს პარლამენტში 2002 წლის ნოემბერში.

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. ეს კანონი უზრუნველყოფს ფსიქიურად დაავადებულ პირთა სამედიცინო და სოციალურ დახმარებას, იცავს მათ უფლებებს და ინტერესებს და საზოგადოებას ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა საზოგადოებრივად საშიშ ქმედებებისაგან.
2. კანონი განსაზღვრავს ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკთა და იმ პირთა უფლებებს და მოვალეობებს, რომელთაც უშუალო კავშირი აქვთ ფსიქიკურად დაავადებულ პირებთან.

მუხლი 2. ცნებების განსაზღვრა

1. “პაციენტი” – პირი, რომელსაც დადგენილი აქვს ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზი და უწევს ფსიქიატრიულ დახმარებას.
2. “ფსიქიატრიული დაწესებულება” – სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, რომლის უპირველესი დანიშნულებაა სამედიცინო, სოციალური და სხვა სახის სპეციალიზებული დახმარების გაწევა ფსიქიკურად დაავადებული პირებისათვის.
3. “ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე სპეციალისტი” - ექიმი, ფსიქოლოგი, ექთანი, მომვლელი, სოციალური სფეროს მუშაკი ან ნებისმიერი სხვა პირი, რომელსაც სპეციალური მომზადებისა და მიღებული კვალიფიკაციის საფუძველზე უფლება აქვს გაუწიოს სპეციალიზებული დახმარება ფსიქიკურად დაავადებულ პირებს.
4. “გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი” - პირის შესაძლებლობა გაიცნობიეროს თავისი მდგომარეობა, მკურნალობის ძირითადი არსი, სწორად შეაფასოს მკურნალობის მოსალოდნელი სასარგებლო შედეგები.

5. "გადაუღებელი მდგომარეობა" – როდესაც პირი ფსიქიკური გადახრის, დაავადების ან დაავადების გამწვავების გამო საფრთხეს უქმნის საკუთარ ან ირგვლივ მყოფთ სიცოცხლეს, ჯანმრთელობას, ქონებას, და რომლის თავიდან აცილებას შეუძლებელია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გარეშე. გადაუღებელი მდგომარეობის დროს, პირს დაკარგული აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი.

6. "კანონიერი წარმომადგენელი"- პაციენტის ახლო ნათესავი, მეურვე, მზრუნველი.

7.* "გამოსაკვლევე პირი" – პირი, რომელსაც უტარდება პირველადი ფსიქიატრიული გამოკვლევა ან სასამართლო-ფსიქიატრიული, შრომითი ან სამხედრო საქსპერტო გამოკვლევა.

მუხლი 3. პაციენტის ძირითადი უფლებები და დაცვის გარანტიები

1. პაციენტი სარგებლობს ყველა იმ კონსტიტუციური უფლებით, რომლითაც საქართველოს სხვა მოქალაქეები. თუ ცნობილი არ არის *ქმედუნაროდ*. ფსიქიკური დაავადების გამო კონსტიტუციური უფლებების შეზღუდვა განსაზღვრულია ამ კანონის მე-4 და მე-12 მუხლებით.

2. პაციენტს გარანტირებული აქვს:

ა) ჰუმანური დამოკიდებულება, რომელიც გამორიცხავს პიროვნების ღირსების შეურაცხმყოფელ ყოველგვარ მოქმედებებს;

ბ) მკურნალობა მინიმალურად შეზღუდულ პირობებში და იმ მეთოდებით, რომლებიც შემუშავებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ; მკურნალობა აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, შეძლებისდაგვარად ავადმყოფის ან მისი ახლობლების საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს;

გ) ინფორმაციის მიღება თავისი დაავადებისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ;

დ) მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება (*გარდა ამ კანონის მე-10 მუხლისა*), თუ აქვს უნარი მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება. თუ პაციენტის ასაკი არ აღემატება 16 წელს, ან არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ასეთი ინფორმაციისა და გადაწყვეტილების მიღების უფლება აქვს მის **კანონიერ წარმომადგენელს*;

ე) ადვოკატის დახმარების მიღების უფლება. *ფსიქიატრიული* დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია პაციენტის ადვოკატს წარუდგინოს პაციენტზე არსებული ყველა სახის დოკუმენტაცია; უზრუნველყოს *პაციენტის* ადვოკატის შეხვედრა მასთან პერსონალის ან სხვა *პირთა* გარეშე. გამონაკლისია ის შემთხვევები, როდესაც პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა არ იძლევა ამის შესაძლებლობას;

ვ) საჩივრისა და განცხადების შეტანა სასამართლო, სახელმწიფო ორგანოებში, *ექიმ-ფსიქიატრის* მიწვევა სამართლებრივი საკითხების განხილვისას;

ზ) არჩვნებში მონაწილეობის უფლება და უფლება დამოუკიდებლად ეწეოდეს სამეურნეო საქმიანობას, თვითონ განაგებდეს თავის ქონებას თუ იგი სასამართლოს მიერ აღიარებული არ არის ქმედუნარიოდ;

თ) არაფსიქიატრიული პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში შესაბამისი სამედიცინო დახმარების მიღების უფლება;

ი) უფლება ისარგებლოს ყველა სახის სოციალური დაცვით;

კ) უფლება ისარგებლოს სანატორული და საკურორტო მომსახურებით;

**ქუჩქტი მე-3 ამოღებულია*

მუხლი 4. პაციენტის უფლებათა ნაწილობრივი შეზღუდვა

1. პაციენტის შეურაცხადად ან *ქმედუნარიოდ აღიარება* შეუძლია მხოლოდ სასამართლოს;
2. პაციენტის პროფესიულ ვარგისიანობას განსაზღვრავს *შესაბამისი საექიმო* საექსპერტო კომისია *მოქმედი კანონმდებლობის და სამართლებრივ-ნორმატიული აქტების შესაბამისად*;
3. დაუშვებელია პაციენტის შეზღუდვა *მხოლოდ ფსიქიატრიული* დიაგნოზის საფუძველზე. ნებისმიერი შეზღუდვა უნდა ემყარებოდეს არა დაავადების ზოგად განსაზღვრას, არამედ კონკრეტულად პირის ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებას *კანონმდებლობის საფუძველზე*;

მუხლი 5. ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია

1. *ფსიქიატრიული დახმარება მოიცავს:
 - ა. ამბულატორიულ *ფსიქიატრიულ* დახმარებას;
 - ბ. სტაციონარულ *ფსიქიატრიულ დახმარებას*;
 - გ. *ფსიქო-სოციალურ სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს*;
 - დ. *იძულებით ამბულატორიულ მკურნალობას*;

ქ. იბულები სტაციონარულ მკურნალობას.

2. ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზი დგინდება *მიღებული* საერთაშორისო სტანდარტების მოთხოვნათა შესაბამისად. პარისის ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზის დადგენის უფლება აქვს ექიმ-ფსიქატრს, ხოლო დაავადების საბოლოო დიაგნოზს, *როგორც წესი*, ადგენს ექიმ ფსიქიატრთა კომისია.
3. სამართლებრივი ან ოჯახური კონფლიქტი, შეუთავსებლობა საზოგადოებაში *არსებულ* მორალურ, რელიგიურ, კულტურულ ან პოლიტიკურ შეხედულებებთან არ არის ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზის დადგენის საფუძველი;
4. ცნობა იმის შესახებ, რომ პირი წარსულში მკურნალობდა *ფსიქიატრიულ* დაწესებულებაში არ ჩაითვლება გადამწყვეტ ფაქტორად, რათა იგი ჩაითვალოს ფსიქიკურად დაავადებულად.
5. ფსიქიკურად დაავადებულ პირს ფსიქიატრიულ დახმარებას უწყვენ მისი თხოვნის საფუძველზე, *თუ მას გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი*.
6. იმ პირს, რომელსაც არ შესრულება 16 წელი ან სასამართლოს მიერ ცნობილია *ქედუწაროდ*, ფსიქიატრიული დახმარება გაეწევა მისი *კანონიერი წარმომადგენლის* თანხმობით.
7. ექიმი-ფსიქიატრი *პაციენტის* გამოკვლევისას ვალდებულია გაეცნოს მას და გააცნოს გამოკვლევის მიზანი, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა, როდესაც ამ მოქმედებას შეუძლია გაამწვაოს *პაციენტის* მდგომარეობა.
8. ნებისმიერი *სახის* მკურნალობა დაუყოვნებლივ ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში იმის მითითებით, რომ მკურნალობა ნებაყოფლობითია (დასტურდება პაციენტის ხელმოწერით) ან თუ *მკურნალობა* ტარდება პაციენტის თანხმობის გარეშე.
9. აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობა (შოკური, კრუნჩხვითი), კლინიკური ან მკურნალობის ექსპერიმენტული მეთოდი პაციენტის მიმართ შეიძლება გამოყენებული იქნეს მხოლოდ მისი ან *მისი კანონიერი წარმომადგენლის* თანხმობით. თუ თავისი ფსიქიკური მდგომარეობის გამო პაციენტს არ შეუძლია მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება და ობიექტური მიზეზების გამო არ ხერხდება *კანონიერი წარმომადგენლის* თანხმობის დროული მიღება და აღნიშნული მეთოდი მდგომარეობის გაუმჯობესების ერთადერთი სავარაუდო საშუალებაა, იგი შეიძლება გამოყენებულ იქნას *შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის* სამინისტროს სპეციალურად ამ მიზნით შექმნილი დამოუკიდებელი ორგანოს ნებართვით და ზედამხედველობით.

10. *ფსიქიატრიულ სტაციონარში მომუშავე სპეციალისტი, თუ ის მოქმედებს ამ კანონის შესაბამისად, პასუხს არ აგებს პაციენტის ნებისმიერი ქცევისათვის, რომელიც გაწერილია სტაციონარიდან აღნიშნული კანონის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

მუხლი 6. პირველადი ფსიქიატრიული დახმარება

1. პირველად ფსიქიატრიულ გამოკვლევად ითვლება ექიმ-ფსიქიატრთან იმ პირის კონსულტაცია, რომელიც არ არის დისპანსერულ აღრიცხვაზე, ან მოხსნილია დისპანსერული აღრიცხვიდან გამოჯანმრთელების, მყარი რემისიის ან სხვა მიზეზის გამო.
2. პირველადი ფსიქიატრიული გამოკვლევა ტარდება იმ მიზნით, რომ დადგინდეს:
 - ა. აღნიშნება თუ არა პირს ფსიქიკური აშლილობა;
 - ბ. საჭიროებს თუ არა პირი ფსიქიატრიულ დახმარებას.
 - გ. *საჭიროებს თუ არა პირი გადაუდებელ ფსიქიატრიულ დახმარებას.
3. პირველადი ფსიქიატრიული გამოკვლევის საფუძველი შეიძლება იყოს არსებული მონაცემები, რომ პირი სჩადის ისეთ მოქმედებას, რომელიც ფსიქიკური აშლილობის ეჭვს ბადებს.
4. პირველადი ფსიქიატრიული გამოკვლევა ტარდება:
 - ა. გამოსაკვლევე პირის თხოვნით;
 - ბ. გამოსაკვლევე პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ცნობის გაცემის საჭიროების შემთხვევაში;
 - გ. გამოსაკვლევე პირის კანონიერი წარმომადგენლის წერილობითი განცხადების საფუძველზე;
 - დ. სამსახურებრივად დაკავშირებულ ან ოფიციალურ პირთა წერილობითი მიმართვის საფუძველზე.
5. პირველადი ფსიქიატრიული გამოკვლევა პირს უტარდება მისი თანხმობით, ხოლო თუ მას არ შესრულებია 16 წელი – პირის კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით.
6. *გადაუდებელი მდგომარეობის კრიტერიუმების არსებობისას პირს პირველადი ფსიქიატრიული გამოკვლევა შეიძლება ჩაუტარდეს მისი ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე.

*მუხლი 7. ამბულატორიული დახმარება

1. ამბულატორიული ფსიქიატრიული დახმარება ხორციელდება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ლიცენზირებულ ამბულატორიული ტიპის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში.
2. ამბულატორიული დაწესებულება აწარმოებს პაციენტის პირველად ფსიქიატრიულ გამოკვლევას და საჭიროების შემთხვევაში მის ღისპანსერულ აღრიცხვაზე აყვანას და მკურნალობას.
3. ამბულატორიულ დაწესებულებაში მიმართვისას პაციენტს უფლება აქვს:
 - ა) თავისი სურვილის მიხედვით აირჩიოს დაწესებულება და მკურნალი ექიმი;
 - ბ) შეწყვიტოს მკურნალობა საკუთარი სურვილით, თუ მას გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი.
4. პაციენტის მკურნალობისას გამოიყენება მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ნებადართული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო მეთოდები.
5. გადაუდებელი მდგომარეობის კრიტერიუმის არსებობისას ამბულატორიული დაწესებულება ღებულობს სათანადო ზომებს პაციენტის ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოსათავსებლად. აღნიშნულის შესახებ მკურნალი ექიმი აცნობებს პაციენტს (თუ მას გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი), მის კანონიერ წარმომადგენელს და საჭიროების შემთხვევაში ღისპანსერული დაწესებულების ადმინისტრაცია მიმართავს დახმარებისათვის ადმინისტრაციულ ორგანოებს.
6. ადმინისტრაციული ორგანოები ვალდებული არიან გაუწიონ საჭირო დახმარება მედიცინის მუშაკებს პაციენტის გადაუდებელი სტაციონირებისათვის.
7. ღისპანსერული აღრიცხვიდან პაციენტის მოხსნა ხორციელდება ნებაყოფლობითი პრინციპით, გარდა მომეტებული რისკის სიმპტომატიკის არსებობისას.
8. ფსიქიატრიული სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ საექიმო გადაამოწმება, არა უშუალოდ ექვს თვეში ერთხელ, სავალდებულოა.

