

Human Rights in Prisons and Other Closed Institutions

ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში

Funded
by the European Union
and the Council of Europe



COUNCIL OF EUROPE



Implemented
by the Council of Europe

CONSEIL DE L'EUROPE

შუალედური შეფასება

ანგარიში

საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის
სტრატეგიისა და განხორციელების გეგმის თაობაზე
2013 წლის იანვრიდან 2014 წლის ივნისის პერიოდისათვის (18 თვე)

ავტორები:

დ-რი იორგ პონტი და ბ-ნი გიორგი ბალიაშვილი, ევროპის საბჭოს კონსულტანტები

იანვარი, 2014

*ანგარიში მომზადდა ევროკავშირის/ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის ფარგლებში:
„ადამიანის უფლებები საქართველოს ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა
დაწესებულებებში“.*

*წინამდებარე ანგარიშში წარმოდგენილია ავტორების შეხედულებები და მოსაზრებები და
მათზე პასუხს არ აგებს ევროკავშირი ან ევროპის საბჭო.*

შინაარსი

CPT წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტი	3
შესავალი	5
I. 2013 წელს საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ძირითადი მახასიათებლები და ჯანმრთელობის მაჩვენებლები 2012 წელთან შედარებით	10
II. სასჯელაღსრულების სისტემაში არსებული ჯანდაცვის სტრუქტურები	11
III. სასჯელაღსრულების სისტემის რეფორმის განხორციელების პროცესის ძირითადი მონაწილეები	14
IIIa) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები - სტაციონარული დაწესებულებები.....	14
IIIb) პოლიტიკისა და მართვის ერთეული - სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი	18
IV. ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრაქტიკა.....	22
V. მარეგულირებელი ჩარხო - მოქმედი კანონმდებლობის მიმოხილვა; სამართლებრივი ხარვეზები/პრობლემები	24
Va) სამედიცინო დაწესებულებებში ხარისხის უზრუნველყოფის მარეგულირებელი კანონმდებლობა.....	24
Vb) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მოთხოვნების მარეგულირებელი კანონმდებლობა.....	25
Vc) სტაციონარული დაწესებულებებისა და მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის მოთხოვნების მარეგულირებელი კანონმდებლობა	26
Vd) სანიტარული და ჰიგიენური სტანდარტების მარეგულირებელი კანონმდებლობა.....	27
VI. ციხისათვის დამახასიათებელი სამედიცინო პრობლემები - კლინიკური საკითხები	28
VII. ციხისათვის დამახასიათებელი სამედიცინო პრობლემები - არაკლინიკური/მენეჯმენტის საკითხები	32
VIIa) ხარისხი	32
VIIb) პენიტენციალურ დაწესებულებებში განხორციელებული ვიზიტის დროს გამოვლენილი ზოგადი პრობლემების ჩამონათვალი.....	35
VIII. თანამშრომლობა სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის, საქართველოს მთავრობის პოლიტიკა.....	37
IX. სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია და მისი განხორციელება	40
დასკვნა	45
დანართი 1: სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიისა და 2013-2014 ½ წლების სამოქმედო გეგმის შუალედური შეფასება, 2013 წლის 13-16 დეკემბერი...	47
დანართი 2: დოკუმენტების სია.....	49
დანართი 3: საქართველოს სასჯელაღსრულების , პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი – სტრუქტურა და პერსონალი	52
დანართი 4: #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი – სტრუქტურა და ადგილების რაოდენობა	53
დანართი 5: მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა ცენტრალური სამკურნალო დაწესებულება – ცენტრალური საავადმყოფო – სტრუქტურა, ადგილების რაოდენობა და პერსონალი	54

აბრევიატურები

AIDS	შემენილი იმუნური დეფიციტის სინდრომი (შიდსი)
CoE	ევროპის საბჭო
CCH	სასჯელადსრულების ცენტრალური საავადმყოფო (ყოფილი ციხის ცენტრალური საავადმყოფოში, CPH)
CPT	წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტი
DOTS	ტუბერკულოზის პირდაპირ კონტროლირებადი მკურნალობის მოკლე კურსი
DRG	დიაგნოსტიკური ჯგუფები
GIP	არასამთავრობო ორგანიზაცია „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“
GoG	საქართველოს მთავრობა
GP	ოჯახის/ზოგადი პრაქტიკის ექიმი
HBV	B ჰეპატიტის ვირუსი
HCV	C ჰეპატიტის ვირუსი
HIV	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
ICPS	ციხის კვლევების საერთაშორისო ცენტრი
ICRC	წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი
JD	სამუშაოს აღწერილობა
MCLA	საქართველოს სასჯელადსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო
MoLHSA	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
NGO	არასამთავრობო ორგანიზაცია
OT	საოპერაციო ბლოკი
PHC	პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები
PPTC	სასჯელადსრულებისა და პრობაციის სასწავლო ცენტრი
PEHR	პერსონალური ელექტრონული ჯანმრთელობის მდგომარეობის ისტორია
TB	ტუბერკულოზი
ToR	დავალებათა ჩამონათვალი
ToT	ტრენერთა ტრენინგი
VCT	ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიისა და განხორციელების გეგმის შუალედური შეფასება 2013 წლის იანვრიდან 2014 წლის ივნისის პერიოდისათვის (18 თვე) (შემდგომში „ანგარიში“) მომზადდა ევროპის საბჭოს ექსპერტების, ექიმ-კონსულტანტების - დოქტორ იორგ პონტისა და ბატონ გიორგი ბალიაშვილის - მიერ ევროკავშირის/ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის ფარგლებში - „ადამიანის უფლებები სასჯელაღსრულებისა და სხვა დახურული ტიპის დაწესებულებებში“.

ანგარიშში ზოგადად არის განხილული საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის კუთხით არსებული მდგომარეობა 2013 წლის დეკემბრის მდგომარეობით, შეფასებულია ამ სფეროში მიღწეული პროგრესი საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს (შემდგომში „სასჯელაღსრულების სამინისტრო“) სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიითა და განხორციელების (სამოქმედო) გეგმით (შემდგომში „სტრატეგია“) განსაზღვრულ ამოცანებთან მიმართებით 2013 წლის იანვრიდან 2014 წლის ივნისის პერიოდისათვის (18 თვე); და შედარებულია 2013 წლამდე არსებულ მდგომარეობასთან, ევროპის საბჭოს რეკომენდაციებისა და წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (CPT) სტანდარტების ჭრილში. ანგარიში ასევე ითვალისწინებს რეკომენდაციებს შესაძლო სამომავლო ნაბიჯებსა და ქმედებებთან დაკავშირებით ციხის ჯანდაცვის რეფორმის წარმატებით განსახორციელებლად. რეკომენდაციები შეჯამებულია თითოეული თავის დასასრულს.

ანგარიში ძირითადად ეფუძნება საქართველოში 2013 წლის 13-16 დეკემბერს პირველი შეფასებითი ვიზიტის დროს კონსულტანტების დაკვირვებებსა და მათ მიერ მოპოვებულ ინფორმაციას. შეფასებითი ვიზიტის შემდეგ, 2013 წლის 17 დეკემბრიდან 2014 წლის 27 იანვრის პერიოდში, ჩატარდა დამატებითი შეხვედრები სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში „ჯანდაცვის სამინისტრო“) წარმომადგენლებთან. დაწესებულებებში განხორციელებული ვიზიტებისა და შეხვედრების დეტალური ჩამონათვალი, აგრეთვე იმ თანამდებობის პირთა ჩამონათვალი, რომლებთანაც გაიმართა შეხვედრები, მოცემულია #1 დანართში. #2 დანართში წარმოდგენილია დამატებითი ინფორმაცია, რომელიც მოპოვებული იქნა ხელმისაწვდომი ეროვნული და საერთაშორისო დოკუმენტების საფუძველზე.

ევროსაბჭოს შემფასებელთა ჯგუფის ორი კონსულტანტს დახმარება გაუწია ბატონმა გივი მიქანაძემ, ევროპის საბჭოს ადამიანის უფლებათა და კანონის უზენაესობის გენერალური დირექტორატის პროექტის უფროსმა ოფიცერმა, და თარჯიმანმა.

ავტორები და ევროკავშირის/ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის ჯგუფი მადლობას უხდის ანგარიშში მოხსენიებულ ყველა იმ პირს, ხელისუფლების ორგანოსა თუ უწყებას, რომლებიც დაეხმარნენ შეფასების ჯგუფს მისიის განხორციელებასა და სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჯანდაცვის არსებული სისტემისა და შემდგომი განვითარების გაგებაში, რამდენადაც ეს შესაძლებელი იყო მოცემული ვადებიდან გამომდინარე.

წინამდებარე შუალედური შეფასების შედეგად, შეფასების ჯგუფმა აღმოაჩინა, რომ სტრატეგიის დაწყებიდან ძალიან მალე მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის სფერო, განსაკუთრებით 2012 და წინა წლებთან შედარებით. რეფორმის პროცესი უპირატესად სამოქმედო გეგმას ეფუძნება, შეფასების შედეგები კი იძლევა ვარაუდის საშუალებას, რომ, ძალისხმევის იმავე დონეზე შენარჩუნების შემთხვევაში, დასახული მიზნების უმრავლესობა სტრატეგიით გათვალისწინებული პერიოდის დამთავრებისათვის მიღწეული იქნება.

შთამბეჭდავი პროგრესი განაპირობა პატიმართა რაოდენობის მნიშვნელოვნად შემცირებამ და პენიტენციური ჯანდაცვის ბიუჯეტის უზარმაზარმა ზრდამ, რის შედეგადაც ოთხჯერ უფრო მეტად გაიზარდა პატიმართა სამედიცინო მომსახურებისათვის გამოყოფილი ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე. ამავდროულად, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის მმართველობის სტრუქტურებისა და ინფრასტრუქტურის მიმართულებით განხორციელდა შემდეგი რეფორმები:

მოხდა სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სრული რეორგანიზაცია და რესტრუქტურისაცია ამოცანების შესრულებაზე ორიენტირებული მეთოდით, თანამედროვე ასოციაციური მართვის მოდელის შესაბამისად;

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები განივრცო ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, აღიჭურვა და დაკომპლექტდა. პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ეფექტიან, პაციენტზე ორიენტირებულ ფუნქციონირებას სრულყოფილ დახმარებას უწევს წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი (ICRC), ჯანდაცვის სამინისტროს, სასჯელაღსრულების სამინისტროსა და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტს შორის დადებული სამმხრივი შეთანხმების საფუძველზე.

რაც შეეხება მეორეულ ჯანდაცვას, მიმდინარე წლიდან უკვე ფუნქციონირებს სასჯელაღსრულების ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი.

განხორციელდა ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრის დაგეგმარება, და რეკონსტრუქცია; ცენტრი აღიჭურვა თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისად (მაღალტექნოლოგიური გრადიენტული უარყოფითი წნევის სავენტილაციო სისტემის ჩათვლით).

2014 წლის მარტიდან იგეგმება ახლადგარემონტებული სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფოს გახსნა.

