

გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი
ფედერაცია გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში
საქართველოს სახალხო დამცველი

თბილისი, 2017

ფსიქიკური ჯანდაცვის დაჩეხულობათა პრივატიზაცია საქართველოში

შეფასება,
დასკვნები და
რეკომენდაციები
საქართველოს
მთავრობისთვის



Kingdom of the Netherlands



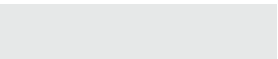
საქართველოს
სახალხო დამცველი



GLOBAL
INITIATIVE ON
PSYCHIATRY



Federation Global
Initiative on Psychiatry



პუბლიკაცია მომზადებულია საქართველოში ნიდერლანდების სამეფოს საელჩოს მიერ დაფინანსებული პროექტის ფარგლებში „საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის დანერგულებათა პრივატიზაციის ექსპერტული შეფასება“.

ანგარიშის ავტორები არიან ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“, ფედერაცია „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ და საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისი.

წინამდებარე პუბლიკაციის შინაარსზე პასუხისმგებელი არიან მხოლოდ ავტორები და მათ მიერ გამოთქმული მოსაზრება არ უნდა იქნეს მიჩნეული საელჩოს პოზიციად. შესაბამისად, საელჩო არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებათა პრივატიზაცია საქართველოში

შეფასება, დასკვნები და რეკომენდაციები
საქართველოს მთავრობისთვის

ფრანს დოუ
გავინ გარმანი
ნინო მახაშვილი
მინდაუგას პლიესკისი
იოს პოელმანი
რობერტ ვან ვორენი

შინაარსი

I. რეზიუმე

II. ანგარიშის თემატიკა და ფორმატი

- II.ა. ანგარიშის მიზანი
- II.ბ. ექსპერტთა გუნდის აღწერა
- II.გ. შესწავლილი დანესებულებები

III. არსებული ვითარება

- III.ა. შესავალი
- III.ბ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიები
- III.გ. პრივატიზაციის საკითხები
- III.დ. ორ სხვადასხვა საავადმყოფოში ვიზიტების აღწერა

IV. პრივატიზაცია

- IV.ა. პრივატიზაციის მიმდინარე სტატუსი
- IV.ბ. პირველი წლის განმავლობაში გატარებული ცვლილებები
- IV.გ. როგორ აღიქვამს პერსონალი ცვლილებებს
- IV.დ. როგორ აღიქვამენ ცვლილებებს პაციენტები
- IV.ე. მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გეგმები
- IV.ვ. ინვესტორის ბიზნეს-მოდელი
- IV.ზ. ბალანსი ინვესტორის და სახელმწიფოს ვალდებულებებს შორის
- IV.თ. მმართველობის საკითხები
- IV.ი. შესაძლებლობები და რისკები

V. დასკვნები

- V.ა. მფლობელობის შეცვლა (პრივატიზაცია)
- V.ბ. მმართველობა
- V.გ. მომსახურების ხარისხი

VI. რეკომენდაციები

- VI.ა. მომსახურების ხარისხი
- VI.ბ. მმართველობა
- VI.გ. ეკონომიკური ასპექტები
- VI.დ. პრივატიზაციის მომავალი

VII. სამოქმედო გეგმა

დანართი 1: ექსპერტები

შესავალი

საბჭოთა კავშირის დაშლიდან 25 წელზე მეტი ხნის შემდეგ, ჯერ კიდევ ჭარბობს მისთვის დამახასიათებელი ზედმეტად ინსტიტუციონალიზებული და ბიოლოგიურად ორიენტირებული ფსიქიატრიული მომსახურება და ძალიან ძლიერია რეზისტენტობა თანამედროვე, თემზე დაფუძნებული და მომხმარებელზე ორიენტირებული სერვისების დანერგვის მიმართ. უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში საქართველოში განხორციელდა ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმის ეროვნული პროგრამა, ფოკუსირებული ფსიქიკური ჯანდაცვის ჰუმანური, თემზე დაფუძნებული სისტემის დანერგვაზე, რომელიც ადამიანის უფლებების საბაზისო სტანდარტებს უნდა აკმაყოფილებდეს. თუმცა, პროგრამის სრულყოფილი რეალიზება ვერ მოხერხდა. ახლად დანერგილი სერვისებიდან ზოგიერთი სრულყოფილად ვერ ამოქმედდა, ზოგიერთ შემთხვევაში კი პროცესი შეჩერდა, ან სულაც უკუგანვითარება განიცადა. არცთუ ისე დიდი ხნის წინ, ზოგადი ჯანდაცვის სისტემაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიენიჭა პრივატიზაციას, როგორც არასამთავრობო კაპიტალის მოზიდვის საშუალებას, რომელიც შემოგვთავაზებდა ახლებურ ფორმატს, მიმართულს ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მისაღებ დონემდე გაუმჯობესებისკენ.

ამ მომენტამდე, ჯანდაცვის დაწესებულებების პრივატიზაციის სახელმწიფო პროგრამა არ მოიცავდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს. პრივატიზაციის უცაბედი და საკმაოდ მოულოდნელი პროცესი, რომელიც ქუტირის და ბათუმის საავადმყოფოების პრივატიზაციით დაიწყო, არ წარმოადგენს უკანასკნელ წლებში მიღებული ფსიქიკური ჯანდაცვის რომელიმე ეროვნული გეგმის ნაწილს. ამიტომ, ფედერაციამ „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ (FGIP) აუცილებლად ჩათვალა სიტუაციის გადაუდებელი შეფასება, პრივატიზაციის პროცესის საფუძვლის და ფორმატის გააზრება და იმის განსაზღვრა, თუ სად უნდა განხორციელდეს ცვლილებები ზრუნვის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად და ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირთა უფლებების დასაცავად, რომლებიც პროფესიულ დახმარებას მოელიან ფსიქიკური ჯანდაცვის ეროვნული სერვისების მხრიდან.

საერთაშორისო ხედვით, ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების პრივატიზაცია ახალი არ არის. პრივატიზაციამ სახელმწიფო საავადმყოფოებისთვის შეიძლება წამახალისებელი ფაქტორის როლი შეასრულოს ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით, მაგ., ახალი მიდგომების დანერგვის და სხვადასხვა სახის ცვლილებებით ექსპერიმენტირების გზით. თუმცა, სახელმწიფო საავადმყოფოები შეიძლება შეზღუდულნი იყვნენ ისტორიულად ჩამოყალიბებული წესებით, რეგულაციებით და „დაუნერგელი კანონებით“. ცენტრალიზებული მონყოლა, რომელიც არეგულირებს, მაგალითად, სამუშაო პირობებს და ხელფასებს, შეიძლება მნიშველოვნად ართულებდეს რეალური ცვლილებების განხორციელებას.

საკითხის უარყოფითი მხარეა ის, რომ ჩვეულებრივ, მეწარმეთა მთავარ ინტერესს მოგება წარმოადგენს. ერთი მხრივ, ისინი მოტივირებულნი არიან, დაიცვან კონტრაქტის პირობები, მაგრამ ამავე დროს, ეძებენ საქმიანობის უფრო იოლ და იაფ გზებს. ეს კი ხშირად არ შეესაბამება ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა და საერთოდ, საზოგადოების ინტერესებს. ზოგიერთ შემთხვევაში, კონტრაქტებში აღწერილი უსაფრთხოების წესები პრაქტიკაში ვერ მუშაობს, ხოლო ზოგჯერ

პაციენტები გრძნობენ, რომ იძულებით უწევთ მათთვის არასასურველი ქმედებების შესრულება, ვინაიდან კონტრაქტში ასეთი განცხადება. დაწესებულების მენეჯმენტს და პერსონალს ამოძრავებს არა უკეთესი საზოგადოების შექმნის წყურვილი, არამედ ფულის შოვნის და მშვიდი, კარგად გაკონტროლებული დაწესებულების შენარჩუნების სურვილი.

როდესაც იცვლება მყიფე წონასწორობა ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო სერვისებს შორის, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პრივატიზაციის მონიტორინგსა და გრძელვადიანი შედეგების გათვალისწინებას. ამ პროცესმა შეიძლება მიგვიყვანოს მომსახურების ეფექტურობის, ხარისხის და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებამდე, მაგრამ არასწორი განხორციელების შემთხვევაში შეიძლება უარყოფითი შედეგებიც მოგვითანოს, როგორცაა მოგებაზე კონცენტრირება, ნაცვლად ხარისხზე, პაციენტის უფლებებზე და ხელმისაწვდომობაზე ორიენტაციისა.

თემატიკა

ანგარიშის წერისას რამდენიმე საკვანძო საკითხით ვხელმძღვანელობდით.

გვსურდა, დეტალურად შეგვესწავლა პრივატიზაციის შესაძლებლობები და რისკები და კარგად გაგვეცნობიერებინა კერძო ინვესტორის ბიზნეს-შემოთავაზების მთავარი მამოძრავებელი ფაქტორები და მოსაზრებები. არანაკლებ მნიშვნელოვანი იყო მდგრადობის საკითხი და იმ მექანიზმების გარკვევა, რომელთა საშუალებითაც უნდა მოხდეს პრივატიზებული დაწესებულებების სწორი მართვის უზრუნველყოფა. გვინდოდა, აგრეთვე, გამოგვეკვლია კერძო მფლობელობის პირველი წლის განმავლობაში განხორციელებული ცვლილებები, გაუმჯობესება ზრუნვის ხარისხის, პაციენტის უფლებების დაცვის და დაწესებულების ინფრასტრუქტურის მხრივ, ასევე ამ ცვლილებების აღქმა პაციენტებისა და თანამშრომლების მიერ. და ბოლოს, განსაკუთრებით მივისწრაფოდით, დაგვედგინა მენეჯერებისა და მფლობელების გეგმები მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებასა და პაციენტთა უფლებების დაცვის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით.

დასკვნები

ჩვენი ანგარიშის საბოლოო შედეგი მთლიანად პოზიტიური არ არის. პირველ რიგში, არ არის ნათელი, რა არის პრივატიზაციის მიზნები და როგორ წაადგება იგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული კონცეფციის და ეროვნული სტრატეგიის განხორციელებას. პრივატიზაციის პროცესი ნაჩქარევად გამოიყურება და როგორც ჩანს, ჩატარებულია დაინტერესებულ მხარეებთან კონსულტაციების გავლის გარეშე. წინასწარ არ ყოფილა განსაზღვრული არც პრივატიზაციის ზოგადი პირობები და არც პრივატიზაციის ჩარჩო. არ გამოცხადებულა ღია კონკურსი, წინასწარ არ განსაზღვრულა კვალიფიკაცია ან გამოცდილება, რომელიც მოეთხოვებოდა პოტენციურ ინვესტორებს. გარდა ამისა, არსებულ ორ პრივატიზაციას არ აქვს ერთიანი ფორმატი. ჩვენ ხელთ არსებული კონტრაქტი (არსებული ორი კონტრაქტიდან მხოლოდ ერთის განხილვის საშუალება მოგვეცა) არ გვაძლევს მკაფიო წარმოდგენას მომსახურების გრძელვადიანი დაგეგმვის და მისი ფინანსური მდგრადობის შესახებ. უნდა აღინიშნოს, რომ ინვესტორის ბიზნეს-მოდელი გაურკვეველი რჩება.

პრივატიზაციის ორი შემთხვევიდან არც ერთში არ არსებობს მკაფიო და დეტალური მოთხოვნები

პრივატიზებულ დაწესებულებებში მომსახურების ხარისხთან და სერვისების მიწოდებასთან დაკავშირებით. სხვა ქვეყნების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ადექვატური მონიტორინგის და ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების არსებობის პირობებშიც კი, მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფოს ჰქონდეს სანქციების გატარების საშუალება მოთხოვნებთან შეუსაბამობის ნებისმიერ შემთხვევაში.

ქუტირში ვიზიტით მყოფ ექსპერტთა გუნდმა ვერ აღმოაჩინა ვერანაირი გაუმჯობესება მკურნალობისა და პაციენტთა მოვლის ხარისხის თვალსაზრისით პრივატიზაციის შემდგომ პერიოდში. ქუტირში ადგილი ჰქონდა მხოლოდ მატერიალურ გაუმჯობესებას, რომელიც არ შეეხებოდა მკურნალობის და მოვლის ხარისხს. ბათუმში ვიზიტორთა გუნდს დარჩა შთაბეჭდილება, რომ ახლად მოპოვებულმა დამოუკიდებლობამ კლინიცისტთა გუნდს შეიძლება მისცეს მომსახურების სტანდარტის გაუმჯობესების საშუალება და გაათავისუფლოს ბიუროკრატიული შეფერხებებისა და ბარიერებისგან.

რეკომენდაციები

ჩვენი აზრით, პრივატიზაციის პროცესს თან უნდა ახლდეს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული, განსახორციელებელი სტანდარტები მომსახურების ხარისხთან, პაციენტთა უსაფრთხოებასთან და ადამიანის უფლებების ასპექტებთან დაკავშირებით. თუმცა, ასეთი პირობები და მოთხოვნები მხოლოდ იმ შემთხვევაში იძენს აზრს, თუ არსებობს მათი კონტროლის ადექვატური მექანიზმები. კვალიფიცირებული პირებისგან შემდგარმა სახელმწიფო მონიტორინგის ორგანომ უნდა ჩაატაროს რეგულარული ინსპექციები, როგორც დაგეგმილი, ასევე დაუგეგმავი; ასევე უნდა ტარდებოდეს, რეგულარული გარე მონიტორინგი, მაგ., საზოგადოებრივი საბჭოს და/ან პაციენტთა საბჭოს მიერ. დღესდღეობით, აღნიშნულთაგან არც ერთი არ არსებობს და სასწრაფოდ უნდა შეიქმნას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს სასამართლო ფსიქიატრიას და იძულებითი მკურნალობის განყოფილებებს.

გამართული შენობები, სისუფთავე, სიბორო და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა, რა თქმა უნდა, არსებითია, მაგრამ საკვანძო მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტთა მიმართ დამოკიდებულებას და აქცენტს რეაბილიტაციასა და რეინტეგრაციაზე. მკურნალობას და რეაბილიტაციას მხოლოდ მედიკამენტები არ განაპირობებს. პაციენტებს ხელი უნდა შეეწყოს სხვადასხვა აქტივობებში; უნდა გამოიყოს სივრცე ჯგუფური და ინდივიდუალური თერაპიისთვის, სახელოსნოები ხელსაქმისა და ხელოვნებისთვის, სპორტული ნაგებობები პაციენტთა საძინებელი პალატებისგან მოშორებით. პაციენტები სერიოზულად უნდა აღიქვან და მოამზადონ საზოგადოებაში დასაბრუნებლად.

უნდა შეიქმნას ახალი და კომპლექსური სტრუქტურა, რომელიც უზრუნველყოფს საკმარისი ენერგიის მიმართვას რეალური ცვლილებების განხორციელებისკენ და ხარისხში ინვესტირებისკენ, იმისთვის, რომ დაკმაყოფილდეს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი მინიმალური სტანდარტები. უნდა არსებობდეს სამეთვალყურეო საბჭოები მკაფიოდ გაწერილი მოვალეობებით და გაცილებით მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს კლინიკური პერსონალის პროფესიულ ცოდნას და უნარებს.

ჩვენი აზრით, მომავალში ყველა პრივატიზაცია უნდა მიჰყვეს პროცესს, რომლის მიხედვითაც ტენდერის ყველა პოტენციურმა მონაწილემ ტენდერში მონაწილეობის უფლების მისაღებად უნდა აჩვენოს, რომ აკმაყოფილებს დადგენილ სპეციფიკურ კრიტერიუმებს. ყველა შემოთავაზებულ პრივატიზაციას უნდა ჰქონდეს ტენდერის სახე, სადაც პრეტენდენტები წარმოადგენენ თავიანთ

ბიზნეს-მოდელს და სერვისების განვითარების გრძელვადიან გეგმებს. კონტრაქტების მიხედვით, პროვაიდერებს უნდა დაევალოთ სამინისტროსთვის იმის დემონსტრირება, რომ მათ მიერ მიწოდებული სერვისები აკმაყოფილებს ფინანსური და კლინიკური სტანდარტების მთელ სპექტრს. არანაკლებ მნიშვნელოვანია, რომ პრივატიზაციის კონტრაქტებში გათვალისწინებული იყოს მთავრობის ვალდებულებებიც - თუ რა სახის, რა რაოდენობით და რა ღირებულების სერვისების შესყიდვა მოხდება - რაც განაპირობებს სწორ დაგეგმვას და ფინანსურ და ოპერაციულ მდგრადობას. შესრულების ხარისხის მაჩვენებლების მონიტორინგი უნდა ხდებოდეს ყველა, როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო საავადმყოფოში, ერთნაირი სახით და თანაბარ პირობებში.

ჩვენ მიგვაჩნია, რომ საჭიროა პრივატიზაციის პროცესის შეჩერება ყველა ამ მნიშვნელოვანი ნინაპირობის დაკმაყოფილებამდე და ადექვატური სამართლებრივი ჩარჩოს შექმნამდე. აღნიშნულს მიეკუთვნება მოთხოვნათა დეტალური სიის ჩამოყალიბება, როგორც მატერიალური პირობების, ასევე მომსახურების სტანდარტების გათვალისწინებით, და იმ სანქციების დაზუსტება, რომლებიც ამოქმედდება მოთხოვნებთან შეუსაბამობის შემთხვევაში. არსებითი მნიშვნელობისაა კონტროლის ადექვატური, სამთავრობო და არასამთავრობო მექანიზმების შემუშავება, მათ შორის საზოგადოებრივი და პაციენტთა საბჭოების შექმნა და აგრეთვე იმ მექანიზმის ამოქმედება, რომლის მიხედვითაც პაციენტებს შეეძლებათ საჩივრების შეტანა მათი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში.

ამასთან, რადაც არ უნდა დაგვიჯდეს, თავიდან უნდა ავირიდოთ მომსახურების მონოპოლიზება. სასამართლო ფსიქიატრიის შემთხვევაში ეს ნიშნავს, რომ უნდა გაიხსნას მინიმუმ ერთი ალტერნატიული დაწესებულება, რაც მთავრობას საშუალებას მისცემს, შეზღუდოს ან შეწყვიტოს იმ დაწესებულების მომსახურებით სარგებლობა, რომლის მიერ შემოთავაზებული სერვისი არ იქნება სათანადო ხარისხის.

და ბოლოს, აუცილებელია აბსოლუტური გამჭვირვალობა, რომელიც შეეხება როგორც იმ ჩარჩოს, რომლის ფარგლებშიც ფუნქციონირებს პრივატიზებული ფსიქიატრიული დაწესებულება, ასევე დაწესებულების მფლობელობას, ბიზნეს-მოდელს და მოგებას.

ანგარიშის თემატიკა და ფორმატი

II. ა. ანგარიშის მიზანი

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებასთან ერთად თანდათან იცვლება არსებული არამდგრადი წონასწორობა ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო სერვისებს შორის, რის ფონზეც განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პრივატიზაციის მონიტორინგს და გრძელვადიანი შედეგების გათვალისწინებას. ამ პროცესმა შეიძლება მიგვიყვანოს ზრუნვის ხარისხისა და ეფექტურობის, აგრეთვე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებამდე; თუმცა, არასწორი განხორციელების შემთხვევაში, შეიძლება არასასურველი შედეგებიც მოგვიტანოს, როგორც იქნება ორიენტაცია მოგებაზე, ნაცვლად ხარისხზე, პაციენტის უფლებებზე და სერვისების ხელმისაწვდომობაზე ორიენტაციისა. კიდევ ერთ საშიშროებას წარმოადგენს მთავრობის უუნარობა, გავლენა მოახდინოს სერვისების მიწოდების ხარისხზე.

ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების პრივატიზაციის იდეა ახალი არ არის, მრავალ ქვეყანაში ამ პროცესის განხორციელების ხანგრძლივი და მდიდარი გამოცდილება აქვთ.¹ პრივატიზაციამ შეიძლება წამახალისებელი ფაქტორის როლი შეასრულოს და სახელმწიფო საავადმყოფოებს შესრულების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ უბიძგოს. კერძო საავადმყოფოებს ხშირად ახალი მიდგომების დანერგვის და ცვლილებებით ექსპერიმენტირების უკეთესი საშუალება აქვთ. მათ შეუძლიათ ახლიდან დაწყება, განსხვავებულ კონტექტში. ხოლო სახელმწიფო საავადმყოფოები შეიძლება შეზღუდული იყონ ისტორიულად ჩამოყალიბებული წესების, რეგულაციების და „დაუნერელები კანონების“ ქსელით. ცენტრალიზებული მოწყობა, რომელიც არეგულირებს სამუშაო პირობებსა და ხელფასებს, ძალიან ართულებს რეალური ცვლილების განხორციელებას.

პროცესის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ის, რომ მენარმეებისთვის მთავარი ინტერესი არის მოგება. მათ, მართალია, აქვთ კონტრაქტის პირობების შესრულების მოტივაცია, მაგრამ ამავე დროს, ეძებენ საქმიანობის უფრო იოლ და იაფ გზებს. ეს კი ხშირად ეწინააღმდეგება ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა და საერთოდ, საზოგადოების ინტერესებს. ზოგიერთ შემთხვევაში, კონტრაქტებში აღწერილი, უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული წესები რეალურ პრაქტიკაში არ მუშაობს; ზოგჯერ კი, პაციენტები იძულებულნი არიან, მაგალითად დარბაზში ივარჯიშონ საკუთარი სურვილის წინააღმდეგ, რადგან ეს ქმედება კონტრაქტით არის გათვალისწინებული. მენეჯმენტსა და პერსონალს ამოძრავებთ არა უკეთესი საზოგადოების შექმნის წყურვილი, არამედ შემოსავლის მიღების და მშვიდი, კარგად გაკონტროლებული დაწესებულების შენარჩუნების სურვილი.

ინგლისის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ პრივატიზებული დაწესებულებების პერსონალი შეიძლება ცდილობდეს პაციენტების სიმშვიდის შენარჩუნების „იოლი გზების“ ძიებას, როგორიცაა მაგ., შედარებით დომინანტურ ინდივიდებთან „დამეგობრება“, რაც საბოლოო ჯამში არცთუ ისე უსაფრთხო გარემოს ქმნის. გარდა ამისა, სასამართლო ფსიქიატრიის სერვისები საკმაოდ რთულია და ემსახურება განსხვავებულ, ზოგჯერ თითქმის ურთიერთსაწინააღმდეგო მიზნებს, როგორიცაა მაგ.,

¹ პრივატიზაციის სასარგებლოდ და საწინააღმდეგოდ არსებული არგუმენტების ჩამონათვალი შეგიძლიათ იხილოთ, მაგ., შემდეგ ბმულზე: <http://www.economicshelp.org/blog/501/economics/advantages-of-privatisation/>

ერთი მხრივ, პაციენტების უსაფრთხო გარემოში დაკავების მცდელობა და, ამავე დროს, მათი საზოგადოებაში რეინტეგრაციის სურვილი. პრაქტიკულად შეუძლებელი ჩანს ისეთი ტენდერის შედგენა, სადაც პროვაიდერის შერჩევა მოხდება ხარისხისა და ინოვაციის საფუძველზე. საჭირო ხდება, რომ მომდევნო კონტრაქტებით ასობით გვერდზე დეტალურად ჩამოითვალოს, თუ რა სერვისების განხორციელება ევალება ახალ ინვესტორს.

შემდეგი პრობლემაა ინსპექტირების ხანგრძლივი და რთული რეჟიმის აუცილებლობა კონტრაქტის სწორად განხორციელების უზრუნველსაყოფად. შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ პრივატიზებული სერვისის ისეთივე ძვირი ჯდება, როგორც სახელმწიფო სექტორი და არაფრით სჯობს მას. და ბოლოს, აღმოჩნდება, რომ მფლობელის კომერციულ ინტერესშია მაქსიმალურად ბევრი პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია მაქსიმალურად დიდი ხნით, რასაც თან ახლავს სახელმწიფოს მხრიდან ჩარევის შეზღუდული შესაძლებლობა.

ეს ანგარიში ითვალისწინებს საქართველოს სახალხო დამცველის უფრო ადრინდელ ანგარიშს საქართველოს ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის შესახებ, რომელიც 2015 წლის 9 ოქტომბრიდან 6 ნოემბრამდე განხორციელდა პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მანდატის ფარგლებში (ეს უკანასკნელი თავის მხრივ წარმოადგენს წამების საწინააღმდეგო კონვენციის არჩევითი პროტოკოლის (OPCAT) ეროვნულ კომპონენტს).² მაგრამ, ჩვენ შევეცადეთ, სახალხო დამცველის მიერ უკვე იდენტიფიცირებული მონაცემების გამეორების ნაცვლად, აქცენტი გაგვეკეთებინა იმ ცვლილებებზე, რომლებიც მოხდა ქუტირისა და ბათუმის საავადმყოფოების პრივატიზაციის შემდგომ პერიოდში.