მუხლი 8. სტაციონარული დახმარება

1. პაციენტი, შესაბამისად ლიცენზირებულ სტაციონარში თავსდება იმ შემთხვევაში, თუ შეუძლებელია მისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევა ან გამოკვლევა ამბულატორიულ პირობებში
2. სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტს უფლება აქვს:
 - ა) მიიღოს და გაგზავნოს გზავნილები და წერილები;
 - ბ) მიიღოს მნახველები საამისოდ შერჩეულ სპეციალურ დროს და სპეციალურ ადგილას;
 - გ) შეხედეს ადვოკატს ან თავის კანონიერ წარმომადგენელს სხვა პირების გარეშე;
3. ექიმს, განყოფილების გამგესთან შეთანხმებით, უფლება აქვს გამონაკლის შემთხვევაში, უსაფრთხოების მიზნით, აუკრძალოს პაციენტს ჩაიცვას საკუთარი ტანსაცმელი ან იქონიოს პირადი მოხმარების საგნები, რაც ფიქსირდება *სამედიცინო დოკუმენტაციაში*.
4. დაუშვებელია პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება იმაზე მეტი ხნით, რაც საჭიროა დიაგნოსტიკის და მკურნალობისათვის.
5. **პაციენტის უკანონო მოთავსება და დაკავება ფსიქიატრიულ სტაციონარში ისჯება მოქმედი კანონმდებლობით (ს.ს.კ. 149 მუხ.).*

მუხლი 9. ნებაყოფლობითი სტაციონარული მკურნალობა

1. ნებაყოფლობითი სტაციონარული მკურნალობა ტარდება ჩვეულებრივი ტიპის ფსიქიატრიულ სტაციონარში
2. ნებაყოფლობითი მკურნალობისათვის სტაციონარში პაციენტი თავსდება მისი თხოვნით ან თანხმობით (სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში). 16 წლის ასაკამდე კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით.
3. თანხმობა სტაციონარში მოთავსებისა და მკურნალობაზე დამოწმებული უნდა იყოს პაციენტის (16 წლის ასაკამდე კანონიერი წარმომადგენლის) ხელმოწერით სამედიცინო დოკუმენტაციაში.
4. სტაციონარში ნებაყოფლობით მოთავსებული პაციენტი უახლოეს 48 საათში (გარდა უქმე დღეებისა) უნდა შეისწავლოს საექიმო კომისიამ, რომელიც საბოლოოდ გადაწყვეტს სტაციონარული მკურნალობის მიზანშეწონილობას.

5. **პაციენტის ნებაყოფლობითი სტაციონარული მკურნალობისას გამოიყენება მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ნებადართული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო მეთოდები.*
6. ნებაყოფლობითი მკურნალობისათვის მოთავსებული პაციენტის გაწერა საექიმო კომისიის გადაწყვეტილების თანახმად ხდება:
 - ა) პაციენტის მოთხოვნით
 - ბ) თუ პაციენტს არ შესრულება 16 წელი, მისი *კანონიერი წარმომადგენლის* მოთხოვნით
7. თუ ნებაყოფლობით სტაციონირებული პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობის გაგრძელებაზე, მაგრამ მისი ფსიქიკური დაავადება გამწვავდა იმდენად, რომ შეესაბამება გადაუდებელი მკურნალობის კრიტერიუმებს, პაციენტის მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს მისი *ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის* სურვილის გარეშე, *ექიმ-ფსიქიატრთა* კომისიის დასკვნის შესაბამისად.
8. **პაციენტის სტაციონარიდან გაწერისას სამედიცინო დოკუმენტაციიდან ამონაწერის გაგზავნის მიზანშეწონილობას ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში განიხილავს სტაციონარის საექიმო კომისია პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის სურვილის მიხედვით. თუ პაციენტი ცნობილი იყო საზოგადოებრივად საშიშად, ამონაწერის გაგზავნა ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში – სავალდებულოა.*

მუხლი 10. გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება

1. გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება ტარდება გადაუდებელი მდგომარეობის კრიტერიუმების არსებობისას:
 - ა) როდესაც პაციენტი საფრთხეს უქმნის ირგვლივ მყოფთა სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას;
 - ბ) როდესაც პაციენტმა თავისი მოქმედებით შეიძლება მიიღოს ან სხვას მიაყენოს მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალი;
 - გ) როდესაც ფსიქიკური დაავადების გამო პაციენტის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას საფრთხე ემუქრება;
2. გადაუდებელი სტაციონირების დროს არ არის აუცილებელი პაციენტის ან მისი *კანონიერი წარმომადგენლის* თანხმობა.
3. **გადაუდებელი სტაციონირების გადაწყვეტილებას ღებულობს ფსიქიატრიული სტაციონარის მორიგე ექიმი.*

პუნქტი 4 ამოღებულია მილიანად.

4. სტაციონირებიდან უახლოეს 48 საათში (უქმე დღეების გარდა) საექიმო კომისიამ უნდა შეისწავლოს სტაციონირებული პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა და საბოლოოდ გადაწყვიტოს სტაციონირების მიზანშეწონილობის საკითხი.
5. თუ საექიმო კომისია მივა დასკვნამდე, რომ გადაუდებელი სტაციონირება არ არის მიზანშეწონილი ან აუცილებელი, სტაციონირებული პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გაეწეროს სტაციონარიდან.
6. იმ შემთხვევაში, თუ საექიმო კომისია მიზანშეწონილად მიიჩნევს პაციენტის სტაციონარში დატოვებას მისი სურვილის გარეშე, ამის შესახებ დაუყოვნებლივ (48 საათში, უქმე დღეების გარდა) უნდა ეცნობოს რაიონის პროკურორს და *პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს*.
7. გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის წესით სტაციონირებული პაციენტი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ შეიძლება გაეწეროს სტაციონარიდან საექიმო კომისიის გადაწყვეტილებით. თუ პაციენტის მდგომარეობა მოითხოვს ხანგრძლივ მკურნალობას, სტაციონირების გაგრძელების საკითხს წყვეტს საექიმო კომისია არა უგვიანეს თვეში ერთხელ, დღიდან პაციენტის მოთავსებისა. თუ პაციენტის თანხმობის გარეშე მკურნალობა გრძელდება ექვს თვეზე მეტ ხანს, ეს უნდა ეცნობოს რაიონის პროკურორს და *პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს*.
8. **პაციენტის სტაციონარიდან გაწერისას სამედიცინო დოკუმენტაციიდან ამონაწერის გაგზავნის მიზანშეწონილობას ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში განიხილავს სტაციონარის საექიმო კომისია პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის სურვილის გათვალისწინებით. თუ პაციენტი ცნობილი იყო საზოგადოებრივად საშიშად, ამონაწერის გაგზავნა ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში – სავალდებულოა.*

**მუხლი II . ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია*

1. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია წარმოადგენს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელიც მიმართულია პაციენტის ყველა იმ უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისკენ, რომელიც საშუალებას მისცემს მას მიაღწიოს საზოგადოებაში დამოუკიდებლად ცხოვრების ოპტიმალურ დონეს.

2. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციური ღონისძიებები ტარდება მხოლოდ პაციენტის სურვილის შემთხვევაში, მისი წერილობითი თანხმობის საფუძველზე.

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ღონისძიებათა გატარებისას გამოიყენება მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ნებადართული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო მეთოდები.

პაციენტს აქვს უფლება მიიღოს ამომწურავი ინფორმაცია გამოყენებული მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების შესახებ.

პაციენტს აქვს უფლება თავისი სურვილით ნებისმიერ დროს შეწყვიტოს სარეაბილიტაციო ღონისძიებები.

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის დაწესებულებაში მყოფი პაციენტის დაავადების გამწვავების შემთხვევაში დაწესებულება ვალდებული არის 48 საათის განმავლობაში (უქმე დღეების გარდა), აცნობოს აღნიშნულის შესახებ ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებას, სადაც პაციენტი აღრიცხვაზე იმყოფება.

*მუხლი 12. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების (იძულებითი მკურნალობის) ჩატარება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში.

1. პაციენტისათვის სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების (იძულებითი მკურნალობის) დანიშნის გადაწყვეტილებას ღებულობს სასამართლო სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ან შესაბამისი ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის დასკვნის საფუძველზე (ს.ს.კ. 499, 676 მუხ ს.ს.კ. 34, 35, 74, 101-104 მუხ.)

2. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება (იძულებითი მკურნალობა) ხორციელდება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შესაბამისად ლიცენზირებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში (ს.ს.კ. 102-104, 107 მუხ.)

3. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების სახეები:

- ა) დისპანსერული ფსიქიატრიული მკურნალობა;
- ბ) ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება ჩვეულებრივი მეთვალყურეობით;
- გ) ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება გაძლიერებული მეთვალყურეობით;
- დ) ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება მკაცრი მეთვალყურეობით.

4. აღნიშნული დიფერენცირება უზრუნველყოფს იძულებითი მკურნალობის კვალიფიციურ ჩატარებას და საზოგადოების დაცვას მართლსაწინააღმდეგო ქმედების განმეორებითი ჩადენისაგან.
5. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება (იძულებითი მკურნალობა) შეიძლება ჩატარდეს სასჯელთან ერთად სასჯელთა აღსრულების სისტემის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში (განყოფილებაში) თავისუფლების აღკვეთის მოხდის ადგილას. (ს.ს.კ. 107 მუხ.).
6. ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში იძულებითი მკურნალობის ჩატარების დროს ყველა სახის აღმკვეთი ღონისძიება უნდა გაუქმდეს (ს.ს.ს.კ. 667 მუხლი), გარდა ამ მუხლის მე-5 ნაწილისა.
7. იძულებითი მკურნალობის ჩატარებისას გამოიყენება მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური სამინისტროს მიერ ნებადართული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო მეთოდები.
8. პაციენტის გადამოწმება ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის მიერ ხდება მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად (ს.ს.ს.კ. 678 მუხ. ს.ს.კ. 105 მუხ.).
9. პაციენტისათვის სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების (იძულებითი მკურნალობის) გაგრძელების, შეცვლის ან შეწყვეტის გადაწყვეტილებას ღებულობს სასამართლო, შესაბამისი ექიმ-ფსიქიატრთა ან სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის კომისიის დასკვნის საფუძველზე (ს.ს.ს.კ. 678 მუხ. ს.ს.კ. 105 მუხ.).
10. იძულებით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტი სარგებლობს მოქმედი კანონმდებლობით და სამართლებრივ-ნორმატიული აქტებით გათვალისწინებული უფლებებითა და გარანტიებით.

*მუხლი 13. ფსიქიატრიული სტაციონარის სპეციალიზებულ განყოფილებაში პაციენტის მოთავსების წესი

1. თუ პაციენტს არ ჰყავს ნათესაები და ფსიქიკური მდგომარეობის გამო არ ესაჭიროება აქტიური მკურნალობა, აგრეთვე, არ არის საზოგადოებრივად საშიში და მხოლოდ გამამტკიცებელ-გამაჯანსაღებელ თერაპიასა და მოვლა-პატრონობას საჭიროებს, საექიმო კომისიის გადაწყვეტილების თანახმად, იგი, შეიძლება მოთავსდეს ფსიქიატრიული სტაციონარის სათანადოდ ლიცენზირებულ სპეციალიზებულ განყოფილებაში.

2. აღნიშნულ დაწესებულებაში პაციენტი შეიძლება მოთავსდეს:
- ა) საკუთარი განცხადების საფუძველზე;
 - ბ) კანონიერი წარმომადგენლის მოთხოვნით;
 - გ) სასამართლოს გადაწყვეტილებით.
3. სპეციალიზებული განყოფილებიდან პაციენტის გაწერა შესაძლებელია:
- ა) საკუთარი განცხადების საფუძველზე, თუ საექიმო კომისიის დასკვნით მას აქვს დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარი;
 - ბ) კანონიერი წარმომადგენლის მოთხოვნით, საექიმო კომისიის დასკვნის საფუძველზე;
 - გ) სასამართლოს გადაწყვეტილებით.

*მუხლი 14. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა

1. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა წარმოებს საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.
2. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების უფლება აქვს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შესაბამისად ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებს.
3. სტაციონარულ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზაზე გამოსაკვლევი პირის მოთავსება შესაძლებელია მხოლოდ სასამართლოს სათანადო გადაწყვეტილებით. (ს.ს.ს.კ. 177,178 მუხ.)
4. სტაციონარულ სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე მოთავსებულ გამოსაკვლევ პირს აქვს დაცვის მოთხოვნის უფლება. მას შეუძლია ისარგებლოს დამცველის მომსახურებით, შეხვედეს მას მარტო, ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე. (ს.ს.ს.კ 182 მუხ.)
5. დაუშვებელია სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება ადმინისტრაციული ორგანოების დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებების მიერ.
6. დაუშვებელია სტაციონარული სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება ადმინისტრაციული ორგანოების დაქვემდებარებაში მყოფ დაწესებულებაში.
7. სასამართლო-ფსიქიატრიული მუშაობის დაფინანსებას (საექსპერტო კომისიის, სამედიცინო პერსონალის და დაცვის ფულადი ანაზღაურება და სხვ.) სათანადო ხელშეკრულების საფუძველზე აწარმოებს ექსპერტიზის დაბნიშენელი მხარე.

მუხლი 15. პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა

1. ექიმ-ფსიქიატრს გარკვეულ შემთხვევაში განსაზღვრული ვადით აქვს უფლება გამოიყენოს სტაციონარში მყოფი პაციენტის ფიზიკურად შეზღუდვის მეთოდი, თუ დაასკვნის, რომ შეუძლებელია სხვაგვარად პაციენტისათვის დახმარების გაწევა ან საზოგადოების დაცვა მისი საშიში ქმედებისაგან.
2. დაუშვებელია ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების ან მედიკამენტების გამოყენება პაციენტის დასჯის ან დაშინების მიზნით.
3. პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა ხდება მკურნალი ექიმის (*განყოფილების გამგის ნებართვით*) ან სტაციონარის მორიგე ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე, რისი დასაბუთებაც ფიქსირდება *პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში*.
4. პაციენტს, რომლის მიმართაც გამოყენებული იყო ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდი, აგრეთვე *მის კანონიერ წარმომადგენელს*, სახელმწიფო ან საზოგადოებრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლებს შეუძლიათ *გაასაჩივრონ* სასამართლოში ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდის გამოყენების საფუძველიანობა.

მუხლი 16. სამედიცინო საიდუმლოების დაცვა

1. პირი, რომელმაც სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულების მომენტში შეიტყო, რომ მოქალაქე დაავადებულია ფსიქიკურად, და, დაუდევრობით ან განზრახ გამოიყენებს ამ ინფორმაციას *პაციენტის ან სხვა პირის საზიანოდ*, ისჯება *ადმინისტრაციული წესით*.
2. მოქალაქის *ფსიქიკური* მდგომარეობის შესახებ დაწერილებითი ინფორმაციის მიღება შეუძლიათ მხოლოდ სამედიცინო და ადმინისტრაციულ დაწესებულებებს, ან *პაციენტის ადვოკატს* ოფიციალური მოთხოვნის საფუძველზე.