გარდა ამისა, ინტენსიური სახე მიიღო თანამშრომლობამ სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებთან, რამაც ხელი შეუწყო მეორეული ჯანდაცვის დაწესებულებებში რეფერირების ხუთჯერ გაზრდას. ამავდროულად, წარმატებით დაინერგა მომლოდინეთა ელექტრონულ გამჭვირვალე სიაში ჩაწერა გეგმიური მეორეული სამედიცინო ინტერვენციის მიზნით, რაც უზრუნველყოფს მთლიანი პროცესის წარმართვას ობიექტური და სამედიცინო მიზანშეწონილობის საფუძველზე.

დაინერგა ინფექციურ დაავადებათა მონაცემთა ბაზისა და სტანდარტიზებული სამედიცინო მონაცემების მართვა საერთაშორისო კოდების (ICD-10 და ICPC-2) გამოყენებით და მიმდინარეობს მონაცემთა ელექტრონული დამუშავების შემდგომი გაუმჯობესება.

დაიხვეწა კვების სტანდარტი; გაუმჯობესდა კვების ხარისხი, კალორიულობა და საკვები პროდუქტების მრავალფეროვნება. კვებით უზრუნველყოფის პროცესი, სანიტარული პირობები და აღჭურვილობა სამხარეულოში/კვების ბლოკებში და სასადილო ოთახებში უპირატესად აკმაყოფილებს შესაბამის სამართლებრივ მოთხოვნებს.

სასჯელაღსრულების სისტემაში უკვე ხორციელდება ხარისხის კონტროლისა და უზრუნველყოფის სისტემის მნიშვნელოვანი ნაწილი, რომელიც ითვალისწინებს (თუმცა მხოლოდ ამით არ შემოიფარგლება): გაიდლაინების, პროტოკოლებისა და საუკეთესო პრაქტიკის გამოყენებას; პირადი სამედიცინო ელექტრონული ჩანაწერების (PEHR) სისტემის დანერგვას; სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მომსახურების უზრუნველყოფის პროცესის დაგეგმვას, მონიტორინგსა და ანალიზს; ბაზრის კვლევის ორგანიზებას; სხვადასხვა მომსახურებისა და მათი პროვაიდერი დაწესებულებების ფასების შედარებას; ფარმაცევტული მართვის გაუმჯობესებას საბაზისო სტანდარტის შემუშავებისა და მიღების მეშვეობით.

რაც შეეხება ადამიანურ რესურსებს, მნიშვნელოვნად გაიზარდა პენიტენციალური ჯანდაცვის სისტემის სამედიცინო პერსონალის ხელფასები, რათა ხელი შეეწყოს კონკურენტული გარემოს შექმნას აღნიშნულ სფეროსა და სამოქალაქო ჯანდაცვის მომსახურებას შორის, დაასაქმეს ახალი სამედიცინო პერსონალი, ხოლო ძველი პერსონალის ნაწილი ჩაანაცვლეს. სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი თანაფარდობა პატიმრებთან მიმართებით მიუახლოვდა დასავლეთ ევროპის უმეტესი ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელს. დაიწყო სამედიცინო პერსონალის მომზადება და გადამზადება.

მუდმივად თანამშრომლობენ სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის სამინისტროები, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს პენიტენციალური და სამოქალაქო სექტორის ჯანდაცვის სისტემების გონივრულად და მასქიმალურად სწრაფი გაერთიანებისა და ძირითადი პროცესებისა და საკანონმდებლო ბაზის სტანდარტიზაციის სახელმწიფო პოლიტიკა.

წარმატებული თანამშრომლობის თვალსაჩინო მაგალითებია: პირველადი ჯანდაცვის ქსელის განვითარება სასჯელაღსრულების ჯანდაცვის სისტემაში; „ვერტიკალური“ პროგრამების განხორციელება (ტუბერკულოზი, აივ-ინფექცია/შიდსი); C ჰეპატიტის (HCV) პროგრამის ერთობლივი სამუშაო ჯგუფი; სამედიცინო მონაცემთა დამუშავების უნიფიკაცია; ერთობლივი კომისია, რომელიც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო პატიმართა გათავისუფლების საკითხებს განიხილავს; სამუშაო ჯგუფი ფსიქიკური ჯანდაცვის მიმართულებით და ა.შ.

ყველა ზემოხსენებულმა ღონისძიებამ ხელი შეუწყო საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის პრაქტიკის აშკარა გაუმჯობესებას ევროპის საბჭოსა და წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის სტანდარტების შესაბამისად, პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას, სომატური და ფსიქიკური აშლილობის მქონე პატიმრების ექიმ-სპეციალიტებთან რეფერირების რაოდენობის მნიშვნელოვან ზრდას, პატიმართა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებას. გარდა ამისა, დაინერგა და/ან გაძლიერდა და უფრო ინტენსიურად ხორციელდება ორიენტირებული ვერტიკალური პროექტები ციხეებში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სპეციფიკურ პრობლემებზე, როგორიცაა: ფსიქიკური ჯანმრთელობა, წამალდამოკიდებულება, ინფექციური დაავადებები, ძალადობა.

წარმოდგენილი რეკომენდაციები ეხება იმ გამოწვევებს, რომლებიც, შეფასების ჯგუფის აზრით, ორიენტირებული უნდა იყოს წინამდებარე სტრატეგიით გათვალისწინებულ, ვადების დარჩენილი და/ან მომავალი სტრატეგიით განსაზღვრული პერიოდის ფარგლებში შემდეგ საკითხებზე:

- პატიმართა რაოდენობის თანდათანობით/მდგრადი შემცირება პატიმრობის ალტერნატიული ღონისძიებების შეძლებისდაგვარად მაქსიმალური გამოყენებით;
- სასჯელაღსრულების სისტემისათვის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების შემუშავება და ხარისხის უზრუნველყოფის, მათ შორის, დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მეთოდით ანაზღაურების, ხარისხობრივი და რაოდენობრივი მაჩვენებლების კომბინირებული ინსტრუმენტების შემუშავება;
- ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად, კანონმდებლობასთან შესაბამისობის მონაცემთა ბაზის შემუშავება პენიტენციალური სისტემის სამოქალაქო ჯანდაცვის მომსახურებასთან შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად და სასჯელაღსრულების სტაციონარული ობიექტების ლიცენზირების/ნებართვების მოპოვების პროცესის გაგრძელება;
- განსაკუთრებით იმ პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების მოთხოვნებთან შესაბამისობის უზრუნველყოფა, რომლებიც მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობას ახორციელებენ;
- ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად პენიტენციალური და სამოქალაქო ჯანდაცვის ინტეგრაციის ერთობლივი გეგმის შემუშავება და განხორციელება;
- კონკრეტული სასწავლო საჭიროებების განსაზღვრა და პრაქტიკაზე ორიენტირებული და კომპეტენციებზე დაფუძნებული სასწავლო პროგრამის შემუშავება სამედიცინო დეპარტამენტის თანამშრომლებისათვის;
- სამედიცინო დეპარტამენტის პოლიტიკასთან დაკავშირებული საქმიანობის გაზრდის ხელშეწყობა ზემოხსენებული სასწავლო პროგრამის მეშვეობით;
- სანიტარული და ჰიგიენური პირობების მართვისა და კონტროლის თაობაზე მომსახურების მომწოდებლებთან დადებულ კონტრაქტებზე (აუთსორსინგი) პასუხსმგებლობის გადაცემა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან სასჯელაღსრულების სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტისათვის;
- პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში აღჭურვილობის მუდმივი განახლება და, სადაც შესაძლებელია, სივრცის დაგეგმარების გაუმჯობესება;
- სასჯელაღსრულების ჯანდაცვის ობიექტების სამედიცინო აღჭურვილობის შესყიდვისა და მისი ტექნიკური გამართულობის შენარჩუნების სტრატეგიის შემუშავება;
- სამედიცინო მონაცემების სისტემატური შეგროვებისა და მართვის შემდგომი განხორციელება და განვრცობა;
- ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრისა და სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფოს განვითარების სამოქმედო გეგმების შემუშავება, საქმიანობის განსაზღვრისა და რესურსების განაწილების ჩათვლით;
- მეორეული ჯანდაცვის ობიექტებში რეფერირების რეკომენდაციების (გაიდლაინების) უზრუნველყოფა და სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში გადაყვანილი პატიმრებისთვის სათანადო უსაფრთხოების (მართვის) მექანიზმის მოფიქრება;
- მომავალი სამედიცინო პერსონალის სათანადოდ მომზადებისა და არსებული კადრის გადამზადების მასშტაბის გაზრდა, ტრენინგის ეფექტიანობისა და მდგრადობის შეფასების ინსტრუმენტების განვითარება და განხორციელება, ტრენინგის თემატიკის პრიორიტეტების განსაზღვრა საჭიროებათა შეფასების შედეგების შესაბამისად და განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა: ფსიქიკური ჯანმრთელობა, თვითმკვლელობის პრევენცია, წამალდამოკიდებულება, ინფექციური დაავადებები, ზიანის შემცირება, რეაბილიტაცია, ძალადობის პრევენცია და სამედიცინო ეთიკა;
- სამომავლო სტრატეგიის დოკუმენტში სასწავლო კომპონენტის ცალკე სტრატეგიულ მიზნად გამოყოფა - ციხის სასჯელაღსრულების სისტემის

ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელებასთან დაკავშირებული ყველა სფეროსა და ბენეფიციართა ჯგუფის გათვალისწინებით;

- ციხის სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დეპარტამენტის თანამშრომელთა მკაფიო სამუშაოს აღწერილობების უზრუნველყოფა;
- ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შექმნისა და მისი მდგრადი ინსტიტუციონალიზაციის ყოვლისმომცველი სამოქმედო გეგმის შემუშავება და აღნიშნულ პროცესში სამედიცინო დეპარტამენტის როლის მკაფიოდ განსაზღვრა;
- პენიტენციალური ჯანდაცვის ბიუჯეტის მაჩვენებლების მონიტორინგისა და ანალიზის გაუმჯობესება ხარჯების დაყოფის, ფინანსური ნაკადების ანალიზისა და დაგეგმვის მუდმივად განხორციელების მეშვეობით;
- სასჯელაღსრულების სისტემის მარეგულირებელ კანონმდებლობაში ციხის სამედიცინო ეთიკის სტანდარტების ინიცირება, როგორცაა პროფესიული დამოუკიდებლობა და კონფიდენციალურობა;
- სამედიცინო კონფიდენციალურობის გათვალისწინება სამედიცინო გამოკვლევების დროს და სამედიცინო კონსულტაციის გაწევა ექიმის კაბინეტის გარეთ მხოლოდ დასაბუთებული გამონაკლისის სახით;
- ზიანის შემცირების ზომების შემდგომი ადაპტაცია საერთაშორისო რეკომენდაციების შესაბამისად;
- ყოვლის მომცველი კვლევის/შეფასების ჩატარება პენიტენციალური და სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემების გაერთიანებისა და ინტეგრაციის სასურველი მოდელის ანალიზისა და იდენტიფიცირებისათვის - განვითარებული ქვეყნების გამოცდილებაზე დაყრდნობით პაციენტზე ორიენტირებული და ეფექტიანი სასჯელაღსრულების ჯანდაცვის სისტემების მიმართულებით;
- პროექტის საკოორდინაციო ერთეულის (PCU) შექმნა გაერთიანების გეგმის და, ზოგადად, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის ახალი სტრატეგიის მთლიანი პროცესის ეფექტიანი და ყოვლისმომცველი მართვის (დაგეგმვის, განხორციელების, მონიტორინგისა და შეფასების) უზრუნველსაყოფად.