ამ ანგარიშის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტია პრივატიზაციის „ბიზნეს-მოდელის“ განხილვა კერძო ინვესტორის პერსპექტივიდან. ჩვენ შევეცადეთ, გაგვეჩვენა ინვესტორების მოლოდინები მოგებასთან დაკავშირებით და მოგების გამოყენების სავარაუდო გზები. შევეცადეთ აგრეთვე, პასუხი გაგვეცა მნიშვნელოვან კითხვებზე: გააუმჯობესებს თუ არა პრივატიზაციის პროცესი მომსახურების ხარისხს, არსებობს თუ არა საკმარისი რაოდენობით საკონტროლო მექანიზმები, გამოიწვევს თუ არა პრივატიზაცია მთავრობის პოლიტიკური პასუხისმგებლობის შემცირებას ადეკვატური მომსახურების უზრუნველყოფის მხრივ. და ბოლოს, გვინდოდა გაგვეჩვენა: გადანაცვებს თუ არა პრივატიზაცია არსებულ პრობლემებს, თუ პირიქით - შექმნის ახალს და გაუთვალისწინებელს, რაც თავის მხრივ უარყოფით გავლენას მოახდენს ადეკვატური მომსახურების მიწოდებაზე.

ჩვენი ანალიზისთვის გარკვეული მიმართულებების მისაცემად ჩამოვაყალიბეთ რამდენიმე კითხვა:

1. როგორია პრივატიზაციის შესაძლებლობები და მასთან დაკავშირებული რისკები?
2. რა არის კერძო ინვესტორის ბიზნეს-მოდელის (ინვესტირებისგან მოსალოდნელი მოგება და მისი გენერირების გზები) და სერვისების მდგრადობის ძირითადი მამოძრავებელი ფაქტორები და სხვა გასათვალისწინებელი ასპექტები?
3. როგორია ბალანსი კერძო ინვესტორის და სახელმწიფოს ვალდებულებებს შორის?

² საქართველოს სახალხო დამცველი არის კონსტიტუციური დაწესებულება, რომელიც ზედამხედველობას უწევს ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვას მისი იურისდიქციის ფარგლებში საქართველოს ტერიტორიაზე. იგი ახდენს ადამიანის უფლებათა დარღვევების შემთხვევების იდენტიფიცირებას და თავისი წვლილი შეაქვს დარღვეული უფლებებისა და თავისუფლებების აღდგენაში (<http://www.ombudsman.ge/ge/public-defender/მანდატი>). მოძიებულია 18/05/2017). ანგარიშის მოძიება შესაძლებელია მისამართზე: <http://www.ombudsman.ge/ge/reports/specialuri-angarishebi/report-on-the-monitoring-of-mental-health-institutions.page>

4. რა მექანიზმები არსებობს პრივატიზებული დაწესებულებების სწორი მართვის უზრუნველსაყოფად?
5. რა ცვლილებები განხორციელდა კერძო მფლობელობაში ყოფნის პირველი წლის განმავლობაში და რა გაუმჯობესდა მომსახურების ხარისხის, პაციენტის უფლებების და ინფრასტრუქტურის კუთხით?
6. როგორ მიიღეს ეს ცვლილებები პაციენტებმა და თანამშრომლებმა?
7. რა გეგმები აქვთ მენეჯერებს და მფლობელს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებასთან და პაციენტთა უფლებების დაცვის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით?

II.8. ექსპერტთა გუნდის აღწერა

ეს ანგარიში წარმოადგენს ექსპერტთა მრავალფეროვანი ჯგუფის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგს. საწყისი მოსამზადებელი სამუშაო ჩატარეს ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ წარმომადგენლებმა (ნინო მახაშვილი და რობერტ ვან ვორენი). შემდეგ ეტაპზე, ექსპერტთა გუნდი ეწვია ორ დაწესებულებას საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში სიტუაციის ადგილზე შესაფასებლად (გავინ გარმანი, მინდაუგას პლიესკისი და იოს პოელმანი). მათი ვიზიტებისა და დისკუსიების საფუძველზე შედგა ანგარიშის პროექტი, რომელიც შემდეგ განიხილა რამდენიმე დამოუკიდებელმა რეცენზენტმა, რომელთაგან ერთი წარმოადგენს ფსიქიატრიული დაწესებულებების მართვის სფეროს (ფრანს დოუ, ნიდერლანდების საპატიმროების ყოფილი დირექტორი და ანგარიშის ერთ-ერთი თანაავტორი), ორი კი - ფსიქიკური ჯანდაცვის ეკონომიკის სფეროს (პროფესორი პოლ მაკკრონი და არტურ ტენ ჰავე). მათი მოსაზრებები გათვალისწინებული იქნა ანგარიშის საბოლოო ვარიანტის შედგენისას, რომელიც გვთავაზობს მრავალმხრივ, დაბალანსებულ მიმოხილვას და ჩვენი აზრით, ზუსტად და სრულყოფილად ასახავს მიმდინარე ვითარებას. რეკომენდაციები ემყარება ჩვენს ინფორმაციასა და ცოდნას საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების სფეროში არსებული სიტუაციის შესახებ.

ვიზიტების პროცესში ექსპერტთა გუნდი მაქსიმალური თანამშრომლობითა და დახმარებით სარგებლობდა მასპინძელი მხარეების მხრიდან. თავისუფლად მოხდა წვდომა პაციენტებთან, პერსონალთან, ზოგიერთ საჭირო დოკუმენტთან. ორივე დაწესებულების თანამშრომლებმა სტუმართმოყვარედ მიგვიღეს და ღიად განიხილავდნენ თავიანთი პრაქტიკული საქმიანობის საკითხებს ჩვენთან საუბარში. განსაკუთრებული მადლობა გვინდა გადავუხადოთ საქართველოს სახალხო დამცველს, რომლის ეგიდითაც განხორციელდა ვიზიტები და რომლის მუდმივმა მხარდაჭერამ და გამოცდილების გაზიარებამ დიდწილად განაპირობა ჩვენ მიერ ჩატარებული შეფასების წარმატება.

II.გ. შესწავლილი დაწესებულებები

ფაქტების მოსაძიებელი მისია განხორციელდა სამი ექსპერტისგან შემდგარმა ჯგუფმა (გავინ გარმანი, მინდაუგას პლიესკისი და იოს პოელმანი). მათ თან ახლდნენ ლევან ბეგიაშვილი და ნინო ვალიკოვი საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისიდან.

2017 წლის 11 აპრილს ექსპერტები ეწვივნენ შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს“ (ქუტირის საავადმყოფო). ჩატარდა ინტერვიუები საავადმყოფოს გენერალურ დირექტორთან ბატონ გოჩა ბაკურაძესთან და მის მოადგილეებთან, ბატონ იოსებ ნანეიშვილთან (სამედიცინო დარგში) და ბატონ თამაზ ლომთაძესთან (ფინანსების, პროგრამების და ლოჯისტიკის დარგში). ექსპერტები ესაუბრნენ ასევე ექიმებს, ექთნებს, თანამშრომლებს და პაციენტებს.

2017 წლის 12 აპრილს განხორციელდა ვიზიტი ბათუმის საავადმყოფოში, სადაც მთავარი საკონტაქტო პირი იყო დირექტორი, ქალბატონი ეკა ზოიძე.

III.ა. შესავალი

საქართველო ერთ-ერთია იმ სამ კავკასიურ ქვეყანას შორის, რომელთაც დამოუკიდებლობა 1991 წელს აღიდგინეს. მისი უახლესი ისტორია რთული და ბოხოქარია: საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ქვეყანა განადგურებამდე მიიყვანა სამოქალაქო ომმა და შიდა კონფლიქტებმა. შედეგად, ეკონომიკური საქმიანობა პრაქტიკულად შეჩერდა და ჯანდაცვის სისტემა დაინგრა. იმ დროს წარმოუდგენელი იყო, თუ სისტემის აღდგენა როდისმე მაინც გახდებოდა შესაძლებელი. 90-იანი წლების ბოლოსთვის მიღწეულ იქნა განვითარების გარკვეული დონე, თუმცა, ძალიან განსხვავებული საბჭოთა პერიოდის შედარებითი სიმდიდრისგან, როცა საქართველო ერთ-ერთ ყველაზე მდიდარ და განვითარებულ რესპუბლიკად ითვლებოდა საბჭოთა რესპუბლიკებს შორის. თანდათან დაიწყო რეფორმის პროცესი ცალკეული იზოლირებული „პორციების“ სახით და მთელ ქვეყანას მოედო ახალი ინიციატივები.

რეფორმის პროცესის დასაწყისი

მიმდინარე საუკუნის დასაწყისში დაიწყო ფსიქიკური ჯანდაცვის საერთო-ეროვნული რეფორმის პროგრამა, რომელსაც სრულიად უნდა გარდაექმნა ფსიქიატრიული მომსახურების ლანდშაფტი. რეფორმები მოიცავდა საბჭოთა „სემაშკოს სისტემის“ გაუქმებას, ცვლილებებს ჯანდაცვის დაფინანსების და მიწოდების პროცესში, ჯანმრთელობის დაზღვევის კერძო სისტემის განვითარებას, ჯანდაცვის დაწესებულებების პრივატიზაციას და ე.წ. სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სისტემის (სეს) გარდაქმნას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამედროვე სისტემად.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შჯსდს) 2011-2015 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიაში ხაზგასმულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელობა და აღნიშნულია, რომ „საქართველოს მოსახლეობის ფიზიკური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა ფსიქიატრიულ სერვისებზე ერთ-ერთ პრიორიტეტულ საკითხის წარმოადგენს“ სამინისტროსთვის. 2011-2015 წლის სტრატეგიის ფარგლებში რამდენიმე მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადაიდგა, დაინტერესებულ პირთა ფართო სპექტრის ერთობლივი მცდელობის საფუძველზე, რომელთა შორის არიან არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლები ზოგადად, და ყოფილი ე.წ. „იუზერები“ (სერვისის მომხმარებლები), კერძოდ. 2013 წლის დეკემბერში საქართველოს პარლამენტმა დაამტკიცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული კონცეფცია, რომელიც ხაზს უსვამდა დაბალანსებული მომსახურების მნიშვნელობას. მოგვიანებით, 2014 წლის დეკემბერში, ინტენსიური და გამჭვირვალე სამუშაო პროცესის შედეგად, რომელშიც ყველა დაინტერესებული მხარე მონაწილეობდა და რომელსაც კოორდინაციას უწევდა ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“ (გიფ-თ), დამტკიცდა ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმის ეროვნული სტრატეგია და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმა. სამოქმედო გეგმის სხვადასხვა პრიორიტეტებს შორისაა სტაციონარული და არასტაციონარული მკურნალობის მოდერნიზება და გაუმჯობესება, სათემო სერვისების განვითარება, შესაძლებლობათა ბაზის გაძლიერება და ა.შ.

მიუხედავად ზემოთქმულისა, მდგომარეობა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში შემაშფოთებელი

რჩებოდა. საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშები (მათ შორის უახლესი - 2015 წლის), რომლებიც დახურული ფსიქიატრიული დაწესებულებების რეგულარულ მონიტორინგს ემყარება, აღწერს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საბაზისო უფლებების უხეშ დარღვევებს, მათ შორის ფიზიკურ შებოჭვას და განცალკევებას. გარდა ამისა, ნამებისა და არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან დასჯის პრევენციის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT) არაერთხელ გააკრიტიკა საქართველოს მთავრობა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული არაადამიანურ პირობების, მომსახურების დაბალი ხარისხის და პერსონალის არასაკმარისი ტრენინგების გამო. ზემოთ აღნიშნული ანგარიშები შეიცავს არაერთ სისტემურ პოლიტიკურ რეკომენდაციას, მიმართულს დენსტიტუციონალიზაციის და სათემო სერვისების განვითარების ხელშეწყობისკენ. რეკომენდაციებში, აგრეთვე, ხაზგასმულია, ფსიქიკური ჯანდაცვის პერსონალის შესაძლებლობათა ინტენსიური განვითარების, პროფესიული ეთიკის გაუმჯობესების და პაციენტთა უფლებების გარანტირებული დაცვის აუცილებლობა.

რაც შეეხება საკითხის დადებით მხარეს, წლების განმავლობაში დაგროვილმა მტკიცებულებებმა ადამიანის უფლებათა დარღვევების შესახებ ძლიერი ბიძგი მისცა რეფორმის პროცესს. მუდმივმა ადვოკატირებამ და ლობირებამ კი მყარი საფუძველი შეუქმნა ამ პროცესს. ამ მცდელობათა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი შედეგია ახალი კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, რომელიც მრავალი ექსპერტის მიერ აღიარებულია ძალიან პროგრესულ კანონად და რომელიც სერიოზულ აქცენტს აკეთებს ფსიქიატრიული დაავადებების მქონე პირების უფლებათა დაცვაზე. კანონპროექტის შემუშავება გამჭვირვალე პროცესი იყო და მოიცავდა ყველა დაინტერესებულ მხარეს, მათ შორის სერვისის მომხმარებლებს და მათ წარმომადგენლებს.

კანონი ძალაში შევიდა 2007 წელს და არაერთ ახალ პრაქტიკას დაუდო სათავე, როგორიცაა მაგ., სასამართლოს გადანყვეტილების არსებობის აუცილებლობა ნებისმიერი არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში. ინოვაციებს შორისაა, აგრეთვე, პაციენტის უფლებების დაცვის და კონფიდენციალობის საკითხები; აქცენტი არა მხოლოდ მკურნალობაზე, არამედ პაციენტის საზოგადოებაში ინტეგრაციაზე და მის ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციაზე; ინფორმირებული თანხმობის შემოღება მკურნალობის დაწყებამდე. მოგვიანებით გამოცემული რამდენიმე დადგენილებით განისაზღვრა კანონის ზემოთ აღნიშნული პუნქტების განხორციელების პრაქტიკული პროცედურები, მაგ., კონტროლის მექანიზმები ფიზიკური შებოჭვის გამოყენების შემთხვევაში. მას შემდეგ კანონის განხორციელების პროცესი კიდევ არაერთხელ გაანალიზდა და პარლამენტის მიერ დამტკიცდა რამდენიმე ცვლილება და შესწორება. ეს ცვლილებები, პირველ რიგში, შეეხებოდა სასამართლოს გადანყვეტილებით განხორციელებულ ფსიქიატრიულ მკურნალობასთან და საპატიმროების ფსიქიატრიულ მომსახურებასთან დაკავშირებული პროცედურების დახვეწას.

მრავალი წლის განმავლობაში, საქართველოს მთავრობა უფრო და უფრო უკეთ აცნობიერებდა გადაუდებელი ცვლილების საჭიროებას და რამდენიმე მნიშვნელოვანი ნაბიჯიც გადადგა სიტუაციის გამოსწორების მიმართულებით, როგორიც იყო მაგალითად, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი ბიუჯეტის გაორმაგება 2004 წლიდან. გაზრდილმა დაფინანსებამ შვესდს-ს მისცა გარკვეული მნიშვნელოვანი ცვლილებების გატარების შესაძლებლობა, როგორიცაა მკურნალობის ხარისხზე ფოკუსირებული, მტკიცებულებებზე დამყარებული რეკომენდაციების გამოცემა, რამდენიმე დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულების რეაბილიტაცია, იმ პაციენტების საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესება, რომლებიც იძულებით და სასამართლოს გადანყვეტილებით დანიშნულ მკურნალობას გადიან. სამწუხაროდ, ამ გაიდლაინებიდან ყველას დანერგვა ვერ მოხერხდა ყოველდღიურ პრაქტიკაში, რასაც სხვადასხვა მიზეზი აქვს, მათ შორის შემოთავაზებული მკურნალობის მაღალი ღირებულება და მკურნალობის ზოგიერთი მეთოდის ხელმიუწვდომლობა.

დაბრკოლებას ქმნის აგრეთვე ჯანდაცვის ზოგიერთი პროვაიდერის წინააღმდეგობა ცვლილებების მიმართ.

საქართველოში, ბევრი სხვა ყოფილი საბჭოთა რესპუბლიკის მსგავსად, ჯერ კიდევ არსებობს წინააღმდეგობა ჯანდაცვის სერვისების რეფორმის მიმართ. რეფორმა გულისხმობს როლებისა და ძალაუფლების დონეების შეცვლას, ახალ გამოწვევებს ცოდნისა და გამოცდილების მხრივ. გარემოში, სადაც ტოტალიტარულიდან დემოკრატიულ და ღია საზოგადოებაზე გადასვლა ისედაც ფუნდამენტურ გამოწვევებს განაპირობებს (განსაკუთრებით, უფროსი თაობისთვის), დამატებით პროფესიული გარემოს შეცვლაც ზოგჯერ ძალიან რთულად გადასატანი ხდება. ჟურნალში „ლანსეტ-ფსიქიატრია“ (The Lancet Psychiatry) ახლახანს გამოქვეყნებული სტატია გვიდასტურებს, რომ ამ რეგიონის ქვეყანათა უმრავლესობაში, ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის ფუნდამენტური ცვლილებების მიღწევა უკიდურესად რთული აღმოჩნდა. იმედისმომცემი პოლიტიკური დოკუმენტების არსებობის მიუხედავად, პრაქტიკაში სერვისების უმრავლესობის განხორციელება ჯერ კიდევ მსხვილ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზეა დამოკიდებული, რომლებშიც პირობები ხშირად არაადექვატურია. ავტორები ასკვნიან, რომ ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემები არასაკმარისადაა დაფინანსებული, ხოლო არსებული მწირი რესურსების ეფექტურ განაწილებას ხელს უშლის ეპიდემიოლოგიური და ეკონომიკური მტკიცებულებების ნაკლებობა. ფართოდაა გავრცელებული სტიგმა და დისკრიმინაცია და კვლავ აქვს ადგილი ადამიანის უფლებების დარღვევებს.³

III.გ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიები

ზემოთ აღწერილი მცდელობების მიუხედავად, ზოგადი სიტუაცია ჯერ კიდევ არაა დამაკმაყოფილებელია. შჯსდს (სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან ერთად) აცნობიერებს, რომ „პირობები, რომელშიც ცხოვრობენ და მკურნალობას იტარებენ ფსიქიატრიული დაწესებულებების პაციენტები, გადაუდებელ ჩარევას მოითხოვს, რათა პაციენტები უზრუნველყოფილნი იყვნენ ნორმალური თერაპიული გარემოთი და მათი ღირსების, უფლებების და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფერისი მკურნალობით.“ ამ სერიოზული პრობლემების გადასაჭრელად, 2010 წლის ბოლოს შჯსდს-მ დაიწყო ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის ფუნდამენტური რეფორმატორული პროგრამა. რეფორმის პრიორიტეტები სრულ თანხმობაში იყო საერთაშორისო მოთხოვნებთან და სტანდარტებთან და მოიცავდა ისეთ საკითხებს, როგორიცაა მწვავე და გადაუდებელი მკურნალობის განხორციელება ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში; რეზიდენტული (საცხოვრისის ტიპის) დაწესებულებების შექმნა გრძელვადიანი და სარეაბილიტაციო სერვისებისთვის; ჯანდაცვის მუშაკების პროფესიული განვითარება; სერვისის მომხმარებელთა (იუზერთა) ორგანიზაციების და პაციენტთა ოჯახის წევრების ჩართვა მკურნალობის და რეაბილიტაციის თითოეულ საფეხურზე.

2011-2015 წლების ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგია ისევ და ისევ ხაზს უსვამს ფსიქიკური ჯან-

³ Winkler, P. et.al.: „თეთრი ლაქა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გლობალურ რუკაზე: ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში მძიმე ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაცვის 25-წლიანი განვითარების ანალიტიკური მიმოხილვა“ (A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe), The Lancet Psychiatry, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30135-9) (მოძიებულია 2017 წლის 20 მაისს).

დაცვის მნიშვნელობას. 2011-2015 წლების სტრატეგიის შესაბამისად გადაიდგა რამდენიმე მნიშვნელოვანი ნაბიჯი. დაიხურა ქვეყნის ერთ-ერთი ნამყვანი ფსიქიატრიული დაწესებულება, მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიული საავადმყოფო დედაქალაქ თბილისში (250 საწოლზე). ასათიანის საავადმყოფოს მწვავე პაციენტთათვის განკუთვნილი საწოლები გადაანაწილეს ზოგად, მრავალპროფილურ საავადმყოფოებში (90 მწვავე საწოლი 3 კლინიკაში). ახალი, ბავშვთა ფსიქიატრიული განყოფილება გაიხსნა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში. გარდა ამისა, თბილისში გაიხსნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი და კრიზისული ჩარევის ცენტრი. სხვა ქალაქებში განხორციელდა შენობების რეკონსტრუქცია და გადაკეთება საცხოვრისებად, შემუშავდა გაიდლაინები და ქცევის კოდექსი, გადამზადდა პერსონალი და შეთანხმებულ იქნა გრძელვადიანი განვითარების პოლიტიკა.

რეფორმატორული პროგრამის ერთ-ერთი პრიორიტეტი იყო ფსიქიკური ჯანდაცვის პროფესიონალების - ექიმების, ექთნების და სხვა დამხმარე სპეციალისტების პროფესიული განვითარება. შემუშავდა ადამიანური რესურსების განვითარების სტრატეგია და მომზადდა პერსონალის გადამზადების საბაზისო მოდულები. ევროპელმა ექსპერტებმა ტრენინგი ჩაუტარეს ადგილობრივ პროფესიონალებს. ფსიქიკური ჯანდაცვის პერსონალის გადამზადების პირველი ფაზა, რომელიც ქვეყნის დედაქალაქ თბილისში მომუშავე კადრებზე კონცენტრირდა, 2011 წლის ზაფხულში დაიწყო. ყველა ფსიქიატრი, ექთანი, ფსიქოლოგი და სოციალური მუშაკი, ასევე ექთნის თანაშემწეები და მენეჯერები მონვეულნი იყვნენ შესაბამისად შერჩეულ ტრენინგ-კურსებში მონაწილეობის მისაღებად, სრულიად უფასოდ. სამწუხაროდ, 2012 წელს, მთავრობის შეცვლის შემდეგ, პროგრამა შეჩერდა.

2013 წლის დეკემბერში საქართველოს პარლამენტმა დაამტკიცა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული კონცეფცია“⁴. ამ დოკუმენტის თანახმად, „საქართველო აღიარებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის უდიდეს მნიშვნელობას“. მეტიც, „საქართველო იღებს ვალდებულებას, მოახდინოს ქვეყნის შიგნით ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზება იმგვარად, რომ ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირებს მკურნალობა ჩაუტარდეთ მინიმალურად შემზღუდავ გარემოში, შეძლებისდაგვარად, საკუთარ სახლებში ან მათთან ახლოს, მათ საბაზისო საჭიროებებზე დაყრდნობით; უზრუნველყოფილ იქნეს მათი უფლებების და ღირსების მაქსიმალური დაცვა და მათი სრულყოფილი და ეფექტური მონაწილეობა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორუფლებიანობის საფუძველზე“. ამასთან, კონცეფცია განსაზღვრავს მიმართულებებს, თუ როგორ უნდა განვითარდეს ეს დაბალანსებული მზრუნველობა: „დაბალანსებული განვითარების მოდელი მოიცავს სტაციონარულ მკურნალობას, სათემო სერვისებს და იცავს ბალანსს მედიკამენტურ და არამედიკამენტურ მკურნალობას შორის; პიროვნების, ოჯახის და თემის ინტერესებს შორის; აგრეთვე პრევენციის, მკურნალობის და რეაბილიტაციის მეთოდებს შორის“.

ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა

შჯდს-ს მიერ შემოთავაზებულ იქნა 2015-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა, რომლებიც 2014 წლის დეკემბერში დაამტკიცა საქართველოს მთავრობამ.⁵ ამ მხრივ, წინამდებარე ანგარიშთან მიმართებაში განსაკუთრებით საინტერესოა სამი სტრატეგიული მიმართულება:

⁴ საქართველოს პარლამენტის დადგენილება, დათარიღებული 2013 წლის 11 დეკემბრით: „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული კონცეფციის შესახებ“, ხელმისაწვდომია მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2157098>

⁵ საქართველოს მთავრობის დადგენილება 762: „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“, დათარიღებული 2014 წლის 31 დეკემბრით; ხელმისაწვდომია მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876>

- ▼ **ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო ზედამხედველობის და მართვის გაუმჯობესება:** დაინტერესებულ მხარეებთან, მაგ., ფსიქიკური ჯანდაცვის პროფესიონალებთან ერთად უნდა შემუშავდეს უკეთესი პოლიტიკა და დაფინანსების მოქნილი მოდელები, რაც აუცილებელია მოწყვლადი მოსახლეობისთვის ხარისხიანი სერვისების მისაწოდებლად. სახელმწიფო სამთავრობო ორგანოები შეიმუშავებენ კანონმდებლობას, ხოლო სხვა დაინტერესებული მხარეები თავიანთი საქმიანობის ფოკუსირებას ახდენენ აღნიშნულ, კანონით გაწერილ რეგულაციებზე;
- ▼ **ადამიანური რესურსების განვითარება:** ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების გაუმჯობესების აუცილებელი წინაპირობაა შესაბამისი სფეროს კვალიფიციური პერსონალის არსებობა. ადამიანური რესურსების განვითარების მიზანია პერსონალის შესაძლებლობების გაზრდა თანამედროვე უნარ-ჩვევებით და მაქსიმალურად ჩართული, მოტივირებული და საქმისადმი ერთგული პერსონალის ჩამოყალიბება;
- ▼ **ფსიქიკური ჯანმრთელობა პენიტენციურ სისტემაში:** საპატიმროების სისტემამ პატიმრები უნდა უზრუნველყოს ეფექტური, ხელისაწვდომი, დროული და ხარისხიანი ფსიქიატრიული სერვისებით, რომელთა სტანდარტებიც არ უნდა ჩამოუვარდებოდეს საჯარო სექტორში არსებულ სტანდარტებს. ფსიქიატრიული სერვისები უნდა უზრუნველყოფდეს ფსიქიკური აშლილობების მქონე პატიმართა სწორ მკურნალობას და სთავაზობდეს მათ მომსახურებას, რომელიც მისცემს მათ საკუთარი თავის კონტროლისა და დამოუკიდებელი ფუნქციონირების შესაძლებლობას; ამასთან, გააუმჯობესებს პატიმართა უსაფრთხოებას და მოამზადებს მათ საზოგადოებაში რესოციალიზაციისთვის.

III.გ. პრივატიზაციის საკითხები

პრივატიზაციის პროცესი, რომელიც ქუტირის საავადმყოფოს უცაბედი და საკმაოდ მოულოდნელი პრივატიზაციით დაიწყო, არც ერთი ზემოთ მოყვანილი დოკუმენტით არ იყო გათვალისწინებული. ეს არ წარმოადგენდა რომელიმე გრძელვადიანი გეგმის ნაწილს და მეტიც, თავად პროცესი საკმაოდ ბუნდოვანი და მოულოდნელი იყო. უკანასკნელი რამდენიმე წლის მანძილზე საქართველოს მთავრობა ახორციელებდა ქვეყნის ჯანდაცვის დაწესებულებების პრივატიზაციის პროგრამას, მაგრამ იგი არ მოიცავდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს.⁶ თავდაპირველად, „100 საავადმყოფოს გეგმა“ ყურადღებას ამახვილებდა გარე ინვესტორების მიერ ახალი და თანამედროვე საავადმყოფოების მშენებლობაზე მიმზიდველ ტერიტორიებზე (მაგ., თბილისის ცენტრში) არსებული ძველი შენობების შეძენის სანაცვლოდ.

ამჯერად კი - გარე ინვესტორებს მოეთხოვებოდათ ობიექტების, კერძოდ ქუტირის და ბათუმის ფსიქიატრიული საავადმყოფოების სრული პრივატიზება; ასევე, განიხილებოდა 7 სხვა ფსიქიატრიული დაწესებულების სრული პრივატიზების საკითხი.

მსოფლიოში ჯანდაცვის, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების პრივატიზაციის მრავალი მაგალითი არსებობს. ხშირად, მთავრობის პერსპექტივიდან, პრივატიზაციის მიზანი არის ეფექ-

⁶ 100 საავადმყოფოს გეგმა არ მოიაზრებდა ფსიქიატრიული საავადმყოფოების პრივატიზაციას. ამ გეგმის მიხედვით, ახლად გახსნილ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში უნდა გახსნილიყო 30-საწოლიანი მწვავე ფსიქიატრიული განყოფილებები ფსიქიატრიული საავადმყოფოების, მაგ, თბილისის ასათიანის საავადმყოფოს ჩასანაცვლებლად.

ტიანობის მიღწევა, ანუ სულ ცოტა იგივე, ან უკეთესი გამოსავლის მიღება იგივე შენატანის პირობებში (იმის დაშვებით, რომ კერძო კომპანია უფრო დიდი ალბათობით გაატარებს არაპოპულარულ მკაცრ ღონისძიებებს, რადგან თანაშრომლებს აღარ იცავს სახელმწიფო სექტორისთვის დამახასიათებელი დაცვის მექანიზმები). პრივატიზაციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზანია მთავრობის როლის შეცვლა სერვისების მიმწოდებლიდან სერვისების შემსყიდველის მიმართულებით. ამ გზით, მთავრობა იძენს შემსყიდველისა და შუამავლის უფლებებს, ოღონდ იმის გათვალისწინებით, რომ პრივატიზაციამ არ უნდა შექმნას მონოპოლია. გარდა ამისა, პრივატიზაციის მიზანია ხარისხის გაუმჯობესება ინოვაციის გზით, რაც ზოგჯერ ძნელი მისაღწევია სახელმწიფო სექტორში, და რის მისაღწევადაც გამოიყენება კონკურენცია კერძო სექტორის სუბიექტებს შორის. პრივატიზაციის კიდევ ერთი, დამატებითი მიზანი შეიძლება იყოს კაპიტალური ინვესტიციების ვალდებულების გადაცემა კერძო ინვესტორისთვის.

პოტენციური ინვესტორი ბიზნეს-წინადადების ყურადღებიანი გაანალიზების შემდეგ გადაწყვეტს, მოახდინოს თუ არა ინვესტირება; შეაფასებს, მოიტანს თუ არა ინვესტიცია მოგებას, და თუ მოიტანს - რამდენად სწრაფად და რამდენად დიდს. ამასთან ერთად, გონიერი ინვესტორი მთავრობისგან ითხოვს დამონმებას და გარანტიებს: მთავრობის მიერ შესყიდული სერვისების სავარაუდო მოცულობის, მინიმალური ფასების და გრძელვადიანი ურთიერთობის ვალდებულების აღების შესახებ. ეს განსაკუთრებით შეეხება იმ სიტუაციას, როცა საპრივატიზაციო ობიექტი მუშაობს არა „თავისუფალი ბაზრის“ გარემოში, არამედ რეგულაციებით და/ან სერვისის/საქონლის თავისებურებით შეზღუდულ პირობებში, როგორც ამას ჩვენს მიერ განსახილველ შემთხვევაში აქვს ადგილი.

თუმცა, Harvard Business Review-ს ორი ავტორის თანახმად, არსებობს მესამე თვალთახედვა.⁷ მათი აზრით, საკითხი მხოლოდ იმაში არ მდგომარეობს, მფლობელობა კერძოა თუ სახელმწიფო. ისინი ამტკიცებენ, რომ საკვანძო კითხვა არის ის, თუ რომელ შემთხვევაშია უფრო მეტად მოსალოდნელი, მენეჯერებმა საზოგადოების ინტერესების სასარგებლოდ იმოქმედონ. ისინი თვლიან, რომ პრივატიზაციის შესახებ დისკუსია უფრო ფართო კონტექსტში უნდა მიმდინარეობდეს. პრივატიზაცია მოიცავს მენეჯერების ერთი ჯგუფის შეცვლას მეორით, რომლებიც შეიძლება მოთხოვნებისა და მოლოდინების სულ სხვა ნაკრებს პასუხობდნენ.

პრივატიზაციის ზეგავლენის ფოკუსის გადატანა მენეჯერულ კონტროლზე სრულიად ცვლის დისკუსიის კონტექსტს და გადააქვს იგი იდეოლოგიური კონტექსტიდან - „კერძო და სახელმწიფო“ - უფრო პრაგმატულ, მენეჯერული ქცევისა და ანგარიშგების კონტექსტში. პრივატიზაცია საუკეთესო შედეგს მოგვიტანს იმ შემთხვევაში, თუ კერძო მენეჯერები ჩათვლიან, რომ მათ პირად ინტერესებშია საჯარო ინტერესების დაცვა. ამის მისაღწევად კი მთავრობამ იმგვარად უნდა განმარტოს და დააკონკრეტოს საჯარო ინტერესების რაობა, რომ კერძო პროვაიდერებმა სწორად აღიქვან იგი და დათანხმდნენ კონტრაქტზე ხელის მოწერას სწორედ მითითებული მახასიათებლების გათვალისწინებით. ამისთვის კი უნდა არსებობდეს მყარი კონკურენცია პოტენციურ პროვაიდერებს შორის, რომელთა შორის შესაძლოა სამთავრობო ორგანოებიც ერიოს.

ზემოთ აღნიშნულის გათვალისწინებით, პრივატიზაციის დადებითი და უარყოფითი მხარეები შეიძლება აინოონ-დაინოონოს კარგი მენეჯმენტის სტანდარტებთან მიმართებაში - მიუხედავად მფლობელობის ფორმისა.

⁷ Goodman, John B., and Loveman, Garry W.: ემსახურება თუ არა პრივატიზაცია საზოგადოებრივ ინტერესებს? (Does privatization serve the public interest?). Harvard Business Review, ნოემბერი-დეკემბერი, 1991. ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://hbr.org/1991/11/does-privatization-serve-the-public-interest>

ავტორებს გამოაქვთ სამი მნიშვნელოვანი დასკვნა:

1. არც სახელმწიფო და არც კერძო მენეჯერებისგან მოქმედება მუდმივად მესაკუთრეთა ინტერესების სასარგებლოდ არ უნდა იყოს მოსალოდნელი. პრივატიზაცია მხოლოდ იმ შემთხვევაში იქნება ეფექტური, თუ კერძო მენეჯერებს თავად ექნებათ სტიმული, საზოგადოებრივი ინტერესების სასარგებლოდ იმოქმედონ, რაც გულისხმობს, სხვა საკითხებთან ერთად, ეფექტიანობასაც;
2. მოგება და საზოგადოებრივი ინტერესი საუკეთესოდ ერწყმის ერთმანეთს მაშინ, როცა პრივატიზებული სერვისი ან ქონება კონკურენტულ გარემოში არსებობს. ამ შემთხვევაში ის იყენებს სხვა კომპანიების მხრიდან კონკურენციას მენეჯერული ქცევის მონესრიგებისთვის;
3. თუ ეს პირობები არ კმაყოფილდება, სავარაუდოდ, აუცილებელი იქნება მუდმივი ჩარევა მთავრობის მხრიდან. სახელმწიფოდან კერძო ხელში მფლობელობის უბრალო გადაცემა ყოველთვის არ არის საკმარისი ხარჯების შესამცირებლად ან სერვისების ხარისხის გასაუმჯობესებლად.

პრივატიზაცია საქართველოში

2011 წელს ევროპის რეკონსტრუქციისა და განვითარების ბანკმა (EBRD) საქართველო შეაფასა საჯარო-კერძო პარტნიორობათა (Public Private Partnerships - PPPs) კუთხით, რაც მოიცავს ნებისმიერი სახის შეთანხმებას სახელმწიფო ორგანოებსა და კერძო ინსტიტუტებს შორის.⁸ ეს შეფასება არ მოიცავდა სახელმწიფო ქონების ან სახელმწიფო კომპანიის წილების გაყიდვას პრივატიზაციის პროცესის ფარგლებში.

მიუხედავად ამისა, მიგვაჩნია რომ ეს დოკუმენტი ჩვენთვის ძალიან აქტუალურია, რადგან აფასებს ქვეყნის მზაობას PPP-ების ამუშავების თვლსაზრისით და აღბათობას იმისა, რომ PPP-ები სარგებლობას მოუტანენ ქვეყანას. გარდა ამისა, დოკუმენტში დახასიათებულია ყველა მნიშვნელოვანი კომპონენტი, მაგ., აუცილებელი საკანონმდებლო ჩარჩო და შეფასებულია ამ ჩარჩოს მუშაობა პრაქტიკაში.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ EBRD-ის 2011 წლის შეფასებით საქართველო ამ მხრივ მიჩნეულია „ძალიან დაბალი შესაბამისობის/ეფექტურობის“ ქვეყნად. ჩვენი აზრით, ეს შეფასება საყურადღებოა და მიუხედავად იმისა, რომ კვლევა PPP-ებზე იყო კონცენტრირებული (როგორც ანგარიშშია მითითებული), ეს ფაქტი გვიჩვენებს, რომ ქვეყანა რეალურად მზად არ არის გააზრებული და ორმხრივ სასარგებლო ურთიერთობისთვის კერძო ინვესტორებთან. მიგვაჩნია, რომ ეს უნდა გაითვალისწინოს მთავრობამ მსხვილი პრივატიზაციების ჩატარებისას, განსაკუთრებით იმ სფეროებში, რომლებიც დიდ გავლენას ახდენენ საზოგადოებრივ ინტერესებზე და ადამიანის უფლებებზე.

ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების პრივატიზაცია საქართველოში გარკვეულ კითხვებს წარმოშობს

⁸ EBRD: საქართველო. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობებთან დაკავშირებული კანონმდებლობის ხარისხის და მისი აღსრულების ეფექტურობის შეფასება; 2011. ანგარიში ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <http://www.ebrd.com/downloads/legal/concessions/georgia.pdf>

⁹ Makhashvili N., Van Voren R.: სათემო და სტაციონარული მკურნალობის ბალანსი: საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების რეფორმის შემთხვევის ანალიზი (*Balancing Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia*). PloS Medicine, 2013 წლის იანვარი.

სერვისების ხარისხთან, კონტროლთან, ანტი-კორუფციულ პოლიტიკასთან და მოწყვლადი ჯგუფებისთვის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით.⁹ ჯანდაცვის პრივატიზაციას ზოგადად, და სასამართლო ფსიქიატრიას კერძოდ, თან ახლავს მრავალი რისკი და ორგანიზაციული საკითხი, რომლებიც განხილვას საჭიროებს.

მაგალითად, ნიდერლანდებში ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში ძირითად პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ კერძო სერვისები ცდილობენ უფრო „მსუბუქ“ შემთხვევებზე ორიენტირდნენ, რადგან ისინი უფრო მომგებიანია, ხოლო მძიმე და ქრონიკულ ფსიქიატრიულ შემთხვევებს უგულვებელყოფენ ან უკანა პლანზე გადააქვთ, რადგან ისინი ფინანსურად მიმზიდველი არაა (გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა გადამხდელი თანახმაა, უფრო მეტი გადაიხადოს უფრო მძიმე შემთხვევისთვის).¹⁰ ჩვენი აზრით, პრივატიზაციის გრძელვადიანი შედეგების განხილვა და ექსპერტული ანალიზი არასაკმარისი მოცულობით არის ჩატარებული. ბიზნესის კუთხით, კლიენტები, რომელთაც გამოხატულად პრობლემური ქცევა ახასიათებთ ან რთულად სამკურნალონი არიან, შეიძლება კომერციულ კატასტროფად იქცნენ. მკურნალობის პროცესში მათი ადამიანის უფლებების პატივისცემა საკმაოდ ძვირი ჯდება, როგორც მკურნალობის, ისე უსაფრთხოების თვალსაზრისით, ხოლო მიღწეული შედეგები ხშირად სრულიად უმნიშვნელოა. პაციენტთა ამ ჯგუფის წარმომადგენლები ხშირად ხვდებიან პენიტენციურ სისტემაში.

ეს საკითხი განსაკუთრებით აქტუალურია სასამართლო ფსიქიატრიაში. საქართველოში სასამართლო ფსიქიატრიის სერვისების უმრავლესობას ქვეყნის დასავლეთ ნაწილში მდებარე ქუტირის ფსიქიატრიული საავადმყოფო ახორციელებს.¹¹ ქუტირის ფსიქიატრიული საავადმყოფო გაშლილია 660 სანოლზე, რომელთაგან 300 განკუთვნილია სასამართლო ფსიქიატრიის პაციენტებისთვის. ეს ერთადერთი დაწესებულებაა საქართველოში, რომელსაც გააჩნია როგორც მაღალი, ასევე საშუალო უსაფრთხოების სასამართლო ფსიქიატრიული განყოფილება და აქედან გამომდინარე, საკვანძო როლს ასრულებს ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების ჯაჭვში. მართალია, ამჟამად ის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ცალმხრივი გადანაცვების საფუძველზე, არსებობს გარკვეული ალბათობა, რომ მომავალში სახელმწიფოს მოუწევს სერვისების შეძენა ამ საავადმყოფოსგან, რომელსაც შეეძლება ამ სერვისებზე ნებისმიერი ფასის დადება ალტერნატივის არარსებობის გამო. გარდა ამისა, სერვისის პრივატიზების შემდეგ, სახელმწიფო შეეცდება ყველა შესაძლო გზით აირიდოს თავიდან პაციენტების ამ კატეგორიაზე პასუხისმგებლობის ხელახლა აღება; პასუხისმგებლობის შემობრუნების თავიდან ასაცილებლად კი თანახმა იქნება უფრო მეტის გადახდაზეც.

სხვა ქვეყნებში, მაგ., ნიდერლანდებში, სადაც ანალოგიური დაწესებულებების პრივატიზაციას ჰქონდა ადგილი, მთავრობამ რამდენიმე პრევენციული ღონისძიება გაატარა:¹² სერვისის მიმ-

¹⁰ De Wolf A. H. & Toebe B. (2016). ჯანმრთელობის დაცვაში კერძო სექტორის ჩართულობის შეფასება და ჯანმრთელობის უნივერსალური დაზღვევა ჯანმრთელობის უფლების შუქზე. (Assessing private sector involvement in health care and universal health coverage in light of the right to health). Health and Human Rights, 18(2), 79–92.

მოძიებულია: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85004000510&partnerID=40&md5=0e44b49ee9bd4f427ef813cf98e2759b>

¹¹ აღნიშნულის გარდა, სასამართლო ფსიქიატრიაზე გამოყოფილია მხოლოდ 30-მდე სანოლი პენიტენციურ სისტემაში, პატიმრებისთვის.

¹² ნიდერლანდებში სასამართლო ფსიქიატრიის კერძო დაწესებულებების დაგეგმვისა და კონტროლის სახელმძღვანელო (*The Manual Planning and Control for Private forensic hospitals in the Netherlands*) (*Handleiding Planning en Control voor Particuliere PBC's*). დოკუმენტი ჩამოტვირთვა შესაძლებელია შემდეგი მისამართიდან:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiwuomP8YLUAhUCiywKHfQdA2MQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.forensischezorg.nl%2Ffiles%2Fhandleiding_planning_en_control_2017.pdf&usq=AFQjCNGvzarAee2rcmmKczp43-nEDmY8IA&sig2=IVd-Opm6Ej8i_U37KQaGhjh

ნოდებელ დაწესებულებებს ფლობენ და მართავენ არამომგებიანი ორგანიზაციები; მონოპოლიის თავიდან ასაცილებლად, არსებობს რამდენიმე კონკურენტი დაწესებულება. ხარისხის კონტროლის სისტემების ამუშავების მოთხოვნა შეიძლება განხორციელდეს, თუმცა, არ არის გამოცხადებული, ხარისხის მოთხოვნებთან შეუსაბამობის შემთხვევაში, სანქციების დაკისრება მაინც ვერ მოხერხდეს, რადგან ამ საავადმყოფოს სერვისები შეუცვლელი და აუცილებელი აღმოჩნდეს.

საქართველოში, ამასთანავე, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს არ გააჩნია მიწოდებული სერვისის ხარისხისა და ეფექტურობის მაკონტროლებელი ინსტრუმენტი (მხოლოდ საქართველოს სახალხო დამცველთან არსებულ პრევენციის ეროვნულ მექანიზმს შეუძლია ანგარიშის მომზადება ამ დაწესებულებებში ადამიანის უფლებების მდგომარეობის შესახებ), რაც იმას ნიშნავს, რომ პაციენტებს არ გააჩნიათ დაცვის არანაირი გარანტია. კარგად განვითარებულ და მდიდარ დასავლურ ქვეყნებშიც კი ძალიან რთულია კერძო კონტრაქტორებზე ადექვატური კონტროლის შენარჩუნება.¹³

კორუფციის არსებობა სასამართლო ფსიქიატრიაში სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენდა საქართველოში,¹⁴ სხვა ყოფილი საბჭოთა რესპუბლიკების მსგავსად, სადაც კრიმინალები დიანოზებს ყიდულობდნენ ხანგრძლივი პატიმრობის თავიდან ასაცილებლად, სანაცვლოდ კი გაცილებით მოკლე დროით თავსდებოდნენ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, ვიდრე „განკურნებულად“ და „გამოჯანსაღებულად“ გამოცხადდებოდნენ. იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ საქართველოს მსგავსი ქვეყნები ჯერ კიდევ ტრანსფორმაციის პროცესში იმყოფებიან ტოტალიტარული საზოგადოებიდან კანონის მმართველობაზე დაფუძნებული საზოგადოების მიმართულებით, არსებობს პოტენციური რისკი, რომ მფლობელებს სთხოვენ (ან „დაარწმუნებენ“), მოათავსონ კრიმინალური „ელემენტები“ თავიანთ დაწესებულებაში, სახელმწიფო ციხეებში გრძელვადიანი პატიმრობის თავიდან ასაცილებლად. რაც უნდა კეთილსინდისიერი ზრახვები ჰქონდეს ინვესტორს, მან შეიძლება ვერ გაუძლოს ამგვარ ზენოლას და არ არსებობს მექანიზმები, რომლებიც მას ამაში დაეხმარება. კერძო ინვესტორის ძირითად მიზნად მაინც ფულადი მოგება რჩება.

ჩვენი აზრით, გარე ექსპერტული შეფასება ფუნდამენტური და აუცილებელი ნაბიჯია პოლიტიკის შეცვლისა და მექანიზმების შემუშავების მიმართულებით, რასაც შედეგად უნდა მოჰყვეს კონტროლის ადექვატური მექანიზმის ჩამოყალიბება. მეტიც, გვჯერა, რომ გარე შეფასება არის ის აუცილებელი ინსტრუმენტი, რომელიც გამოყენებულ უნდა იქნეს ასეთი მსხვილმასშტაბიანი ცვლილებების გატარებამდე. პირველი ნაბიჯი შეიძლება იყოს მცირე და კარგად მონიტორირებული საცდელი პროექტის დაწყება, რომლის საფუძველზეც უნდა გამოვლინდეს ასეთი ცვლილებების განხორციელების საუკეთესო გზა და მიღებული უნდა იქნეს პრაქტიკული გამოცდილება. სამწუხაროდ, როგორც ჩანს, სასამართლო ფსიქიატრიაში ამჟამად არსებულ მდგომარეობას, რაც პრინციპში გულისხმობს ყველა სერვისის მოულოდნელ პრივატიზაციას, წარუმატებლობის მაღალი რისკი ახლავს თან.

¹³ Richard et.al.: როგორ განვახორციელოთ ჯანდაცვის რეგულაცია ინგლისში (*How to regulate Healthcare in England*). King's Fund, 2006; და Mid Staffordshire NHS Foundation Trust-ის საზოგადოებრივი გამოძიების ანგარიში (*Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*). 2013, ხელმძღვანელი Robert Francis.

¹⁴ Van Voren, R.: სასამართლო ფსიქიატრიის პროექტები (*Forensic projects*). In *Mental Health Reforms*, 2-2012, გვ.12

III.დ. ორ სხვადასხვა საავადმყოფოში ვიზიტების აღწერა

საქართველოს სახალხო დამცველის ადრინდელ ანგარიშებში დეტალურად არის აღწერილი დათვალიერებული დაწესებულებების ზომა და ხასიათი, აღწერილია მათი მატერიალური მდგომარეობა და პაციენტთა მიმართ ჰუმანური დამოკიდებულება. ჩვენი მისიის მიზანი იყო ფაქტების მოძიება და არა ადამიანის უფლებათა მდგომარეობის სრულყოფილი ინსპექცია. ჩვენ შევხვდით საავადმყოფოების დირექტორებს, კლინიკურ პერსონალს და პაციენტებს, საუბრისას კი აქცენტი გავაკეთეთ იმ ცვილებზე, რომელთა განხორციელებაც შესაძლებელი გახდა პრივატიზაციის შემდგომ პერიოდში და სამომავლო გეგმებზე.