მუხლი 17. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პირზე საჩივრის შეტანის წესი

1. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე ნებისმიერ პირზე საჩივრის შეტანა შეიძლება სასამართლოში.

2. საჩივრის შეტანა შეუძლიათ როგორც პაციენტს, ისე მის კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 18. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პირის შრომის დაცვა და შეღავათები

1. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე, მისი სპეციფიკის გათვალისწინებით, ითვლება მანვე პირობებთან მომუშავედ. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პირისათვის დაწესებულია შემდეგი შეღავათები:
- ა) შემცირებული სამუშაო კვირა – 30 საათი;
 - ბ) გაზრდილი შვებულება – 42 სამუშაო კვირა;
 - გ) ხელფასი შესაბამის პერსონალის ხელფასთან შედარებით 30%-ით მეტი და სასამართლო ფსიქიატრიაში მომუშავესათვის – 50%-ზე მეტი დანამატი;
 - დ) ქალისათვის საპენსიო ასაკად ითვლება 50 წელი, თუ მუშაობის (სადაზღვევო) სტაჟი სულ ცოტა 20 წელია, რომელთაგან 10 წელი მოდის აღნიშნულ სამუშაოზე; მამაკაცისათვის – 55 წელი, თუ მუშაობის (სადაზღვევო) სტაჟი სულ ცოტა 25 წელია, რომელთაგან 12,5 წელი მოდის აღნიშნულ სამუშაოზე;
 - ე) პროფესიულ დაავადებად ითვლება ნევროზი;
 - ვ) ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პირები იხდიან კომუნალური მომსახურების 50%-ს, დახარჯული ელექტროენერგიის ღირებულების გარდა;
2. თუ ექიმ-ფსიქიატრის პირად უსაფრთხოებას აგრესიის საფრთხე ექმნება პაციენტის მხრიდან, მისი ფსიქიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტის მკურნალობაზე. გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ის ერთადერთი სპეციალისტია.

თ ა ვ ი V .
საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების
განვითარების
ძირითადი მიმართულებები.
2002-2005 წ.წ.

კომენტარი: ეს დოკუმენტი შეიქმნა როგორც სახელმწიფო ფსიქიატრიული დაწესებულებების, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის დარგში მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მოწოდებული მოსაზრებებისა და წინადადებების გათვალისწინებით. შეჯამებულ იქნა ყველა აზრი და რაც მთავარია, მხედველობაში იქნა მიღებული ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ძირითადი რეკომენდაციები. შემდგომში ჩვენს მიერ მას მიეცა სრულყოფილი დოკუმენტის სახე. იგი განხილული იქნა მინისტრის საბჭოზე და დამტკიცდა სამოქმედო გეგმად, თუმცა ამ გეგმის არც ერთი პუნქტი მომდევნო წლებში არ შესრულებულა.

სიტუაციური ანალიზი

90-ანი წლებიდან საქართველოში განვითარებულმა მნიშვნელოვანმა სოციალურ-ეკონომიკურმა და პოლიტიკურმა ძვრებმა უარყოფითი გავლენა იქონია ქვეყანაში არსებული ფსიქიატრიული დახმარების სისტემაზე. ფსიქოტროპული პრეპარატების მწვავე დეფიციტი, სტაციონარებში სრულფასოვანი კვების არარსებობა და მძიმე ყოფითი პირობები გახდა სულით დაავადებულ პაციენტთა ფსიქიატრიული კლინიკებიდან გადინების მიზეზი. 1995 წლიდან, რეფორმებმა ჯანდაცვის სფეროში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის სფეროს პრიორიტეტად გამოაცხადა. 1995 წლის მარტში, საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული იქნა კანონი “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, რომელმაც უზრუნველყო ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის სამართლებრივი ბაზა. ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედდა 1995 წლის აგვისტოში. ამ პროგრამის შესაბამისად, სახელმწიფომ, სამედიცინო დაზღვევის ფონდის და შემდგომ, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საშუალებით, დააფინანსა ფსიქოზური რეგისტრის სულით

ავადმყოფთა, იძულებით მკურნალობაზე მყოფ სულით ავადმყოფთა და სოციალურად საშიშ სულით ავადმყოფთა ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარება. დღეისათვის, ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამით, საქართველოში მუშაობს 7 სტაციონარი (1000 საწოლზე) და 17 ამბულატორიული დაწესებულება, რაც საერთო ჯამში, უზრუნველყოფს 23-25000 პაციენტის მკურნალობას სახელმწიფოს ხარჯზე. დაახლოებით 70 000-მდე პაციენტი, რომელიც საჭიროებს ფსიქიატრიულ დახმარებას (რეაქტიული მდგომარეობები, ნევროზი, ილიგოფრენია, ქცევის პათოლოგია და სხვა), რჩება სახელმწიფო გარანტირებული ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამის მიღმა.

ამასთან ერთად, არ შეიძლება არ აღინიშნოს, მოქმედი ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის მნიშვნელოვანი დეფიციტი. არსებული ეკონომიკური გათვლებით, 2001 წლის ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ოპტიმალური ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი იყო 5,77 მლნ ამერიკული დოლარის ექვივალენტი ლარებში. მაშინ, როდესაც პარლამენტის მიერ დამტკიცებული ბიუჯეტის კანონით, ამ მიზნით, გამოყოფილ იქნა 1,5 მლნ ამერიკული დოლარის ექვივალენტი ლარებში. ასეთი დიდი დეფიციტი მნიშვნელოვან სიძნელეებს ქმნის პროგრამის სრულფასოვან მუშაობაში.

გარდა სახელმწიფო სტრუქტურებისა, საქართველოში მოქმედებს რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომელიც ახორციელებს რამდენიმე ლოკალურ პროექტს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. ეს პროექტები ძირითადად ორიენტირებულია რისკ ჯგუფების ფსიქო-სოციალურ დახმარებაზე (დევნილები, პატიმრები და ა.შ.), სამედიცინო პერსონალის მომზადებაზე და პაციენტების დახმარების და თვითდახმარების ჯგუფების შექმნაზე. მაგალითისათვის: საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია ახორციელებს დანიის საქველმოქმედო ორგანიზაციას "კარიტასის" გრანტით პროგრამას "ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი", რომელიც დახმარებას უწევს ფსიქიკური დაავადებების მქონე 50-70 პაციენტს სოციალური ურთიერთობებისა და ჩვევების აღდგენაში. სამწუხაროდ, ეს არის მსგავსი ტიპის ერთადერთი დაწესებულება, რომლის ანალოგი არ არსებობს. 10 წელია თბილისში არსებობს კრიზისული სამსახური "ნდობა",

.რომელიც აგრეთვე არასამთავრობო ორგანიზაციას წარმოადგენს. იგი იყენებს კრიზისული დახმარების ისეთ ეფექტურ ფორმებს, როგორიცაა ნღობის ტელეფონი და ანონიმური კაბინეტები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სახელმწიფო და არასამთავრობო სტრუქტურების კოორდინაციისა და კოოპერაციის მიზნით, 1999 წელს შეიქმნა “საკოორდინაციო საბჭო”, რომელშიც წარმოდგენილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომქმედი ძირითადი ორგანიზაციები.

ამდენად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების მუშაობის სიტუაციური ანალიზი გვიჩვენებს, რომ არსებობს მრავალი სიძნელეები, რომელთაგანაც მთავარია:

1. საქართველოში უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში არ ჩატარებულა ეპიდემიოლოგიური კვლევები ფსიქიატრიის დარგში, რაც არ გვაძლევს საშუალებას წარმოვიდგინოთ და გვაანალიზოთ ფსიქიკურ დაავადებათა გავრცელების სურათი ჩვენს ქვეყანაში.
2. საქართველოში არ არსებობს სპეციალური თავშესაფარი ქრონიკი, ინვალიდი სულით ავადმყოფებისათვის. ამ პაციენტთა უმრავლესობა წლობით იმყოფება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში.
3. არ არსებობს სულით დაავადებულ მოქალაქეთა სოციალური დაცვის სისტემა.
4. სრულყოფას და სტრუქტურულ ორგანიზაციას საჭიროებს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული დახმარების სისტემა.
5. დასახვეწია ფსიქიატრთა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე სპეციალისტთა პროფესიული და გადამზადების სისტემა.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის დარგში რეფორმირება, რომელიც 1995 წლიდან დაიწყო, რთული და ეტაპობრივი პროცესია. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებულ დოკუმენტში “ჯანდაცვის პოლიტიკა საქართველოში” ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის განვითარებას ერთ-ერთი ძირითადი ადგილი უჭირავს. ამ გეგმის შესაბამისად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა საქართველოში, უნდა წარიმართოს შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დეინსტიტუციონალიზაცია.

2. ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის თანდათანობითი დახვეწა და მისი მოცულობის გაფართოება.

3. ფსიქიკურად დაავადებულ პირთათვის ფსიქო-სოციალური დახმარების სისტემის განვითარება.

4. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული დახმარების ქსელის განვითარება და შემდგომი სრულყოფა.

არსებულმა რეალურმა სიტუაციამ, გასანგრძლივებულმა ეკომონიურმა კრიზისმა, შეუძლებელი გახადა “საქართველოს ეროვნული ჯანმრთელობის პოლიტიკის” დოკუმენტით განსაზღვრული ძირითადი სტრატეგიული ამოცანების შესრულება. უცილებელი გახდა სტრატეგიული გეგმის რევიზირება და იმ ძირითადი კომპონენტების გამოყოფა, რომელთა განხორციელებაც 2002-2005 წლებში მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის შემდგომ რეფორმირებასა და სრულყოფას.

ამ მიზნით, აუცილებელად მიგვაჩნია, დარგისათვის შემდეგი ძირითადი ღონისძიებების გატარება:

1. ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის შემდგომი გაფართოება, ეტაპობრივი ოპტიმიზაცია და ფინანსური სრულყოფა, რაც თანდათანობით შეამცირებს პროგრამაში არსებულ მნიშვნელოვან დეფიციტს და აამაღლებს სულით ავადმყოფთა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობის ხარისხს (2002-2005წ.წ.)

2. ფსიქიატრიული სამსახურის მინიტორინგის სისტემის შექმნა და ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება, რაც საშუალებას მოგვცემს დავინახოთ საქართველოში გავრცელებულ ფსიქიკურ დაავადებათა რეალური სურათი (2002-2003 წ.წ.)

3. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის შემდგომი სრულყოფა და ორგანიზაცია (2003-2005წ.წ.)

4. ფსიქიკურ ავადმყოფთა რესოციალიზაციის სისტემის შექმნა და მისი ამოქმედება საქართველოს ძირითად რეგიონებში (2003-2005 წ.წ.)
5. სუიციდის პრევენციის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავება (2003-2004წ.წ.)
6. საქართველოში ექსპერტ-ფსიქიატრთა დამოუკიდებელი პანელის უზრუნველყოფა, მათი მომზადების და გადამზადების სისტემის ორგანიზება და სრულყოფა (2002-2005წ.წ.)
7. დედაქალაქში და საქართველოს ძირითად ქალაქებში ფსიქოსოციალური დახმარების სამსახურების შექმნა და ამოქმედება (2002-2005 წ.წ.)

1. ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის შემდგომი გაფართოვება, ეტაპობრივი ორგანიზაცია და სრულყოფა

1.1. გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა

ფსიქიატრიული სტაციონარული საწოლების რაოდენობის მნიშვნელოვან შემცირებასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებული სიმწვავეთ დგას ფსიქიკური სფეროს პრობლემების მქონე პირთა ამბულატორიული დახმარების ფორმებისა და მოცულობის გაზრდისა და გაუმჯობესების საკითხი. მათ შორის, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურის ორგანიზაცია.

ფსიქიატრიული დახმარების ბინაზე აღმოჩენის გარდა, მეტად მწვავედ დგას გადაუდებელი ჩვენების გამო მოქალაქეთა არანებაყოფლობითი სტაციონარების საკითხი. სპეციალური სამსახურის უქონლობის გამო, აღნიშნული პროცედურის განხორციელება უხდებათ პოლიციის მუშაკებს, რაც უფრო ძალისმიერ და არა სამედიცინო დატვირთვას სძენს სამკურნალო ღონისძიებას. არაც თუ იშვიათად ხდება უფლებამოსილების გადამეტება, ირღვევა ადამიანის ზოგადად და პაციენტის უფლებები, რაც კიდევ უფრო ზრდის საზოგადოების ისედაც მეტად მაღალ სტიგმას ფსიქიატრიული დახმარების მიმართ.

გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების ბრიგადამ უნდა იმუშაოს 24 საათის განმავლობაში და მოემსახუროს თბილისის

ტერიტორიაზე მცხოვრებ როგორც ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულ, ასევე არაპროგრამულ კონტინგენტს.

ქალაქის ფსიქონევროლოგიურ დისპენსერთან ან ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დისპენსერულ განყოფილებასთან არსებული გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების სამსახური უნდა პასუხობდეს:

1. სასწრაფო ფსიქიატრიული დახმარების საექიმო და საფერშლო (ან საექთნო) ბრიგადების შესახებ დებულებას. პერსონალის რაოდენობის გაანგარიშება ხდება ექიმის ერთეულის მიხედვით (1 ექიმი+ფერშალი(ან ექთანი)+1 სანიტარი+მძღოლი)
2. მსხვილ ქალაქებში გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების ერთი ბრიგადის მორიგეობა, დარგობრივი ინსტრუქციის მიხედვით, გაითვლება 500 000 მოსახლეზე (გადაუდებელი ფსიქიატრიული სამსახურის სამოქმედო ტერიტორიას განსაზღვრავს ჯანდაცვის ზემდგომი ორგანიზაცია)
3. აღიჭურვოს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადისათვის აუცილებელი ატრიბუტებით
4. დაკომპლექტდეს გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარებისათვის მომზადებული კადრებით, რომელთა სწავლების პროცესი უნდა ატარებდეს სისტემატიურ ხასიათს
5. თავის საქმიანობაში ხელმძღვანელობდეს სასწრაფო სამედიცინო სამსახურისა და ფსიქიატრიის შესახებ საკანონმდებლო აქტებით, სასწრაფო ფსიქიატრიული დახმარების მეთოდური რეკომენდაციებით და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული მკურნალობის სტანდარტები.