I. 2013 წელს საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ძირითადი მახასიათებლები და ჯანმრთელობის მაჩვენებლები 2012 წელთან შედარებით

	2012	2013
პატიმართა რაოდენობა	20.493	10.338
მსჯავრდებული		8.994
ბრალდებული		1.334
პატიმართა რაოდენობის მაჩვენებელი (10^{-5})	473	227
ოფიციალური ტევადობა	25.354	25.354
ციხეების დატვირთვის მაჩვენებელი	>99%	42%
პერსონალის საერთო რაოდენობა		5.103
ჯანდაცვის ბიუჯეტი	7 მილიონი ლარი	12 მილიონი ლარი
სამედიცინო დანახარჯები/პატიმარზე	180 USD	760 USD
ფარმაცევტულ პროდუქციაზე გაღებული ხარჯები/პატიმარზე	23 GEL	128 GEL
ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ყოველთვიური ხელფასი	650 GEL	1.200 GEL
ექთნის ყოველთვიური ხელფასი	350 GEL	750 GEL
ექიმის/პატიმრის თანაფარდობა	1:245	1:92
ექთნის/პატიმრის თანაფარდობა	1:162	1:61
მეორად ჯანდაცვაში რეფერირება	<1200	>5000
სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (10^{-4})	55	19

ძირითადი მახასიათებლების თანახმად, პატიმართა რაოდენობა, პატიმართა რაოდენობის მაჩვენებელი და ციხეების დატვირთვის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა 2012 და წინა წლებთან შედარებით, რაც შეიძლება განპირობებული იყოს 2012 წლის 12 იანვრის ამნისტიის აქტით. ამასთანავე, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის ბიუჯეტის

შთამბეჭდავმა ზრდამ 2012 და წინა წლების ბიუჯეტთან შედარებით, პატიმართა ზემოხსენებულ მასიურ შემცირებასთან ერთად, მნიშვნელოვნად გაზარდა ჯანდაცვის ხარჯები თითოეულ პატიმარზე, მედიკამენტების ხარჯები, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება და მეორადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში პატიმართა რეფერირების შემთხვევები.

რეკომენდაცია:

- *პატიმართა რაოდენობის/პატიმართა რაოდენობის მაჩვენებლის შემცირება, რაც განაპირობა ამნისტიის აქტმა, უნდა შენარჩუნდეს შესაბამისი არასაპატიმრო სასჯელების, პირობით ვადამდე გათავისუფლების, კანონმდებლობისა და დამოკიდებული პირების მიერ ნარკოტიკული საშუალებების უკანონოდ მოხმარებისათვის სასჯელის შეფარდების პრაქტიკის გადახედვისა და სისხლის სამართლის კოდექსიდან სასჯელთა შეჯამების ამოღების მეშვეობით.*

II. სასჯელადსრულების სისტემაში არსებული ჯანდაცვის სტრუქტურები

საქართველოში პენიტენციალური ჯანდაცვა სასჯელადსრულების სამინისტროს პასუხისმგებლობის სფეროს განეკუთვნება. წარსულში პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ჯანდაცვის სამინისტროსათვის გადაცემის თაობაზე არსებული გეგმები ამ უკანასკნელის მხრიდან არაეთხელ გადავადებულა (იხ. თავი VIII).

2013 წელს სასჯელადსრულების სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტმა განიცადა რეორგანიზაცია საქართველოს სასჯელადსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2013 წლის 15 მარტის „სასჯელადსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის დებულების დამტკიცების შესახებ“ #59 ბრძანების შესაბამისად. ჩამოყალიბდა ახალი ორგანიზაციული სტრუქტურა ოთხი სამმართველოს შემადგენლობით:

- a) პირველადი ჯანდაცვისა და ამბულატორიული სერვისების სამმართველო;
- b) სპეციალიზებული სამედიცინო სერვისების სამმართველო;
- c) სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სამმართველო;
- d) ჯანდაცვის ეკონომიკისა და ლოჯისტიკის სამმართველო.

სამედიცინო დეპარტამენტის ახალი სტრუქტურის პრეზენტაციისას მინისტრის მოადგილემ ხაზგასმით აღნიშნა, რომ რეორგანიზაციის შედეგად „სამედიცინო სამსახურები დამოუკიდებელი გახდა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში - მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილებას იღებს სამედიცინო პერსონალი. უზრუნველყოფილია ექიმის ავტონომია“. მართლაც, შეფასებითი ვიზიტის ფარგლებში ციხის ექიმებთან ჩატარებული ინტერვიუების საფუძველზე შეიქმნა შთაბეჭდილება, რომ დღეის მდგომარეობით ექიმებს შეუძლიათ პროფესიული დამოუკიდებლობის გამოვლენა არასამედიცინო ხელმძღვანელი პერსონალის ჩარევის გარეშე. თუმცა სასჯელადსრულების დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობას #59 ბრძანება არ ითვალისწინებს. აღნიშნული საკითხი სამართლებრივად უნდა იქნეს ინიცირებული.

ამჟამად, ჯანდაცვის კუთხით 439 თანამშრომელი მუშაობს (175 ექიმი, მათ შორის, 100 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, 75 ექიმ-სპეციალისტი და 264 ექთანი) 10,328 პაციმარზე. ამავდროულად, წარმოდგენილია 141 სოციალური მუშაკი და 15 ფსიქოლოგი. წინა წლებთან შედარებით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა პაციმარის/სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი თანაფარდობა. უფრო მეტიც, 2012 წლის დეკემბრის შემდეგ სამედიცინო პერსონალის დაახლოებით 40% ახლად დასაქმებული ან ხელახლა დასაქმებული პერსონალით ჩანაცვლდა. თუმცა, აღნიშნულმა ფაქტმა ასევე განაპირობა ახლად დასაქმებული პერსონალის მომზადების საჭიროება პენიტენციალური ჯანდაცვის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სასწავლო ცენტრმა (შემდგომში „სასწავლო ცენტრი“) ბოლო პერიოდში უზრუნველყო ტრენინგების ჩატარება ჯანდაცვის საკითხებზე ციხის არასამედიცინო და სამედიცინო პერსონალისთვის. ტრენინგის თემატიკა მოიცავდა არასათანადო მოპყრობის ნიშნების იდენტიფიცირებასა და აღრიცხვას, ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას, მოშიშმილეთა მართვას, დაავადებათა პრევენციასა და ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობას, ინფორმაციას აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. სასწავლო ცენტრის გაცნობიერებული აქვს უფრო მეტი რაოდენობის და სიხშირის ტრენინგების საჭიროება, ასევე ტრენინგის თემატიკის საჭიროებათა შეფასება და შესაბამისი პრიორიტეტების განსაზღვრა. გარდა ამისა, უნდა შემუშავდეს შეფასების ინსტრუმენტები ტრენინგის ეფექტიანობის შესანარჩუნებლად.

ვიზიტი ფარგლებში მონახულებულ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, ხოლო, მინისტრის მოადგილის თქმით, სხვა დაწესებულებებშიც, შექმნილია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები ჯანდაცვის სამინისტროს, სასჯელაღსრულების სამინისტროსა და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტს შორის დადებული სამმხრივი შეთანხმების საფუძველზე, რომელსაც ხელი მოეწერა 2013 წლის 6 ივნისს და ძალაშია 2014 წლის მაისამდე. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები აღჭურვილი და პერსონალით სათანადოდ დაკომპლექტებულია.

სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიისა და მისი სამოქმედო გეგმის თანახმად, დაახლოებით 250.000-300.000 ლარია საჭირო პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების სამედიცინო აღჭურვილობის გადაიარაღებისათვის. ეს პროცესი, გარკვეულწილად, უკვე დასრულებულია; თუმცა რამდენიმე სამედიცინო სამსახურის აღჭურვილობა კვლავ საჭიროებს გაუმჯობესებას. იმ ციხეების უმრავლესობაში, რომლებშიც ვიზიტი განხორციელდა, ყოფილი საკნები სამედიცინო კაბინეტებად გადაკეთდა და, შესაბამისად, ვიწრო ფართის არის, რაც არ შეესაბამება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 19 ივნისის №01-25/ნ ბრძანებით განსაზღვრულ რეკომენდებულ სტანდარტს, რომლის მიხედვითაც სამანიპულაციო/საპროცედურო ფართი არანაკლებ 12 მ² უნდა იყოს. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ბრძანების დებულებები ვრცელდება მხოლოდ იმ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების მიმართ, რომლებიც ახორციელებენ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას, და, შესაბამისად, შეიძლება ჩაითვალოს მხოლოდ რეკომენდირებულ სტანდარტებად სხვა მსგავსი ერთეულებისათვის სასჯელაღსრულების ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში. შეფასების ჯგუფისათვის არ წარმოუდგენიათ რაიმე ინფორმაცია მედიკამენტების მარაგთან დაკავშირებული ხარვეზების თაობაზე. ფაქტი, რომ პაციმართა მიერ იმ კერძო ფარმაცევტული კომპანიებისაგან შეძენილი მედიკამენტების მოცულობა, რომლებსაც წამლები გაყიდვაში აქვთ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, მნიშვნელოვნად შემცირდა 2013 წლის განმავლობაში, სასჯელაღსრულების მინისტრის მოადგილის თქმით, მიუთითებდა პირველადი მოხმარების მედიკამენტების სიის ადეკვატურობაზე.

პირველადი ჯანდაცვის ყველა ცენტრი, რომლებშიც ვიზიტი განხორციელდა, იყენებს სამედიცინო ბარათის ისეთივე ფორმებს, რომლებსაც იყენებენ სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორში და, რომელთა შევსება და შენახვა, ჩვენი აზრით, სათანადოდ ხორციელდება. ამასთანავე, უფრო ხშირად გამოიყენება დაავადებათა ICD-10 კლასიფიკატორი და ინტერვენციების ICPC-2 კლასიფიკატორი. ვიმედოვნებთ, რომ ეს ხელს შეუწყობს მომავალში დაწესებულებებს შორის სამედიცინო ინფორმაციის გაცვლისა და უწყვეტობის უზრუნველყოფას; დიაგნოსტიკური და სამკურნალო სერვისების მიწოდების შეფასებასა და მონიტორინგს, მონაცემთა გამოყენებას დაგეგმვისა და სამედიცინო დაწესებულებების განვითარებისთვის, პერსონალის ოპტიმიზაციისთვის; ექიმ-კონსულტანტების საქმიანობის მონიტორინგსა და შეფასებას; მედიკამენტების მოთხოვნისა და მიწოდების მართვას; ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მიღებასა და დამუშავებას; ჯანდაცვის ინდიკატორების მონიტორინგსა და შეფასებას და პრიორიტეტების უკეთესად განსაზღვრისა და რესურსების გამოყოფის საშუალებას მისცემს, როგორც ამას სტრატეგია ითვალისწინებს.