III.დ.1. აკადემიკოს ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის ცენტრი (ქუთაისი საავადმყოფო)

ჩვენ მიერ სიტუაციის შეფასებისას ორიენტირად ავიღეთ საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის 2015 წლის ანგარიში საქართველოს ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის შესახებ, რომელიც 2015 წლის 9 ოქტომბრიდან 6 ნოემბრამდე ჩატარდა, და რომელიც ადრეც მოვიხსენიეთ ამ დოკუმენტში. ეს არის უახლესი დეტალური დოკუმენტი ქუთაისის საავადმყოფოში არსებული სიტუაციის შესახებ.

სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილებაში შესვლისას გავესაუბრეთ ათ მამაკაცს, რომლებიც შენობის წინ მდებარე დიდ გალიაში ვარჯიშობდნენ. ჩვენ გვახლდა თანამშრომლების ესკორტი, თუმცა, ისინი ოდნავ ჩამოგვრჩებოდნენ და მამაკაცებს მათთვის განსაკუთრებული ყურადღება არ მიუქცევიათ. ერთ-ერთი მამაკაცი დირექტორის მოადგილეს ესაუბრებოდა და მათი საუბარი საკმაოდ მეგობრულად გამოიყურებოდა. პაციენტების თქმით, საავადმყოფოში სხვადასხვა პერიოდი ჰქონდათ გატარებული - ორი თვიდან ორ წლამდე. ჩვენს კითხვაზე, შეიცვალა თუ არა რაიმე ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, გვიპასუხეს, რომ შეიცვალა სააბაზანოები და ახლა ცხელი წყალი ჰქონდათ. გვითხრეს, რომ კვება კარგი იყო და არ შიოდათ. გვითხრეს, რომ ხვდებოდნენ ფსიქოლოგს, მაგრამ ისურვებდნენ უფრო მეტ არტ-თერაპიას. გვითხრეს, რომ „თერაპიული წამლები“ არასაკმარისი რაოდენობით იყო, რაშიც ტკივილგამაყუჩებლებს გულისხმობდნენ. კითხვაზე, იწვევდა თუ არა წამალი კანკალს, უარყოფითად გვიპასუხეს. თუმცა, გვითხრეს, რომ ზოგჯერ მოუსვენრად იყვნენ, რისთვისაც ექთნები წამალს აძლევდნენ.

გვითხრეს, რომ ექთნები მათთან ერთად არ ასრულებდნენ რაიმე სახის აქტივობებს, ისინი არ თამაშობენ ერთად (მაგ., ფეხბურთს ან კალათბურთს, მაგიდის ჩოგბურთს, ჭადრაკს და ა.შ. - როგორც ეს მიღებულია სხვა ქვეყნების საავადმყოფოებში), თუმცა, თუ რაიმე დასჭირდებოდათ და ჰკითხავდნენ - პასუხს სცემდნენ. აღნიშნეს, რომ იღებდნენ პენსიას, რომლითაც თანამშრომლებს შეეძლოთ მათთვის სხვადასხვა ნივთების შეძენა. გვითხრეს, რომ შეეძლოთ დარეკვა ტელეფონის ბარათზე ჩარიცხული თანხის გამოყენებით. მამაკაცებმა გვითხრეს, რომ დღეში ორ საათს ატარებდნენ ეზოში, დანარჩენ დროს კი ოთახებში იყვნენ, თუ არ ჩავთვლით ჭამის საათებს. როგორც გვითხრეს, წამალი ართმევდათ მთელ ენერგიას. ჩვენს კითხვაზე, ფეხბურთის ბურთი მაინც რატომ არ ჰქონდათ ეზოში სათამაშოდ, გვიპასუხეს, რომ ადრე ჰქონდათ ერთი, მაგრამ გასკდა და ახალი არ მიუტანიათ.

პალატები გადატვირთული იყო. ერთ-ერთ განყოფილებაში ზოგ მამაკაცს დერეფანში ეძინა, რადგან ოთახები სავსე იყო. ზოგიერთი პაციენტის გადმოცემით, მათი მკურნალობა ინდივიდუალ-

იზებული იყო იმ თვალსაზრისით, რომ ხელს უწყობდნენ მარტო დარჩენაში. ვნახეთ გარკვეული რაოდენობით გაზეთები, კარადები პაციენტთა ნივთებისთვის და იშვიათად - საწოლთან მიმდებარე კედლების მცირე „პერსონალიზაცია“. მთელ საავადმყოფოში არც ერთ საძინებელს არ ჰქონდა ფარდები.

პაციენტთა უმრავლესობა მთელ დღეს საწოლში ატარებდა. დაგვრჩა შთაბეჭდილება, რომ უჭირდათ თავიანთი ჩივილების ჩვენამდე თამამად მოტანა. მოვისმინეთ დამსჯელობითი ღონისძიებების შემთხვევების შესახებ იმ პაციენტებთან მიმართებაში, რომელთაც პრობლემები წამოჭრეს ან დაიჩივეს; სასჯელი გამოიხატებოდა დამატებითი მედიკამენტების მიცემაში, ან იზოლირებულ ოთახში მოთავსებაში, თანაც ისე, რომ პაციენტებმა არ იცოდნენ, რამდენ ხანს მოუწევდათ იქ დარჩენა. პაციენტებს არ შეეძლოთ მედიკამენტების არჩევა, მათ ისიც კი უთხრეს, რომ ალტერნატიული წამლის მიღების სურვილის შემთხვევაში, მისი საფასური საკუთარი ჯიბიდან უნდა გადაეხადათ.

პაციენტებისგან მოვისმინეთ, რომ უფლება ჰქონდათ, კვირაში ერთხელ ოჯახის წევრებს ტელეფონით გასაუბრებოდნენ. ზოგიერთი პაციენტი ჩიოდა, რომ წესები გაუმჭვირვალე იყო და გადაწყვეტილებები ხშირად პერსონალის ახირებებზე იყო დამოკიდებული.

ზოგადად, პალატები ადრინდელივით ცუდ შთაბეჭდილებას ტოვებს. სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილება რამდენიმე წლის წინ გაარემონტეს და პირობები გააუმჯობესეს, კერძოდ, ყველა პალატაში დაამონტაჟეს საპირფარეშო, მაგრამ სამწუხაროდ, ეს პაციენტთა ოთახებში გამოკეტვის კიდევ ერთ გამართლებად იქცა. „ახალი“ შენობის მდგომარეობაც სწრაფად უარესდება. ჩვენი გუნდის ერთ-ერთი წევრი 10 წლის წინაც იმყოფებოდა ამ საავადმყოფოში და ვერ ამჩნევს რაიმე გაუმჯობესებას, მიუხედავად გიფ-ის პროექტისა, რომელიც მიზნად ისახავდა მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესებას და თანამშრომელთა ტრენინგს.

ქალთა მწვავე განყოფილებაში ვნახეთ პაციენტთა შერეული კონტინგენტი - მწვავე პაციენტები, რომლებიც ხანმოკლე ვადით იმყოფებიან, და სასამართლოს გადაწყვეტილებით მოთავსებული პაციენტები, რომლებიც წლობით რჩებიან საავადმყოფოში. კერძოდ, 27 პაციენტიდან 17 „სასამართლოს“ პაციენტი იყო. დერეფანი გრძელი და ბნელი იყო, საძინებლები - დიდი, 10 საწოლამდე მოცულობით. კედლები ძალიან დაზიანებული იყო, ბევრგან ბათქაში სრულიად ჩამოცვენილი იყო. ზოგადად, გარემო ძალიან ღარიბულად გამოიყურებოდა. გამოყოფილი იყო სასადილო სივრცე, ორი საპირფარეშო და ორი საშხაპე. შხაპები რეალურად კედლიდან გამოშვერილ მილებს წარმოადგენდა. წყალი ცხელი იყო. შხაპის მიღებისას პაციენტებს ყოველთვის აკონტროლებენ. როდესაც ამის მიზეზი ვიკითხეთ, თანამშრომლებმა გვიპასუხეს, რომ ქალებს საპარსი სამართებლები აქვთ. დერეფნებში გამათბობლები არ იყო. თითოეულ პალატაში იყო ერთი ელექტრო-გამათბობელი. ყველა პალატას ჰქონდა მეორადი ორმაგი შემიწვა, რომელიც საკმაოდ ახლად გამოიყურებოდა, თუმცა, ბოლოდროინდელი შეკეთებების სიაში არ იყო ნახსენები.

ჩვენი მისვლისას ქალები დერეფანში იყვნენ და ჯგუფურად მოგვიახლოვდნენ. მათ მეტყველებასა და ქცევაში მწვავე ფსიქოზის მაღალი ხარისხი იგრძნობოდა. შევამჩნიეთ ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენების არსებობა პაციენტებში; როგორც ჩანს, ნეიროლექტიკური მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შეფასება სათანადოდ არ ხდება. აღნიშნულს მიეკუთვნებოდა ქალებში პროლაქტინის დონის მომატების ნიშნები, სახის თმის ზრდის სახით.

მამაკაცთა ქრონიკული განყოფილებაც ღარიბულად გამოიყურებოდა. პალატები გადატვირთული იყო, 15-17 საწოლით თითოეულში. არ იყო კარადები პაციენტების ნივთებისთვის, კედლები სრუ-

ლიად შიშველი იყო. ყოველ ოთახში იდგა თითო ელექტრო-გამათბობელი. ფანჯრებზე ისეთივე მეორადი ორმაგი შემინვა იყო, როგორც ქალთა განყოფილებაში. პალატებში სიგარეტის მძაფრი სუნი იგრძნობოდა. წიგნები და ჟურნალები არ გვინახავს. დაწყებული იყო ახალი შხაპის მონტაჟი. მის დასრულებამდე, 87 მამაკაცისთვის გამოყოფილი იყო მხოლოდ ერთი შხაპი, რომელიც კედლიდან გამოშვერილ მილს წარმოადგენდა. საშხაპეში ეყარა ხის და ქვის ნარჩენების დიდი გროვები, სველი ტომრები. იყო სამი საპირფარეშო. მამაკაცები ძალიან გამხდრები იყვნენ. ზოგიერთს გონებრივი ჩამორჩენა აღენიშნებოდა.

ვესაუბრეთ მამაკაცებს, რომლებიც სხვადასხვა დროით იმყოფებოდნენ საავადმყოფოში. ერთი მათგანი ადრეც იყო აქ ნამყოფი და როგორც აღნიშნა, ცვლილება თითქმის არ მომხდარა. კვება არ გაუმჯობესებულა. თუმცა, იღებდნენ პენსიას, რომელიც კვირის დღეებში შეიძლოთ დაეხარჯათ სიგარეტზე, ტკბილეულზე, ყველსა და ხორცზე. შხაპში ამჯერად ცხელი წყალი მოდიოდა.

სავარჯიშო ეზო „გამოუსადეგარი“ იყო, ამიტომ მამაკაცები გარეთ ვერ გადიოდნენ. როგორც გვითხრეს, ჰყავდათ ფსიქოლოგი, უტარდებოდათ სიმღერის შესწავლის და არტ-თერაპიის კურსი. თუმცა, იმ პაციენტთაგან, ვისაც ჩვენ ვესაუბრეთ, არც ერთი არ მონაწილეობდა ამ აქტივობებში. ზოგიერთი პაციენტი აშკარად გონიერი იყო და შეიძლოთ ჩვენთან თანმიმდევრული საუბარი. არ იცდოდნენ, კიდევ რამდენ ხანს მოუწევდათ განყოფილებაში დარჩენა, ან რატომ გადმოიყვანეს ამ განყოფილებაში, მაგრამ ჩვილისგან თავს იკავებდნენ, მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენს ყურამდე მოვიდა სხვა პაციენტების მხრიდან შევიწროების შემთხვევებიც კი.

სოციალური ზრუნვის სახლში დავათვალიერეთ მამაკაცთა და ქალთა განყოფილებები. აქ საძინებლები ნაკლებად გადატვირთული იყო, მაგრამ პირობები ძალიან ცუდი ჩანდა. ოთახები ცივი და შიშველი იყო ზოგი კარი - დამტვრეული, კარის ლიობები კი - უხეშად შეკეთებული. პაციენტებს დაფლეთილი ტანსაცმელი ეცვათ; ზოგიერთი საწოლში იწვა.

როგორც მამაკაცთა, ასევე ქალთა განყოფილებაში დაძაბუნებული ხანშიშესული პაციენტების საწოლებთან ვნახეთ გადასატანი უნიტაზები და სათლები. ისინი არაფრით იყო შემოფარგლული, არც ფარდები ეკიდა და შესაბამისად, მათი გამოყენებისას პაციენტების პრივატულობა არ იყო დაცული. ზოგიერთ ოთახში არ იყო გამათბობელი. ზოგი ფანჯარა ჩამტვრეული იყო. ოთახებში იატაკის საფარველი ბევრგან იყო ამოგლეჯილი, საშხაპეში კი - ფილები დამტვრეული. განყოფილების ფსიქიატრმა გვითხრა, რომ ამ პაციენტებს იგივე დონის მკურნალობა უტარდებათ, როგორც საავადმყოფოს პაციენტებს. იმის გათვალისწინებით, რომ ეს პაციენტები შეიძლება სამუდამოდ ამ პალატებში დარჩნენ, ვფიქრობთ, რომ ასეთი პირობები არაადამიანური და მიუღებელია.

ზოგადად, საავადმყოფო თითქმის არ ახორციელებს თერაპიულ აქტივობებს; არ ტარდება ვორქ-შოპები, სპორტული ღონისძიებები, ჯგუფური თერაპია ან საუბრები. ქუტირის საავადმყოფოს თანამშრომლები დაღლილები და გამოფიტულები ჩანდნენ. მათი უმრავლესობა მრავალი წელია აქ მუშაობს. მენეჯერების და თანამშრომლების გადმოცემით, პერსონალის პროფესიონალური დონე და ანაზღაურება არ შეცვლილა. შენობების გარკვეული გაუმჯობესების გარდა, არანაირი მონდომება, ინიციატივა თუ კლინიკური ხედვა არ იგრძნობა პაციენტების მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

III.დ.2. ბათუმის ფსიქიატრიული საავადმყოფო

მწვავე და ქრონიკული პალატები მოძველებულია და შედარებით ცუდ მატერიალურ მდგომარეობაშია, ვიდრე სარეაბილიტაციო განყოფილება, რომელიც, შეიძლება ითქვას, თანამედროვე ფსიქია-

ტრიულ დაწესებულებას წარმოადგენს. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ მთელ საავადმყოფოში კედლების სასიამოვნო მოხატულობა მოგვხვდა თვალში, და საძინებლებიც არ იყო ჩარაზული. მიმდინარეობდა ქალთა ქრონიკული განყოფილების ფოიეს გადაკეთება ბიბლიოთეკად. ჭერიდან ჩამოშვებული იყო ათობით მოხატული წიგნი და ოთახი შთამბეჭდავად გამოიყურებოდა. ვნახეთ, აგრეთვე, ძალიან აქტიური არტ-თერაპიის ოთახი, რომელიც სავსე იყო ახლად შექმნილი სამკაულებით და ხელნაკეთი ნივთებით.

ფსიქოლოგების ხელთ არსებული დოკუმენტები შეიცავდა კარგად შესრულებულ შეფასებებს, ინდივიდუალური განვითარების გეგმებს, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინსტრუმენტებს, როგორიცაა მაგ., ბეკის დეპრესიის კითხვარი.

თვალსაჩინო იყო მწვავე პალატებში განხორციელებული პირველი ცვლილებები: საიზოლაციო ოთახები გადაკეთებული იყო, გისოსები შეცვლილი იყო ფანჯრებით, პალატები სასიამოვნოდ იყო მოწყობილი. ზოგიერთი შენობის ცუდი ხარისხის მიუხედავად, ატმოსფერო სრულიად განსხვავდებოდა ქუტირის საავადმყოფოსგან. დაგვხვდნენ ახალგაზრდა და მოტივირებული ფსიქიატრები, რომლებმაც დავგათვალისწინებინეს გარემო, თან პაციენტებს ესაუბრებოდნენ და ეხუმრებოდნენ. როგორც გვითხრეს, გუნდებში იყვნენ კვალიფიცირებული ფსიქოთერაპევტები, და რომ პაციენტებს უტარდებოდათ ყოველკვირეული ჯგუფური თერაპია, ისევე, როგორც ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიული შეხვედრები.

როგორც ჩანს, მედიკამენტების გამოყენებაც ადექვატურად ხდება, რადგან უარყოფითი გვერდითი მოვლენები ნაკლებად მოგვხვდა თვალში - პაციენტები ფხიზლად და კონტაქტურად გამოიყურებოდნენ. ექთნებიც უფრო გულახდილები და კომუნიკაბელურები იყვნენ. ძნელი სათქმელია, არის თუ არა ეს პოზიტიური ასპექტები (საიზოლაციო ოთახებში გისოსების შეცვლის გარდა) სულ ახლახანს მომხდარი პრივატიზაციის შედეგი.

სარეაბილიტაციო განყოფილების შენობა ნათელი, სუფთა და ვრცელია, გამოყოფილია დიდი ოთახი საერთო აქტივობებისთვის, სახელოსნოები ხელოვნებისა და ხელსაქმისთვის, ბიბლიოთეკა. განყოფილებაში ავეჯი და თაროები ახლადშემოტანილი იყო და ჩანდა, რომ მათი დიზაინის ბევრი ასპექტი სწორად იყო გათვალისწინებული. თანამშრომლების თქმით, ქრონიკული განყოფილების ზოგიერთ პაციენტსაც შეუძლია ამ შენობაში შემოსვლა. ბაღები კარგადაა ათვისებული, თუმცა, ცუდ მდგომარეობაშია.

IV.ა. პრივატიზაციის მიმდინარე სტატუსი

ქუტირის საავადმყოფო

2015 წლის ბოლოს სახელმწიფოს მფლობელობაში მყოფი ქუტირის საავადმყოფო (შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“) დაექვემდებარა პრივატიზაციას პირდაპირი გაყიდვის წესით (მიეყიდა შერჩეულ აპლიკანტს ღია ტენდერის/აუქციონის გარეშე; გაყიდვის ორგანიზაცია მოახდინა სახელმწიფო ქონების მართვის ეროვნულმა სააგენტომ; უცნობია, რა კრიტერიუმით მოხდა აპლიკანტის შერჩევა). საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 22 ოქტომბრის 2248 დადგენილების და საჯარო რეესტრის მონაცემების თანახმად, საავადმყოფოს 95%-ინი წილი შეიძინა შპს „ბ & ნ“-მ, ხოლო 5% დარჩა სახელმწიფოს საკუთრებაში. საქართველოს საჯარო რეესტრის ჩანაწერის თანახმად, დაინიშნა შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მმართველი ორგანო (სამეთვალყურეო საბჭო).¹⁵

საქართველოს საჯარო რეესტრის ჩანაწერები გვამცნობს, რომ შპს „ბ & ნ“-ის 95%-ს ფლობს ბადრი კაკაბაძე, 5%-ს კი - ნატა კაკაბაძე.¹⁶

2016 წლის 20 იანვარს ხელი მოეწერა პრივატიზაციის კონტრაქტს შპს „ბ & ნ“-ს და სახელმწიფო ქონების მართვის ეროვნულ სააგენტოს შორის. შპს „ბ & ნ“-ს სახელშეკრულებო ვალდებულებები შემდეგია:

- ▼ საპრივატიზაციო თანხის გადახდა **800,000** (რვაასი ათასი) ლარის (დაახლოებით 300,000 ევრო) ოდენობით, შეთანხმების ხელის მოწერიდან ერთი თვის ვადაში. ამ კონტრაქტის ბენეფიციარი არის სახელმწიფო.
- ▼ ხელშეკრულების ხელის მოწერიდან ოთხი წლის ვადაში მინიმუმ 700 (შვიდას) სანოლზე გაშლილი სამედიცინო დაწესებულების გახსნა, აღჭურვა და გააუმჯობესება შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ კუთვნილ უძრავ ქონებაზე, რაც სხვა ღონისძიებებთან ერთად მოიცავს მინიმუმ 2 (ორი) **დამატებითი** შენობის მშენებლობას მინიმუმ **2400 კვადრატული მეტრი** საერთო ფართობით, რომლებიც მოემსახურება ზემოთ აღნიშნულ მიზანს; აგრეთვე მათ მიღებას ექსპლუატაციაში, აღჭურვას, კაპიტალურ გაუმჯობესებას და ამოქმედებას. საავადმყოფოს აღჭურვის, გაუმჯობესების და

¹⁵ თავმჯდომარე/წევრი, ავთანდილ იოსელიანი; თავმჯდომარის მოადგილე/წევრი, კახაბერ კუხიანიძე; წევრი, ბადრი კაკაბაძე, რუსეთი, საქართველო; წევრი, რამაზ გიორგაძე; წევრი, იოსებ ნანეიშვილი; წევრი, გოჩა ბაკურაძე; წევრი, შორენა ოქროპირიძე.

¹⁶ პორტალი Business Georgia ბ-ნ ბადრი კაკაბაძეს ახასიათებს, როგორც რუსეთის ქალაქ სანკტ-პეტერბურგში მოღვაწე ყველაზე ცნობილ ქართველს. მას აქვს ინჟინრის განათლება და გამოცდილება გაყინული პროდუქტების ინდუსტრიაში. არის მფლობელი და მმართველი დირექტორი სააქციო საზოგადოება „პეტროხოლოდისა“, რომელიც ნაყინის ერთ-ერთი მსხვილი მწარმოებელია რუსეთში. კომპანიის ინტერესის სფეროებს წარმოადგენს, აგრეთვე, საბითუმო ვაჭრობა და კვების პროდუქტების შენახვის სერვისები. როგორც ამბობენ, ამ კომპანიის გარდა, ფლობს კიდევ რამდენიმე რესტორანს სანკტ-პეტერბურგსა და თბილისში. მისი ქონება შეფასებულია დაახლოებით 500 მილიონ აშშ დოლარად; ზემოთ აღნიშნული ბიზნეს პორტალის თანახმად, 27-ე ადგილზეა უმდიდრეს ქართველთა სიაში. ჩვენ ვერ ვიპოვეთ რაიმე მითითება ან ინფორმაცია ბ-ნ ბადრი კაკაბაძის საქმიანი კავშირის შესახებ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროსთან.

ახალი შენობების დამატების მიზნით უნდა მოხდეს მინიმუმ 6,000,000 (ექვსი მილიონი) ლარის ინვესტირება (დახლოებით 2.2 მილიონი ევრო).

- ▼ ყველა იმ სერვისის შენარჩუნება, რასაც წარსულში ასრულებდა შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“, მათ შორის ინვესტირების განხორციელების პერიოდშიც. „წარსულში განხორციელებული სერვისების“ ჩამონათვალი კონტრაქტს თან არ ახლავს;
- ▼ ქონებისთვის (მათ შორის, 2 ახლად აშენებული შენობისთვის) სამედიცინო პროფილის შენარჩუნება შენობების ფიზიკური არსებობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, და მინიმუმ **50 (ორმოცდაათი) წლის განმავლობაში პრივატიზაციის მომენტიდან**. მიწოდებული სერვისები უნდა მოიცავდეს „ტუბერკულოზის მართვას“ და „ფსიქიკურ ჯანმრთელობას“; „ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულ სრულ პაკეტს; ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისების მიწოდებას; იძულებით სტაციონარულ ფსიქიატრიულ მკურნალობას და სტაციონარულ მომსახურებას ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობ(ებ)ისთვის; აგრეთვე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უზრუნველყოფას შესაბამისი თავშესაფრით.

კონტრაქტი ითვალისწინებს აგრეთვე მყიდველის (შპს „ბ & ნ“) ვალდებულებას - დროის სხვადასხვა მონაკვეთში მიაწოდოს სახელმწიფოს აუდიტორული/საექსპერტო დასკვნები, მომზადებული საექსპერტო და ან/აუდიტორული კომპანიების მიერ (მთავრობის მიერ განსაზღვრული აუდიტორული კომპანიების სიიდან). ჩვენ გვესმის, რომ ეს ვალდებულებები სახელმწიფოს მისცემს კონტრაქტის პირობების შესრულების საფუძვლიანი მონიტორინგის საშუალებას.