დაფინანსება: პროგრამული კონტინგენტისთვის გაწეული დახმარება უნდა ანაზღაურდეს სახელმწიფო პროგრამიდან ან შეიქმნას შესაბამისი მუნიციპალური პროგრამა, ხოლო არაპროგრამული კონტინგენტისათვის - სამეურნეო ანგარიშის პრინციპით, შიდასტანდარტული გაფასების მიხედვით.

გადაუდებელი სამსახურის ოპტიმალური ორგანიზაციისა და სტაბილური ფუნქციონირებისთვის მიზანშეწონილია შრომის

ანაზღაურება მოხდეს ფიქსირებული ხელფასით (დატვირთვის მიუხედავად), თითოეულ მორიგეობაზე გათვლით, დატვირთვის შესაბამისი დანამატით.

ზემოაღნიშნული სახის გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების ერთი ბრიგადისათვის წლიური ბიუჯეტი შეადგენს 31 000 ლარს, დამატებითი ავტომანქანის ღირებულება – 12 000 ლარს.

პასუხისმგებლობა გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების მოცულობისა და ხარისხის შესახებ, მთლიანად დაეკისრება იმ დაწესებულებას, რომლის სტრუქტურის შემადგენლობაშიც შევა სასწრაფო ფსიქიატრიული დახმარების სამსახური.

შემსრულებელი: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ა. გოცირიძის სახ. თბილისის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი

1.2. საქართველოში ფსიქიკურ ავადმყოფთა ინტენსიური მკურნალობის ორგანიზება

1995 წლიდან საქართველოში მოქმედებს ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც მოიცავს ფსიქოზური რეგისტრის ფსიქიკურ ავადმყოფთა სტაციონარულ მკურნალობას და ამბულატორიულ გამამაგრებელ თერაპიას. 1999 წლიდან პროგრამა გაფართოვდა და მას დაემატა ფსიქოზურ მდგომარეობათა ექზასცერბაციის კუპირება დღის სტაციონარის პირობებში.

უნდა აღინიშნოს, რომ არსებული ფინანსური სიძნელეების გამო, სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარების პაკეტი ძალზედ შეზღუდულია, მკურნალობა ტარდება სასიცოცხლოდ აუცილებელი ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით, რომელთა რაოდენობაც 15-ს არ აღემატება. მინიმუმამდეა დაყვანილი გამოკვლევები და სხვადასხვა პროფილის ექიმთა კონსულტაციები.

აღნიშნული პროგრამით სრულფასოვან დახმარებას ვერ ღებულობენ ის ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული სომატური დაავადებებით ან გააჩნიათ თანმხლები სომატური დაავადებები.

მძიმე ფსიქოზური სიმპტომატიკის გამო, უაღრესად რთულია მათი მკურნალობა პროფილურ სომატურ სამედიცინო

დაწესებულებებში. მდგომარეობას ართულებს ისიც, რომ ეს კონტინგენტი გამოირჩევა დაბალი გადახდისუნარიანობით და სპეციალური პროგრამის არარსებობის გამო, ძნელდება მათი მკურნალობისათვის საჭირო თანხების გამოყოფა.

ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა არ ითვალისწინებს მკურნალობის ისეთი ფორმების გამოყენებას, როგორცაა აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობა იმ ავადმყოფებისათვის, რომელთაც აქვთ მაღალი რეზისტენტობა ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიმართ.

ინტენსიური თერაპიის პრინციპების დანერგვის მიზანს წარმოადგენს:

1. ისეთი ფსიქიკური დაავადებები, რომლებიც იწვევენ მძიმე სომატურ გართულებებს;
2. ფსიქიკური ავადმყოფები რომლებიც არიან რეზისტენტულნი ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიმართ;
3. ფსიქიკურ დაავადებებთან ერთად სომატური სფეროს მძიმე დარღვევები.

ბიუჯეტი: მოცემულ ეტაპზე, 2002 წელს, შესაძლებელია აღნიშნული ტიპის ერთი განყოფილების ორგანიზება 10 საწოლზე. საჭირო თანხა 100 000 გათვალისწინებულია ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო და სარეაბილიტაციო პროგრამებში. პროგრამა არ მოიცავს იმ ავადმყოფთა მკურნალობას, რომლებიც წარმოადგენენ ინფექციის გავრცელების საშიშროებას.

შემსრულებელი: ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი.

1.3. ქრონიკულად დაავადებულ და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა თავშესაფრების ორგანიზაცია

საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ 1985 წელს მიღებული ნორმატივების თანახმად, საქართველოში ფსიქიატრიულ სამსახურს ოპტიმალური ფუნქციონირებისათვის ესაჭიროებოდა 11000 ფსიქიატრიული და 5000 ფსიქონევალიდთა საწოლი. ამ პერიოდში ქვეყანაში უკვე ფუნქციონირებდა 5000-მდე ფსიქიატრიული საწოლი.

ვიზიარებთ რა მსოფლიოში გავრცელებულ შეხედულებას ფსიქიატრიული სამსახურის დენისტიტუციონალიზაციის შესახებ, აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, რომ ამოსავალ მაჩვენებლებად უნდა იქნეს მიჩნეული წარმოდგენილი მონაცემები და არა დღეისათვის არსებული 1000 ფსიქიატრიული და 50 ფსიქოინვალიდთა საწოლი.

ამავე დროს, საქართველოში, დღეისათვის არსებული ეკონომიკური კრიზისიდან გამომდინარე, როდესაც მოსახლეობის დაახლოებით 40% იმყოფება სიღარიბის ზღვარს ქვევით, ფსიქიკურ ავადმყოფთა ახლობლები ვერ (ან არ) ახერხებენ ავადმყოფთა შენახვას და მათ მოვლა-პატრონობას ოჯახურ პირობებში. ამიტომ ქრონიკულ ავადმყოფთა ნაწილი დღეისათვის იმყოფება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში. დღეისათვის საქართველოს სტაციონარებში მყოფ 1000 ავადმყოფიდან 250-300 ავადმყოფი იმყოფება იძულებით მკურნალობაზე. ამდენივეა მწვავე ავადმყოფი. ხოლო დანარჩენი ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფია, რომელთაც დაკარგული აქვთ ოჯახური კავშირები.

აღსანიშნავია, რომ ქრონიკულ ავადმყოფთა მოვლა-პატრონობა შესაბამის დაწესებულებებში მნიშვნელოვნად უფრო იაფი დაჯდება, ვიდრე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში. ერთის მხრივ, სამკურნალო ღონისძიებების ნაკლები მოცულობით ჩატარების ხარჯზე, ხოლო მეორეს მხრივ, განვითარებული შრომათერაპიული საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლების შედეგად.

აღნიშნული სამსახური შესაძლებელია გაიშალოს, როგორც არსებულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, ისე ცალკეულ სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში.

საქართველოში, 2002-2005 წლებში, ეტაპობრივად, მიზანშეწონილია გაიხსნას 300-500 ფსიქოსოციალური საწოლები სპეციალიზირებულ რეაბილიტაციის სახლებში, საერთო ღირებულებით 450-500 ათასი ლარი.

შემსრულებელი – ჯანდაცვის სამინისტრო, ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი.

2. ფსიქიატრიული სამსახურის მონიტორინგის სისტემის შექმნა და ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება

2.1. ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება. მოცემული კომპონენტი მიზნად ისახავს მეცნიერულად დასაბუთებული წინადადებების შემუშავებას, როგორც საკანონმდებლო, ისე აღმასრულებელი ხელისუფლების სხვადასხვა უწყებისათვის. აღმასრულებელი ხელისუფლებისათვის რეკომენდაციები მომზადდება პირველ რიგში:

1. ქვეყნის პარლამენტისათვის შესაბამის კანონებში დამატებებისა და ცვლილებების შეტანის თაობაზე.
2. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსათვის:

- ჯანმრთელობის დაცვის /ძირითადად ფსიქიკური ჯანმრთელობის/ ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებისათვის.
 - პრიორიტეტული მიმართულების განსაზღვრისათვის.
 - ფსიქიატრიის ფედერალური პროგრამის ოპტიმიზაციის მიზნით მასში დამატებებისა და ცვლილებების შეტანისათვის.
 - ფსიქოპროფილაქტიკისა და ფსიქოპიგიენისათვის საჭირო ღონისძიებათა შემუშავებისათვის.
 - ფსიქიკურ ავადმყოფთა სოციალური დაცვისათვის აუცილებელ ღონისძიებათა შემუშავებისათვის.
3. შინაგან საქმეთა სამინისტროსათვის:
 - ფსიქიკურ ავადმყოფთა მხრივ სოციალურად საშიში ქმედების პროფილაქტიკისა და დროულად აღკვეთის მიზნით.

დასახული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია შემდეგი

ამოცანების გადაწყვეტა:

1. ფსიქიკურ ავადმყოფთა კონტინგენტის შეწავლა.
2. ისეთი ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გამოყოფა, როგორცაა ასაკი, სქესი, საცხოვრებელი ადგილი, განათლება, პროფესია და სხვა.
3. სულთ ავადმყოფთა მხრივ ჩადენილ დანაშაულთა ანალიზი.

4. პოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა ნოზოლოგიურ მიკუთვნებასთან და დაავადების ხანგრძლივობასთან მიმართებაში.

5. შესაძლებლობების შეზღუდვის მაჩვენებლის განსაზღვრა.

6. ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობის ანალიზი.

7. რემისიების ხანგრძლივობის შესწავლა ცალკეული ნოზოლოგიების დროს დაავადების სხვადასხვა პერიოდში.

ეპიდემიოლოგიური კვლევები თავისი ბუნებიდან გამომდინარე მიზანშეწონილია ჩატარდეს პერმანენტულად ისე, რომ პირველი პერიოდი (1-2 წელი) დაეთმოს მონაცემების ძირითადი ბანკის შექმნას, ხოლო შემდგომი პერიოდი აღნიშნული მონაცემების მიმდინარე შეესებას.

კვლევის ჩატარება მიზანშეწონილია ჩატარდეს ანკეტირების მეთოდით, პირველადი მასალა დამუშავდეს მათემატიკურ-სტატისტიკური მეთოდით, რის შემდეგაც მიღებული იქნება შესაბამისი მონაცემები.

კვლევები უნდა ჩატარდეს რამდენიმე მიმართულებით:

1. ფსიქიკურ დაავადებათა გავრცელება პოპულაციაში, სრული კონტინგენტი და ცალკეული ნოზოლოგიები.

2. ცალკეული პათოფსიქოლოგიური სინდრომების შფოთვა, დეპრესია გავრცელება.

3. ფსიქიკური ავადმყოფობის ან ფსიქიკური პათოლოგიით გამოწვეულ სოციალურად საშიშ ქმედებათა, აგრესიების და სამართალდარღვევათა გავრცელების შესწავლა და ანალიზი.

ცალკეული მიმართულებისათვის პირველ პერიოდში არსებული რეალობიდან გამომდინარე მიზანშეწონილია გამოიყოს 15-20 ათასი ლარი. დაფინანსების წყარო შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სხვადასხვა სახის გრანტები.

შემსრულებლები: ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, ზურაბაშვილის საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება.

2.2. ფსიქიკურ ავადმყოფთა მონაცემების ერთიანი საინფორმაციო ბანკის შექმნა.

დღეისათვის, არსებული კანონმდებლობით, ფსიქიკურ ავადმყოფს უფლება აქვს თვითონ ამოირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება და მკურნალი ექიმი. აღნიშნული კანონმდებლობა, მართალია, ერთის მხრივ, იცავს ავადმყოფთა უფლებებს, მაგრამ ამავე დროს წარმოქმნის რიგ ორგანიზაციული ხასიათის სირთულეებს, რომელთა შორის უმნიშვნელოვანეს წარმოადგენს პრობლემები ავადმყოფთა აღრიცხვიანობაში. გარდა ამისა, ცალკეულ ავადმყოფს საშუალება ეძლევა მიიღოს ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული დახმარება ერთდროულად რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებაში, რთულდება ავადმყოფთა ირგვლივ ობიექტური ინფორმაციის შეგროვება, რომელსაც ცალკეულ შემთხვევებში, ავადმყოფური მდგომარეობიდან გამომდინარე, პაციენტები სრულად ვერ გვაწვდიან.

აღნიშნული სიტუაციის კარდინალურად შეცვლა შესაძლებელია ფსიქიკურ ავადმყოფთა მონაცემების საინფორმაციო ბანკის შექმნით. პირველ ეტაპზე აღნიშნულ ბანკში უნდა გაერთიანდეს ქ. თბილისის ფსიქიატრიული დაწესებულებები, მეორე ეტაპზე ქ. ქუთაისი და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა, ხოლო მესამე ეტაპზე მთელი საქართველო. პირველ რიგში, საინფორმაციო ბანკი უნდა მოიცავდეს ფსიქიატრიული დახმარების ფედერალურ პროგრამაში მონაწილე პაციენტებს, ხოლო შემდეგ ყველა ფსიქიკურ ავადმყოფს.

ცალკეულ ავადმყოფზე შეიქმნება პირადი საინფორმაციო გვერდი (უნიკალური ნომერი), რომელიც საშუალებას მოგვცემს მოვახდინოთ ცალკეული ავადმყოფის მონაცემების იდენტიფიცირება.

ბანკის შექმნა საშუალებას მოგვცემს ავიცილოთ ავადმყოფთა დუბლირება, უზრუნველყოთ აღრიცხვიანობის მოწესრიგება, მივიღოთ ინფორმაცია ცალკეული ავადმყოფის შესახებ ისეთი, როგორიცაა დაავადებების ხანგრძლივობა, ჩატარებული მკურნალობის სახეები: სტაციონარული, ამბულატორიული, სად იყოფება მოცემულ მომენტში: სტაციონარში თუ იტარებს ამბულატორიულ ან სხვა სახის მკურნალობას, დიაგნოზი და სხვ. ძირითადი აუცილებელი მონაცემები. ამ მონაცემების მიღება შესაძლებელი იქნება ოპერატიულად ბანკში გაერთიანებულ ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში.

ბიუჯეტი: 20 000 ლარი, ყოველწლიურად დამატებითი ტექნიკური საშუალებებისთვის საჭიროა თითო დაწესებულებაზე 10 000 ლარი.

მოცემული სამუშაოსათვის საჭირო ვადა 3 წელი, შემსრულებელი: ა. ზურაბაშვილის სახ. საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება, ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი.

3. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული დახმარების განვითარების ძირითადი მიმართულებები

უკანასკნელ წლებში, საქართველოში, შესამჩნევი გახდა ბავშვთა და მოზარდთა დევიაციური, ანტისოციალური ქმედებების აშკარა მატება. ამის მიზეზი, უმეტეს შემთხვევაში, არის მძიმე სოციალურ-ეკონომიური ვითარებით გამოწვეული ნევროზული აშლილობანი და ქცევითი აბერაციები. დროთა განმავლობაში, სპეციალისტების აზრით (უცხოური ლიტერატურის მონაცემებით და ჩვენი გამოცდილების თანახმად), ეს დარღვევები უფრო გაიზრდება.

“ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრია მიეკუთვნება ფსიქიატრიული რეფორმის ერთ-ერთ სტრატეგიულ მიმართულებას” – ეს აღნიშნულ იქნა 1999 წლის 23 აგვისტოს პრეზიდენტის №496 ბრძანებულებაში – “საქართველოს მოსახლეობის ფსიქიატრიული დახმარების შემდგომი სრულყოფის შესახებ”. აქ მითითებულია ამ საკითხის არა მარტო მნიშვნელობა, არამედ აქტუალობა.

აქტუალური ხდება ფსიქო-სოციალური და ფსიქორეაბილიტაციური დახმარების უზრუნველყოფა მომავალი თაობის ნორმალურად ჩამოყალიბებისათვის. პედაგოგიურ, სოციალურ და სამართლებრივ ღონისძიებებთან ერთად, ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ და გამოცდილ მეთოდს წარმოადგენს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრების კომპლექსური ჩამოყალიბება და ფუნქციონირება. ძირითადი მიზანი ცენტრებისა არის ამ კონტინგენტში ნევროზულ აშლილობათა და ქცევითი დარღვევების კორექცია. ცნობილია, რომ სწორედ ეს აშლილობები, შემდგომში, იწვევენ ბავშვებსა და მოზარდებში ანტისოციალურ და კრიმინალურ ქცევებს (ქურდობა, ყაჩაღობა, პროსტიტუცია, მათხოვრობა, მაწანწალობა, ტოქსიკომანია, ნარკომანია და სხვა).

პროგრამის მიზანია ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითო ინსტიტუტის ბაზაზე ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქორეაბილიტაციის სამსახურის ორგანიზება.

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების მუშაობის ძირითადი მიმართულებაა ამ კონტინგენტში ეთიკური, მორალური, ზნეობრივი, სოციალური ფასეულობების ჩამოყალიბება და განმტკიცება, სოციალურ გარემოში ადაპტაციის მიღებული ფორმების შემუშავება, საზოგადოებაში აქტიური მოქალაქეობრივი პოზიციების ჩამოყალიბება.

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრების მუშაობის ძირითადი ამოცანებია:

- ბავშვებსა და მოზარდებში ფსიქიკური რეაბილიტაციის პროცესში გარემოსადმი შეცვლილი (მეტწილად აგრესიული) დამოკიდებულების კორექცია;
- კრიტიკული დამოკიდებულება საკუთარი ქცევების მიმართ;
- ცხოვრებისეული სიძნელების გადალახვის ფორმების შემუშავება.

ცენტრების სტრუქტურა და ორგანიზაცია მთლიანად მიმართულია აღნიშნული მიზნებისა და ამოცანების სარეალიზაციოდ.

აუცილებელია შეიქმნას სტაციონარული განყოფილება ქ. თბილისში 20 საწოლზე, იქვე დღის სტაციონარი 30 ბავშვზე და მოზარდზე და რეგიონალური ცენტრები 60 საწოლზე. ეს გარემოება მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს ჯანმრთელი ფსიქორეაბილიტაციური კლიმატის შექმნას.

კომპონენტის რეალიზაციისათვის საჭირო თანხა –
70 000 - 90 000 ლარი წლიურად.

შემსრულებელი: ჯანდაცვის სამინისტრო, ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი.

4. ფსიქიკურ ავადმყოფთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისა და რესოციალიზაციის სამსახურის განვითარების ძირითადი მიმართულებები.

დღეისათვის, საქართველოში, ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები საზოგადოების ყველაზე დაუცველ ფენას წარმოადგენენ, მათი უმეტესობა აღმოჩნდა “გადარჩენის სახსრების” გარეშე. ამჟამად, ფსიქიკურად დაავადებულთა უმრავლესობა ვერ იღებს სათანადო სამედიცინო და სოციალურ დახმარებას. მათგან ზოგიერთი აღმოჩნდა საცხოვრებლის გარეშე, ზოგი კი იზოლირებული ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ან საკუთარ სახლებში. ძალიან დაბალია მათი დასაქმების დონეც. საზოგადოებისაგან ფსიქიკური ავადმყოფების იზოლაცია კიდევ უფრო ზრდის მათი ინვალიდობის სიღრმეს. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც იცავს ფსიქიკურად დაავადებულთა უფლებებს, იგი ხშირ შემთხვევაში, არ ხორციელდება.

საქართველოში, ფსიქიატრიის რეფორმირების პროცესში, წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ფსიქიკური დაავადებების მქონე პაციენტთა რესოციალიზაციას.

ამისათვის, აუცილებელია ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამების განვითარება. ამ პროგრამების რეალიზაცია გულისხმობს ფსიქიკურად დაავადებულთა მოვლისა და მხარდაჭერის მრავალრგოლიანი ქსელის განვითარებას, რომელიც ხელს შეუწყობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს მიაღწიონ საზოგადოებაში დამოუკიდებელი ცხოვრების ოპტიმალურ დონეს.

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთლობის ასოციაცია (სფჯა) უცხოელი დონორისა და ჯადაცვის სამინისტროს დახმარებით უკვე მეოთხე წელია ანხორციელებს პროგრამას ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის მეშვეობით. ამ ცენტრში დანერგილი იქნა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის თანამედროვე მეთოდები, სისტემატურად წარმოებს მედპერსონალის ტრენინგები უცხოელი სპეციალისტების მიერ. ეს ცენტრი, ახლო მომავალში, გახდება ბაზისური სატრენინგო დაწესებულება, სადაც სწავლებას გაივლის საქართველოში, ფსიქიატრიის სფეროში მომუშავე მედპერსონალი.

ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა კლინიკურ-ფსიქოლოგიური მაჩვენებლების გაუმჯობესება: რემისიის მდგომარეობის ხანგრძლივი

შენარჩუნება და გამწვავებათა პროფილაქტიკა, ემოციური მდგომარეობის კორექცია, კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესება, მოტივაციისა და ადაპტაციის უნარის გაზრდა, სტრესისადმი ტოლერანტობის ამაღლება, პაციენტთა განათლება ფსიქიატრიის საკითხებში, ინტერპერსონალური ურთიერთობების გაუმჯობესება, კონფლიქტურობის შემცირება.

ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება: დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარის გამოუმუშავება, ბაზისური ცოდნის გამოყენების და შრომისუნარიანობის გაზრდა, დასაქმება, საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესება, სადაო საკითხების და კონფლიქტური სიტუაციების გადაწყვეტა, სოციალურად საშიში ან ასოციალური ქცევის პროფილაქტიკა.

ამოცანები:

1. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ჰოსპიტალგარეშე პაციენტებისათვის.

2002 – 2005 წლებში, ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია გაეწევა პაციენტებს, რომლებიც ცხოვრობენ ქ. ქუთაისში (მოსახლეობა 198.100), ქ. რუსთავში (მოსახლეობა 138.400) და ქ. ზუგდიდში (მოსახლეობა 43.200) და იმყოფებიან აღრიცხვაზე (ან ლეზულობენ დახმარებას) ქუთაისის, რუსთავის და ზუგდიდის სარაიონთაშორისო ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერებში, რომელთა ბაზაზე უნდა შეიქმნას შესაბამისი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კაბინეტები.

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ჰოსპიტალგარეშე პაციენტებისათვის უნდა განხორციელდეს სოციალური მუშაკებისა და ფსიქოლოგების მიერ, რომლებიც 2002 წ. შესაბამის მომზადებას გაივლიან ქ. თბილისის ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში.

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ჰოსპიტალგარეშე პაციენტებისათვის გულისხმობს:

1.1 სოციალური მხარდაჭერა, ეს პროგრამა დაეხმარება პაციენტს იმ სოციალურ ამოცანათა გადაჭრაში, რომელთა დამოუკიდებლად დაძლევა მას არ შეუძლია ან უძნელდება. ამასთან ერთად სოციალური მუშაკი მეთვალყურეობას უწევს რამდენად უკლის პაციენტი თავის თავს და იცავს საზოგადოებრივი ცხოვრების

ნორმებს. სოციალური მუშაკი სწავლობს პაციენტის “შემოხვევას”, გეგმავს და ანხორციელებს შესაბამის “ჩარევას” (კონსულტაცია, სამართლებრივი განათლება, ინფორმაციის მიწოდება, შუამდგომლობა სხვა ორგანიზაციებთან ან მათი ჩართვა, უახლოეს გარემოცვასთან კონტაქტი და სხვა), აფასებს გაწეული მუშაობის შედეგებს და აწარმოებს შესაბამის ლოკუმენტაციას.

1.2 საზოგადოებაში დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარ-ჩვევების სწავლება. პროგრამის მიზანია ასწავლოს პაციენტს დამოუკიდებლად გაართვას თავი მის წინაშე არსებულ ამოცანებს (დანიშნულების სწორი შესრულება, ნარჩენი ფსიქოზური სიმპტომების რედუცირება, სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის წარმართვა, ბაზისური ცოდნის გამოყენება და სხვა). პროგრამა წარმოადგენს ჯგუფური ფსიქოთერაპიის ერთ-ერთ სახეობას, რომელსაც ორი თერაპევტი (ინსტრუქტორი) ატარებს.

1.3. პაციენტთა თვით და ურთიერთდახმარების ჯგუფების მუშაობა.

პროგრამა ითვალისწინებს პაციენტთა მომზადებას თვით და ურთიერთდახმარებისათვის, რის შემდეგაც ხდება თვით და ურთიერთდახმარების ჯგუფების ჩამოყალიბება. ამ ჯგუფების შეხვედრებზე პაციენტები ერთმანეთს გაუზიარებენ თავიანთ მოსაზრებებს, დაავადების და მკურნალობის შესახებ “საკუთარ” გამოცდილება და სხვა.

2. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ჰოსპიტალის პაციენტებისათვის ეს მომსახურება გაეწევა ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის კლინიკისა (250), გლდანის (150) და სურამის (70) ფსიქიატრიული საავადმყოფოების პაციენტებს.

ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას ჰოსპიტალის პაციენტებისათვის განახორციელებს შრომათერაპევტი და ის გულისხმობს:

2.1 . შრომათერაპია. პროგრამის მიზანია ჰოსპიტალში მყოფი პაციენტების შრომითი თერაპია, რათა მოხდეს მათი შრომითი ჩვევების აღდგენა, დროის სტრუქტურირებისა და პასუხისმგებლობის გრძნობის განვითარება, თვითშეფასებისა გაზრდა, პიროვნების რესურსების აქტივირება და სხვა. ყოველივე

ეს, ხელს შეუწყობს გაწერის შემდგომ პაციენტთა დამოუკიდებელ ცხოვრებასა და სამსახურის პოვნას.

5. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ბაზაზე ექსპერტ-ფსიქიატრთა მოსამზადებელი კურსების ორგანიზაცია და ამოქმედება.

მიზანი – სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზა წარმოადგენს ფსიქიატრიის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს და სპეციფიკურ ქვედარგს. ის შეისწავლის სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობის დამოკიდებულებას სამართლებრივ ნორმებთან, სამოქალაქო და სისხლის სამართალთან.

სასამართლო ფსიქიატრ-ექსპერტს, ზოგადი ფსიქიატრიის ღრმა ცოდნასა და კლინიკურ გამოცდილებასთან ერთად, მოეთხოვება სამართლებრივი საკითხების საფუძვლიანი ცოდნა. ასეთი მრავალმხრივი მომზადება საშუალებას მისცემს მათ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნებში კომპეტენტურად, თანმიმდევრულად და დასაბუთებულად ჩამოაყალიბონ გამოკვლევის შედეგები.

საქართველოში დემოკრატიული საზოგადოების ჩამოყალიბების ეტაპზე აუცილებლობას წარმოადგენს სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტის მომზადება. ეს საშუალებას მოგვცემს გავზარდოთ ამ დარგის სპეციალისტთა რაოდენობა და შევექმნათ ქვეყანაში დამოუკიდებელ სასამართლო-ფსიქიატრთა ინსტიტუტი, როგორც სახელმწიფო ექსპერტიზის ალტერნატივა.

თანამდებობრივ-პროფესიული ვალდებულებანი. – სასამართლო ფსიქიატრ-ექსპერტი თავის მუშაობაში ხელმძღვანელობს მოქმედი კანონმდებლობით, კერძოდ, კანონით “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 97 მუხლით, სამოქალაქო-საპროცესო კოდექსის 168 მუხლით და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიული აქტებითა და ინსტრუქციებით.

ექსპერტი-ფსიქიატრი, გარდა ზოგადი ფსიქიატრიის კარგი ცოდნისა, უნდა ფლობდეს გამოსაკვლევი პირის და მისი ახლობლების გამოკითვის სპეციფიკას, სიმულაციისა და დისიმულაციის გათვალისწინებით.

ექსპერტი-ფსიქიატრი უნდა ფლობდეს სისხლის სამართლის და სამოქალაქო საქმიდან საჭირო მასალების დამუშავების მეთოდოლოგიას.

ექსპერტი-ფსიქიატრი უნდა კარგად ერკვეოდეს სამართლებრივ საკითხებში თავისი კომპეტენციის ფარგლებში.

ექსპერტი-ფსიქიატრი უნდა ფლობდეს საექსპერტო დასკვნის გაფორმების მეთოდოლოგიას, რათა დასკვნაში კომპეტენტურად და სრულად გაეცეს პასუხი ყველა დასმულ კითხვაზე.

სამეურნეო კურსები ფასიანია.

სწავლების პერიოდი შეადგენს 4 თვეს.

სასწავლო პროგრამა და განრიგი დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

ნაეარაუდევია ერთ კურსზე მაქსიმუმ ორი ლიცენზირებული ექიმი-ფსიქიატრის მომზადება ამ სპეციალობით.