რაც შეეხება მეორად ჯანდაცვას, #18 სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფო (ყოფილი ციხის ცენტრალური საავადმყოფო) ჯერ კიდევ რეაბილიტაციისა და განახლების პროცესშია და 2014 წლის მარტის ბოლომდე არ გაიხსნება. როგორც მოსალოდნელია, დაწესებულების განახლების გამო, აგრეთვე ბოლო პერიოდში პატიმართა რაოდენობის შემცირების, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო გათავისუფლების პროცედურების გაზრდისა და სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორის საავადმყოფოებში პატიმართა რეფერირების უფრო მეტი მზაობის გამო, აღარასოდეს დაბრუნდება წარსულში არსებული მძიმე მდგომარეობა სავალალო გადატვირთულობის, უხარისხო აღჭურვილობისა და მატერიალური პირობების თვალსაზრისით. უნდა აღინიშნოს, რომ ახალ #18 დაწესებულებაში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პატიმრებისათვის სპეციალური პალატა იქნება.

დაბა ქსნის ახლად გარემონტებული #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი ამჟამად 200 პაციენტს ემსახურება, თუმცა მთლიანობაში 698 პაციენტს იტევს.¹ ამჟამად მიმდინარეობს განხილვები იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ შეიძლება ცარიელი პალატების გამოყენება (იხ. თავი IIIa).

2013 წელს მეორადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში, მათ შორის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, გადაყვანის შემთხვევების რაოდენობის ზრდა (9000-ზე მეტი), განსაკუთრებით სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორში (5750), წინა წლებთან შედარებით ნამდვილად შთამბეჭდავია (1200-ზე ნაკლები). დასავლეთ საქართველოში ქუთაისის #2 და გეგუთის #14 დაწესებულებებსა და დასავლეთ საქართველოს რეგიონული ქუთაისის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში განხორციელებული ვიზიტების საფუძველზე შეიქმნა შთაბეჭდილება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებსა და სამოქალაქო სექტორის კლინიკებს შორის ეფექტიანი სამედიცინო თანამშრომლობის თაობაზე. თუმცა, სტაციონარული მკურნალობის დროს უსაფრთხოების მართვა უდავოდ საჭიროებს გაუმჯობესებას: საავადმყოფოს საწოლზე ბორკილებით პატიმარი პაციენტის დაბმა, რის შესახებაც ჯგუფმა შეიტყო საავადმყოფოს ექიმებისაგან, ეწინააღმდეგება საერთაშორისო სტანდარტებს² და ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს (შემდგომში

¹ საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის ბრძანება #184 (27.12.2010)

² რეგლამენტის მუხლი 36, ამონარიდი წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის ზოგადი ანგარიშიდან (Report CPT/Inf (93)12)

„ევროპული სასამართლო“) მხრიდან ითვლება არაადამიანური მოპყრობად მე-3 მუხლის საწინააღმდეგოდ³.

რეკომენდაციები:

- პენიტენციური ჯანდაცვის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურებთან თანამშრომლობის ხარისხის მკაფიოდ განსაზღვრა და/ან ინტეგრაცია, ევროპის საბჭოს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტისა და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის არაერთი რეკომენდაციის შესაბამისად;
- პროფესიული სამედიცინო დამოუკიდებლობის გარანტიებისა და სამედიცინო ეთიკის სხვა საერთაშორისო სტანდარტების, მათ შორის, სამედიცინო კონფიდენციალურობისა და პაციენტის ავტონომიის, ინიცირება პატიმრობის კოდექსში;
- ციხეებში დატვირთვის შემცირების შედეგად გამოთავისუფლებული ფართის გამოყენება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფართის გაზრდის მიზნით (სულ მცირე, რეკომენდირებული მინიმალური (არასავალდებულო - იხ. ზემოთ) ეროვნული სტანდარტის შესაბამისად 12მ² თითოეულ სამანიპულაციო/საპროცედურო ოთახთან მიმართებით), ასევე ციხეებში არსებული პირობებისა და სამედიცინო პუნქტების გაუმჯობესება;
- ICD-10 დაავადებათა კლასიფიკატორიას და ICPC-2 ინტერვენციების კლასიფიკატორის კოდეზის უფრო აქტიური გამოყენება მყარი ვერსიის სამედიცინო ჩანაწერებში და ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების განვითარება და განვრცობა;
- გადაწყვეტილების მიღება ქსნის ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში გამოუყენებელი საწოლების სამომავლო გამოყენების თაობაზე;
- ქუთაისის სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში პატიმარი პაციენტების უსაფრთხოების მართვის გაუმჯობესება და მათი საწოლზე ბორკილებით დაბმის თავიდან აცილება.

III. სასჯელაღსრულების სისტემის რეფორმის განხორციელების პროცესის ძირითადი მონაწილეები

IIIa) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები - სტაციონარული დაწესებულებები

სასჯელაღსრულების სისტემის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის ქსელი და 2 დიდი სტაციონარული სამკურნალო დაწესებულება: ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი და #18 სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფო, რომელიც ამჟამად რემონტის სტადიაზეა (იხ. თავი II).

პირველადი ჯანდაცვის ქსელისა და სტაციონარული დაწესებულებების ეფექტიანი ფუნქციონირება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სისტემის მუშაობაზე და, შესაბამისად, ჯანდაცვის რეფორმების სტრატეგიის, როგორც მთლიანის, წარმატებით განხორციელებაზე.

³ Mouisel v. France 67263/01 და Tarariyeva v. Russia 4353/03

პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ფუნქციონირებას კომპლექსურად ეხმარება წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის საქმიანობა (ზემოხსენებული სამმხრივი შეთანხმების საფუძველზე), რაც ხელს უწყობს გაწეული მომსახურების ადეკვატურობას, ხარისხსა და შესაბამისობას ადგილობრივი სამართლებრივ მოთხოვნებთან.

სტაციონარული დაწესებულებების პრიორიტეტული როლის გათვალისწინებით პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემისა და მათი მართვის პროცესში არსებული გამოწვევების ჭრილში, შემფასებელთა ჯგუფმა საჭიროდ ჩათვალა ზემოაღნიშნული ორი საავადმყოფოს მიმოხილვა.

ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი

წარმოდგენილია ძირითადი პრობლემების მოკლე აღწერა, რომლებიც პირდაპირ კავშირშია საკანონმდებლო მოთხოვნების შეუსრულებლობასთან და უშუალო ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და ეფექტიანობაზე:

კაბინეტებში, სადაც დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და/ან მცირე ოპერაციები ტარდება, იატაკი არ არის დაფარული სავალდებულო ანტისტატიკური ლინოლეუმის საფარით.

სავენტილაციო სისტემის გარეთა ნაწილი, რომელიც საპროცედურო ოთახის კედელში გადის, რამდენიმე კაბინეტში არ იყო სათანადოდ იზოლირებული ეგრეთ წოდებული რკინის „დიფუზორით“.

არ ფუნქციონირებდა სამედიცინო აირების მიწოდების ცენტრალიზებული სისტემა, რაც პრიორიტეტული მნიშვნელობის საკითხია ნებისმიერი სტაციონარული დაწესებულებისათვის. შემფასებელთა ჯგუფისათვის მიწოდებული ინფორმაციის თანახმად, დაწესებულების პირვანდელ სამშენებლო გეგმაში (2008 წ.) ასეთი სისტემის დამონტაჟება გათვალისწინებული იყო.

სხვა მნიშვნელოვანი პრობლემა, რომელიც იდენტიფიცირებული იქნა, ეხება მაღალეფექტური შთანთქმის ფილტრების (HEPA) არასათანადოდ განხორციელებულ ტექნიკურ მომსახურებას, რომლებიც ლამინარული ჰაერის ნაკადის სისტემის ძირითად ნაწილს წარმოადგენს. HEPA-ს ფილტრები უზრუნველყოს აბსოლუტურად სუფთა ჰაერის მიწოდებას საოპერაციო ბლოკებსა და სამანიპულაციო ოთახებში და მნიშვნელოვანწილად ხელს უწყობს ნოზოკომიური ინფექციის ეპიდემიის შესაძლებლობის პრევენციას/შემცირებას. როგორც გვითხრეს, ფილტრების რეგულარული შეცვლა არ ხდება, ისინი მხოლოდ იწმინდება ან წყლით ირეცხება, რაც ყოვლად დაუშვებელია.

დაწესებულების რეაბილიტაცია ითვალისწინებდა მაღალტექნოლოგიური გრადიენტული უარყოფითი წნევის სავენტილაციო სისტემას, რაც შენობის ყველა სართულზე განსხვავებულია და ნაკლებად ხელსაყრელია სადეზინფექციო პროცედურებისათვის.

საავადმყოფოში ჯერ კიდევ არ ფუნქციონირებს ახალი სამრეცხაო, რომელიც 2014 წლის იანვრის ბოლოს უნდა გახსნილიყო. ბოლო ინფორმაციით, სამრეცხაოს ამოქმედება 2014 წლის თებერვლის ბოლომდე გადაიდო.

კიდევ ერთი პრობლემა, რაც პერსონალს სირთულეებს უქმნის მუშაობის პროცესში, ეხება შიდა ქსელის სისტემის არარსებობას, რის გამოც ექიმებს არ შეუძლიათ კაბინეტებში თავიანთი პერსონალური კომპიუტერების მეშვეობით სამედიცინო ინფორმაციის დროულად მონახვა მონაცემთა ბაზაში და მათ მოპოვება უწევთ სტატისტიკის დეპარტამენტიდან, რომელიც პირველ სართულზეა განთავსებული. სასჯელაღსრულების

სამინისტროს განცხადებით, შიდა ქსელის სისტემა უახლოეს მომავალში ამოქმედდება - პერსონალური კომპიუტერები ხელმისაწვდომია, საჭიროა მხოლოდ ქსელის დამონტაჟება, რაც განხორციელდება ქსელის უსაფრთხოების პროტოკოლის დამტკიცების შემდეგ.

დაკვირვებებზე დაყრდნობით, ვიზიტის ფარგლებში შეზღუდული დროის გათვალისწინებით, შეიძლება ითქვას, რომ კვებით უზრუნველყოფის პროცესი და სანიტარული პირობები სამზარეულო/კვების ბლოკსა და სასადილოში ძირითადად აკმაყოფილებს სამართლებრივ მოთხოვნებს. სამზარეულოს აღჭურვილობა ნორმალურად მუშაობს, ფართი საკმარისია, საკვები პროდუქტების კალორიულობისა და ხარისხის კონტროლი ხორციელდება მარეგულირებელი დოკუმენტის შესაბამისად (იხ. ქვემოთ, ქვეთავი Vd. - სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის მინისტრების №87-83/ნ ერთობლივი ბრძანება (20-25.05.2011)).

საავადმყოფოსათვის მთავარი გამოწვევად წარმოადგენს მისი დატვირთვის დაბალი მაჩვენებელი. არსებული 698 საწოლიდან დაახლოებით მხოლოდ 200 საწოლია დაკავებული.

შეფასებითი ვიზიტის დროს სასჯელაღსრულების სამინისტროს რამდენიმე თანამშრომელმა გამოთქვა მოსაზრება ცარიელი პალატების გამოყენების თაობაზე - კერძოდ, იგი გულისხმობდა მრავალპროფილურ დაწესებულებად, ფსიქიატრიული სტაციონარული მკურნალობის განყოფილებად, C ჰეპატიტით დაავადებული პაციენტების სამკურნალო განყოფილებად და ამბულატორიულ პოლიკლინიკად გარდაქმნას იმ პაციენტებისათვის, რომლებსაც ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაცია ესაჭიროებათ.