აღსანიშნავია, რომ ქუტირის საავადმყოფოს პრივატიზაციის კონტრაქტი შეიცავს ზოგიერთ განსაკუთრებულ დებულებასაც:

- ▼ შპს „ბ & ნ“-ს აქვს უფლება, იპოთეკით დატვირთოს მისი კუთვნილი „საწარმოს 95%-იანი წილი“ (სახელმწიფოს მიერ გაცემული წერილობითი თანხმობის საფუძველზე). შპს „ბ & ნ“-ს მიერ იპოთეკით გათვალისწინებული ვალდებულებების შეუსრულებლობის შემთხვევაში, ქონება გადადის მოგირავნის მფლობელობაში, თუმცა, შპს „ბ & ნ“-ს ყველა ვალდებულება ასევე გადაეცემა „ახალ მფლობელს“;
- ▼ შპს „ბ & ნ“-ს არ აქვს საავადმყოფოს უძრავი ქონების გაყიდვის უფლება; ხოლო ამ ქონების იპოთეკის გარანტიად გამოყენების საჭიროებისას, აუცილებელია სახელმწიფოს ნებართვა;
- ▼ შპს „ბ & ნ“-ს უფლება აქვს, მიყიდოს თავისი 95%-იანი წილი, მთლიანად ან ნაწილობრივ, მესამე მხარეს. ამისთვის შპს „ბ & ნ“-ს მოეთხოვება მხოლოდ წერილობითი შეტყობინების გაგზავნა მთავრობისთვის. კონტრაქტში არ არის დაკონკრეტებული ამ წერილობითი შეტყობინების დრო (მფლობელობის შეცვლამდე უნდა მოხდეს, თუ მის შემდეგ), არ არის მითითებული ახალი მფლობელის კვალიფიკაციის კრიტერიუმები. კონტრაქტში მითითებულია, რომ მფლობელობის შეცვლის შემთხვევაში, შპს „ბ & ნ“-ს ყველა ვალდებულება გადაეცემა „ახალ მფლობელს“.

ბათუმის საავადმყოფო

საქართველოს საჯარო რეესტრის ჩანაწერის თანახმად, ბათუმის საავადმყოფოს (შპს რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქო-ნევროლოგიური საავადმყოფო) პრივატიზაციის შესახებ შეთანხმებას ხელი მოეწერა 2017 წლის 10 თებერვალს. საქართველოს საჯარო რეესტრის ჩანაწერი ცხადყოფს,

რომ ბათუმის საავადმყოფო მიეყიდა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის მიერ შპს „Health Care Group“-ს, რომელიც ამჟამად ფლობს საავადმყოფოს სრულ, 100%-იან წილს. შპს „Health Care Group“-ის 49%-იანი წილის მფლობელია ბატონი გოჩა ბაკურაძე, ხოლო 51%-იანი წილის - შპს „ბ & ნ“. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ბ-ნი გოჩა ბაკურაძე არის ქუტირის პრივატიზებული საავადმყოფოს საბჭოს წევრი, და ამავე დროს, ამავე ქუტირის საავადმყოფოს დირექტორი.

ორივე საავადმყოფოს დირექტორების მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ქუტირისა და ბათუმის საავადმყოფოების მფლობელი/ინვესტორი რეალურად ერთი და იგივეა, თუმცა, საჯარო რეესტრში წილების მფლობელებად მითითებულია სხვადასხვა იურიდიული პირები. ქუტირისგან განსხვავებით, ბათუმის საავადმყოფოს არ ჰყავს გამოყოფილი მმართველი/სამეთვალყურეო საბჭო და საჯარო რეესტრის დოკუმენტაციაში მოხსენიებულია მხოლოდ დირექტორის - ქ-ნ ეკა ზოიძის სახელი და გვარი.

ჩვენ ვერ შევძელით ბათუმის საავადმყოფოს საპრივატიზაციო ხელშეკრულების შეფასება, რადგან ფიზიკურად ვერ მოვიპოვეთ ეს დოკუმენტი. თუმცა, ორივე დირექტორისგან მივიღეთ შემდეგი ინფორმაცია პრივატიზაციის დეტალებისა და ხელმოწერილი ხელშეკრულების შესახებ:

- ▼ ეს პრივატიზაცია განხორციელდა ღია/საჯარო ტენდერის/აუქციონის წესით¹⁷
- ▼ ღია ვაჭრობის შედეგად სანყისი ფასი - 100,000 ლარი - გაიზარდა 2.5 მილიონ ლარამდე
- ▼ ინვესტორმა გაიმარჯვა აუქციონში და შეიძინა ბათუმის საავადმყოფოს **100%-იანი** წილი
- ▼ ინვესტორის ვალდებულებაა 1 მილიონი ლარის ინვესტირება (ახალი შენობების მშენებლობის მოთხოვნის გარეშე)
- ▼ ინვესტორს არ აქვს საავადმყოფოს საწოლების განსაზღვრული რაოდენობის შენარჩუნების ვალდებულება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პრივატიზაციასთან დაკავშირებული სამომავლო გეგმები
საქართველოს შჯსდს-მ 2017 წლის 16 თებერვალს გამოხატა პრივატიზაციის გაგრძელების სურვილი (წერილი № 01/9286 სსიპ საჯარო რეესტრის ეროვნული სააგენტოს მიმართ) და დააფიქსირა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კიდე 7 დაწესებულების პრივატიზების განზრახვა: შპს “თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი” (ს/კ 209446900), შპს “რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი” (ს/კ 216296880), შპს “ალ. ქაჯაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო” (ს/კ 243858544), შპს “ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო” (ს/კ 243123455), შპს “ნარკოლოგიური ცენტრი” (ს/კ 248424307), შპს “თელავის რეგიონული ნარკოლოგიური ცენტრი” (ს/კ 231171148), შპს “ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი” (ს/კ 212697429).

საქართველოს შჯსდს ამ წერილში ხაზს უსვამს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მნიშვნელობას და პრიორიტეტულობას. ამ წერილის კიდე 7-ე პუნქტით, რომ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ეძებს გარკვეულ დამცველობით მექანიზმებს პრივატიზაციის პროცესში, კერძოდ:

- ▼ სახელმწიფომ უნდა შეინარჩუნოს წილობრივი მფლობელობა (პრივატიზაცია უნდა შეიზღუდოს თითოეული პრივატიზებული დაწესებულების 95%-იანი წილის გაყიდვით);

¹⁷ სატენდერო დოკუმენტაციის ინტერნეტ-ბმულები აღარ არის ხელმისაწვდომი.

- ▼ წარმოდგენილი საპრივატიზაციო ბიზნეს-გეგმები განიხილება საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროს მიერ შექმნილი საინვესტიციო პროექტების სამუშაო ჯგუფის, სსიპ საჯარო რეესტრის ეროვნული სააგენტოს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და დარგის ექსპერტების მიერ.

IV.ბ. პირველ ნელს განხორციელებული ცვლილებები

ქუტირში დირექტორმა გოჩა ბაკურაძემ და დირექტორის მოადგილემ მოგვანოდეს ინფორმაცია, რომ მართალია საავადმყოფოში ჯერ კიდევ ცუდი მდგომარეობაა, მაგრამ ინვესტიციების განხორციელება დაწყებულია და უკვე მრავალი ცვლილება გატარდა. დირექტორმა აგვიხსნა, რომ მედიის ყურადღება ქუტირის მიმართ ყოველთვის ნეგატიური და სკანდალური ელფერის იყო და ოთხი წელი დასჭირდა იმას, რომ ჯანმრთელობის სამინისტრო საავადმყოფოს გაუმჯობესებით დაეინტერესებინათ. ინვესტორმა დაიწყო ინვესტიციების განხორციელება და დააფინანსა შემდეგი: ახალი სახურავების კონსტრუქცია ყველა შენობისთვის; ცენტრალური გათბობა და ცხელი წყლის შხაპები სასამართლო ფსიქიატრიის პალატებში; საკანალიზაციო სისტემის განახლება.

ბათუმის საავადმყოფოს პრივატიზაცია შედარებით ახლახანს მოხდა. პროცესი 2016 წლის ბოლოს დაიწყო, მაგრამ ჩვენს ვიზიტამდე მხოლოდ ორი თვით ადრე დასრულდა. ჩვენი ვიზიტის დროისთვის დასრულებული ერთადერთი სამუშაო იყო საიზოლაციო ოთახების შეცვლა ქალთა და მამაკაცთა მწვავე განყოფილებებში. ადრე ეს იყო ძალიან ღარიბული, ცარიელი ოთახები, გისოსებიანი კარით და აგურით უხეშად ამოშენებული ფანჯრებით. თანამშრომლები თავად მონაწილეობდნენ დიზაინის შეცვლის პროცესში, რომელიც ემყარებოდა საზღვარგარეთის ქვეყნებში ნანახ საუკეთესო პრაქტიკის ნიმუშებს. ამჟამად თითოეულ მწვავე განყოფილებაში არის ორი ახლად დეკორირებული ოთახი იატაკზე დაფიქსირებული სანოლესით და დერეფანში გამავალი დიდი ნათელი ფანჯრით, საიდანაც პოსტზე მყოფ ექთანს შეუძლია დაკვირვება, და ორი მეზობელი ოთახისთვის საერთო ტუალეტით. ჩვენი ვიზიტის მომენტისთვის ამ ოთახებს ჯერ კიდევ არ მოიხმარდნენ, თუმცა, ძველი ოთახები უკვე გადაკეთებული იყო საძინებლად.

IV.გ. ცვლილებების აღქმა თანამშრომელთა მიერ¹⁸

IV.გ.1. ქუტირი

ფსიქიატრმა აგვიხსნა, რომ მრავალი რამ შეკეთდა და გარემონტდა: ყველა ოთახში დამონტაჟდა ახალი რადიატორები, ცხელი წყალი, გაუმჯობესდა კვება. ამ ცვლილებებამდე დერეფნებში ყინავდა. არის ახალი სააბაზანოც, რომლის გამოყენებაც მამაკაცებს შეუძლიათ, თუ მათი საკუთარი შხაპი დაზიანდება. ყველა შენობას აქვს ახალი გადახურვა; მანამდე ყველგან წყალი ჩამოდებოდა და შენობის შიგნით ქოლგები იყო საჭირო. ფსიქიატრის თქმით, იგეგმება საავადმყოფოსკენ მიმავალი გზის შეკეთება (რომელიც ძალიან ცუდ მდგომარეობაშია და მასთან დაკავშირებული მოლაპარაკებები

¹⁸ პრივატიზებული საავადმყოფოების თანამშრომლების სტატუსი გაურკვეველია. ისინი თავს სახელმწიფოს მიერ დაქირავებულად თვლიან და სახელმწიფო პროგრამიდან იღებენ ხელფასებს. თუმცა, არ არის ცნობილი, ასე გაგრძელდება თუ არა მომავალშიც.

რთულად მიმდინარეობს).

ჩვენს კითხვაზე, თუ რა ინფორმაცია ჰქონდა პრივატიზაციის შესახებ, ფსიქიატრმა გვიპასუხა, რომ მისი ინფორმაციით, მთავრობას უჭირდა შენობების შენახვა და ფინანსური უზრუნველყოფა. ის ახალ ინვესტორს იცნობდა. იცოდა, რომ ახალი შენობების ადგილმდებარეობა უკვე მონიშნული იყო. გვითხრა, რომ ერთი ძველი შენობა „გამოშიგნული“ იყო და მზადდებოდა სარემონტოდ ახალი სერვისებისთვის.

კითხვაზე, შეიცვალა თუ არა რაიმე თერაპიული აქტივობების მხრივ, გვიპასუხა, რომ ახლა პაციენტებს სინჯავენ კარდიოლოგი, სტომატოლოგი და ქირურგი. სტომატოლოგიური აღჭურვილობა არ განახლებულა, მაგრამ გამოსაყენებლად ვარგისია (ჩვენ არ გვინახავს). გვითხრა, რომ იყენებენ ახალ მედიკამენტებს, მაგრამ გაუჭირდა მათი დასახელება. მუდმივ შტატში მყოფი ექიმების და ექთნების რაოდენობა არ გაზრდილა, მაგრამ 5 თუ 6 ახალი ექიმი გადის რეზიდენტურას. პაციენტების რაოდენობა არ შეცვლილა, თუ არ ჩავთვლით ჩვეულებრივ, მიმდინარე ცვალებადობას. კითხვაზე, შეუძლიათ თუ არა თანამშრომლებს ცვლილებების შეთავაზება, დადებითად გვიპასუხა: ტარდება რეგულარული შეხვედრები თანამშრომლებთან, სადაც შესაძლებელია ამგვარი ინიციატივების გამოხატვა. მისი აზრით, პრივატიზაცია დადებითი, იმედისმომცემი მოვლენაა, რომელიც თანამშრომლებს კვალიფიკაციის ამაღლების საშუალებას აძლევს.

სამმა ექთანმა გვითხრა, რომ ყველაფერი უკეთესობისკენ შეიცვალა, მაგ., ახლა ყველა ოთახში და სააბაზანოში არის გათბობა და ცხელი წყალი. ტუალეტები გარემონტდა, გამოიცვალა სახურავები და საკანალიზაციო სისტემა. ინვესტორს იცნობენ და ახასიათებენ მას, როგორც გახსნილ და თავისუფალ ადამიანს.

ექთნებს ვკითხეთ, შეიცვალა თუ არა რაიმე მკურნალობის მხრივ. გვითხრეს, რომ ზოგიერთი მედიკამენტი შეიცვალა, მაგრამ ეს იყო არა მკვეთრი და დრამატული, არამედ მიმდინარე ხასიათის ცვლილება. ვკითხეთ, ხასიათდება თუ არა ახალი მედიკამენტები ნაკლები გვერდითი მოვლენებით, რაზეც უარყოფითი პასუხი მივიღეთ. გაუჭირდათ ახალი მედიკამენტების დასახელება. თანამშრომლების რაოდენობა არ შეცვლილა, მაგრამ შეიცვალა ქალების და მამაკაცების თანაფარდობა, კერძოდ - დაემატა მამაკაცები.

ექთნებს არ ჰქონდათ ინფორმაცია საავადმყოფოსთან დაკავშირებული სამომავლო გეგმების შესახებ, მაგრამ იცოდნენ, რომ გაგრძელდება რეკონსტრუქცია და მშენებლობა. გვითხრეს, რომ როცა კლინიკურ პერსონალს რაიმე ესაჭიროება, შეუძლიათ ადმინისტრაციას მიმართონ და ისინი დახმარებას გაუწევენ. საერთო ჯამში, იმედიანად იყვნენ განწყობილნი.

სხვა განყოფილებაში ორ ექთანს გავესაუბრეთ. მათ იცოდნენ, რომ საავადმყოფო ინვესტორმა შეიძინა, რომელიც რამდენჯერმე ნახეს ვიზიტებისას. გვითხრეს, რომ შეიცვალა ინფრასტრუქტურა და გატარდა გარკვეული მცირედი ცვლილებები პაციენტებთან მიმართებაში. არაფერი იცოდნენ საავადმყოფოს სამომავლო გეგმების შესახებ. ადრე პაციენტები ექვს დღეს ატარებდნენ მწვავე განყოფილებაში და შემდეგ გადაჰყავდათ ქრონიკულ განყოფილებაში. ახლა 15 დღეს რჩებიან, რაც დადებით ცვლილებად შეიძლება ჩაითვალოს, რადგან ადრე პაციენტები გადაყვანის მომენტისთვის ჯერ კიდევ მწვავედ ავად იყვნენ ხოლმე. თანამშრომლები არ შეცვლილან. გვითხრეს, რომ მომავალში იგეგმება სხვა განყოფილებების გარემონტება და სათემო სერვისების განვითარება. გვითხრეს, რომ ახალი მედიკამენტები არ ჰქონდათ. ჰქონდათ ცვლილებების იმედი.

კიდევ ერთ განყოფილებაში ექთნებმა გვითხრეს, რომ სახურავები და საკანალიზაციო სისტემა გამოიცვალა და სააბაზანოები რემონტდება, მაგრამ სხვა გეგმების შესახებ არაფერი იცოდნენ.

ახალი ინვესტორის შესახებ ცოტა რამ იცოდნენ. თანამშრომლები და მკურნალობის პროგრამა არ შეცვლილა. გვითხრეს, რომ პაციენტებს შეუძლიათ ფსიქოლოგთან შეხვედრა და ხატვა. იშვიათად ტარდება ექსკურსიები, მაგ., ოქტომბერში დაათვალიერეს ქალაქი და ეკლესია. ახალ მედიკამენტებს არ იყენებენ. ჩვენი ვიზიტისას ოპტიმისტურად იყვნენ განწყობილნი. ელოდნენ პირობების გაუმჯობესებას. ხელფასები არ შეცვლილა.

სასამართლო ფსიქიატრიის სფეროში ინოვაციები მოითხოვს პაციენტთა სამართლებრივი მდგომარეობის გაუმჯობესებას, მკურნალობის უახლესი მეთოდების დანერგვას, პაციენტებზე ზრუნვის გაგრძელებას თემის პირობებში, საავადმყოფოდან განერის შემდეგ. ერთი მხრივ, ეს ემსახურება პაციენტთა გაძლიერებას, მეორე მხრივ კი საზოგადოების და საზოგადოებრივი სამსახურების წახალისებას - პასუხისმგებლობა აიღონ თანამოქალაქეთა ამ ჯგუფზე. კერძო მფლობელმა მაქსიმუმშიც რომ გააკეთოს მკურნალობის გასაუმჯობესებლად და თანამედროვე ტიპის საავადმყოფოს შესაქმნელად, პაციენტები ვერ შეძლებენ საზოგადოებაში რეინტეგრაციას, თუ არ ექნათ უწყვეტი მკურნალობის გაგრძელების საშუალება, საცხოვრებელი ადგილი, ყოველდღიური საქმე და შემოსავალი. სხვა ყოფილი საბჭოთა რესპუბლიკების, მაგ., ლიტვის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ საავადმყოფოში მკურნალობის სტანდარტები თუნდაც ევროპულ დონემდე რომ იქნეს აყვანილი და რეაბილიტაცია მკურნალობის პროგრამის ინტეგრალური ნაწილი გახდეს, საზოგადოებაში რეალური რეინტეგრაცია ვერ მოხდება, თუ პაციენტის განერის შემდეგ საჭირო სერვისები არაადექვატური იქნება.

IV.გ.2. ბათუმი

თანამშრომლებთან გასაუბრებას მაგიდის გარშემო ჩატარებული ინტერვიუს ფორმა არ ჰქონია, არამედ დინამიურად მიმდინარეობდა განყოფილებების დათვალიერების პროცესში. თანამშრომლები მოტივირებულნი, პაციენტზე კონცენტრირებულნი და თანაგრძნობით გამსჭვალულნი ჩანდნენ. ჰქონდათ არაერთი იდეა სამომავლო განვითარებასთან დაკავშირებით და ოპტიმისტურად იყვნენ განწყობილნი პრივატიზაციის მიმართ.

ბათუმის საავადმყოფოს დირექტორმა დაასახელა სახელმწიფო საავადმყოფოს გარკვეული უარყოფითი მხარეები. ჯანმრთელობის სამინისტროში ფსიქიატრიულ მკურნალობასთან დაკავშირებული სპეციალიზებული ცოდნის მქონე ადამიანთა დეფიციტია, რომლებთანაც შესაძლებელი იქნებოდა ფსიქიატრიული საავადმყოფოს სპეციაფიკური საჭიროებების განხილვა. სახელმწიფო კონტროლს თან ახლავს მძიმე ადმინისტრაციული ტვირთი, უმნიშვნელო საკითხებზეც კი აუცილებელია სამინისტროს თანხმობის მოპოვება. რთულია ახალი იდეების და ინოვაციების განვითარება, როგორცაა გერიატრიული მომსახურება, ბავშვთა სერვისები და თავშესაფრების მონყობა.

იმ ქვეყნების გამოცდილება, სადაც სერვისების პრივატიზაცია მოხდა, ცხადყოფს, რომ მოკლევადიანი პერსპექტივით პრივატიზაცია აუმჯობესებს მდგომარეობას, მაგრამ ეს შეიძლება დროებითი იყოს¹⁹ ან სულაც, მოსალოდნელთან შედარებით სრულიად საპირისპირო შედეგი გამოიღოს.²⁰ სახელმწიფოსა და მფლობელს შორის კარგი კონტრაქტების ჩამოსაყალიბებლად და ადექვატური კონტროლის შესანარჩუნებლად საჭირო ხდება უზარმაზარი ბიუროკრატიული მექანიზმების შექმნა.

¹⁹ Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). ჯანდაცვის კერძო და სახელმწიფო სისტემების შედარება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში: სისტემური მიმოხილვა. (*Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: A systematic review*). PLoS Medicine, 9(6), 19. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>

²⁰ Quercioli C, Messina G, Basu S, et al. ჯანდაცვის სერვისების პრივატიზაციის ზეგავლენა თავიდან აცილებად სიკვდილობაზე: გრძივი ტრანს-რეგიონული კვლევის შედეგები იტალიიდან. (*The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy*). 1993–2003 J Epidemiol Community Health 2013;67:132-138

IV.დ. როგორ აღიქვამენ ცვლილებებს პაციენტები

პაციენტებს მხოლოდ ქუტირის საავადმყოფოში გავესაუბრეთ. როცა პაციენტებთან მარტო დარჩენა ვითხოვეთ, თანამშრომლებმა მაშინვე დაგვტოვეს. პაციენტების ჯგუფებთან საუბრისას ვიკითხეთ ბოლო ერთი წლის განმავლობაში მომხდარი ცვლილებების შესახებ, რაზეც გვიპასუხეს, რომ ახლა შხაპებში თბილი წყალი მოდის (თუმცა, არა ყოველთვის). მკურნალობის, თერაპიული საშუალებების, თანამშრომლების მხრიდან მიდგომის ან დამოკიდებულების მხრივ რაიმე ცვლილება არ შეუმჩნევიათ. გაუმჯობესება, რაზეც პაციენტები საუბრობენ, შეეხება ძირითადად სანიტარულ პირობებს, როგორიცაა თბილი წყალი და საკანალიზაციო სისტემა. იმ პაციენტებმა, რომლებიც წელიწადზე მეტ ხანს იმყოფებოდნენ საავადმყოფოში, აღნიშნეს, რომ არაფერი შეცვლილა; მაგრამ, როცა გათბობის ახალი სისტემა ვახსენეთ, დაგვეთანხმნენ. მედიკამენტები და აქტივობები არ შეცვლილა, თუმცა, ახლა შეუძლიათ თერაპიული მედიკამენტების შეძენა.

IV.ე. მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გეგმები

IV.ე.1. ქუტირი

როგორც გვითხრეს, ქუტირის საავადმყოფოში დაგეგმილია ინვესტიციები კადრებში, კვებასა და უკეთესი ხარისხის მედიკამენტებში. მომავალში შესაძლებელია, კერძო პაციენტებიც მიიღონ. ბ-ნმა გოჩა ბაკურაძემ გვითხრა, რომ მათ შეისწავლეს ბაზარი და დაადგინეს, რომ მაგ., თურქეთში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს და წამალდამოკიდებულებას თან ახლავს ძლიერი სტიგმა; აქედან გამომდინარე, შეიძლება თურქი პაციენტები საქართველოში ჩამოვიდნენ სამკურნალოდ და სწორედ ამ მიზნით იქნა შესყიდული ბათუმის საავადმყოფო. მოწვეული ჰყავთ თურქი სპეციალისტები, ვითარების ადგილზე გასაცნობად.

გვითხრეს, რომ შემოსული მოგების ინვესტირება მოხდება პაციენტთა მომსახურებაში და ინვესტორი რეალური მოგების მიღებას ვარაუდობს მხოლოდ ათი-თხუთმეტი წლის შემდეგ. არსებობს პერსონალისა და მკურნალობის ჩარჩოს დახვეწა-გაუმჯობესების მრავალწლიანი გეგმები. უკანასკნელი წლების განმავლობაში თანამშრომელთა რაოდენობა არ შეცვლილა. ინვესტორთან ერთად, გამოიკვეთა ცვლილებების განხორციელების შანსი. როგორც ითქვა, ინვესტორი ჯერჯერობით მოგებას არ მოელის, მაგრამ არც წაგება სურს. დირექტორმა აღნიშნა, რომ მათგან ელოდნენ თანამშრომელთა რაოდენობის შემცირებას, მაგრამ ისინი ასე არ მოქცეულან. გეგმაში აქვთ განყოფილებების სისტემურად გადატანა ცარიელ შენობებში, სანამ რემონტი და რეკონსტრუქცია დასრულდება.

ბ-ნმა ბაკურაძემ გვაჩვენა მომავალი საავადმყოფოს ნახაზები და გეგმები. ნახაზებზე არსებული შენობები სუფთად და გარემონტებულად გამოიყურება. ჩანს ახალი შენობა სამი ფლიგელით, რომელთაგან თითოეულში რვა საძინებელია. ბაკურაძის თქმით, არსებობს ფიზიკური გარემოს მშენებლობის და რემონტის გეგმა, რომლის განხორციელებასაც ექვს მილიონ ლარზე მეტი და რამდენიმე წელიწადი დასჭირდება. ამჟამად მიმდინარეობს მოლაპარაკება იუნესკოს უწყვეტ ტრენინგ-პროგრამასთან, პერსონალისთვის ტრენინგების ჩატარების და უნარ-ჩვევების განვითარების შესახებ. აპირებენ, გახდნენ პიონერები საქართველოში გერიატრიული და პედიატრიული ფსიქიატრიის დარგში და დანერგონ სათემო მობილური გუნდების სისტემა.