შემსრულებელი - თბილისის სახელმწიფო ექიმთა დიპლომის შემდგომი განათლების საჩედიცინო აკადემია, ს.ს. მასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი

6. კრიზისული ფსიქიატრიული და ფსიქოსოციალური დახმარების განვითარების ძირითადი მიმართულებები.

თანამედროვე საქართველოში მიმდინარეობს პროცესები, რომელთაც თან სდევს ცალკეულ პიროვნებათა და საზოგადოების ფართო ფენების სოციალურ-ფსიქოლოგიური კრიზისი. მოსახლეობის დიდი ჯგუფების სოციალურ-ფსიქოლოგიური დეზადაპტაცია იწვევს ფსიქოსოციალური დევიაციების (თვითმკვლევლობები, ალკოჰოლიზაცია, ნარკოტიზაცია, სამართალდამრღვევი ქცევა და ა.შ.) ზრდას. იმატა თვითმკვლევლობების, სხვადასხვა სახის ფსიქოსომატური და ფსიქიკური აშლილობების რიცხვმა. გახშირდა ახალგაზრდა ასაკში მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის შემთხვევები. ქვეყანაში 300000 იძულებით გადაადგილებული პირია. ბავშვთა დაწესებულებებში იმყოფება 4500-მდე მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვი, რომელთა შორის მხოლოდ 5%-ს არ ჰყავს მშობელი. ზოგიერთი ექსპერტი ჩვენ საზოგადოებას 'ტრაგეტიკულს' უწოდებს.

სოციალურ-ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახურები წარმოადგენენ ფსიქოსოციალური დევიაციების, ფსიქოსომატური

და ფსიქიკური აშლილობების ეფექტურ პრევენციულ საშუალებას. დროულად აღმოჩენილ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ დახმარებას ასევე შეუძლია დიდი როლი ითამაშოს ე.წ. არაინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკასა და მკურნალობაში.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე 2002-2005 წ.წ. აუცილებელია განხორციელდეს შემდეგი ღონისძიებები:

1. ქ. თბილისში არსებული კრიზისული დახმარების სამსახურის გაფართოება:

ა)ორარხიანი 'ნდობის ტელეფონის',

ბ)ფსიქოსოციალური დახმარების კაბინეტის

გ)მობილური ბრიგადის ამოქმედება

2. ფსიქოსოციალური დახმარების სამსახურების ამოქმედება საქართველოს ქალაქებში:

ქუთაისი (ნდობის ტელეფონის 1 არხი და ფსიქოსოციალური დახმარების კაბინეტი), ბათუმი, ზუგდიდი.

საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების განვითარების ძირითადი მიმართულებები.

2002-2005 წ.წ.

(ლონისძიებთა ჩამონათვალი, შემსრულებლები, ვადები და სავარაუდო ბიუჯეტი)

№	ღრისიხება	შემსრულებელი	ვადები	სავარაუდო ბიუჯეტი
1	კადრებსა და ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა	პროფ. ჯანაშვილისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ა. გოციროსის სახ. თბილისის ფსიქონევროლოგიური ინსტიტუტი	2002-2005წ.წ.	42 000 წლიური თანხა
2	ფსიქიკურ ავადობა ინტენსიური მკურნალობის ორგანიზება	ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი.	2002-2005წ.წ.	100 000 წლიური თანხა
3	ჭარბოვანად დაავადებულ ინვალიდ ავადობა თერაპიული ორგანიზება	ჯანდაცვის სამინისტრო	2002-2005წ.წ.	450-500 000 წლიური თანხა
4	ფსიქიატრიული სამსახურის მონიტორინგის სისტემის შექმნა და ვიდეო კვლევის ჩატარება	ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი, ა. ზურაბაშვილის სახ. ფსიქიატრია საზოგადოება	2002-2003წ.წ.	15-20 000 წლიურად
5	ფსიქიკურ ავადობა მონაცემების ერთიანი საინფორმაციო ბანკის შექმნა	ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი, ა. ზურაბაშვილის სახ. ფსიქიატრია საზოგადოება	2002-2005წ.წ.	20 000 წლიური თანხა
6	სენსორული და მონიტორინგის ფსიქიატრ. დახმარების განვითარება. ძირით. მძიმე შემთხვევები	ჯანდაცვის სამინისტრო, ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	2002-2005წ.წ.	60 000
7	ფსიქიკურ ავადობა რესოციალიზაციის სამსახურის ძირითადი მიმართულებები	საქართველოს ფსიქიკურ-ჯანდაცვის დეპარტამენტი	2002-2005წ.წ.	45 000
8	ექსპერტ-ფსიქიატრია მონაცემების კურსების ორგანიზება	ქიბია დიპლომის-შემსრულებელი განაღდება სამედიცინო აკადემია ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი	2002 წ.წ.	სამეცნიერო ანგარიშზე

ქ. თბილისში არსებული კრიზისული დახმარების
სამსახურის გაფართოვება

№	ღონისძიება	კაღები	შეშრულებული	საყარაულო ბიუჯეტი
1.	ორარხიანი "წღობის ტელეფონი"	2003-2005	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, "წღობა"	79 000
2	ფსიქო-სოციალური დახმარების კამპნიების ორგანიზება	2003-2005	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, "წღობა"	27 000
3	წობილური ბრიყადის ამოქმედება	2003-2005	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, "წღობა"	40 000
4	ფსიქო-სოციალური დახმარების სამსახურების ამოქმედება ქუთაისში	2002-2005	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, "წღობა"	69 000
5	"-----" ბათუმში	2003-2005	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, "წღობა"	60 000
6.	"-----" ზუგდიდში	2003-2005	ჯანდაცვის სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, "წღობა"	60 000

გადაუღებელი ფსიქიატრიული დახმარების ბიუჯეტი

	ღონისძიება	ღირებულება
1	ბრიყადის ზღფესი: ვტიზი, კქანი, სანიტარი, მძღლი, დისპეტერი	12 500
2.	მღლიკამენტიის ღირებულება	3 800
3.	სატრანსპორტიო ხარჯება: სწეკი, მძღ. ხარჯები	13 000
4.	საკომუნიკაციო და საბურთო ხარჯები	1 700
5.	შესაბამისი ავტომანქანიის ღირებულება	12 000
	ს ე ლ	43 000

ფსიქიკურ ავადმყოფთა რესოციალიზაციის სამსახური ბიუჯეტი

№	ღონისძიება	2002 წელი	2003 წელი	2004 წელი	2005 წელი
1	სოციალური მხარდაჭერა	პრობლემატიკური სანუშაობები - პერსონალის გრუნტი 13 სოციალური მუშაკის მომზადება	1. დანერგვის და ამოქმედვის რესთაურა, ქუთაისში და შვედლში 2. მობდვის ქუთაისის სექციონია	განმარყოფილდეს რესთაურა, ქუთაისში და შვედლში	განმარყოფილდეს რესთაურა, ქუთაისში და შვედლში
2	სამხარყოფის დახმაროდეს ცხოვრების ენარ შვედების სწავლებს	სოციალური სანუშაობები - პერსონალის გრუნტი 13 სოციალური მუშაკის მომზადება	1. დანერგვის და ამოქმედვის რესთაურა და ქუთაისში 2. მობდვის ქუთაისის სექციონია	განმარყოფილდეს რესთაურა და ქუთაისში	განმარყოფილდეს რესთაურა და ქუთაისში
		მუშარულენი სეფა	მუშარულენი სეფა 1. ქუთაისის, რესთაურა და შვედლის დონის სეფები 2. სეფა	მუშარულენი ქუთაისის, რესთაურა და შვედლის დონის სეფები	მუშარულენი ქუთაისის, რესთაურა და შვედლის დონის სეფები

ბ ო ლ ო თ ქ ი ა

საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების რეფორმირების ძირითადი პრინციპები (რეალისტური ხედვის მცდელობა)

90-ანი წლებიდან საქართველოში განვითარებულმა მნიშვნელოვანმა სოციალურ-ეკონომიურმა და პოლიტიკურმა ძვრებმა უარყოფითი გავლენა იქონია ქვეყანაში არსებული ფსიქიატრიული დახმარების სისტემაზე. ფსიქოტროპული პრეპარატების მწვავე დეფიციტი, სტაციონარებში სრულფასოვანი კვების არარსებობა და მძიმე ყოფითი პირობები გახდა სულით დაავადებულ პაციენტთა ფსიქიატრიული კლინიკებიდან გადინების მიზეზი. 1995 წლიდან, რეფორმებმა ჯანდაცვის სფეროში,

– ჯანმრთელობის სფეროს პრიორიტეტად გამოაცხადა. 1995 წლის მარტში, საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული იქნა კანონი “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, რომელმაც უზრუნველყო ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის სამართლებრივი ბაზა. ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედდა 1995 წლის აგვისტოში. ამ პროგრამის შესაბამისად, სახელმწიფომ, სამედიცინო დაზღვევის ფონდის და შემდგომ, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საშუალებით, დააფინანსა ფსიქოზური რეგისტრის სულით ავადმყოფთა, იძულებით მკურნალობაზე მყოფ სულით ავადმყოფთა და სოციალურად საშიშ სულით ავადმყოფთა ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარება. დღეისათვის, ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამით საქართველოში მუშაობს 7 სტაციონარი (1000 საწოლზე) და 17 ამბულატორიული დაწესებულება, რაც საერთო ჯამში, უზრუნველყოფს 23-25000 პაციენტის მკურნალობას სახელმწიფოს ხარჯზე. დაახლოებით 70 000-მდე პაციენტი, რომელიც საჭიროებს ფსიქიატრიულ დახმარებას (რეაქტიული მდგომარეობები, ნევროზი, ოლიგოფრენია, ქცევის პათოლოგია და სხვა), რჩება სახელმწიფო, გარანტირებული ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამის მიღმა.

ამასთან ერთად, არ შეიძლება არ აღინოშნოს, მოქმედი ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის მნიშვნელოვანი დეფიციტი. არსებული ეკონომიკური გათვლებით,

2004 წლის ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ოპტიმალური ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი იყო 5,77 მლნ ამერიკული დოლარის ექვივალენტი ლარებში. მაშინ, როდესაც პარლამენტის მიერ დამტკიცებული ბიუჯეტის კანონით, ამ მიზნით, გამოყოფილი იქნა 1,5 მლნ ამერიკული დოლარის ექვივალენტი ლარებში. ასეთი დიდი დეფიციტი, მნიშვნელოვან სიძნელებებს ქმნის პროგრამის სრულფასოვან მუშაობაში.

გარდა სახელმწიფო სტრუქტურებისა, საქართველოში მოქმედებს რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომელიც ახორციელებს რამდენიმე ლოკალურ პროექტს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. ეს პროექტები ძირითადად ორიენტირებულია რისკ ჯგუფების ფსიქო-სოციალურ დახმარებაზე (დევნილები, პატიმრები და ა.შ.), სამედიცინო პერსონალის მომზადებაზე და პაციენტების დახმარების და თვითდახმარების ჯგუფების შექმნაზე. მაგალითისათვის: საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია ახორციელებს დანიის საქველმოქმედო ორგანიზაცია “კარიტასის” გრანტით პროგრამას “ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი”, რომელიც დახმარებას უწევს ფსიქიკური დაავადებების მქონე 50-70 პაციენტს სოციალური ურთიერთობებისა და ჩვევების აღდგენაში. სამწუხაროდ, ეს არის მსგავსი ტიპის ერთადერთი დაწესებულება, რომლის ანალოგი არ არსებობს. 10 წელია თბილისში არსებობს კრიზისული სამსახური “ნდობა”, რომელიც აგრეთვე არასამთავრობო ორგანიზაციას წარმოადგენს. იგი იყენებს კრიზისული დახმარების ისეთ ეფექტურ ფორმებს, როგორცაა ნდობის ტელეფონი და ანონიმური კაბინეტები.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის დარგში რეფორმირება, რომელიც 1995 წლიდან დაიწყო, რთული და ეტაპობრივი პროცესია. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებულ დოკუმენტში “ჯანდაცვის პოლიტიკა საქართველოში” ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის განვითარებას ერთ-ერთი ძირითადი ადგილი უჭირავს. ამ გეგმის შესაბამისად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა საქართველოში, უნდა წარიმართოს შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების დენსტიტუციონალიზაცია.
2. ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის

თანდათანობითი დახვეწა და მისი მოცულობის გაფართოება.

3. ფსიქიკურად დაავადებულ პირთათვის ფსიქო-სოციალური დახმარების სისტემის განვითარება.
4. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული დახმარების ქსელის განვითარება და შემდგომი სრულყოფა.

არსებულმა რეალურმა სიტუაციამ, გახანგრძლივებულმა ეკონომიკურმა კრიზისმა, შეუძლებელი გახადა “საქართველოს ეროვნული ჯანმრთელობის პოლიტიკის” დოკუმენტით განსაზღვრული ძირითადი სტრატეგიული ამოცანების შესრულება. უცილებელი გახდა სტრატეგიული გეგმის რევიზირება და იმ ძირითადი კომპონენტების გამოყოფა, რომელთა განხორციელება 2002-2005 წლებში მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის შემდგომ რეფორმირებასა და სრულყოფას.

სიტუაციის ანალიზი

1. საქართველოში რეალურად არ არსებობს სტრუქტურა, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს სახელმწიფო და არასამთავრობო სტრუქტურების მუშაობას და ამ დარგში რეალურ შეფასებას და განხორციელებას.
2. სახელმწიფოს მხრიდან არსებული დაფინანსება მკვეთრად დეფიციტურია და ვერ უზრუნველყოფს სახელმწიფოს მიერ ფსიქიატრიული დახმარების სფეროში აღებული ვალდებულებების სრულად უზრუნველყოფას.
3. სახელმწიფო ვერ უზრუნველყოფს ფსიქიატრიული დახმარების ისეთი უმნიშვნელოვანესი მიმართულებების დაფინანსებას, როგორცაა კრიზისული ფსიქოსოციალური დახმარება, ბავშვთა და მოზარდთა დახმარება, გერიატრიული ფსიქიატრია, ფსიქოსოციალური ფსიქიატრია, წამების მსხვერპლთა რესოციალიზაცია და რეაბილიტაცია. აღნიშნული მიმართულებები წარმოდგენილია მხოლოდ პილოტური პროგრამების სახით არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ.