სავარაუდოდ, უახლოეს მომავალში საწოლების გადანაწილება საერთაშორისო და დონორ ორგანიზაციებსა და სასჯელაღსრულების სამინისტროს შორის მსჯელობის საგანი გახდება. მნიშვნელოვანი ფაქტის სახით უნდა აღინიშნოს, რომ საავადმყოფოს დაპროექტების დროს პატიმართა საერთო რაოდენობა გაცილებით მეტი იყო, ვიდრე დღეს. ამიტომ, დაწესებულება უნდა ყოფილიყო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ადგილი, თუმცა მოცემულ ეტაპზე, როგორც ჩანს, ის შეესაბამება გრძელვადიანი მკურნალობის დაწესებულების ფუნქციებს.

ამავდროულად, შეიძლება მთავარ პრობლემად ჩაითვალოს კომპეტენტური მენეჯმენტის არარსებობა. დაწესებულების ზედა მმართველ რგოლს აქვს აუცილებელი სამედიცინო კვალიფიკაცია, თუმცა არ აქვს მენეჯმენტის გამოცდილება და უნარ-ჩვევები. მოკლე და გრძელვადიან პერსპექტივაში ეს ფაქტი წამოჭრის პრობლემას დაწესებულების ეფექტიან ფუნქციონირებასა და გაწეული მომსახურების ხარისხის მდგრადობასთან დაკავშირებით.

შემფასებელთა ჯგუფისათვის მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით, 2014 წლის იანვრიდან სამედიცინო დეპარტამენტი ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრში სპეციალური გეგმის განხორციელება დაწყებას გეგმავს. გეგმის მიზანია აღნიშნულ დაწესებულებაში სამედიცინო და მენეჯმენტის საკითხებისა და პროცესების გაუმჯობესება და გაძლიერებული მონიტორინგი მუდმივ საფუძველზე, დეპარტამენტის ტექნიკური მხარდაჭერით. გეგმის პრიორიტეტებია:

- დაწესებულების სამოქალაქო წესით ლიცენზირება, რაც 2014 წლის თებერვლისთვის იგეგმება;
- მთლიანი პერსონალის სამუშაოს აღწერილობების შემუშავება (ამჟამად სამუშაო აღწერილობები შემუშავებულია მხოლოდ გარკვეული თანამდებობისათვის);
- თანამშრომელთა საქმიანობის შეფასების სისტემის დანერგვა;

- ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შეფასების მაჩვენებლების შემუშავება/რაოდენობის გაზრდა;
- პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერების შემოწმება და მონიტორინგი;
- ფარმაცევტული საქმიანობის მენეჯმენტის ანალიზი და გაუმჯობესება;
- სენსიტიური (-) და სენსიტიური (+) პაციენტების, ასევე MDR/XDR (-) და MDR/XDR (+) პაციენტების მუდმივი მკაცრი განცალკევება და მისი მონიტორინგი; განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს ახალი შემთხვევები;
- სანიტარული/ეპიდემიოლოგიური სტანდარტების, ეპიდზედამხედველობის პროცესის, პატიმართა კვებით უზრუნველყოფის პროცესის მუდმივი მონიტორინგი;
- ცენტრისათვის ეფექტიანი მართვის პოტენციალის განვითარება.

უდავოდ, აღნიშნული პრიორიტეტები ძალიან მნიშვნელოვანია. მათმა განხორციელებამ შეიძლება მნიშვნელოვანწილად შეუწყოს ხელი ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრის გამართულ ფუნქციონირებას და უზრუნველყოს ეფექტიანი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურება.

რეკომენდაციები:

- ქსნის ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრის განვითარების სამოქმედო გეგმის შემუშავება, რომელიც ეხება ზემოაღნიშნული პრობლემების მოგვარებას ეროვნულ სამართლებრივ დებულებებთან, საერთაშორისო სტანდარტებსა და პრაქტიკასთან შეუსაბამობის და საწოლების განაწილების არაეფექტიანი პრაქტიკის თვალსაზრისით;
- ისეთი მნიშვნელოვანი სერვისების - სამრეცხაოს, მონაცემთა ბაზებისა და შიდა ქსელის სათანადო ფუნქციონირების უზრუნველყოფა;
- მიზანშეწონილია სამედიცინო აირების ცენტრალიზებული მიწოდების სისტემის დამონტაჟება - ტექნიკური რეგულაციების/შეზღუდვებისა და ხარჯების ანალიზის გათვალისწინებით;
- მაღალეფექტური შთანთქმის ფილტრების (HEPA) სათანადო ტექნიკური მომსახურების უზრუნველყოფა;
- ანტისტატიკური ლინოლეუმის უზრუნველყოფა დიაგნოსტიკური გამოკვლევებისა და მცირე საოპერაციო ბლოკებში;
- სავენტილაციო სისტემის გარე ნაწილების სათანადო იზოლაციის უზრუნველყოფა ბლოკებში, სადაც სპეციალური „დიფუზორები“ უნდა დამონტაჟდეს;
- მენეჯერული რგოლის პერსონალის მენეჯერული უნარ-ჩვევებისა და კომპეტენციების გაუმჯობესება;
- სასჯელაღსრულების სამინისტროს მიერ ინიცირებული კონკრეტული გეგმის განხორციელება დაწესებულების ფუნქციონირების ტექნიკური დახმარებისა და მონიტორინგის მიზნით; საქმიანობის ადაპტაცია და შესაბამისი რესურსების გამოყოფა უნდა ხდებოდეს მუდმივად და ეფუძნებოდეს საჭიროებებსა და მყარ მტკიცებულებებს.

#18 სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფო

შეფასებით ჯგუფს საკმარისი ინფორმაცია მიეწოდა საავადმყოფოს შესახებ, რომლის გახსნაც 2014 წლის მარტიდან იგეგმება. საავადმყოფო განთავსდება 5-სართულიან შენობაში და გათვლილი იქნება 16 საწოლზე. იგი აღიჭურვება თანამედროვე დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და მოვლის საშუალებებით. მოწოდებული ინფორმაცია ეხება სტრუქტურას, საწოლების რაოდენობასა და თანამშრომელთა სიას (იხ. დანართი 5).

ზემოაღნიშნულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ამ ეტაპზე შესაძლებელია რამდენიმე პრიორიტეტული პრობლემის/საკითხის მოკლედ გამოყოფა:

- არსებობს კადრებით არასაკმარისი დაკომპლექტების დონე, რაც განპირობებულია სამედიცინო სპეციალობებში საჭირო კვალიფიციური კადრების მნიშვნელოვანი ნაკლებობის გამო, კერძოდ, ექიმები გადაუდებელი მედიცინის ქვესპეციალობით;
- შესაბამისი კადრების არარსებობის გამო შეუძლებელია ლიცენზირების მოთხოვნების დაკმაყოფილება და ნებართვის მიღება იმ სერვისების უზრუნველსაყოფად, რაც იგულისხმება გადაუდებელი მედიცინის განყოფილების ფუნქციონირების შემთხვევაში (რაც რეგულირდება საქართველოს მთავრობის #385 დადგენილებით (17.12.2010) „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“).
- სრულფასოვანი გადაუდებელი მედიცინის განყოფილების შექმნა არ არის შესაძლებელი; ამჟამად ფუნქციონირებს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების კაბინეტი. უახლოეს მომავალში იგეგმება შინაგანი მედიცინის განყოფილების ამოქმედება ხანგრძლივი მკურნალობისათვის ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ნაცვლად. ეს ფაქტი შეზღუდავს შინაგანი გადაუდებელი მომსახურების უზრუნველყოფას და ნაცილობრის გაზრდის შემთხვევების რაოდენობასა და ხარჯებს, რომლებიც დაკავშირებულია სამოქალაქო სექტორში რეფერირებასთან;
- პენიტენციალური სისტემის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების არარსებობა, რომლებიც ჯერ კიდევ არ არის შემუშავებული;
- სტრატეგიული გეგმის არარსებობა და ხელმისაწვდომი რესურსების განსაზღვრის აუცილებლობა დაწესებულების პრიორიტეტულ საჭიროებებსა და მართვის მოთხოვნებზე რეაგირებისათვის.

რეკომენდაციები:

- *სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფოს განვითარების გეგმის შემუშავება;*
- *წლიური სამუშაო გეგმის შემუშავება აქტივობებისა და რესურსების განაწილების სქემის ჩათვლით;*
- *ყოველდღიური ოპერატიული მართვის სახელმძღვანელოს პროექტის მომზადება;*
- *პენიტენციალური სისტემის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტის შემუშავება დიაგნოსტიკურ ჯგუფებზე (DRG) დაფუძნებული აღრიცხვის მეთოდის საფუძველზე;*
- *სამოქალაქო სექტორში რეფერირებისათვის მარეგულირებელი სახელმძღვანელო კრიტერიუმისა და შიდა პროცედურების ამოქმედება;*
- *პერსონალის მომზადების (ტრენინგების) გეგმის შემუშავება.*

IIIb) პოლიტიკისა და მართვის ერთეული - სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი

სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის რეფორმას წარმართავს და ზედამხედველობას უწევს სასჯელაღსრულების სამინისტრო და მისი სტრუქტურული ერთეული სამედიცინო დეპარტამენტი, ჯანდაცვის სამინისტროსთან მჭიდრო თანამშრომლობითა და საერთაშორისო ორგანიზაციების - ევროპის საბჭოს (CoE) ევროკავშირი (EU), წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის (ICRC), ფონდი „ლია

საზოგადოება - საქართველოს“ (OSGF) და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID), აგრეთვე არასამთავრობო ორგანიზაციების დახმარებით.

სამედიცინო დეპარტამენტი ხელმძღვანელობს პენიტენციური ჯანდაცვის სფეროში ყველა სამედიცინო და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საქმიანობის დაგეგმვას, მონიტორინგსა და ანალიზს, მათ შორის, რეფორმის პროცესს. ამას გარდა, დეპარტამენტის უფლებამოსილებას განეკუთვნება სისტემასთან დაკავშირებით საჭირო ორგანიზაციული ან საკანონმდებლო წინადადებების მომზადება. დეპარტამენტი დაკომპლექტებულია სპეციალისტებითა და შესაბამისი მრჩეველებით (იხ. დანართი 3).

რეფორმის განხორციელების პროცესში სამედიცინო დეპარტამენტის პრიორიტეტული როლის გათვალისწინებით, საჭიროდ ჩაითვალა პრობლემებისა და საჭიროებების უფრო დეტალური იდენტიფიცირება კონკრეტული სამმართველოების მიხედვით.