ბ-ნმა გოჩა ბაკურაძემ მოგვახსენა, რომ აქვთ 5-წლიანი წერილობითი სამოქმედო გეგმა, მაგრამ ამ ქალაქების მოგროვებას დიდი დრო დასჭირდება, რადგან ერთ დოკუმენტში არაა თავმოყრილი. ჩვენი განმეორებით თხოვნის მიუხედავად, ეს დოკუმენტი არ გვაჩვენეს. გვითხრეს, რომ სამოქმედო გეგმა თავის დროზე მთავრობას გაუგზავნეს, მაგრამ რაღაცნაირად მისი კოპირება მოახერხა ფონდმა, რომელიც ამჟამად მათი კონკურენცია და სხვა საავადმყოფოების შესყიდვას ცდილობს. ასე რომ, ახლა ძალიან ფრთხილად არიან ამ დოკუმენტის გაცემასთან დაკავშირებით.

IV.ე.2. ბათუმი

დირექტორმა გვითხრა, რომ შეტანილი აქვთ განაცხადები საერთაშორისო ორგანიზაციებში, ტრენინგების მოთხოვნით, და ხელმოწერილი აქვთ მემორანდუმები რადენიმე ორგანიზაციასთან. იენისსა და ივლისში საავადმყოფოში ჩამოვლენ ტრენერები იუნესკოს უწყვეტი განათლების უკრაინის განყოფილებიდან და ლიტივიდან. დირექტორის თქმით, ამჟამად „ძალებს იკრებენ“ და გეგმავენ გერიატრიული და პედიატრიული ფსიქიატრიის სერვისების ამოქმედებას. ადგილობრივმა მთავრობამ წამოიწყო აგრეთვე სუიციდის პრევენციის პროგრამა. ინვესტორი დაგვიხასიათეს, როგორც ძალიან აქტიური. დაგვგმილი გერიატრიული განყოფილება უნდა განთავსდეს საავადმყოფოს მესამე სართულზე და იქნება ამ ტიპის პირველი განყოფილება საქართველოში.

შემოსავლის წყაროდ ივარაუდება კერძო პაციენტების მომსახურება თურქეთიდან. დირექტორმა გვითხრა, რომ უკვე დაწყებული აქვთ მოლაპარაკებები და შეძლებენ კარგი მენეჯმენტის, პირობებისა და მომსახურების შეთავაზებას უცხოელი პაციენტებისთვის. თურქული სერვისები ამ სფეროში ძვირია და ყოველთვის არ არის ხარისხიანი. ამჟამად გვარდება თურქული ენის გაკვეთილების საკითხი ბათუმელი ფსიქიატრებისთვის. ექიმებს თურქი პაციენტების მიღებისთვის უფრო მაღალ ხელფასებს სთავაზობენ.

დირექტორმა გვითხრა, რომ არსებობს წერილობითი სტრატეგია, მაგრამ მისი ჩვენება არ უნდა ვითხოვოთ, რადგან ის კონკურენტმა მოიპარა და თბილისში განახორციელა. ჩვენი არგუმენტები - რომ ის შეიძლება სახალხო დამცველს მიეწოდოს, და რომ პაციენტთათვის სასარგებლო გეგმები გაზიარებული უნდა იქნეს - არ აღმოჩნდა დამაჯერებელი.

დირექტორმა აღნიშნა, რომ იგეგმება სამრეცხაო ოთახების რემონტი. არსებობს აგრეთვე სათემო მობილური გუნდების ამუშავების გეგმა. ეს უკანასკნელი მოყვანილ იქნა კიდეც ერთ მაგალითად გეგმისა, რომელიც მიითვისეს და არასწორად განახორციელეს სხვებმა.

როგორც ჩანდა, ორივე დირექტორი ერთსა და იმავე „მოპარულ“ გეგმაზე საუბრობდა და აქედან გამომდინარე, ვიკითხეთ, ხომ არ ჰქონდა ორივე საავადმყოფოს საერთო გეგმა. ბათუმის საავადმყოფოს დირექტორმა გვიპასუხა, რომ ორ გეგმას აქვს საერთო ნაწილებიც, მაგრამ გარკვეული მონაკვეთები უნიკალურია თითოეული საავადმყოფოსთვის. ვიკითხეთ აგრეთვე, ხომ არ არსებობს იმის რისკი, რომ ბათუმის საავადმყოფოს მოგების ინვესტირება მოხდეს ქუტირის საავადმყოფოში, რაზეც დირექტორმა გვიპასუხა, რომ ფინანსური რეგულაციები არ იძლევა ამის საშუალებას, მაგრამ ინვესტორს შეუძლია, თავისთვის დაიტოვოს ორგანიზაციის მოგება.

დირექტორმა გვითხრა, რომ საავადმყოფოს ჰყავს ორი კარგი სოციალური მუშაკი, მაგრამ კიდეც სამი ესაჭიროება. ორმა ექიმმა გაიარა ტრენინგი პაციენტის შეფასების საკითხებზე. გვიაშკარა ახლახანს დასრულებული საექთნო პროექტის შესახებ, რომლის ძირითადი თემა იყო პაციენტთა მოტივირება. ახლა, ექთნებს შეუძლიათ შერჩევა, თუ რომელი პაციენტებისთვის არის მიზანშეწონილი შრომით ან სხვა სახის თერაპიებში ჩართვა. ხელმისაწვდომია ფსიქოლოგი და სხვადასხვა ტიპის თერაპიები, და არა მხოლოდ ხატვა. ამ შიდა პროექტების სახელებია: „ოცნებების ასრულება“

და „ვისწავლოთ და ვაკეთოთ ერთად“. პაციენტებისთვის ჩატარდა რამდენიმე ექსკურსიაც ზღვის სანაპიროზე, სოციალურ მუშაკებთან ერთად.

დირექტორის თქმით, მათ შეძლეს გისოსების მოხსნა, რადგან გაკეთდა ინვესტიცია მყარი პლასტმასის ფანჯრების დასამონტაჟებლად, რის უფლებასაც მთავრობა არასდროს მისცემდათ. საავადმყოფო უხდის ხელფასს თერაპევტს, რომლის პოზიციაც არ ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ და რომელმაც სომატურ პრობლემებს უნდა უმკურნალოს. 2017 წლის 1 ივნისიდან იგეგმება სათემო გუნდების ამუშავება.

IV.ვ. ინვესტორის ბიზნეს-მოდელი

ინვესტიციის და მასთან დაკავშირებული გრძელვადიანი ვალდებულებების მნიშვნელოვანი მოცულობიდან გამომდინარე მოველოდით, რომ წარმოგვიდგენდნენ ინვესტორის ბიზნეს-მოდელს (ბიზნეს-სიტუაციის ანალიზს) და საავადმყოფოების განვითარების გეგმას. თუმცა, ჩვენთვის არ უჩვენებიათ არც ბიზნეს-მოდელი და არც განვითარების გეგმა. ამ თემაზე ხანგრძლივი დისკუსია გვქონდა ქუტირის საავადმყოფოს დირექტორთან, გოჩა ბაკურაძესთან. როგორც მივხვდით, ბატონი ბაკურაძე არის ინვესტორთან უშუალო კავშირში მყოფი პირი, რომელსაც ევალება ორივე - ქუტირის და ბათუმის საავადმყოფოების ბიზნესის ზედამხედველობა. ბ-ნი გოჩა ბაკურაძე მანამდეც, 12 წლის განმავლობაში იყო ქუტირის საავადმყოფოს დირექტორი და როგორც აგვიხსნა, სწორედ მან შესთავაზა ეს პროექტი ინვესტორს. დისკუსიის დროს შემოგვიერთდა ინვესტორის წარმომადგენელი, რომელიც გაგვაცნეს, როგორც საბჭოს წევრი და ექიმი, მაგრამ მას საუბარში მონაწილეობა არ მიუღია.

ბათუმის საავადმყოფოს დირექტორმა გვითხრა, რომ ის ექვემდებარება და ანგარიშვალდებულია ქუტირის საავადმყოფოს დირექტორის და ინვესტორის წინაშე. მანვე გვითხრა, რომ ბოლო სამი წლის განმავლობაში ბათუმის საავადმყოფომ მოიტანა 400,000 ლარის ოდენობის ოპერაციული მოგება, რაც დაუბრუნდა მთავრობას და არ მოხმარებია სერვისების გაუმჯობესებას. ქუტირში მოვისმინეთ, რომ პრივატიზაციამდე საავადმყოფოს წლიური ოპერაციული მოგება იყო 300,000 ლარი, მაგრამ მედიკამენტების შეზღუდული არჩევანის ფონზე.

იმ პერიოდში, როდესაც ორივე საავადმყოფოს ოპერაციული მოგება მოჰქონდა, ფუნქციონირებდა თითოეულ შემთხვევაზე (პაციენტზე) ფიქსირებული თანხის გადახდის მოდელი. ე.წ. „მწვავე“ შემთხვევები ფინანსდებოდა საერთო თანხით 840 ლარი/თვეში, ხოლო „ქრონიკული“ შემთხვევები - საერთო თანხით 450 ლარი/თვეში.

2017 წლიდან გადახდის მოდელი შეიცვალა და ამჟამად „მწვავე“ შემთხვევები ფინანსდება 46 ლარით/დღეში, მაქსიმუმ 15 დღემდე. საავადმყოფოში გატარებული 15 დღის შემდეგ, ყოველი „მწვავე“ შემთხვევა ტრანსფორმირდება „ქრონიკულ“ შემთხვევად და ფინანსდება ფიქსირებული 15 ლარით/დღეში. თითოეული „თავიდანვე ქრონიკული“ შემთხვევა ფინანსდება 15 ლარით/დღეში ჰოსპიტალიზაციის დაწყებიდანვე. გარდა ამისა, საავადმყოფოს გამოეყოფა საერთო თანხა თვეში 36,000 ლარის ოდენობით, სასამართლო ფსიქიატრიის სერვისებთან დაკავშირებული დამატებითი ხარჯების ასანაზღაურებლად (როგორიცაა მცველები და უსაფრთხოება). საავადმყოფოს მიერ თავშესაფრის სერვისებით უზრუნველყოფა ანაზღაურდება საერთო თანხით 540,000 ლარის ოდენობით წელიწადში.

ორივე დირექტორმა დაგვიდასტურა, რომ ახლად პრივატიზებული საავადმყოფოების (შპს-ების) გრძელვადიანი მიზანია მოგების გენერირება. თუმცა, არ არის ნათელი, როდის მოელის ინვესტორი მოგებას - ბატონმა ბაკურაძემ რამდენჯერმე ახსენა დროის სხვადასხვა პერიოდი, 5-დან 15 წლამდე.

ჩვენთვის გაუგებარი რჩება, რატომ აირჩია მთავრობამ პირდაპირი გაყიდვის წესი (ღია აუქციონის ნაცვლად) და რატომ მიეყიდა ქუტირის საავადმყოფო სწორედ ამ კონკრეტულ ინვესტორს.

ინვესტიციით მოტანილი სავარაუდო მოგების უხეში კალკულაცია²¹ გვაძლევს დაახლოებით 4%-ის ოდენობის წლიურ მოგებას, რაც საეჭვოა, საკმარისი სტიმული იყოს ინვესტიციისთვის. ამან შეიძლება გვაფიქრებინოს, რომ ინვესტორი მოგებას მოელის შემოსავლის სხვა წყაროებიდანაც, გარდა მთავრობის მანდატით მიმდინარე სერვისებისა.

ჩვენ არ გვინახავს მიმდინარე ბიზნეს-გეგმა ან რაიმე სხვა დოკუმენტი (მაგ., ბიზნეს-მიმოხილვა ან ბიზნეს-ანგარიში), რომელიც დამაჯერებელ პასუხს გასცემდა ჩვენს კითხვებს ამ ინვესტიციის კომერციული საფუძვლის და ინვესტორის მიერ საკუთარი ბიზნესის პერსპექტივის ხედვის შესახებ.

მოკლე ფინანსური მიმოხილვა და ბოლოდროინდელი ცვლილებები გადახდის სისტემაში

ჩვენ მოგვანოდეს ინფორმაცია ქუტირის საავადმყოფოს შემოსავლის (მხოლოდ ფსიქიატრიული სერვისების მონაცემები) და ხარჯების შესახებ 2015-2017 წლებში (2017 წლის მიმდინარე თარიღამდე, რაც ცხრილებში აღნიშნულია, როგორც YTD - year to date).

ფსიქიატრიული სერვისებიდან მიღებული შემოსავლის მაჩვენებლები არ შეცვლილა 2015-დან 2016 წლამდე. ცხრილი 1 გვიჩვენებს წლიური შემოსავლის მონაცემებს (2017 წლის მიმდინარე თარიღამდე) და პაციენტების (სერვისების) საერთო რაოდენობას, გადახდის პროფილის მიხედვით (მწვავე, ქრონიკული და იძულებითი მკურნალობის შემთხვევები სხვადასხვანაირად ანაზღაურდება). იმის გათვალისწინებით, რომ პრივატიზაცია 2016 წელს განხორციელდა, ხოლო გადახდის სისტემა 2017 წელს შეიცვალა, ჩვენ შევისწავლეთ საშუალო შემოსავალი და სერვისების საშუალო რაოდენობა თვეების მიხედვითაც.

ცხრილი 1.

ქუტირის საავადმყოფოს წლიური შემოსავალი 2015-2017 წლებში (YTD*) და სერვისების წლიური რაოდენობა

	შემოსავალი ფსიქიატრიული სერვისებიდან	მწვავე შემთხვევები, წლიური	ქრონიკული შემთხვევები, წლიური	იძულებითი მკურნალობის შემთხვევები, წლიური
2015	3.989.081,00 ლარი	633	3171	3393
2016	4.091.958,94 ლარი	701	3412	3672
2017 YTD	98.716,00 ლარი	136	865	873

*YTD – წლის დასაწყისიდან მიმდინარე თარიღამდე

²¹ იმის გათვალისწინებით, რომ გადახდილია 800,000 ლარის ოდენობის საპრივატიზაციო თანხა და 48 თვის განმავლობაში ინვესტირებულია 6,000,000 ლარი. ასევე იმ დაშვებით, რომ წლიური მოგება დარჩება 300,000 ლარი, როგორც ეს პრივატიზაციამდე იყო (გადასახადების და სხვა შესაძლო ვალდებულებების მხედველობაში მიღების გარეშე).

ცხრილი 2.

საშუალო ყოველთვიური შემოსავალი და სერვისების საშუალო ყოველთვიური რაოდენობა ქუტირის საავადმყოფოში 2016-2017 წლებში (YTD)

	საშუალო ყოველთვიური შემოსავალი	მწვავე შემთხვევების საშუალო რაოდენობა თვიურად	ქრონიკული შემთხვევების საშუალო რაოდენობა თვიურად	ქრონიკული შემთხვევების საშუალო რაოდენობა თვიურად
2015	332.432,00 ლარი	52,75	264,25	283
2016	340.996,00 ლარი	58,42	284,33	306
2017 YTD	335.755,30 ლარი	45,3	288,3	291

*YTD – წლის დასაწყისიდან მიმდინარე თარიღამდე

ბ-ნმა ბაკურაძემ განგვიმარტა 2017 წელს მთავრობის მიერ გატარებული ცვლილებები დაფინანსების წესში. როგორც ჩანს, მოხდა სამი ძირითადი ცვლილება:

- ❖ შეიცვალა დაფინანსება სერვისების მიხედვით, შესწორდა გადახდის ოდენობა მწვავე და ქრონიკულ სერვისებზე (საერთო ჯამში - გაიზარდა);
- ❖ ცალკე გამოიყო ე.წ. „უსაფრთხოების პაკეტი“, სასამართლო ფსიქიატრიული სერვისებით გამოწვეული დამატებითი ხარჯების დასაფარად (უსაფრთხოება, მცველები და ა.შ.) და მისი ოდენობა დაფიქსირდა ერთიანი ჯამური თანხის სახით (პაციენტების რაოდენობის მიუხედავად);
- ❖ შემოღებულ იქნა ე.წ. „ჭერი“ საავადმყოფოს მიერ ყოველთვიურად მიღებული თანხის რაოდენობაზე („ჭერს“ ზემოთ შესრულებულ სერვისებს სახელმწიფო არ აფინანსებს).

ბ-ნი ბაკურაძის თქმით, ამ ცვლილებებმა პრივატიზებული საავადმყოფო დააზარალა. მისი აზრით, მესამე ღონისძიება (გადახდის „ჭერი“) მხოლოდ კერძო დაწესებულებებს შეეხება და ამასთან, ეს „ჭერი“ ძალიან დაბალია. საერთო ჯამში, დირექტორის თქმით, 2017 წელს საავადმყოფო სერვისების იგივე ან გაზრდილ რაოდენობას ასრულებს, მაგრამ ნაკლებ დაფინანსებას იღებს 2016 წელთან შედარებით.

შევისწავლეთ ასევე ქუტირის საავადმყოფოს ხარჯები 2015-2016 წლებში (ცხრილი 3)

ცხრილი 2.

ქუტირის საავადმყოფოს ხარჯები 2015-2016 წლებში

წელი	2015	2016	ცვლილება
ხელფასები	789.339,40 ლარი	940.110,64 ლარი	+19%
ფიქსირებული/არაპირდაპირი ხარჯები	1.490.208,89 ლარი	1.541.619,77 ლარი	+3%
მედიკამენტები	137.289,31 ლარი	167.168,85 ლარი	+22%
კვება	938.655,08 ლარი	1.070.590,59 ლარი	+14%
სულ	3.355.492,68 ლარი	3.719.489,85 ლარი	+11%

ზემოთ მოყვანილი რიცხვები გვიჩვენებს, რომ ქუტირის საავადმყოფო მეტს გამოიმუშავებს, ვიდრე ხარჯავს. პრივატიზაციის შემდეგ ვხედავთ ხარჯების მნიშვნელოვან ზრდას ბიუჯეტის სხვადასხვა კომპონენტების მიხედვით. 2015 წელთან შედარებით, 2016 წელს ქუტირის საავადმყოფომ 22%-ით მეტი დახარჯა ნამლებზე, 19%-ით მეტი ხელფასებზე და 14%-ით მეტი კვებაზე. ამას შედეგად მოჰყვა მოგების (შემოსავლის და ხარჯების სხვაობა) შემცირება 633 ათასი ლარიდან 2015 წელს 372,5 ათას ლარამდე 2016 წელს.²² საქართველოს ეროვნული ბანკის თანახმად, ამჟამად (2017 წლის აპრილში) წლიური ინფლაციის მაჩვენებელი არის 6,1% და სამიზნე ინფლაცია 2017 წლისთვის არის 4.0%.

ჩვენი აზრით, ჯერ ძალიან ადრეა იმის თქმა, თუ რა გავლენას მოახდენს ბოლოდროინდელი ცვლილებები საავადმყოფოს ფინანსურ მდგომარეობაზე (2016 და 2017 წლების საშუალო ყოველთვიური მონაცემები ერთნაირია). ამავე დროს, მნიშვნელოვანია ხაზი გაესვას, რომ ბიზნესის სწორი დაგეგმვის, გადაწყვეტილების მიღების პროცესის და მდგრადობისთვის აუცილებელია ნათელი და პროგნოზირებადი გარემოს არსებობა. მთავრობა უნდა ერიდოს ნებისმიერ დისკრიმინაციულ ღონისძიებას, რომელიც უპირატესობას მიანიჭებს ერთ დანესებულებას მეორესთან შედარებით.

ბ-ნმა გოჩა ბაკურაძემ ზეპირ საუბარში გაგვიზიარა გეგმები - მიმზიდველი გახადონ თავიანთი ფსიქიკური სერვისები უცხოელი პაციენტებისთვის თურქეთიდან. ეს გეგმები ჯერჯერობით ძალიან ადრეული ეტაპის, ბოლომდე ჩამოუყალიბებელ მოსაზრებებად გამოიყურება და ჩვენ არ შეგვიფასებია ეს სავარაუდო შესაძლებლობა, რადგან ჩვენთვის არ მოუწოდებიათ რაიმე ხელშესახები მასალა მასთან დაკავშირებით (ბაზრის კვლევა ან ბიზნეს-გეგმა).

IV.8. ბალანსი ინვესტიორისა და სახელმწიფოს ვალდებულებებს შორის

ჩვენ შევძელით პრივატიზაციის მხოლოდ ერთი კონტრაქტის შეფასება, რადგან ბათუმის საავადმყოფოს კონტრაქტი უფრო ახალია და არ იყო ხელმისაწვდომი. კონტრაქტის შეფასებამ გამოავლინა მყიდველზე (ინვესტორზე) დაკისრებული მასიური ვალდებულებები, რაც ზემოთაც არის აღწერილი თავში „პრივატიზაციის მიმდინარე სტატუსი“.

მეორე მხრივ, ქუტირის საავადმყოფოს პრივატიზაციის კონტრაქტით გათვალისწინებული ერთადერთი ვალდებულება, რომელიც სახელმწიფოს ეკისრება, არის „მყიდველის მიერ ვალდებულებების შესრულების დადასტურება, მყიდველის მიერ გამყიდველისთვის წარმოდგენილი აუდიტორული და საექსპერტო დასკვნების საფუძველზე“. სახელმწიფოს არ ეკისრება სერვისების შესყიდვის (ან საავადმყოფოს რაიმე სხვა გზით დაფინანსების) ვალდებულება და არც საავადმყოფოსთვის შემოსავლის მინიმალური დონის შენარჩუნების ვალდებულება.

პრივატიზაციის ხელშეკრულება არ შეიცავს რაიმე სპეციფიკურ პირობებს საავადმყოფოს მიერ მიწოდებული მომსახურების ხარისხის შესახებ, და არ განსაზღვრავს ხარისხის უზრუნველყოფის ჩარ-

²² მნიშვნელოვანი განაცხადი: ამ ნაწილში მოყვანილი ყველა მონაცემი მოგვანოდა საავადმყოფოს დირექტორმა ადგილზე, ამოუბეჭდილი ცხრილების სახით. ჩვენთვის არ მოუწოდებიათ ოფიციალური (აუდიტირებული) წლიური/კვარტალური ანგარიშები, საბუღალტრო ბალანსები ან სხვა დოკუმენტები. ასევე არ გვაქვს ინფორმაცია საავადმყოფოს შესაძლო მფლობელობაში არსებული ქონების ან შპს-ს კუთვნილი ნაღდი ფულის შესახებ.

ჩოს.²³ კონტრაქტში ასევე არ არის აღწერილი ამჟამინდელი მდგომარეობა (მაგ., ამჟამინდელი მომსახურების ხარისხი ან მოწყვლადი მოსახლეობის უფლებათა დაცვა) და არ არის ნახსენები სახალხო დამცველის ანგარიში, რომელიც ჩვენი აზრით პრინციპულ საფუძველს წარმოადგენს ხარისხის გაუმჯობესების ნებისმიერი მცდელობისთვის. მრავალჯერ არის ნახსენები „აუდიტორული/საექსპერტო დასკვნები“, რომლებიც მყიდველმა უნდა წარუდგინოს სახელმწიფოს. მაგრამ, ეს დასკვნები ყურადღებას ამახვილებს მხოლოდ მყიდველის მიერ კონტრაქტული ვალდებულებების შესრულებაზე და აქედან გამომდინარე, ეფუძნება მხოლოდ იურიდიულ და არა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერესებს. კონტრაქტში მითითებულია აგრეთვე, რომ ეს „აუდიტორული/საექსპერტო დასკვნები“ უნდა შესრულდეს იმ საექსპერტო ან/და აუდიტორული კომპანიების მიერ, რომელთა სია განსაზღვრულია საქართველოს მთავრობის No 360 დადგენილებით (2012 წლის 5 სექტემბერი) „იმ პირებისა და სახელმწიფო საწარმოების სიის დამტკიცების შესახებ, რომლებიც აწარმოებენ აუდიტორულ ფინანსურ ანგარიშებს ან/და აწვდიან საექსპერტო და აუდიტორულ დასკვნებს საწარმოებს“.²⁴ ამ განკარგულებაში ჩამოთვლილ კომპანიებს შორისაა მსოფლიოს უმსხვილესი საბუღალტრო და აუდიტორული კომპანიები (PwC, Deloitte, KPMG, E&Y), მაგრამ კონტრაქტში საკმარისად არ არის აღწერილი მმართველობის და ხარისხის პრინციპები, არ არის მითითებული შემფასებლები, რომელთაც შეუძლიათ მომსახურების ხარისხისა და პაციენტთა უფლებების დაცვის შეფასება.