4. საქართველოში არ არსებობს სპეციალური თავშესაფარი ქრონიკი, უნარშეზღუდული სულით ავადმყოფებისათვის. ამ პაციენტთა უმრავლესობა წლობით იმყოფება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.
5. არ არსებობს სულით დაავადებულ მოქალაქეთა სოციალური დაცვის სისტემა.
6. სრულყოფას და სტრუქტურულ ორგანიზაციას საჭიროებს ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული დახმარების სისტემა.
7. დასახვეწია ფსიქიატრთა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე სპეციალისტთა პროფესიული გადამზადების სისტემა.
8. საქართველოში უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში არ ჩატარებულა ეპიდემიოლოგიური კვლევები ფსიქიატრიის დარგში, რაც არ გვაძლევს საშუალებას წარმოუადგინოთ და გააანალიზოთ ფსიქიკურ დაავადებათა გავრცელების სურათი ჩვენს ქვეყანაში.

ამ მიზნით, აუცილებლად მიგვაჩნია, დარგისათვის შემდეგი ძირითადი ღონისძიებების გატარება:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სახელმწიფო და არასამთავრობო სტრუქტურების კოორდინაციისა და კოოპერაციის მიზნით, საკოორდინაციო საბჭოს გააქტივება და საბჭოს მუშაობაში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს აქტიური მონაწილეობა, როგორც სტრატეგიული, ასევე ოპერატიული პრობლემების კოლექციური გადაწყვეტისათვის.
2. ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის შემდგომი გაფართოება, ეტაპობრივი ოპტიმიზაცია და ფინანსური სრულყოფა, რაც თანდათანობით შეამცირებს პროგრამაში არსებულ მნიშვნელოვან დეფიციტს და აამაღლებს სულით ავადმყოფთა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობის ხარისხს.

3. ფსიქიატრიული სამსახურის მონიტორინგის სისტემის შექმნა და ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება, რაც საშუალებას მოგვცემს დავინახოთ საქართველოში გავრცელებულ ფსიქიკურ დაავადებათა რეალური სურათი.
4. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის შემდგომი სრულყოფა და ორგანიზაცია.
5. გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარებისა და ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობის სისტემის ორგანიზება.
6. ქრონიკულად დაავადებულ ძმიძე ინვალიდ პაციენტთა თაემესაფრის ორგანიზება.
7. ფსიქიკურ ავადმყოფთა რესოციალიზაციის სისტემის შექმნა და მისი ამოქმედება საქართველოს ძირითად რეგიონებში.
8. სუიციდის პრევენციის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავება.
9. საქართველოში ექსპერტ-ფსიქიატრთა დამოუკიდებელი პანელის უზრუნველყოფა, მათი მომზადებისა და გადამზადების სისტემის ორგანიზება და სრულყოფა.
10. დედაქალაქში და საქართველოს ძირითად ქალაქებში კრიზისული ფსიქოსოციალური დახმარების სამსახურების შექმნა და ამოქმედება.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГРУЗИИ.

Значительные социально-политические и экономические сдвиги, происшедшие в Грузии в начале 90-х, негативно повлияли на функционирование системы здравоохранения в стране. Особенно это отразилось на структурах психиатрической помощи. Выраженный дефицит психотропных препаратов, продуктов питания и резкое ухудшение условий в стационарах вызвал отток пациентов от психиатрических клиник, повысил показатель смертности в стационарах и привел в критическое состояние всю сеть психиатрической помощи.

Реформы в сфере медицины, начавшиеся в Грузии с 1995 года, поставили службу психиатрической помощи в ряд первостепенных и приоритетных отраслей здравоохранения. В марте 1995 года, Парламентом Грузии, был принят закон “О психиатрической помощи”, который стал основной правовой базой для этой области медицины. Была разработана “Государственная программа психиатрической помощи”, согласно которой государство приняло на себя финансирование стационарного и амбулаторного

лечение социально наиболее значимых и опасных для общества психических расстройств (всех форм острых психозов, хронических психических заболеваний, всех видов принудительного психиатрического лечения). С Августа 1995 года программа вступила в действие и, практически в том же объеме, действует и на сегодняшний день.

В настоящее время в Грузии по данной программе стационарную и амбулаторную психиатрическую помощь осуществляют 7 стационаров – в общем на 1000 коек, 7 региональных диспансеров и 10 психо-неврологических диспансеров и кабинетов.

Государственная программа по психиатрической помощи покрывает расходы по лечению около 30.000 больных находящихся на учете в психиатрических учреждениях, в том числе: с шизофренией (15800 пациентов), с аффективными расстройствами (около 2500 пациентов), органическими и симптоматическими психозами (около 4200 пациентов), и ПТСР (около 1700) и других психотических расстройств (около 6000). Вне государственной программы остается лечение более чем 70.000 пациентов, нуждающихся в квалифицированной

психиатрической помощи. Это около 29000 случаев невротических и соматоформных расстройств, 27500 случаев личностных (персоналогических) расстройств, 20000 случаев умственной отсталости. Это только те случаи, которые находятся на учете в психиатрических учреждениях. По неуточненным данным, до 100.000 человек обращается за психиатрической помощью в частном порядке. Таким образом, по параметрам “Программы психиатрической помощи” государство оплачивает лечение только 30% пациентам, нуждающимся в психиатрической помощи.

Кроме того, сам бюджет программы, в значительной мере, дефицитен. По экономическим расчетам, для оптимально функционирования “Программы” в 1999 году было необходимо 5,77 млн. долларов США, а в 2000 году – 5,79. Законом “О бюджете” парламент страны срезал ассигнования в 1999 году до 2,3 млн. долларов США, а в 2000 году – до 2,5 млн. Все это, в значительной мере затрудняет нормальное функционирование системы психиатрической помощи в стране и главное – затрудняет и тормозит проведение реальных реформ в этой области.

Несмотря на определенные финансовые трудности, переживаемые страной, Правительство находит средства для расширения “Государственной программы психиатрической помощи”. Основные направления развития службы охраны психического здоровья были определены в Указе президента Грузии Э.Шеварднадзе “О мерах по улучшению защиты психического здоровья населения”. С 1999 года в больших региональных психиатрических диспансерах (Кутаиси, Сенаки, Ланчхути) открыты дневные стационары. С 2000 года задействована программа “Психо-социальной реабилитации детей и подростков”. С 2002 года планируется начать работы по созданию службы неотложной психиатрической помощи.

При активном участии Общества психиатров Грузии и НИИ психиатрии им. М.М.Асатиани, в Министерстве Здравоохранения и Социальной Защиты создан “Политика Здравоохранения в Грузии. 2000-2009 г.г.”, где, наряду с другими отраслями медицины, определены главнейшие стратегические задачи развития и реформирования системы психиатрической службы в Грузии за следующие 10 лет.

Главными направлениями развития системы психиатрической помощи являются:

1. Расширение Государственной программы психиатрической помощи – постепенное увеличение объема бесплатной медицинской помощи.
2. Создание системы по социальной реабилитации и социальной помощи психически больных.
3. Создание системы психиатрической помощи детям и подросткам.
4. Снижение случаев суицида в общей популяции.
5. Снижение количества психических заболеваний, связанных с социальными стрессовыми факторами.

В соответствии с этим планом, до 2009 года, в Грузии планируется, кроме действующего в Тбилиси, задействовать еще 5 центров по психо-социальной реабилитации психически больных (в Рустави, Кутаиси, Зугдиди, Сенаки и Батуми). Открыть 9 кабинетов психо-социальной помощи в разных районах страны.

В настоящее время, затянувшийся финансовый и экономический кризис затрудняет полноценное и регулярное финансирование государственной программы психиатрической помощи, что, при существующем

дефиците, крайне затрудняет оптимальное функционирование системы психиатрической помощи в стране и реализацию целей, определенных стратегическими задачами “Политики здравоохранения в Грузии”.

SITUATION AND PERSPECTIVES OF MENTAL HEALTH SERVICE IN GEORGIA

Significant socio-economic and political changes taking place in Georgia in the beginning of 1990-s, had a negative effect on the existing structures of Psychiatric Care Service. The evident deficit of psychotropic drugs, lack of food, considerable worsening conditions caused the outflow of patients from the psychiatric clinics. The indicator of lethal outcome was increased and the whole system of psychiatric care was put into the critical position.

Reforms in the sphere of medicine taking place since 1995 have put Mental Health Care into the number of paramount branches of Public Health Care. In March 1995 the Parliament of Georgia accepted the **“Law of Psychiatric Care”**, which became the legal basis for the Mental Health Care System in our country. **The State Program of Psychiatric Care** has been worked out and come into an action since the August 1995. The Government took the initiative of financing in- and outpatient treatment of socially more dangerous mental disorders: all forms of acute psychosis, chronic mental diseases, all kinds of compulsory and involuntary treatment.

For today in Georgia according to the State Program out and inpatient psychiatric care has been carried out by **7 hospitals** on 1000 beds. This number is not enough taking into consideration the existing reality. The outpatient care is carried out by **14 regional dispensaries** and **3 dispensary departments**, which are also not enough.

The Government is covering all the expenses of those 30000 patients which are registered in different psychiatric institutions are requiring qualified treatment and care. 70000 registered patients also requiring psychiatric treatment have been left out of the State Program of Psychiatric Care. According the data, which are not exact, as minimum 150000 patients get the private treatment or undergo the selftreatment. So according to these parameters the State Program of Psychiatric Care covers the expenses of only 30% of patients requiring the psychiatric treatment.

Besides the budget itself is significantly deficient. According to the economical calculation in 2001 it was necessary 5,77 million US\$ for the optimal functioning of the State Program of Psychiatric Care. Accepting the Budget Law, the Parliament has cut off the assignments in 2001 to 1,5 million

US\$. All these problems make it difficult to carry out the real reforms in this sphere.

Despite of the certain financial difficulties for the last 3 years the Government finds the means within the State Program of Psychiatric Care. In big regional psychiatric dispensaries since 1999 have been founded day-care Centres (Kutaisi, Senaki, Lanchkhuti), the program of psycho-social rehabilitation of children and adolescents has been come into an action since 2001. The service of Urgent Psychiatric Care is planned to be arranged by 2002.

With the state structures there are also non-governmental organisations (NGO) making special programs in the Mental Health sphere. Mostly they are local projects about the psycho-social rehabilitation of different groups with mental problems (refugees, prisoners, belonging to the risk groups), training medical staff, social workers, psychologists working in Mental Health System, creating the self-help groups and users groups.

For example, Georgian Association of Mental Health is realising the program "Centre of Psycho-social Rehabilitation" having been financed by Dannich organisation "Caritas". This Centre helps 50-60 patients with chronic mental disorders to recover lost social relations and habits. The Centre of this kind

is only in Tbilisi and it is not enough, but it is an excellent example how to develop reforms in the Psychiatry. To such good examples belong also such NGO “Ndoba”. “Hot-line Phone” was organised 10 years ago, “Anonymous Cabinet” of psychosocial care in Tbilisi. This organisation thanks to enthusiasm turned into the multifunctional system of psychosocial rehabilitation. Same services are planned to function in the nearest future in Kutaisi and Poti.

For the co-ordinating and co-operation of the state and non-governmental structures working in the field of Mental Health in 1999 was created the **Coordinative Council** where there are represented practically all existing groups and organisations in Georgia which are related with each other in the sphere of Mental Health.

If we examine attentively all the system of Mental Health Service in Georgia, we have to remark that on the way of making reforms there are **great gaps, vacuum and difficulties**.

1. For the last 10 years there have not been carried out epidemiological investigations which are giving the real picture of the expansion of the mental disorders in the country.

2. There are no shelters where chronic patients could be put. They are fulfilling all the psychiatric hospitals.

3. Socio-rehabilitation arrangements in state institutions and programs of NGO's have a local character and are feebly effecting on the whole picture.

4. There is no institution of Social Workers. The question about the training professionals in this sphere is not yet resolved.

5. There is no system of Social Care for people with Mental Problems. In order to resolve this problem is necessary to create and train multidisciplinary groups. This groups must work on community level.

6. The level of knowledge of psychiatrists, medical staff and other professionals working in Mental Health System doesn't correspond with the contemporary demands. The existing system of training needs radical reforms.

In the Ministry of Trade, Health and Social Affairs of Georgia is created the document "Health Policy in Georgia". Georgian Psychiatric Society and M.Asatiani Research Institute of Psychiatry took an active part in creating this document. In "Health Policy in Georgia" with other branches of medicine is determined the future development and strategic goals of the Mental Health Care Service for the following 10 years.

According to this Plan the **main directions of the Mental Health Policy** is;

1. Deinstitutionalization of the Mental Health Service,
2. Broadening of the State Program of Psychiatric Care. Gradual increasing of free of charge psychiatric service,
3. Creating the system of psycho-social aid of patients with mental problems,
4. Creating the system of psychiatric and psychosocial service of children and adolescents.

According to this plan till 2009 in Georgia is planned to come into action 5 Centres of the psychosocial rehabilitation of mentally ill patients (Rustavi, Kutaisi, Zugdidi, Senaki, Batumi). It is also planned to open 9 cabinets of the Psychosocial Aid in different regions of the country.

The realisation of this perspective plan depends on many aspects;

1. Perfectness of legal basis in the Mental Health sphere,
2. Optimum and adequate financing of all the steps of reforms,

3. Deinstitutionalization, consequently, an active involvement of NGO's in the system of Mental Health Care System.
4. Qualitative improvement of the education of professionals working in the Mental Health System.

LAW OF PSYCHIATRIC CARE

Republic of Georgia

Adopted by Georgian Parliament

Tbilisi, 21 March, 1995

ITEM 1. GENERAL PROVISIONS.

1. The Law ensures medical and social help of persons suffering from mental disorder, defends their rights and interests, and detects the society from commitment of socially dangerous acts of mentally disordered people.
2. The Law defines rights and responsibilities of working persons in the psychiatric facilities and the persons, who having connections with mentally disordered persons.

ITEM 2. DEFINITION OF CONCEPTS.

1. "Patient"- a person have been diagnosed as mentally disordered and to whom is given psychiatric treatment.
- 2."Psychiatric Institution"- the therapeutic-preventive institution, which is responsible for providing of medical, social and different special help to mentally disordered persons.
3. "Specialist working in psychiatry"- doctor, psychologist, nurse, social worker or anyone on the background of received the special training and confirmed qualification, are permitted to provide the special care to mentally disordered persons.
4. "Ability to make conscious decision"-person's ability to realize his/her condition, the main purpose of treatment, to assess forcible effects.
5. "Emergency condition"- when a person being with some psychiatric deflection, mentally disordered or with some complications exposes to danger him- or herself or surrounding people's life, health and property.