შემფასებელთა ჯგუფმა განსაზღვრა შემდეგი პრობლემური საკითხები პრიორიტეტულ საჭიროებებთან მიმართებით, რომლებიც აბრკოლებს სამედიცინო დეპარტამენტის ყოველდღიურ სრულფასოვან ფუნქციონირებას:

სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სამმართველო:

- სამედიცინო აღჭურვილობის ფუნქციონირებისა და ტექნიკური მომსახურების მონიტორინგი პრობლემატურია, რამეთუ ეს ხორციელდება უპირატესად სხვადასხვა კერძო პირების/კომპანიების მიერ, რომლებსაც ხელშეკრულების საფუძველზე ქირაობს სამედიცინო დეპარტამენტი; შედეგად, დიაგნოსტიკური/სამკურნალო პროცედურებისა და მიწოდებული მომსახურების ხარისხის ვალიდობის მონიტორინგს აკლია ერთიანი მიდგომა და იგი არსებითად რთულდება;
- მონაცემთა ანალიზის სათანადო ინსტრუმენტების ნაკლებობა - სამმართველო ფლობს ბევრ სტატისტიკურ ინფორმაციას, რომელიც საჭიროებს სტრუქტურირებასა და უნიფიცირებას მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ვალიდური მონაცემების მისაღებად;
- მოქმედი თანამშრომლებისათვის ადგილზე სასწავლო შესაძლებლობების ნაკლებობა (თუმცა ტრენინგები რეგულარულად ტარდება, მათ შორის, ტრენინგები, რომლებიც მთლიანად დეპარტამენტის თანამშრომლებისათვის არის განკუთვნილი - იხილეთ ქვეთავი VIIa). გამოიკვეთა შემდეგი სასწავლო პრიორიტეტები: სამედიცინო დოკუმენტაციის დამუშავება; მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკა.

პირველადი ჯანდაცვის და ამბულატორიული სერვისების სამმართველო:

- საკანონმდებლო მოთხოვნების ნაწილობრივ შეუსრულებლობა პირველადი ჯანდაცვის კონკრეტული ცენტრების მხრიდან, რომლებიც ახორციელებენ მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობას (საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის N359 დადგენილება მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“, მუხლი 3; (22.11.2010));
- ზემოაღნიშნული საკანონმდებლო მოთხოვნების ნაწილობრივ შეუსრულებლობა ეხება პირველადი ჯანდაცვის კონკრეტულ ცენტრების (№2, 7, 8 და 15 სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში), რომლებიც ახორციელებენ მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობას - კერძოდ, ინფექციური დაავადებების (მათ შორის, ტუბერკულოზის, ჰეპატიტის, აივ-ინფექცია/შიდსის) კუთხით;
- შეძენილი სამედიცინო აღჭურვილობის (სტეტოსკოპები, წნევის საზომი აპარატები) დაბალი საიმედოობა, რის გამოც შედარებით ხშირად ზიანდება და, შესაბამისად, ზღუდავს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას;
- პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის სამუშაოს აღწერილობათა არარსებობა;

- პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის მონაცემთა ერთიანი მართვის სისტემის გაუმჯობესების აუცილებლობა (განსაკუთრებით, სისტემის გამარტივება, მონაცემთა ანალიზი და მიწოდება);
- გარკვეული სირთულეები კადრებით დაკომპლექტებისას და თანამშრომელთა საქმიანობის ოპტიმალური უზრუნველყოფისას, რაც განპირობებულია გაწეული იმ სამედიცინო მომსახურებების ჩამონათვალის თაობაზე საერთაშორისო და ეროვნულ საკანონმდებლო მოთხოვნებს შორის სამართლებრივი განსხვავებების გამო, რომლებიც უნდა განხორციელდეს კონკრეტული სპეციალობების/ქვესპეციალობების შესაბამისად, რასაც სახელმწიფოს სერტიფიკატი ითვალისწინებს; აგრეთვე შესაბამისი უნარ-ჩვევების ნაკლებობა, რაც ხელს უშლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ეფექტიან ფუნქციონირებას.

ჯანდაცვის ეკონომიკისა და ლოჯისტიკის სამმართველო:

- (ნარკოტიკული საშუალებების, სამედიცინო დანიშნულების საგნების, სამედიცინო აღჭურვილობის) შესყიდვებთან დაკავშირებული პრობლემები: მოქმედი კანონმდებლობა ითხოვს შერჩევას ყველაზე დაბალი ფასის მიხედვით - სხვა შემთხვევაში ტენდერი არსებითად უნდა გადავადდეს ან გაუქმდეს კიდეც; ასეთი მიდგომა მნიშვნელოვნად ზღუდავს შესყიდვით პროდუქციის ფაქტობრივ არჩევანს არჩევანს და ამცირებს მკურნალობის და/ან სხვა მომსახურების შედეგს;
- შესყიდვის დაგეგმვის თაობაზე შიდა და გარე ექსპერტიზის მოცულობის გაზრდა;
- სამედიცინო მომსახურების დიაგნოსტიკურ ჯგუფებზე დაფუძნებული აღრიცხვის მეთოდის არარსებობა, რომლის დაწერვა აუცილებელია როგორც სამოქალაქო, ისე პენიტენციურ ჯანდაცვაში;
- კერძო სამოქალაქო სექტორში გაზრდილი გარე მომსახურების საქმიანობის ეფექტიანობის ანალიზის ჩატარების მცირე შესაძლებლობები;
- ინტერნეტ-კავშირის არარსებობა აფთიაქებში სისტემის შიგნით.

სპეციალიზებული სამედიცინო სერვისების სამმართველო:

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმების სპეციალობებს (შესაბამისად ადგილობრივი სახელმწიფო სერტიფიკატების მიხედვით) და მასთან დაკავშირებულ მომსახურებებს, აგრეთვე პრაქტიკულ უნარ-ჩვევებს შორის განსხვავება (იხ. ზემოთ) - მაგალითად, საქართველოში მცირე ქირურგიულ ოპერაციებს აკეთებენ ქირურგები (თუმცა უნდა აკეთებდნენ ზოგადი პროფილის ექიმები, სახელმწიფო სასწავლო გეგმის (კურიკულუმის) მოთხოვნების შესაბამისად), ხოლო ევროკავშირის ქვეყნებში - ზოგადი პრაქტიკის ექიმები;
- სამმართველოს პერსონალის - სპეციალისტებისა და მრჩევლების - ინდივიდუალური სამუშაოს აღწერილობების არარსებობა. მოცემულ ეტაპზე შემუშავებულია ზოგადი სამუშაოს აღწერილობები მხოლოდ საქმიანობის სფეროების მიხედვით (მაგალითად, იურიდიული მრჩეველი, პოლიტიკური მრჩეველი).

ზოგიერთი კონკრეტული საკითხი, გარდა ზემოაღნიშნულისა, დამატებით იქნა განხილული სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსთან. კერძოდ:

- პრობლემა ისეთ სიტუაციასთან დაკავშირებით, როდესაც ზოგიერთი პატიმარი რეგულარულად ითხოვს დიაგნოსტიკურ/თერაპიულ/ექსპერტიზის ხარჯებს, რაც სცილდება მათ უფლებას სათანადო სამედიცინო დახმარების თაობაზე, როგორც ამას უზრუნველყოფს პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის 45-ე მუხლი. ამასთან დაკავშირებით ჩვენ გვაცნობეს, რომ ამგვარ მოთხოვნებზე რეაგირების მიზნით პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის 45-ე მუხლით გათვალისწინებული პატიმარი პაციენტების უფლებების ხელყოფის გარეშე სამინისტრომ დაიწყო ციხეში

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტის შემუშავება – ეს იქნება ყოვლისმომცველი „უფლებათა ბილი“ პატიმრებისათვის, რომელშიც მკაფიოდ იქნება განსაზღვრული პენიტენციალურ სისტემაში ხელმისაწვდომ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული საკითხები. საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტი პენიტენციალურ სისტემაში სამოქალაქო სექტორში არსებული სტანდარტის ტანაბარი იქნება, თუმცა გარკვეული სერვისები უნდა გაფარდოვდეს საერთაშორისო საუკეთესო პრაქტიკის, ვალიდური სამედიცინო მონაცემების და პატიმართა საჭიროებების გათვალისწინებით;

- მთლიანი სისტემის მაღალ დონეზე ფუნქციონირების უზრუნველყოფა - მაგალითად, პერსონალის საქმიანობის შეფასების სისტემის დანერგვა, გაზომვადი მაჩვენებლების განსაზღვრა, ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) ინსტიტუციონალიზაცია, ხარისხის სამსახურის შექმნა (იხ. ჯანდაცვის მინისტრის #01-63/ნ ბრძანება, თავი Va), დაწესებულების სათანადო დაკომპლექტების უზრუნველყოფა საკანონმდებლო დონეზე და ა.შ.;
- ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრის განვითარების ალტერნატივების განხილვა და სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფოს ამოქმედების დაგეგმვა (საავადმყოფო ამჟამად კვლავ გარემონტების სტადიაზეა.)

რეკომენდაციები:

- *კონკრეტული სასწავლო საჭიროებების (ტრენინგების) განსაზღვრა და პრაქტიკაზე ორიენტირებული და კომპეტენციაზე დაფუძნებული სასწავლო პროგრამის შემუშავება სამედიცინო დეპარტამენტის პერსონალისათვის;*
- *სამედიცინო დეპარტამენტის პოლიტიკის შემუშავების საქმიანობის გაზრდა ზემოაღნიშნული სასწავლო პროგრამის მეშვეობით;*
- *დეტალური და ინდივიდუალური სამუშაოს აღწერილობების შემუშავება როგორც სამედიცინო დეპარტამენტისა და სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის დაწესებულებების პერსონალისათვის;*
- *სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტის შემუშავება, რომელშიც მკაფიოდ იქნება განსაზღვრული სისტემაში ხელმისაწვდომი სერვისების პაკეტი - თუმცა პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის 45-ე მუხლით გათვალისწინებული უფლებების დარღვევის გარეშე;*
- *ლიცენზიების/ნებართვების მოპოვების მიმდინარე პროცესის დასრულება სასჯელაღსრულების სისტემის სტაციონარული დაწესებულებებისათვის;*
- *პირველადი ჯანდაცვის სამსახურებისათვის, რომლებიც ახორციელებენ მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობას – სამართლებრივი მოთხოვნების დაცვის უზრუნველყოფა;*
- *პროცედურების შემუშავება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში მონაცემთა მართვის გაუმჯობესების მიზნით შესაბამის სტატისტიკურ ფორმებში კონკრეტული ხარვეზებისა და საჭიროებების იდენტიფიცირებისა და მათზე რეაგირების და მონაცემთა ანალიზის და მიწოდების უფრო ეფექტიანი და ერთიანი პროცესების მეშვეობით;*
- *პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის პრაქტიკული უნარების გაზრდა სპეციალობების/ქვესპეციალობების მოთხოვნებით გათვალისწინებული ყველა მომსახურების უზრუნველსაყოფად.*

IV. ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრაქტიკა

სასჯელადსრულების სისტემის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ვიზიტის დროს, აგრეთვე პატიმარ პაციენტებთან ინტერვიუებიდან გამოვლინდა, რომ უმეტესწილად პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკა მნიშვნელოვნად შეიცვალა პოზიტიურად ბოლო 12 თვის განმავლობაში სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების, ერთგულებისა და სამედიცინო დამოუკიდებლობის თვალსაზრისით პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობებსა და პატიმრების მხრიდან სამედიცინო პერსონალის ნდობასთან, ეგრეთვე სამედიცინო მოსმახურების ხარისხსა და ხელმისაწვდომობასთან მიმართებით. პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკის კარგი პოლიტიკის მაგალითია ჰიგიენური საშუალებების კომპლექტის გადაცემა ახალი პატიმრებისათვის.