IV.თ. მმართველობის საკითხები

ქუტირის საავადმყოფოს პრივატიზაციის კონტრაქტის პირობები პრივატიზებული დაწესებულების მმართველობასთან დაკავშირებით შემოიფარგლება მყიდველის ვალდებულებით, რეგულარულად ჩააბაროს ანგარიში კონტრაქტის კონკრეტული მუხლების შესრულების შესახებ. შპს „ბ & ნ“-ს მიერ ანგარიშების ჩაუბარებლობის შემთხვევაში გათვალისწინებულია ფინანსური ჯარიმები (სხვადასხვა მუხლის შემთხვევაში - სხვადასხვა ოდენობისა, დაწყებული 50 ლარიდან (20 ევროზე ნაკლები)/დღეში, 200 ლარამდე (74 ევრო)/დღეში, კონტრაქტის კონკრეტული პირობების დარღვევისთვის; და მაგ., დარჩენილი საინვესტიციო თანხის 0.1%-ის ოდენობით დღეში, საინვესტიციო ვალდებულებების დარღვევისთვის). ასევე, დადგენილია ზღვარი, თუ რამდენის სესხების უფლება აქვს შპს „ბ & ნ“-ს. კონტრაქტის არც ერთი მუხლით არ არის განსაზღვრული მმართველობის ფორმა, რომელიც უზრუნველყოფდა კარგ მენეჯმენტს, სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას ან მოწყვლადი მოსახლეობის უფლებების დაცვას. ეს ცხადია, ხარვეზია საქართველოს მთავრობის მხრიდან.

საქართველოს საჯარო რეესტრის ჩანაწერის მიხედვით, დანიშნულია შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ (ქუტირის საავადმყოფოს) მმართველი ორგანო (სამეთვალყურეო საბჭო); ნევრები ჩამოთვლილია თავში „პრივატიზაციის მიმდინარე სტატუსი“.

²³ ამჟამად მოქმედი ერთადერთი საინსპექციო ორგანო არის სახალხო დამცველთან არსებული პრევენციის ეროვნული მექანიზმი (NPM). შჯსდს-თან არსებულმა მაკონტროლებელმა სააგენტომ ვერ შეძლო შესრულებული სერვისების ხარისხის მონიტორინგი. ამიტომ, შჯსდს ცდილობს, შექმნას სპეციალური საბჭო და ხარისხის უზრუნველყოფის ჩარჩო და სტანდარტები თითოეული სერვისისთვის. კანონი ფსიქიატრიის შესახებ არ შეიცავს მუხლს მონიტორინგის შესახებ, თუმცა, 2006 წელს საქართველოს პარლამენტმა დადო მომავალში ამ სპეციფიკური საკითხის განხილვის პირობა.

²⁴ აღნიშნული დადგენილების თანახმად, ასეთი ფინანსური აუდიტების წარმოების უფლება აქვთ შემდეგ კომპანიებს: სსიპ ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო; ricewaterhouseCoopers; Deloitte; KPMG; Ernst & Young; Grant Thornton; BDO; Baker Tilly; Smith & Williamson; PKF; LLC Capto Group (member of RSM); აუდიტორული და საკონსულტაციო სამსახური MGI Georgia

ზოგადად, უნდა აღინიშნოს, რომ არ არის ნათელი ამ სამეთვალყურეო საბჭოს მიზანი და ფუნქციები (რისი მეთვალყურეობა თუ ზედამხედველობა უნდა მოახდინონ, რამდენად ხშირად უნდა ჩაატარონ შეხვედრები, რა პროცედურები და წესები უნდა დაიცვან).

ქუტირში ვიკითხეთ, თუ როგორ ახდენენ საკუთარი სერვისების ხარისხის მონიტორინგს. ბატონმა გოჩა ბაკურაძემ გვითხრა, რომ მათ ყველაფრის შესაფასებლად თბილისიდან მოიწვიეს ექსპერტები - ფსიქიატრები ახალი იდეებით. ბათუმში დირექტორმა გვიპასუხა, რომ შეუძლიათ გვიჩვენონ შეხვედრების ოქმები, სადაც დაფიქსირებულია ხარისხის განხილვის დისკუსიები. მომავალში, როცა იქნება ამის ფინანსური შესაძლებლობა, აპირებენ დამოუკიდებელი მონიტორინგის მოწვევას. შემოთავაზებულია აგრეთვე ხარისხის კონტროლის განყოფილების გახსნა.

IV.ი. შესაძლებლობები და რისკები

ბათუმის დირექტორმა დამაჯერებლად აგვიხსნა, რომ პრივატიზაციამ მას „თავისუფლება მიანიჭა“. მისი თქმით, ახლა არ სჭირდებათ მთავრობისთვის მიმართვა და ხანგრძლივი კამათი თითოეული მილის შესაკეთებლად. მან აგრეთვე აღნიშნა, რომ კარგი გარემო რა თქმა უნდა აუცილებელია, მაგრამ ამასთან, ძალიან მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგიური მკურნალობა, ჯანსაღი დამოკიდებულებები და გუნდური მუშაობა.

გეგმები, რომელთა შესახებაც ბათუმში მოვისმინეთ, უფრო მეტად კლინიკურად ორიენტირებული და პაციენტზე ფოკუსირებული იყო ქუტირისგან განსხვავებით, სადაც დაგეგმილი ცვლილებები ძირითადად ფიზიკური გარემოს გაუმჯობესებას ეხებოდა.

როგორც ჩანს, პრივატიზაცია უკეთეს საშუალებას მისცემს ბათუმის საავადმყოფოს თანამშრომლებს, დააჩქარონ კლინიკური ხარისხის მხრივ დაგეგმილი გაუმჯობესებები. საავადმყოფოს ჰყავს არაერთი ახალგაზრდა, მოტივირებული თანამშრომელი და ძლიერი, პაციენტზე ორიენტირებული ხელმძღვანელობა. აქედან გამომდინარე, გვაქვს ოპტიმიზმის საფუძველი, რომ შემოთავაზებული ცვლილებები და ახალი სერვისები რეალურად განხორციელდება. სამწუხაროდ, ამას ვერ ვიტყვით ქუტირის საავადმყოფოს შესახებ. მართალია, განყოფილებების ფიზიკური მდგომარეობა არსებითად მნიშვნელოვანი და პრიორიტეტულია, მაგრამ ხედვა მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შესახებ არ არის ჩამოყალიბებული.

საავადმყოფოებს და მათ დამფინანსებელ სამინისტროს არ აქვთ ადექვატური შეთანხმება მმართველობის ფორმის შესახებ, ასევე არ გააჩნიათ მომსახურების ხარისხისა და პაციენტთა გამოცდილების მონიტორინგისა და დემონსტრირების საშუალება. ბათუმის საავადმყოფოს ჰყავს კარგად მოტივირებული გუნდი და ხელმძღვანელობა, მაგრამ არ არის გარანტია, რომ მომავალშიც ასე გაგრძელდება. ქუტირის საავადმყოფოს კლინიკური ხელმძღვანელობა უფრო ასაკოვანი და ნაკლებად ნოვატორული ჩანს.

ბათუმის საავადმყოფოს გეგმები უცხოელი პაციენტებისთვის სანოლების მიყიდვის თაობაზე შეიძლება შემოსავლის გენერირების კარგი გზა იყოს, მაგრამ საჭიროა სიფრთხილის დაცვა, რომ შედეგად არ შეიზღუდოს ადგილობრივი ქართველი პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი სანოლების რაოდენობა და შესაბამისად, მომსახურების განევის შესაძლებლობა.

თუ პრივატიზაციის პროცესი უნდა გაგრძელდეს, უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს, რომ ეს მოხდეს ხარისხის კონტროლისა და საქმიანობის მართვის მკაფიო ჩარჩოს ფარგლებში.

V.ა. მფლობელობის შეცვლა (პრივატიზაცია)

2011 წელს ევროპის რეკონსტრუქციისა და განვითარების ბანკმა საქართველო შეაფასა, როგორც „ძალიან დაბალი შესაბამისობის / ეფექტურობის“ ქვეყანა საჯარო-კერძო პარტნიორობების შექმნის და მათგან პოტენციური სარგებლობის მიღების თვალსაზრისით. არ არის გამოორიცხული, რომ მას შემდეგ მოხდა გარკვეული პოზიტიური ცვლილებები, რომელთა შესახებაც ინფორმაცია არ გვაქვს. მაგრამ, ამ ანგარიშის შედგენის პროცესში მოპოვებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ იმისთვის, რომ პრივატიზაციის პროცესი წარმატებული იყოს, აუცილებელია შემდეგი კომპონენტების არსებობა: გამართული საკანონმდებლო ჩარჩო, მნიშვნელოვანი სისტემური ცვლილებების გრძელვადიანი დაგეგმვა, თითოეული მონაწილე მხარის ვალდებულებებს შორის ბალანსი და გამჭვირვალობა.

საქართველოში ფსიქიკურ ჯანდაცვასთან დაკავშირებით არსებული არც ერთი გრძელვადიანი სტრატეგიული დოკუმენტი არ ახსენებს ფსიქიკური ჯანდაცვის მიმწოდებელი დაწესებულებების პრივატიზაციას. რამდენადაც ჩვენ დავადგინეთ, საავადმყოფოების პრივატიზაციის გადანაცვლებს საკმაოდ მოულოდნელი იყო და არ წარმოადგენდა პარლამენტის და მთავრობის მიერ დამტკიცებული სტრატეგიული გადანაცვლების შედეგს. ჯერჯერობით გაურკვეველი რჩება, თუ რა მიზნები აქვს პრივატიზაციას და რა წვლილს შეიტანს ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული კონცეფციისა და ეროვნული სტრატეგიის განხორციელებაში.

ჩვენ დავგვრჩა შთაბეჭდილება, რომ პრივატიზაცია დაჩქარებულად მოხდა და არ ეყრდნობოდა კონსულტაციებს მთავარ დაინტერესებულ პირებთან (მაგ., პროფესიონალები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და რაც მთავარია, მომხმარებლები, მათი ოჯახები და მათზე მზრუნველები). ყოველ შემთხვევაში, ჩვენ ვერ მივიღეთ ინფორმაცია ამგვარი კონსულტაციების შესახებ. მართალია, ქუტირის საავადმყოფო სატენდერო პროცესის გარეშე გაიყიდა, მაგრამ ბათუმის საავადმყოფოს გაყიდვისას გამოცხადდა აუქციონი. აუქციონის პროცესმა მნიშვნელოვნად გაზარდა ბათუმის საავადმყოფოს საპრივატიზაციო თანხა, მაშინ, როცა ქუტირის ბევრად უფრო დიდი ზომის საავადმყოფოს გაყიდვა, როგორც ჩანს, ძალიან სწრაფად გადანაწიდა და შეთანხმდა.

რაც შეეხება თავად პროცესს, წინასწარ არ ყოფილა განსაზღვრული არც ზოგადი საპრივატიზაციო პირობები და არც პრივატიზაციის ჩარჩო. არ გამოცხადებულა ღია პროცესი პოტენციური ინვესტორების მხრიდან ინტერესის გამოსახატად. მეტიც, წინასწარ არ ყოფილა განსაზღვრული პოტენციურ ინვესტორთა კვალიფიკაციის ან გამოცდილების კრიტერიუმები, მიუხედავად იმისა, რომ პრივატიზებული დაწესებულებები ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების უმსხვილეს მიმწოდებლებს წარმოადგენენ ქვეყანაში, ხოლო მათ შორის ქუტირის დაწესებულება სასამართლო ფსიქიატრიული სერვისების ერთადერთი მიმწოდებელია მთელი საქართველოს მასშტაბით.

ორი პრივატიზაციის შედეგად დაფიქსირდა სხვადასხვა ტიპის გამოსავალი: ერთი საავადმყოფოს 95% პრივატიზდა და 5% დარჩა სახელმწიფოს მფლობელობაში, ხოლო მეორე საავადმყოფო 100%-ით პრივატიზდა. გაურკვეველი რჩება, რა პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ამ 5%-ის ფლობას სახ-

ელმწიფოს მიერ, მაგ., რა გავლენის მოხდენა შეუძლია მთავრობას ქუტირის საავადმყოფოსთან დაკავშირებული გადანყვეტილებების მიღების პროცესზე. პრივატიზაციის ხელშეკრულება მხოლოდ ინვესტორის ზოგიერთი პოტენციური გადანყვეტილების (მაგ., სესხების) შეზღუდვის უფლებას აძლევს სახელმწიფოს.

ხელმოწერილ კონტრაქტებში განსხვავებულია როგორც ინვესტორის, ასევე სახელმწიფოს საკონტრაქტო ვალდებულებები. ქუტირის საავადმყოფოს ინვესტორის საკონტრაქტო ვალდებულებები განისაზღვრება ძირითადად კაპიტალური ინვესტიციების, დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში შესანარჩუნებელი საწოლების რაოდენობის და ახალი შენობების ფართობის სახით. კონტრაქტში არ არის მითითებული რაიმე სახის მოთხოვნები თანამშრომელთა მინიმალურ დონესთან და კვალიფიკაციასთან, ან მომსახურების ხარისხთან განხორციელებასა და ამ ხარისხის შენარჩუნებასთან დაკავშირებით.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ პრივატიზაციის კონტრაქტი არ გვაძლევს რაიმე ინფორმაციას ან გარანტიას სერვისების გრძელვადიანი დაგეგმვის და მათი ფინანსური მდგრადობის შესახებ. არ არის ნახსენები გარკვეული მინიმალური (ან მაქსიმალური!) ფასის ან შესასყიდი სერვისების მინიმალური მოცულობის შენარჩუნების ვალდებულება. ის ფაქტი, რომ მაქსიმუმაც არ არის განსაზღვრული, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქუტირის საავადმყოფოსთან მიმართებაში, რადგან ეს საავადმყოფო არის ერთადერთი სასამართლო ფსიქიატრიული დაწესებულება საქართველოში და მთავრობას არ ექნება არანაირი ალტერნატივა იმ შემთხვევაში, თუ სერვისებისთვის განსაზღვრულ ფასს ძალიან ძვირად მიიჩნევს. კიდევ უფრო ართულებს სიტუაციას ის, რომ არ შეფასებულა რისკი - რა მოხდება, თუ კერძო ინვესტორი გადანყვეტს ბიზნესიდან გასვლას, ან გარდაიცვლება, რაც ბიზნესს დახურვის გარდაუვალი რისკის წინაშე დააყენებს.

ქუტირის საავადმყოფოს მენეჯმენტთან ჩაღრმავებული დისკუსიების მიუხედავად, ჩვენთვის მაინც გაუგებარი რჩება ინვესტორის თვალთახედვა ბიზნეს-მოდელთან დაკავშირებით. არ არის ნათელი, როგორ აპირებს ინვესტორი ინვესტიციით შემოსავლის მიღების უზრუნველყოფას, როდისთვის მოელის მოგებას და რაში მდგომარეობს საწარმოს ფინანსური მდგრადობის ბიზნეს-გეგმა.

აღნიშნული სიტუაცია და აგრეთვე, მთავრობის მხრიდან ანაზღაურების გარანტიის არარსებობა (დაწესებულების მიერ შესრულებული სერვისების სანაცვლოდ) ქმნის რისკს, რომ ინვესტორი ან საერთოდ უარს იტყვის ინვესტიციაზე, ან არ მოისურვებს, ან ვერ შეძლებს კონტრაქტით გათვალისწინებული სრული თანხის ინვესტირებას, რაც იმას ნიშნავს, რომ ქვეყნისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი სერვისების მიწოდების საკითხი მუდმივი რისკის წინაშე დგას.

V.ბ. მმართველობა

ამ მომენტისათვის არ არსებობს მკაფიო და დეტალური მოთხოვნები პრივატიზებულ დაწესებულებებში მომსახურების ხარისხთან და სერვისების მიწოდებასთან დაკავშირებით. კონტროლის ან მონიტორინგის ერთადერთი მექანიზმია სახალხო დამცველი, რომელსაც ყველა დახურული დაწესებულების მონიტორინგის უფლება აქვს. 2015 წელს საქართველოს სახალხო დამცველმა გამოსცა ძალიან კრიტიკული ანგარიში ფსიქიატრიული საავადმყოფოების შესახებ, თუმცა, ამას სასურველი ეფექტი, ანუ მომსახურების ხარისხის თვალსაჩინო გაუმჯობესება არ მოჰყოლია.

მონიტორინგის და ხარისხის უზრუნველყოფის ადეკვატური მექანიზმების არსებობასთან ერთად,

მნიშვნელოვანია, რომ მოთხოვნებთან შეუსაბამობის ნებისმიერ შემთხვევაში სახელმწიფოს ჰქონდეს სანქციების ან ჯარიმების დაკისრების შესაძლებლობა. ისევ და ისევ, ქუტირის საავადმყოფოს შემთხვევაში საკითხი უფრო რთულია, რადგან სახელმწიფოს არ შეუძლია ამ დაწესებულების მომსახურების მიღებისგან თავის შეკავება ქვეყანაში ალტერნატივის არარსებობის გამო.

გარდა ამისა, ჩვენი აზრით, დირექტორთა საბჭო (ან დირექტორი) არ უნდა იყოს ჩართული პაციენტთა მკურნალობისა და მოვლის ყოველდღიურ საქმეებში. მისი (ან მათი) საქმიანობის ძირითადი ფოკუსი უნდა იყოს ბიზნესის მართვა და საგარეო ურთიერთობები, მათ შორის ის ფუნქციები, რომლებიც პრივატიზაციამდე სახელმწიფოს პრეროგატივა იყო, მაგ., ფინანსური და ადმინისტრაციული პოლიტიკა, დაფინანსების და ახალი ბაზრების ძიება (ეს მიდგომა უფრო მოსალოდნელია განხორციელდეს ბათუმში).

V.გ. მომსახურების ხარისხი

ჩვენდა სამწუხაროდ, უნდა დავასკვნათ, რომ ქუტირის საავადმყოფოს პაციენტთა მკურნალობისა და მოვლის ხარისხის, აგრეთვე საცხოვრებელი პირობების და თანამშრომლებისა და პაციენტების შორის ურთიერთობის მხრივ, პრივატიზაციის შემდგომ პერიოდში გაუმჯობესების ნიშნები არ ჩანს. ქუტირში მომხდარი ცვლილებები იყო მხოლოდ მატერიალური ხასიათის, მაგ., წყალმომარაგების და კანალიზაციის სისტემების გაუმჯობესება და სახურავების განახლება. მართალია, დირექტორმა გვითხრა, რომ შენობა-ნაგებობების გაუმჯობესების არაერთი გეგმა აქვთ, მაგრამ მას არაფერი უთქვამს მკურნალობის, მომსახურების ხარისხის, თერაპიული მეთოდების სპექტრის და თანამშრომელთა დამოკიდებულებების და უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით.

თუმცა, ბათუმის საავადმყოფოში ნამდვილად იგრძნობა, რომ ახლად მოპოვებული დამოუკიდებლობა საშუალებას მისცემს კლინიკურ გუნდს, შეიმუშაონ მომსახურების საკუთარი სტანდარტები და გათავისუფლდნენ ბიუროკრატიული ბარიერებისა და შეფერხებებისგან. პრივატიზაცია შეიძლება ძალიან სასარგებლო იყოს კარგი ხელმძღვანელობის ქვეშ მყოფი, მოტივირებული გუნდებისთვის, რომელთაც სწამთ პაციენტზე ორიენტირებული საქმიანობის. მაგრამ, ამავე დროს, მან შეიძლება გზა გაუხსნას დაწესებულებებს, შემოიფარგლონ ფიზიკური გარემოს ზედაპირული გაუმჯობესებით და ნაკლებად, ან სულაც არ ეცადონ მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას იმ დონემდე, რასაც პაციენტები იმსახურებენ და რისი უფლებაც აქვთ.

ფსიქიკური ჯანდაცვის დანესებულებების პრივატიზაციას სავსებით შესაძლებელია, დადებითი ეფექტი ჰქონდეს, თუ დაკმაყოფილდება აუცილებელი წინაპირობები. ნათელია, რომ დღეისათვის მიმდინარე პრივატიზაციის პროცესში ეს ძალიან მნიშვნელოვანი წინაპირობები არ არის დაცული და გადამწვეტი მნიშვნელობის პრევენციული მექანიზმები არ არის ამოქმედებული. აუცილებელია, ეს მდგომარეობა შეძლებისდაგვარად გამოსწორდეს და მომავალი პრივატიზაციები ჩატარდეს ბევრად უფრო მკაცრად სტრუქტურირებული ჩარჩოს ფარგლებში. პირველი ნაბიჯი სიტუაციის შეცვლისკენ შეიძლება იყოს მცირე და კარგად მონიტორირებული პილოტური პროექტის წამოწყება, პრივატიზებულ სერვისებზე გადასვლის საუკეთესო გზის დასადგენად და პრაქტიკული გამოცდილებიდან სწავლა. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, სასამართლო ფსიქიატრიაში არსებულ სიტუაციას - როდესაც მთლიანი სერვისის უცაბედი პრივატიზაცია ხდება - წარუმატებლობის მაღალი რისკი ახლავს თან.

VI.ა. მომსახურების ხარისხი

1. პრივატიზაციის პროცესისგან განუყოფლად, მკაფიოდ უნდა იყოს ჩამოყალიბებული მოსალოდნელი სტანდარტები - მომსახურების ხარისხთან, უსაფრთხოებასთან და ადამიანის უფლებების სხვადასხვა ასპექტებთან დაკავშირებით. მკაცრად უნდა განისაზღვროს ფიზიკური გარემოს, შენობა-ნაგებობების და საკვებისა და მედიკამენტების მიწოდების მინიმალური სტანდარტები. სტანდარტებით უნდა განისაზღვროს როგორც ძველი, ასევე ახალი შენობების ხარისხი, სანიტარული მდგომარეობა, პალატაში პაციენტების მაქსიმალური რაოდენობა და ყოველდღიური აქტივობის მინიმალური შესაძლებლობები, როგორიცაა თერაპიული აქტივობები, სპორტი, შრომა და დასვენება. ჩვენ ვერ ვნახეთ ვერც ერთი დოკუმენტი ან განაწესი, სადაც აღნიშნული სტანდარტები იქნებოდა განსაზღვრული. ეს სერიოზული ხარვეზია, რომელიც დაუყოვნებლივ უნდა გამოსწორდეს. მნიშვნელოვანია, რომ მომსახურების სტანდარტები და ხარისხის კრიტერიუმები საერთო იყოს ყველა - სახელმწიფო თუ კერძო დანესებულებისთვის.
2. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ასეთი პირობები და მოთხოვნები მხოლოდ მაშინ იქნეს აზრს, თუ არსებობს კონტროლის ადეკვატური მექანიზმები. კვალიფიციური ოფიციალური პირებისგან შემდგარმა სახელმწიფო მონიტორინგის ორგანომ უნდა განახორციელოს როგორც დაგეგმილი, ასევე დაუგეგმავი რეგულარული ინსპექტირება; ასევე, რეგულარულად უნდა წარმოებდეს გარე მონიტორინგი, მაგ., საზოგადოებრივი და/ან პაციენტთა საბჭოების მიერ. არც ერთი მათგანი არ არსებობს დღეისათვის და შეძლებისდაგვარად სწრაფად უნდა შეიქმნას.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს სასამართლო ფსიქიატრიულ და იძულებითი

მკურნალობის განყოფილებებს. ეს განყოფილებები ძალიან დაუცველი ხდება, თუ არ რეგულირდება კარგად ჩამოყალიბებული წესებითა და კანონებით. ვიზიტით მყოფმა გუნდმა ამ განყოფილებებში ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული არაერთი პრობლემა დააფიქსირა.

საავადმყოფოს მენეჯერებმა კარგად უნდა გააცნობიერონ, რომ მკურნალობისა და მოვლის ხარისხი უნდა ეფუძნებოდეს ადამიანურ ინტერესებს, პერსონალის პროფესიონალიზმს, საუკეთესო პრაქტიკის სტანდარტებთან შესაბამისობას და როგორც პაციენტთა, ასევე თანამშრომელთა სიცოცხლის ხარისხის პრიორიტეტულობას. კარგად გამართული შენობები, სანიტარული პირობები, გათბობა და მედიკამენტები, რა თქმა უნდა, არსებითად მნიშვნელოვანია, მაგრამ საკვანძო და გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ და აქცენტი რეაბილიტაციასა და რეინტეგრაციაზე.