ITEM 3. MAIN RIGHTS AND GUARANTEES OF PATIENTS

1. Patient shall enjoy all the rights and freedoms ensured by the Constitution as well as all the other citizens of Republic of Georgia, if they aren't recognized incapable. Restriction of citizens rights and freedoms caused by mental disorder is defined in the 4th and 13th tems of the law.
2. All the patients are guaranteed to achieve:
 - Respectful and human attitude. that excludes any humiliation.

- Psychiatric care under the least restrictive conditions and with treatment methods worked out by the Ministry of Health, Republic of Georgia.
- Hospitalization only in accordance with medical evidence and, within the limits of possible, close to patient's or his/her relatives' place of residence.
- Information about his/her disease and treatment methods applied. A person is entitled to refuse the treatment offered in case of being able to make conscious decisions, being under 16 years of age and unable to make such decisions. In such case a parent or guardian are entitled to make decision and give an information concerning a patient.
- Rights of patient to be protected by lawyer. To ensure an appointment with lawyer without any witnesses, except an emergency situation.
- Appeal to justice or any social or state organization. Assistance of psychiatrists or trial discussing court affairs.
- Rights to vote in elections, to provide agricultural work, to control his/her property, if isn't recognized incapable juridically.
- To get corresponding medical help.
- Right to get all the social insurances.
- Right to enjoy all sanatorium and resort service.

3. Patient, has been registered as a disabled person, also facilities serving disabled patients (educational-industrial cooperation, social organizations or institutions) get tax-benefits according to law in force.

ITEM 4. PARTIAL RESTRICTION OF PATIENTS RIGHTS.

1. Patient can be recognized with diminished responsibility or incapable only on the basis of corresponding judicial legislation.
2. Patient's professional ability should be defined by labour-expertise commission of doctors.
3. Inadmissible to restrict patient's rights solely on the basis of the psychiatric diagnosis. The bases for any restriction must be the patient's concrete psychiatric condition and not the general definition of the disease.

ITEM 5. INSTITUTIONS PROVIDING PSYCHIATRIC CARE.

1. Psychiatric care includes:- Ambulatory (outpatient) help, stationary (inpatient) help, compulsory stationary (inpatient) treatment.

2. The diagnosis of a mental disorder should be made in accordance with acknowledged International standard requirements. Ascertainment of diagnoses "mental disorder" should be exclusive right of psychiatrist. The final diagnosis should be given by the commission of psychiatrists. 3. The family or official conflicts, person's disagreement with socially accepted moral, religious, cultural and/or political values should not be basis for making diagnosis of mental disorder.

4. The fact, that person has ever been treated in out- or inpatient psychoneurological institutions should not be basis for considering person mentally disordered.

5. The psychiatric care is provided to mentally disordered person according to his/her own demands.

6. Minors under 16 or persons, recognized incapable by court, should be treated at psychiatric institutions at request of their parents or a guardian.

7. The doctor conducting the psychiatric examination must introduce himself/herself and give the information about the purpose of examination, except the emergency cases or if the information could exacerbate the condition.

8. Documents should be drawn up in case of any kind of treatment, admitting that treatment is of patient's own accord.

9. Treatment by active biological methods (i.e. electro-convulsive) clinical trial or experimental method of treatment should be provided only after his/her or parents' or guardian's agreement. In the cases the patient has no ability to make conscious decision and psychiatrist can't get immediate confirmation from his/her relatives and if that method is the only suspected way to improve his/her condition, than it should be used under the permission and supervision of independent neutral body, specially established by the Ministry of Health for the solution of above mentioned problems.

10. Due to chronic psychiatric disorder, the case of patient's capability or guardianship should be decided in accordance with Law in force.

ITEM 6 INITIAL PSYCHIATRIC EXAMINATION.

1. Initial psychiatric examination means the first visit of person to psychiatrist, if she/he was never registered on dispensary list or was struck off the register on the basis of full remission or recovery.
2. Initial psychiatric examination should be carried out in order to determine:
 - If the person examined suffers from a mental disorder.

- Whether person needs psychiatric care.
4. The basis of initial psychiatric examination should be the information on his/her behavior arising suspicion of mental disorder.
 5. Initial psychiatric examination should be carried out:
 - On request of investigated person.
 - When a person needs reference about his/her mental health.
 - On the basis of the persons guardians written request.
 - On the basis of person's collaborations and officials application.
 - Initial psychiatric examination is provided at person's request. Minors under 16 are examined at their parents request.
 - In emergency situation examination is provided without his\her confirmation (consent).

ITEM 7 STATIONARY (INPATIENT) HELP.

1. Patient is hospitalized in case if she/he can't be observed or treated in ambulatory (outpatient) units.
2. Hospitalized patient has rights:
 - To get or send letters or parcels.
 - Receive visitors at special time and place.
 - Meet his/her lawyer or guardian in private.
3. For the purpose of patient-security, psychiatrist is entitled to forbid the patient to wear his/her own cloths or use his/her personal things, fixing it in the case history.
4. The patient should not be left at the hospital longer than it's necessary for diagnosis or treatment.

ITEM 8. VOLUNTARY TREATMENT.

1. The treatment should be provided at the ordinary psychiatric hospital or any other public facility.
2. Patient is hospitalized with his consent (After performing medical reference). Minors under 16 years of age are treated with the consent of their parents or guardians.
3. Confirmation about hospitalization and treatment should be ensured by parents or guardian's signature in patients case history.

4. Voluntary hospitalized patient should be examined in the nearest 48 hours (except holiday) by a commission of psychiatrists, making the decisive analyses about stationary (inpatient) treatment.

5. Patient should be discharged in accordance with decision of commission of psychiatrists. Minors under 16 years of age should be discharged after parents' or guardian's confirmation.

6. If voluntary hospitalized patient is against to continue treatment, but his/her mental disease becomes complicated and needs emergency treatment, the treatment should be continued without his/her consent in accordance with decision of medical commission.

ITEM 9. EMERGENCY STATIONARY HELP.

1. Emergency stationary help shall be provided in case of emergency condition:

- If the patient is dangerous to people's life and health.
- When patient's action may cause the damage of his/her or other person's property.
- When mentally disordered may cause trouble to his/her own life and health.

2. Parents' or guardian's consent is not necessary for hospitalization in emergency condition.

3. Decision about providing of emergency help is made by ambulance, psychoneurological dispensary doctors or psychiatric stationary's duty doctor.

4. Administrative bodies are obliged to provide emergency help.

5. In the nearest 48 hours (except, holiday) after hospitalization, medical commission should investigate patient's mental status and make final decision on hospitalization to be justified.

6. If commission of psychiatrists decide that hospitalization is not necessary patient should be discharged immediately.

7. If patient, without his/her consent, is hospitalized in accordance with decision of corresponding medical commission, the public prosecutor at the location of the psychiatric institution and guardian must be informed in 48 hours (except, holiday).

8. After improving patient's emergency condition he/she may be discharged in accordance with corresponding decision of medical commission. If patient's condition needs prolonged treatment, the duration of hospitalisation is discussed by medical commission once in every month. The public prosecutor and guardian must be informed, if the duration of provided treatment is exceeding 6 month period., without patient's consent.

ITEM 10 INVOLUNTARY HOSPITALIZATION.

1. Decision about involuntary treatment is made by commission of forensic psychiatric expertise.
2. Decision about discharging from involuntary treatment or substitution of regimen of treatment is made by court after conclusion of corresponding medical commission.
3. Involuntary treatment of patient of diminished responsibility, whose dangerous activity took place in social place, should be provided in hospitals of Ministry of Health in accordance with the 58th and 59th items of criminal code of Republic of Georgia.
4. Person who has been subjected to involuntary hospitalization should enjoy all the rights and guarantees as well as all the patients hospitalized without their consent.
5. Reexamination of patient should be provided in six month after hospitalization. The decision of medical commission about discharge or substitution of regimen of treatment should be discussed by court.

ITEM 11. RULES OF PATIENT'S HOSPITALIZATION AND DISCHARGE FROM THE PSYCHIATRIC FACILITIES OF SOCIAL WELFARE.

1. If patient has no relatives and isn't in need of active psychiatric treatment and also is not dangerous to society and needs only preventive and rehabilitative therapy and care, the person may be placed in special psychiatric facilities of Ministry of Social Welfare in accordance with decision of medical commission.
2. In the above mentioned facilities patient should be placed:
 - On his\her own application.
 - On his\her parents' or guardian's application.
 - After court decision.
3. From psychiatric facilities of social welfare patient should be discharged:
 - On his\her own application, if in accordance with decision of medical commission he/she is able to lead independent life.
 - On parents' or guardian's application on the basis of medical commission's decision.
 - On the basis of the decision of the court.

ITEM 12. FORENSIC PSYCHIATRIC EXPERTISE

1. Forensic psychiatric expertise should be provided by authorized, specially licensed medical institutions of Ministry of Health, Republic of Georgia.
2. Inadmissible to provide forensic psychiatric evaluation by medical institution being under the supervision of administrative bodies.
3. The financial ensuring of forensic psychiatry evaluation (expenses for security, medical staff and guard salary, etc.) in the above mentioned institutions (Item 12,1) shall be provided by corresponding administrative bodies and court.

ITEM 13. PATIENT'S PHYSICAL RETARDATION.

1. In some special cases psychiatrists has right to use retardate methods towards hospitalized patient, if psychiatrist concludes that he can't help patient in any other ways and patients action is dangerous to society.
2. It is forbidden to use drugs or retardate methods in charge to punish or frighten patient.
3. Physical retardation of patient is provided on the basis of psychiatrist's or hospital duty doctor's well-grounded decision, which should be admitted in patient's case history.
4. Patient, being under retardative method, also his/her parents, guardian, representatives of social organizations may apply to court to get sure whether the use of mentioned method was reasonable.

ITEM 14. MEDICAL CONFEDENTIALITY

1. Person, who has learned due to official duties that citizen is mentally disordered and uses this information carelessly or on purpose to hurt patient or someone else, shall be punished in accordance with law currently in force.
2. Detailed information about citizen's mental health may get only edical or administrative organizations, on official request.

ITEM 15. RESPONSIBILITIES OF SPECIALIST WORKING IN PSYCHIATRY.

1. Person, who premeditatedly hospitalizes another person without any need and detains him/her for some period of time, vioiates the person's main rights, should be punished in accordance with law in force.
2. Specialist working in psychiatry acting in accordance with this active law, is not responsible for patient's action after his/her discharge according to the requirements of mentioned law.

ITEM 16. PROCEDURE FOR MAKING A COMPLAINT IN A COURT TO SPECIALIST WORKING IN PSYCHIATRY

1. A complaint in a court concerning the actions of any specialist working in psychiatry can be lodged.
2. A complaint into a court can be lodged by patient, his/her parent or guardian.

ITEM 17. INSURANCE OF SAFETY OF MEDICAL PERSONNEL AND BENEFITS.

1. Working at psychiatric institution is recognized to be dangerous for health due to specificity of the branch, so there are some benefits for the specialists working in psychiatry:

1. Limited working week-30 hours per week.
2. Prolonged holidays-42 working days.
3. Wages are larger on 30% than the ordinary one also 50% addition for persons working in forensic psychiatry.
4. Women are pensioned off at the age of 50, if the least length of service is 20 years 10 years from it must be worked at psychiatric institution.

Men are pensioned off at the age of 55. if the length of service is at least 25 years - 12,5 years must be worked at the psychiatric institution. Neurosis is recognized as professional disease. Psychiatric personnel pay only 50% of communal service fee,

2. If patient's aggressive action creates a is danger for psychiatrist's self-security, psychiatrist may refuse to treat the patient, except the cases if the doctor is the only specialist.

1. R.Desjarlais, L.Eisenberg, B.Good, A.Kleinman, "World Mental Health. Problems and Priorities of Low-Income Countries", Oxford Press, 1996.
2. "Psychiatry and Law. Central European Psychiatry". Budapest, 2000.
3. "Unanswered Questions in Psychiatry and Mental Health", edit. by D.Moussaoui, 2002.
4. "World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope", WHO, 2002.
5. "Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г.", АИÇ, 2002.
6. "ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ", საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2002.
7. "Health and Health Care in Georgia", Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia, Tbilisi, 2003.
8. "Investing in Mental Health", WHO, 2003.
9. "საქართველოში შესაძლებლობის შეზღუდვისა და სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის ბიუროების საქმიანობის 2003 წლის ძირითადი მაჩვენებლები", სტატ. მასალათა კრებული, თბილისი, 2004.
10. "Advances in Psychiatry" edit. by G Christodoulou, Medical Arts pub., Athens, 2004.
11. "Психосоциальная реабилитация", В. Зитони, М. Коэн, М. Фаркус, Тбилиси, 2004.
12. G.Naneishvili. "Reform of Psychiatric Care in the Republic of Georgia", X World Congress of Psychiatry. Abstract Book, Madrid, 1996.
13. N.Okribelashvili, G.Naneishvili, "The Psychiatric Aid to unemployed", 5th Congress of WAPR, Abstract Book, Rotterdam, 1996.
14. G.Naneishvili. "Mental Health Care in Georgia: The State and perspectives", XI Congress of Psychiatry, Abstract Book, Hamburg, 1999.
15. G.Naneishvili. "Mental Health Care in Georgia". "Current Opinion in Psychiatry", WPA, Lappincott & Wilkins edit., Hamburg, 1999.
16. G.Naneishvili, " Principles of Insurance Medicine in Psychiatry – Experience of Georgia", "The Journal of Mental Health Policy & Economics", vol.3, May, 2000.
17. G.Naneishvili, R.Jankins, D.Puras, T.Tomov, "Mental health reform in eastern Europe", Journ."Eurohealth" Nov.3, Special Issue, Autumn 2001.

18. G.Nancishvili, T.Silagadze, Z.Beria, A.Begiashvili at al., "Georgian Mental Health country profile", "International Review of Psychiatry", v.16 Nov.1-2, 2004.
19. თსილაგაძე, "ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია შეზღუდული დაფინანსების პირობებში". "ფსიქიატრიის აქტუალური საკითხები", ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის შრომათა კრებული, თბილისი, 1992.
20. თსილაგაძე, "პიროვნების კანონიან დამოკიდებულების ზოგიერთი ფსიქოლოგიური ასპექტები", ჟურ. "სამართალი", N 2, 2000.
21. T.Silagadze, M.Kirmelashvili, "National Policy of Financial Support for Treatment of Mentally Ill Patients in Georgia". XII World Congress of Psychiatry, Abstract Book, Yokohama, 2002.