თუმცა, სახალხო დამცველის ოფისის წარმომადგენლების მიერ მიწოდებული ინფორმაციით, 2013 წელს პატიმართა საჩივრების 90% ეხებოდა არასათანადო სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას. ყველაზე ხშირად პატიმართა საჩივრები ეხებოდა ფსიქოტროპული პრეპარატების არასაკმარის უზრუნველყოფას და არასწორად დასმულ დიაგნოზს, ასევე სამედიცინო დახმარების, უპირატესად მეორადი სამედიცინო მომსახურების დაგვიანებას, როდესაც ხორციელდებოდა მომლოდინეთა ელექტრონულ სიაში ჩაწერა გეგმიური მეორადი სამედიცინო ინტერვენციის მიზნით.

შემფასებელთა ჯგუფმა დადებითად შეაფასა საჩივრების ყუთის არსებობა ვიზიტის ფარგლებში მონახულებულ ყველა ციხეში. თუმცა, როგორც წესი, ისინი მოთავსებული იყო ვიდეო სათვალთვალო კამერით კონტროლირებულ ტერიტორიაზე.

გარდა ზემოხსენებულისა, ანგარიშში განხილულია ციხეებში არსებული პრაქტიკა ჯანდაცვისა და სამედიცინო ეთიკის თაობაზე წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის 7 პრინციპის⁴ შესაბამისად:

ექიმის თავისუფალი ხელმისაწვდომობა: შეფასების ჯგუფს სასჯელადსრულების სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის წარმომადგენლებმა აცნობეს, რომ დახურული ტიპისა და წინასწარი პატიმრობის დაწესებულებებში, როგორც წესი, პატიმრებმა სამედიცინო კონსულტაციის მიღების თაობაზე სურვილი უნდა აცნობონ (წერილობით ან ზეპირად) დაცვის თანამშრომელს. ეს უკანასკნელი აცნობებს ექიმს, რომელიც ახორციელებს პაციენტთან ვიზიტს, სინჯავს და კონსულტაციას უწევს მას საკანში. ეს პროცედურა ეწინააღმდეგება სამედიცინო კონფიდენციალურობის პრინციპს, რადგან პაციენტის ჩივილის თაობაზე ცნობილი ხდება დაცვის თანამშრომლისათვის, სხვა პატიმრებისა და უსაფრთხოების პერსონალისათვის საკანში გასინჯვისა და კონსულტაციის მიცემის დროს.⁵ გარდა გადაუდებელი სიტუაციებისა, ნებისმიერი სამედიცინო შემოწმება და კონსულტაცია უნდა ჩატარდეს განმარტოებით და კონფიდენციალურობის დაცვით ექიმის კაბინეტში.⁶ კარგი პრაქტიკის მაგალითისათვის, ეს საკითხი კარგად არის მოგვარებული #8 პატიმრობის დაწესებულებაში, სადაც ექთანი და/ან პირველადი ჯანდაცვის ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ყოველდღიურად ამოწმებს პალატაში, თუ ვინ საჭიროებს სამედიცინო კონსულტაციას და ითხოვს პაციენტის მიყვანას პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო ოთახში.

⁴ ექიმის თავისუფალი ხელმისაწვდომობა, ზოგადი ჯანდაცვის ეკვივალენტობა, სამედიცინო კონფიდენციალურობა, პრევენციული ჯანდაცვა, ჰუმანიტარული დახმარება, პროფესიული დამოუკიდებლობა, პროფესიული კომპეტენტურობა,

⁵ პუნქტი 51, ამონარიდი წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის ზოგადი ანგარიშიდან (CPT/Inf (93)12)

⁶ იქვე, პუნქტი 35

მოცემულ ეტაპზე მეორადი ჯანდაცვის გეგმიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა კარგად რეგულირდება მომლოდინეთა ელექტრონული სიის საფუძველზე. თუმცა, გასათვალისწინებელია, რაც უნდა განემარტოთ პაციმრებსა და მთელ სამედიცინო პერსონალს, რომ მომლოდინეთა სიაში ნებისმიერ პაციენტს, რომლის მკურნალობაც გადაუდებელი ხდება ექიმის დასკვნის საფუძველზე, დაუყოვნებლივ ჩაუტარდეს მკურნალობა და, რომ მომლოდინეთა სია უზრუნველყოფს გადაუდებელი ჩარევის საშუალებას.

პენიტენციური ჯანდაცვა უფრო მეტად დაუახლოვდება ზოგადი ჯანდაცვის ეკვივალენტობას, როგორც კი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში გაუმჯობესდება მატერიალური პირობები და განახლდება სამედიცინო აღჭურვილობა. თუმცა, რამდენადაც სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორის სტანდარტები არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული, პენიტენციურ სისტემაში სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტობა რთულად შესაფასებელია.

სამედიცინო კონფიდენციალურობა, როგორც ჩანს, კარგად არის დაცული, დახურული ტიპის ზოგიერთ დაწესებულებაში განაცხადის გაკეთებისა და სამედიცინო შემოწმების ზემოხსენებული პრაქტიკის გარდა. თუმცა, პაციმრობის კოდექსის 24-ე (2) მუხლი ეწინააღმდეგება სამედიცინო კონფიდენციალურობას,⁷ რომლის მიხედვითაც დაწესებულებაში პაციმრის მიღებისას მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სავალდებულო შემოწმების თაობაზე ცნობა შემდგომ მის პირად (=არასამედიცინო) საქმეში ინახება.

პრევენციული ჯანდაცვის პრინციპი მიუთითებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაცვის მნიშვნელობაზე ზოგად საცხოვრებელ პირობებთან, კვებასთან, სანიტარულ პირობებთან, გონებრივ და ფიზიკურ აქტივობასთან, აგრეთვე ციხეში მიზნობრივ პრევენციულ ღონისძიებებთან დაკავშირებით კონკრეტული პათოლოგიების კუთხით, როგორიცაა: ინფექციური დაავადებები, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, წამალზე დამოკიდებულება და ძალადობა, რაც შესაბამის თავში ქვემოთ არის განხილული.

ჰუმანიტარული დახმარება ძირითადად ეხება დაუცველ პაციმრებს, როგორიცაა: ქალები, ორსული ქალები, ბავშვიანი დედები და სექსუალური/ეთნიკური/ენობრივი უმცირესობები. რუსთავის #5 ქალთა დაწესებულებაში იდენტიფიცირებული არიან და მზრუნველობენ დაუცველ პაციმრებზე. მშობიარობა მხოლოდ სამოქალაქო საავადმყოფოებში ხორციელდება. ჯანმრთელობის გამო გათავისუფლებულ პაციმართა რაოდენობის მნიშვნელოვანი ზრდა დაავადებათა ჩამონათვალისა და ერთობლივი კომისიის მიერ შემუშავებული კრიტერიუმების საფუძველზე ასევე მნიშვნელოვან ნაბიჯს წარმოადგენს ჰუმანიტარული დახმარების კუთხით მძიმე და განუკურნებელი სენით დაავადებული პაციმრებისათვის.

სამედიცინო პროფესიული დამოუკიდებლობასთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალმა გვაცნობა, რომ ზემდგომი არასამედიცინო პერსონალი არასოდეს ერევა მათ საქმიანობაში და, რომ მათთვის არასოდეს უთხოვიათ, დაედასტურებინათ პაციმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ვარგისიანობის დადასტურება სამართლო პაციმრობისა თუ სხვა სახის სასჯელისათვის, ან მონაწილეობა მიეღოთ სხეულის დათვალიერებაში, ან გამოეყენებინათ იძულებითი კვება მოშიშმიღეთა მიმართ. თუმცა, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ციხეში სამედიცინო პროფესიული დამოუკიდებლობა და სამედიცინო ეთიკის სხვა პრინციპები სასჯელაღსრულების სისტემის მარეგულირებელ სამართლებრივ ჩარჩოში უნდა აისახოს.

⁷ იქვე, პუნქტები 50-51

საჭიროა მოსამზადებელი და უწყვეტი მომზადება (ტრენინგი), როგორც ეს ხორციელდება და შეესაბამება სამოქმედო გეგმის 1-ლ, მე-2, მე-4 და მე-11 ამოცანებს (ქვემოთ იხ. თავი IX), რათა მიღწეული და შენარჩუნებული იქნეს სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული კომპეტენტურობა. სასწავლო ცენტრის მიერ ეროვნული არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და უნივერსიტეტების, ასევე საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერით ჩატარებული ტრენინგები საჭიროებს გაძლიერებას. საჭიროა სამედიცინო პერსონალის სამუშაოს მკაფიო აღწერილობების შემუშავება, საჭირო უნარ-ჩვევებისა და კომპეტენციების განსაზღვრა.

სამართლებრივი განსაზღვრებები: საქართველოს პატიმრობის კოდექსი ნაწილობრივ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვისა და სამედიცინო ეთიკის კუთხით (მაგ., ზემოთ იხ. პატიმრობის კოდექსის მუხლი 24.2). ამ თვალსაზრისით, საერთაშორისო სტანდარტების უზრუნველსაყოფად, მიზანშეწონილად რჩება მათი სამართლებრივი ინიცირება პენიტენციალურ კანონმდებლობაში.

რეკომენდაციები:

- *საჩივრის ყუთები უნდა დაიდგას ვიდუოკამერის სათვალთვალო არეალის მიღმა;*
- *სამედიცინო კონფიდენციალურობა დაცული უნდა იქნეს განაცხადით მიმართვისა და უშუალოდ სამედიცინო შემოწმების/კონსულტაციის დროს, ხოლო სამედიცინო გამოკვლევები/კონსულტაციები ჩატარდეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების სამედიცინო ოთახებში და არა საკნებში;*
- *პატიმრებს სათანადოდ უნდა განემარტოთ მეორადი ჯანდაცვის მომსახურების მომლოდინეთა ელექტრონული სიის მიზნისა და ფუნქციონირების თაობაზე.*
- *პატიმრობის კოდექსის 24-ე (2) მუხლი სამედიცინო კონფიდენციალურობასთან დაკავშირებით უნდა გადაიხედოს და პატიმრობის კოდექსში განისაზღვროს სამედიცინო ეთიკის პრინციპები;*
- *სასჯელაღსრულების სისტემის, საზოგადოებრივი და სამოქალაქო ჯანდაცვის სტრუქტურების თანამშრომლობისა და ინტეგრაციის ხარისხი უნდა გადაიხედოს და განისაზღვროს.*

V. მარეგულირებელი ჩარჩო - მოქმედი კანონმდებლობის მიმოხილვა; სამართლებრივი ხარვეზები/პრობლემები

ერთ-ერთი პრიორიტეტული ფაქტორი რეფორმების წარმატებით განსახორციელებლად პენიტენციალური სისტემის დაწესებულებების - პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისა და სტაციონარების - საკანონმდებლო რეგულაციებთან არსებითად შესაბამისობის უზრუნველყოფაა. რამდენიმე ძირითადი დოკუმენტი, რომლებიც ქვემოთ არის განხილული, ითვალისწინებს სავალდებულო მოთხოვნებს დაწესებულებებისათვის ხარისხის უზრუნველყოფის, ჯანმრთელობის დაგეგმვის, ფართის ლიმიტების, სანიტარული და ჰიგიენური სტანდარტების, ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მოთხოვნების, პერსონალის საკვალიფიკაციო სტანდარტების, სამედიცინო დოკუმენტაციის მართვის წესებისა და ა.შ. თაობაზე.