3. მკურნალობა და რეაბილიტაცია მხოლოდ მედიკამენტებისა და (სავალდებულო) დასვენების საკითხით არ შემოიფარგლება. მნიშვნელოვანია, რომ ცხოვრება ფსიქიკური ჯანდაცვის დანესებულებებში მაქსიმალურად მიახლოებული იყოს „ნორმალურ ცხოვრებასთან“. მიუხედავად არა ერთი შეზღუდვისა, რაც ნაწილობრივ თავად მათი დაავადებითაა გამოწვეული, პაციენტები უნდა ნახალისდნენ, ადგნენ სანოლებიდან და მონაწილეობა მიიღონ სხვადასხვა აქტივობაში, როგორიცაა ფსიქოთერაპია, ჯგუფური თერაპია, სპორტი, ხელოვნება და ხელსაქმე, კულტურა და დასვენება. დანესებულებებში გამოყოფილი უნდა იყოს ოთახები ჯგუფური და ინდივიდუალური თერაპიისთვის, ხელოვნების და ხელსაქმის სახელოსნოები, სპორტული დარბაზები, საძინებელი პალატებისგან მოშორებულ, გარე ტერიტორიაზე. ისევ და ისევ, მაქსიმალურად უნდა შეენეცოს ხელი „ნორმალურ“ ცხოვრებას. საავადმყოფოებმა ინვესტირება უნდა მოახდინონ პაციენტების უნარებში, უნდა გადაიტანონ ფოკუსი უნარშეზღუდულობიდან შესაძლებლობებზე და მაქსიმალურად წაახალისონ პაციენტები. კონკრეტულად, უახლოესი 18 თვის განმავლობაში უნდა დაიხუროს ქუტირის საავადმყოფოს „სოციალური ზრუნვის“ პალატები და გადაკეთდეს შესაფერის სათემო საცხოვრისებად.
4. პაციენტების სერიოზულად მიღება და მათი საზოგადოებაში დაბრუნებისთვის მომზადება გულისხმობს, რომ დანესებულებები მხოლოდ „თერაპიული“ კი არ უნდა იყოს ხასიათისა და პრაქტიკული საქმიანობის მხრივ, არამედ დაეხმაროს პაციენტებს ისეთი უნარების აღდგენაში, როგორიცაა პასუხისმგებლობის აღება, საკუთარი თავის მოვლა და სხვებზე ზრუნვა, საკუთარი ნიჭისა და შესაძლებლობების განვითარება. ამიტომ, ძალიან მნიშვნელოვანია, პაციენტებს დანესებულების შიგნით გამოვუყოთ ადგილი „სერიოზული“ სამუშაოს შესასრულებლად, როგორიცაა მაგ., რემონტი, საკვების მომზადება, ამ და სხვა უნარების ერთმანეთისთვის სწავლება.

VI.ბ. მმართველობა

5. უნდა შეიქმნას ახალი, სრულყოფილი სტრუქტურა, რომელიც უზრუნველყოფს საკმარისი ძალისა და ენერგიის წარმართვას რეალური ცვლილებების განხორციელების და ხარისხში ინვესტირების მიმართულებით სახელმწიფოს მიერ დადგენილი მინიმალური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. თითოეულ პრივატიზებულ საავადმყოფოს უნდა ჰყავდეს სამედი-

ცინო დირექტორი და სერვისების დირექტორი, რომელსაც ზედამხედველობას გაუწევს სწორად დაკომპლექტებული სამეთვალყურეო საბჭო, სადაც წარმოდგენილი იქნებიან მთავრობაც და კერძო ინვესტორიც.

6. როგორც ზემოთაც იყო ნახსენები, საქართველოს საჯარო რეესტრის ჩანაწერის თანახმად, ქუტირის საავადმყოფოს ჰყავს მმართველი ორგანო (სამეთვალყურეო საბჭო). მაგრამ, ამ სამეთვალყურეო საბჭოს მიზანი და ფუნქციები არ არის ნათელი და ეს უნდა გამოსწორდეს, უნდა არსებობდეს მკაფიო კონტრაქტული (ან - კანონით განსაზღვრული) ვალდებულებები იმასთან დაკავშირებით, თუ რას უნდა გაუწიონ მათ მეთვალყურეობა და რა პროცედურები და წესები უნდა შეასრულონ.
7. გაცილებით მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს კლინიკური პერსონალის ცოდნასა და უნარებს. უნდა განხორციელდეს ტრენინგ-პროგრამები, როგორც პერსონალის მიმდინარე პროფესიული კომპეტენციის ასამაღლებლად, ასევე - უწყვეტი სამედიცინო და არასამედიცინო განათლების სისტემის ჩამოსაყალიბებლად. მაგრამ, ყოველივე ეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში იქნება ეფექტური, თუ საავადმყოფოს განვითარების გეგმის განუყოფელ ნაწილად იქცევა.
8. თითოეულ პრივატიზებულ საავადმყოფოს უნდა ჰყავდეს ხარისხის უზრუნველყოფის საბჭო, რომელიც ზედამხედველობას გაუწევს გეგმის განხორციელების პროცესს და რომელშიც წარმოდგენილი იქნებიან დაინტერესებული მხარეები - პაციენტები და მათი ოჯახები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და საქართველოს სახალხო დამცველი. ამ საბჭომ წელიწადში ორჯერ უნდა წარმოადგინოს ანგარიში საავადმყოფოების კონტრაქტების მონიტორინგის შეხვედრებზე.

VI.გ. ეკონომიკური ასპექტები

9. თითოეულმა პრივატიზებულმა საავადმყოფომ მთავრობას დასამტკიცებლად უნდა წარუდგინოს სერვისების განვითარების ხუთწლიანი გეგმა, ასევე ყოველწლიური ანგარიშები პროგრესის შესახებ. უნდა მოიძებნოს სწორი ბალანსი სახელმწიფოსა და კერძო ინვესტორის ვალდებულებებს შორის. სახელმწიფოს უნდა ჰქონდეს გარანტიები, რომ ინვესტიცია განხორციელდება, სერვისები გაუმჯობესდება და შენარჩუნდება, ხოლო ინვესტორს უნდა ჰქონდეს გარანტიები, რომ სახელმწიფო შეისყიდის სერვისებს შეთანხმებულ ფასად გარკვეული პერიოდის განმავლობაში.

VI.დ. მომავალი პრივატიზაციები

10. მომავალში ყველა პრივატიზაცია უნდა განხორციელდეს სატენდერო პროცესის ფარგლებში და პოტენციურმა მყიდველებმა უნდა დაამტკიცონ, რომ აკმაყოფილებენ ტენდერში მონაწილეობისთვის აუცილებელ სპეციფიკურ კრიტერიუმებს. ნებისმიერი პრივატიზაცია უნდა მიჰყვეს სატენდერო პროცესს, სადაც მონაწილეები წარმოადგენენ თავიანთ ბიზნეს-მოდელებს და სერვისების განვითარების გრძელვადიან გეგმებს. აღნიშნული მოიცავს

საუკეთესო პროვაიდერის შესარჩევად წარმოებულ დახურულ, „ბრმა“ სატენდერო პროცესს და ობიექტურ შეფასებას დაინტერესებულ მხარეთა ჯგუფის მიერ.

11. ყველა სახელმწიფო და კერძო საავადმყოფოსთან დადებულმა კონტრაქტმა უნდა უზრუნველყოს პროვაიდერის მიერ სამინისტროსთვის იმ ფაქტის დემონსტრირება, რომ მათ მიერ შესრულებული სერვისები აკმაყოფილებს ფინანსური და კლინიკური სტანდარტების სრულ დიაპაზონს. აღნიშნული მოიცავს მოთხოვნას - რეგულარულად იქნეს წარმოდგენილი საქმიანობის შეფასების ანგარიშები, სადაც ასახული იქნება ფინანსური და კლინიკური მონაცემების სრული სპექტრი.
12. ყველა (როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო) საავადმყოფომ უნდა აწარმოოს საქმიანობის ამსახველი მონაცემების მონიტორინგი რეგულარულ საკონტრაქტო შეხვედრებზე, შერჩეული აუდიტორების თანდასწრებით, რომელთაც სტანდარტების დაკმაყოფილების შეფასების პასუხისმგებლობა ეკისრებათ და სტანდარტების შეუსრულებლობის შემთხვევაში - რეაგირების გეგმის არსებობის უზრუნველყოფა.
13. ყველა საავადმყოფოს, როგორც სახელმწიფოს, ასევე კერძოს, თავისუფლად უნდა შეეძლოს თავიანთი საქმიანობის და სერვისების განვითარება და ინოვაციების განხორციელება, იმ პირობით, რომ ისინი აკმაყოფილებენ კონტრაქტით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს საქმიანობის მართვასთან დაკავშირებით. სახალხო დამცველის ანგარიშები საავადმყოფოების ინსპექტირების შესახებ აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული კონტრაქტის მონიტორინგის პროცესში.
14. ბათუმისა და თბილისის რეგიონებში უნდა გაიხსნას დამატებითი სასამართლო ფსიქიატრიული საწოლები, როგორც მაღალი, ასევე საშუალო დონის უსაფრთხოებით დაცულ პაციენტთა მომსახურებისთვის (თუ საჭიროა - კერძო სატენდერო პროცესის გზით). ეს მოგვცემს ქუტირის სასამართლო ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობის შემცირების საშუალებას. არც ერთ პროვაიდერს არ უნდა ჰქონდეს სასამართლო ფსიქიატრიული ან რომელიმე სხვა სპეციალიზებული სერვისის მონოპოლიზების უფლება.
15. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიები და ფსიქიკური ჯანმრთელობის წერილობითი კონცეფცია კარგი და საჭირო დოკუმენტებია, რომლებიც უნდა გამყარდეს თანმიმდევრული სამუშაო გეგმებით. სამინისტრომ კიდევ ერთხელ უნდა გადახედოს თავის ხუთწლიან სტრატეგიას და უზრუნველყოს, რომ სამომავლო გეგმები ფოკუსირდეს სათემო სერვისების განვითარებაზე და არა მხოლოდ სტაციონარული საწოლების შენახვასა და გაფართოებაზე.

იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ქუტირისა და ბათუმის საავადმყოფოების პრივატიზაცია უკვე განხორციელებულია, ჩვენი აზრით, ამ ეტაპზე მნიშვნელოვანია ამოქმედდეს პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფს, რომ პაციენტებმა, მათმა ოჯახებმა და ზოგადად ქართულმა საზოგადოებამ მაქსიმალური სარგებლობა მიიღოს მფლობელობის შეცვლისგან. აღნიშნული პროგრამა შემდეგ კომპონენტებს უნდა შეიცავდეს:

1. პრივატიზაციის პროცესის გაყინვა მანამ, სანამ არ დაკმაყოფილდება ყველა მნიშვნელოვანი წინაპირობა და არ შეიქმნება ადექვატური საკანონმდებლო ჩარჩო.
2. საკანონმდებლო ჩარჩო უნდა შეიცავდეს მოთხოვნათა დეტალურ ჩამონათვალს, როგორც მატერიალურ პირობებთან, ასევე მზრუნველობის სტანდარტებთან დაკავშირებით. მეტიც, კონკრეტულად უნდა იყოს მითითებული, რა სანქციები იმოქმედებს მოთხოვნების შეუსრულებლობის შემთხვევაში. წინასწარ უნდა იყოს დადგენილი ინვესტორის, ან უკიდურეს შემთხვევაში - საპრივატიზაციო დანესებულების მმართველი გუნდის კვალიფიკაციის კრიტერიუმები (სამედიცინო დარგში გამოცდილების მითითებით).
3. უნდა შემუშავდეს ადექვატური საკონტროლო (სამთავრობო და არასამთავრობო) მექანიზმები, მათ შორის: ამ ანგარიშის რეკომენდაციების განხორციელების ზედამხედველობა, საზოგადოებრივი და პაციენტთა საბჭოების შექმნა და სპეციალური მექანიზმის შემუშავება პაციენტებისთვის, რომელიც მისცემთ საჩივრის შეტანის საშუალებას მათი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში.
4. მონოპოლია თავიდან უნდა იქნეს არიდებული ნებისმიერ ფასად. სასამართლო ფსიქიატრიის შემთხვევაში, ეს გულისხმობს მინიმუმ კიდევ ერთი დანესებულებას გახსნას, რაც მთავრობას საშუალებას მისცემს, შეზღუდოს ან შეწყვიტოს არსებული დანესებულების მომსახურებით სარგებლობა, თუ მის მიერ შემოთავაზებული სერვისი არასათანადო ხარისხის იქნება.
5. აუცილებელია აბსოლუტური გამჭვირვალობა; ეს შეეხება როგორც ჩარჩოს, რომლის ფარგლებშიც ფუნქციონირებს პრივატიზებული ფსიქიატრიული დანესებულებები, ასევე მფლობელობას, ბიზნეს-გეგმებს და მოგებას.

ამ ანგარიშში გამოთქმული მოსაზრებები წარმოადგენს ყველა მონაწილე ექსპერტის პირად თვალსაზრისს.

ანგარიშთან დაკავშირებული ყველა ხარჯი დაიფარა საქართველოში ნიდერლანდების საელჩოს მიერ გიფ-თბილისისთვის გამოყოფილი გრანტის ფარგლებში. პროექტი განახორციელა გიფ-თბილისმა ორგანიზაციასთან „ადამიანთა უფლებები ფსიქიატრიაში - ფედერაცია გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ (FGIP) თანამშრომლობით.

თანაავტორები (ანბანური თანმიმდევრობით)

ფრანს დოუ

ფრანს დოუ (1955) შეიძლება დავახასიათოთ, როგორც ადამიანი, რომელმაც საკუთარი ძალებით მიაღწია წარმატებას; რომელიც 40 წელი მუშაობდა დახურულ დაწესებულებებში, როგორიცაა არასრულწლოვანთა საპატიმროები, სასამართლო ფსიქიატრიული კლინიკები და ციხეები. ბოლო 27 წლის განმავლობაში იყო ყველა კატეგორიის პატიმრებისთვის განკუთვნილი ციხეების, მათ შორის ჰოლანდიის საპატიმროთა სისტემის სასამართლო ფსიქიატრიული კლინიკის გენერალური დირექტორი. 2015 წელს, პენსიაზე გასვლისას, იყო ჩრდილოეთ ჰოლანდიის ოთხი ციხის გენერალური დირექტორი. პარალელურად, 1998 წლიდან აქტიურად არის ჩართული ციხეებთან და სასამართლო ფსიქიატრიასთან დაკავშირებული ცოდნის საერთაშორისო მიმოცვლაში რუსეთში, სხვა ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, ინგლისში, აშშ-სა და კარიბის ქვეყნებში. უკრაინაში მუშაობდა, როგორც ევროსაბჭოს, Mainline-ის და გიფ-ის კონსულტანტი. ცნობილია აგრეთვე, როგორც „აღდგენითი მართლმსაჯულების“ ხელშემწყობი; არის აღდგენა-გამოჯანმრთელების და დაბრუნების ფონდის საბჭოს თავმჯდომარე და Dutch Cell-dogs-ის საბჭოს წევრი, ასევე ნიდერლანდების პატიმართა ოჯახების ქსელური ორგანიზაციის „Achterblijversnadetentie“ საბჭოს წევრი.

გავინ გარმანი, PhD

გავინ გარმანი არის ბრიტანული ორგანიზაციის Devon Partnership NHS Trust დირექტორის მოადგილე საექთნო დარგში. 21 წელია ფსიქიატრიულ ორგანიზაციებში მუშაობს. არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთანი, გავლილი აქვს ფსიქოლოგიის დოქტორანტურა, კითხულობდა ლექციებს სასამართლო ფსიქოლოგიაში რიდინგის უნივერსიტეტში (დიდი ბრიტანეთი). მიწვეული იყო წამების პრევენციის კომიტეტის (ჩთ) ექსპერტად თურქეთის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში; თანამშრომლობდა არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ხორვატიასა და მოლდოვაში. 2016 წელს იმყოფებოდა საქართველოში, მათ შორის ქუტირისა და ბათუმის საავადმყოფოებში, ევროსაბჭოს პროექტის ფარგლებში ექთნებისთვის ტრენინგების ჩასატარებლად. ამჟამად ჩართულია უკრაინულ პროექტში, რომელიც მიზნად ისახავს სასამართლო ფსიქიატრიული სერვისების გაუმჯობესებას. გავინს გამოქვეყნებული აქვს პუბლიკაციები ქალთა უსაფრთხოების, პაციენტთა ჩართულობის, სასამართლო-

ფსიქიატრიული ორგანიზაციების მართვის და ფსიქო-სპირიტუალური მკურნალობის შესახებ.

ნინო მახაშვილი, PhD

დოქტორი ნინო მახაშვილი არის გიფ-თბილისის დირექტორი, ასევე თბილისის ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის რესურს-ცენტრის ხელმძღვანელი. დამთავრებული აქვს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი ექიმის სპეციალობით, ფლობს აგრეთვე თბილისის ფსიქიატრიის ინსტიტუტის ფსიქიატრის დიპლომს და ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის ხარისხს. მუშაობდა ფსიქიატრად სტაციონარულ და ამბულატორიულ კლინიკებში, 1990-იანი წლებიდან ჩართულია სათემო ფსიქიატრიის და ფსიქოსოციალური დახმარების სფეროში, განსაკუთრებული აქცენტით ლტოლვილებსა და იძულებით გადაადგილებულ პირებზე, პატიმრებზე, პიროვნებათაშორისი ძალადობის მსხვერპლთა დახმარებაზე და სხვ. ამჟამად ჩართულია ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში სტრუქტურული ცვლილებების განხორციელებისთვის მიმდინარე პროცესებში კავკასიაში, ცენტრალურ აზიასა და უკრაინაში. მისი ძირითადი ინტერესის სფეროა დეინსტიტუციონალიზაცია, სათემო სერვისები, ადამიანის უფლებების დაცვა დახურულ დაწესებულებებში, ექსტრემალური სიტუაციების შემდგომი ფსიქოსოციალური დახმარება, ფსიქიკური ჯანდაცვა საპატიმროებში, სასამართლო ფსიქიატრია, არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულება. არის რამდენიმე წიგნის თავის და სამეცნიერო სტატიების ავტორი. იყო საქართველოს პარლამენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკონსულტაციო საბჭოს წევრი, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მრჩეველთა საბჭოს წევრი; არის საქართველოს სახალხო დამცველთან არსებული ეროვნული პრევენციის მექანიზმის მრჩეველთა საბჭოს წევრი. არის საქართველოს „სუპერვიზიის და კონსულტირების“ საზოგადოების ხელმძღვანელი და ჯანმრთელობისა და ადამიანთა უფლებების საერთაშორისო საზოგადოების (ISHHR) საბჭოს წევრი. ხშირად აქვეყნებს პუბლიკაციებს ბეჭდურ მედიაში და მონაწილეობს ტელე- და რადიო გადაცემებში.

მინდაუგას პლიესკისი, MD PhD

მინდაუგას პლიესკისი ექიმია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის ხარისხით. აქვს ლიტვის სხვადასხვა სამთავრობო დაწესებულებებში მუშაობის დიდი გამოცდილება. მუშაობდა ლიტვის პაციენტთა სახელმწიფო ფონდში (ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა) და ზედამხედველობას უწევდა ჯანდაცვის სერვისების კონტროლს და ფინანსურ შესაბამისობას ეროვნულ დონეზე. იყო ლიტვის მედიკამენტების სახელმწიფო კონტროლის (მედიკამენტების მარეგულირებელი ორგანო) და ევროპის მედიკამენტების სააგენტოს საბჭოს წევრი ლონდონში. აგრეთვე მუშაობდა ლიტვის ჯანმრთელობის სამინისტროს სახელმწიფო მდივნის თანამდებობაზე და ევალეობდა სამინისტროს დაქვემდებარებული დაწესებულებების, მათ შორის მაღალსპეციალიზებული საავადმყოფოების ზოგადი ზედამხედველობა. 5 წელიწადზე მეტი გაატარა ბრიუსელში, ევროკავშირში ლიტვის მუდმივ წარმომადგენლობაში, კერძოდ, მუშაობდა ევროსაბჭოში და ეხებოდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, სასაზღვრო მკურნალობის (cross-border care) საკითხები, წამლები, საკვების უსაფრთხოება და სხვ. ბოლო სამი წელია მუშაობს გლობალურ ფარმაცევტულ კომპანიაში Johnson & Johnson, სადაც კომპანიის ბალტიისპირული წარმომადგენლობის სამედიცინო და სამეცნიერო საკითხებზეა პასუხისმგებელი. ის აგრეთვე მოიძიებს პოტენციურ რეგოლაციურ ინოვაციებს ბალტიისპირეთის ქვეყნებში Johnson & Johnson -ის ინოვაციების ცენტრისთვის ლონდონში.²⁵

²⁵ განაცხადი პასუხისმგებლობის მოხსნის შესახებ: Johnson & Johnson არ მონაწილეობს ამ ანგარიშში, არ უწევს არანაირი სახის მხარდაჭერას ამ პროექტის ექსპერტებს. მინდაუგას პლიესკისი არის Johnson & Johnson-ის თანამშრომელი, მაგრამ ამ ანგარიშზე მუშაობის პერიოდში იმყოფებოდა შვებულებაში და არ იღებდა ხელფასს Johnson & Johnson-ისგან.

იოს პოელმანი

იოს პოელმანი 18 წლის განმავლობაში იყო ჰოლანდიური (სასამართლო) ფსიქიატრიული სერვისების ორგანიზაციის აღმასრულებელი საბჭოს წევრი. გარდა ამისა, იყო ჰოლანდიის ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ადექციების მკურნალობის ასოციაციის საბჭოს წევრი. ფლობს სოციალურ მეცნიერებათა მაგისტრის ხარისხს (1974). 6 წლის განმავლობაში მუშაობდა ახლაგაზრდებთან ფსიქოთერაპევტად. შემდეგ, კიდევ 6 წლის განმავლობაში იყო ციხის მმართველის მოადგილე და მძიმე ქცევითი და პიროვნული აშლილობების მქონე პირთა დაწესებულების დირექტორი. 2000 წლიდან მონაწილეობს პროექტებში, რომლებიც ეხება ინსტიტუციური მზრუნველობის საკითხებს უკრაინაში და ასრულებს მრჩეველის მოვალეობას აღმოსავლეთ ევროპის რამდენიმე ქვეყანაში. ამჟამად არის ჯანდაცვის კონსულტანტი, ძირითადად ნიდერლანდების საგარეო საქმეთა სამინისტროს მიერ დაფინანსებულ პროექტებში აფრიკასა და აზიაში.

რობერტ ვან ვორენი, PhD

პროფესორი რობერტ ვან ვორენი არის ორგანიზაციის „ადამიანთა უფლებები ფსიქიატრიაში - ფედერაცია გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ (FGIP) აღმასრულებელი დირექტორი, განათლებით - სოვეტოლოგი. იგი არის ადამიანის უფლებათა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში რამდენიმე ორგანიზაციის საბჭოს წევრი, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მსოფლიო ფედერაციის (WFMH) ვიცე-პრეზიდენტი განვითარების დარგში. არის ბრიტანეთის ფსიქიატრთა კოლეგიის საპატიო წევრი და უკრაინის ფსიქიატრთა ასოციაციის საპატიო წევრი.

ვან ვორენს მრავალი ნაშრომი აქვს შესრულებული საბჭოეთის საკითხების, კერძოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ადამიანის უფლებების საკითხების შესახებ და გამოქვეყნებული აქვს არა ერთი წიგნი. მისი უახლესი წიგნებია „დისიდენტების და სიგიჟის შესახებ“ (2009), „ცივი ომი ფსიქიატრიაში“ (2010; რუსული გამოცემა 2017) და „მოუწვევებელი ნარსული - ჰოლოკოსტი ლიტვაში“ (2011). დაწერილი აქვს ადამიანის უფლებებთან და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული თავები მრავალი სახელმძღვანელოსა და წიგნისთვის.

ამჟამად არის საბჭოთა და პოსტსაბჭოთა კვლევების პროფესორი ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში (თბილისი, საქართველო), ვიტაუტას მაგნუსის უნივერსიტეტში (კაუნასი, ლიტვა) და მიწვეული პროფესორი კიევის გრინჩენკოს და ტავრიდას უნივერსიტეტებში.

დამოუკიდებელი ექსპერტები

პროფ. პოლ მაკკრონი

პოლ მაკკრონი არის ჯანდაცვის ეკონომიკის პროფესორი და ლონდონის სამეფო კოლეჯის ფსიქიატრიის, ფსიქოლოგიის და ნეირომეცნიერებათა ინსტიტუტთან არსებული ცენტრის King's Health Economics დირექტორის მოადგილე.

არტურ ტენ ჰავე

არტურ ტენ ჰავე არის გლობალური პრაქტიკის მქონე ჯანდაცვის ეკონომისტი ნიდერლანდებიდან. არის ორგანიზაცია OrangeHealth Consultants-ის დირექტორი.