Va) სამედიცინო დაწესებულებებში ხარისხის უზრუნველყოფის მარეგულირებელი კანონმდებლობა

საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის 01-63/ნ ბრძანება (12.09.2012) „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“ არეგულირებს ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა ერთეულის

შექმნას სტაციონარულ დაწესებულებებში და პაციენტზე ორიენტირებული, ხარისხიანი და ეფექტიანი მომსახურების უზრუნველყოფას.

ხარისხის სამსახური ახორციელებს ისეთი პრიორიტეტული სფეროების მონიტორინგს, როგორიცაა: ნებართვები; ფიზიკური ინფრასტრუქტურისა და სამედიცინო აღჭურვილობის სათანადო ფუნქციონირება, პერსონალის კვალიფიკაცია; სანიტარული, ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური მეთვალყურეობის რეჟიმი; ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და სტანდარტების (პროტოკოლების) ინსტიტუციონალიზაცია; ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლი; სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება სტატისტიკისა და რეფერირების მართვის ჩათვლით.

არსებული მდგომარეობა: ბრძანება ჯერ არ სრულდება. პირველადი ჯანდაცვისა და სტაციონარული საქმიანობის თვალსაზრისით სასჯელაღსრულების სამინისტრო გეგმავს შესაბამისი ღონისძიებების განხორციელებას 2014 წლის თებერვალ-მარტში (ამ მიზნით 2014 წლის იანვრიდან სამედიცინო დეპარტამენტი გეგმავს ცალკე პოლიტიკური მრჩეველის დაქირავებას).

სამსახურის შექმნისა და შესაბამისი მონიტორინგის სისტემის ამოქმედების შემდეგ შესაძლებელია ზემოხსენებულმა ბრძანებამ მნიშვნელოვანწილად შეუწყოს ხელი სტაციონარული დაწესებულებებისა და პერსონალის საქმიანობის სრულყოფილ მართვას.

Vb) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მოთხოვნების მარეგულირებელი კანონმდებლობა

„სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციის განსაზღვრისა და პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების მინიმალური მოთხოვნების დამტკიცების შესახებ“ ჯანდაცვის მინისტრის 01-25/ნ ბრძანება (19.06.2013) განსაზღვრავს ძირითად მოთხოვნებს. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ბრძანებით გათვალისწინებული მოთხოვნები ვრცელდება და სავალდებულოა მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის, რომლებიც ჯანდაცვის საყოველთაო დაზღვევის პროგრამას ახორციელებენ. თუმცა ისინი მაღალი მოთხოვნის სტანდარტებია, რომლებიც შეიძლება რეკომენდებული იყოს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის ნებაყოფლობითი გაიდლაინების სახით. 01-25/ნ ბრძანებით გათვალისწინებული მოთხოვნებიდან შემდეგი მოთხოვნები იშვიათად სრულდება ვიზიტის ფარგლებში მონახულებულ დაწესებულებებში:

- მოსაცდელი და რეგისტრატურის ფართი - არანაკლებ 12 მ² (ზემოხსენებული ბრძანების დანართი 1, თავი 2);
- მინიმალური მოთხოვნები შეზღუდული შესაძლებლობების პირებისათვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად - მაგ., პანდუსები პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების შესასვლელში;
- პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში, „ცივი ჯაჭვის ციკლის“ ჩათვლით, აღჭურვილობის მცირე შეუსაბამობა სათანადო წარმოების პრაქტიკის (GMP) და დისტრიბუციის პრაქტიკის (GDP) სტანდარტებთან (განსაკუთრებით, ფარმაცევტული მაცივრებისა და საყინულებების/რეფრიჟერატორების არარსებობა); „ცივი ჯაჭვის ციკლის“ მართვის სისტემის არარსებობა.

ზოგადად, უნდა აღინიშნოს, რომ პირველადი ჯანდაცვის მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზა სრულად არ მოქმედებს ყოვლისმომცველი ორგანული კანონის სახით, რაც ხელს უშლის სისტემის ეფექტიან ფუნქციონირებას, აგრეთვე სისტემის ქმედითობის შეფასებასა და დაგეგმვას.

ორგანული კანონი გააერთიანებდა ყველა ძირითად საკითხს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში და მკაფიოდ განსაზღვრავდა განვითარების სტრატეგიას.

როგორც ჯანდაცვის სამინისტრომ შეფასების ჯგუფს აცნობა (იხ. თავი VIII), ორგანული კანონი „პირველადი ჯანდაცვის შესახებ“ შემუშავების სტადიაზეა.

Vc) სტაციონარული დაწესებულებებისა და მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის მოთხოვნების მარეგულირებელი კანონმდებლობა

ამ სექციაში მოკლედ არის განხილული შესაბამისი კანონმდებლობა და წარმოდგენილია ის კონკრეტული მოთხოვნები, რომლებსაც იშვიათად აკმაყოფილებს სასჯელაღსრულების სისტემის სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებები/პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები.

საქართველოს მთავრობის „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ #359 დადგენილება (13/02/2014) ეხება კონკრეტულ მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობას, რომელიც პენიტენციურ სისტემაში ხორციელდება და ეხება ინფექციურ დაავადებებს, მათ შორის ტუბერკულოზს, ჰეპატიტსა და აივ-ინფექცია/შიდსს. მოცემულ ეტაპზე ის დაწესებულებები, რომლებშიც ვიზიტი განხორციელდა, იშვიათად აკმაყოფილებენ შემდეგ აუცილებელ პირობებს:

- ნარჩენების სათანადო უტილიზაცია, დეზინფექციის პროცესის გარკვეული კონტროლი სამედიცინო პერსონალის მხრიდან (აღნიშნული საქმიანობა უნდა რეგულირდებოდეს ჯანდაცვის მინისტრის #300/ნ ბრძანების (16.08.2001) შესაბამისად) – ეს პრობლემა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებს ეხება;
- დეზინფექციისა და სტერილიზაციის პროცესების, მათ შორის დანიშნული სამედიცინო პერსონალის სათანადო მართვა კანონმდებლობის (ჯანდაცვის მინისტრის #300/ნ ბრძანების (16.08.2001)) შესაბამისად;
- საოპერაციო ბლოკებში იმ აღჭურვილობის სათანადო მოვლის არარსებობა, რომლის მიზანია აბსოლუტურად სუფთა ჰაერის ნაკადის 95%-იანი უზრუნველყოფა (რაც, ფაქტობრივად, ნიშნავს ლამინარული ჰაერის ნაკადის სისტემის HEPA-ს ფილტრებით აღჭურვას) - კერძოდ, ფილტრებს არ ცვლიან შესაბამისი ტექნიკური მოთხოვნების მიხედვით; ეს პრობლემა არსებობს ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრშიც (იხ. თავი IIIa);
- გამოკვლევების/მანიპულირების ოთახ(ებ)ის აღჭურვა სავენტილაციო სისტემით შემცირებული წნევის უზრუნველსაყოფად; ეს პრობლემა ეხება პირველადი ჯანდაცვის კონკრეტულ ცენტრებს (რომლებიც მდებარეობს ##2 და 8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში და რომლებშიც განხორციელდა შეფასებითი ჯგუფის ვიზიტი; აგრეთვე, როგორც ითქვა, ##7 და 15 დაწესებულებებში), რომლებიც ახორციელებენ მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობას - იხ. თავი IIIB.

დღეისათვის „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის #385 დადგენილებით (17.12.2010) გათვალისწინებული შემდეგ აუცილებელ პირობებს იშვიათად აკმაყოფილებენ ვიზიტის ფარგლებში მონახულებული დაწესებულებები:

- დაგეგმვის სტანდარტები და მოთხოვნები, რომლებიც განსაზღვრულია საქართველოს მთავრობის #385 დადგენილებით (მაგ. მინიმალური ფართი თითოეულ პაციენტზე უნდა იყოს არანაკლებ 8მ², დადგენილების დანართი 2.1) არ შეფასდა დოკუმენტურად, რამდენადაც ტექნიკური დოკუმენტაცია/ნახაზები არ

ყოფილა ხელმისაწვდომი და შეფასების ფართის შეფასება მხოლოდ ვიზუალურად იყო შესაძლებელი;

- მართვის ნოზოკომიური ინფექციების მართვა, როგორც ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის ნაწილი (შესაბამისი დოკუმენტია ჯანდაცვის მინისტრის ზემოხსენებული #01-63/ნ ბრძანება (12.09.2012));
- სავენტილაციო და საკანალიზაციო სისტემების მართვა - ეს სისტემები უნდა გაიმიჯნოს ინფექციური და/ან გადამდები დაავადების მქონე პაციენტების შემთხვევაში (აღნიშნულმა მოთხოვნამ გარკვეული სირთულეები გამოიწვია ახლად გარემონტებული სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფოს დაპროექტებისას და სამშენებლო სამუშაოების წარმოებისას);
- სამედიცინო დანიშნულების აირების ცენტრალიზებული სისტემა - როგორც სავალდებულო სისტემა (მოთხოვნას აკმაყოფილებს ზემოხსენებული სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფო, რომელშიც ამჟამად სარემონტო სამუშაოები მიმდინარეობს; სისტემა არ არსებობს ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში).

Vd) სანიტარული და ჰიგიენური სტანდარტების მარეგულირებელი კანონმდებლობა

- ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანება N300/ნ „სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, შენახვისა და გაუვნებლების სანიტარული წესების დამტკიცების თაობაზე“ (16.08.2001), მართალია, ძირითადად მოძველებულია, მაგრამ *დე იურე* და *დე ფაქტო* მაინც მოქმედებს (რადგან არ არსებობს მსგავსი ახალი დოკუმენტები). იგი ითვალისწინებს რამდენიმე პრაქტიკული მნიშვნელობის საკითხსა და ნორმას, როგორიცაა: სამედიცინო ნარჩენების კლასიფიკაცია საშიშროების კლასის მიხედვით; ნარჩენების გაუვნებელობის წესები; ნარჩენების შეგროვებისა და დროებითი შენახვის წესები, სამედიცინო ხელსაწყოებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების დეზინფექციის წესები; ნარჩენების გადაყრის მოთხოვნები ზოგადი პროფილის, ინფექციურ და ტუბერკულოზის სამკურნალო დაწესებულებებში და ა.შ.
- სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის მინისტრების ერთობლივი ბრძანება #87-83/ნ „ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა კვების ნორმებისა და სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმების შესახებ“ (20-25.05.2011) ძირითადად მოიცავს ყველა შესაბამის მოთხოვნასა და ნორმას, რომლებიც პირდაპირ უკავშირდება საკვების მომზადებას, კვების ხარისხს, პატიმრებისათვის მიცემული ულუფის რაოდენობას, კალორიულობასა და პროდუქციის ნაირსახეობას, სხვადასხვა კატეგორიის პატიმართა ადამიანის უფლებებს. ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორიცაა: კვების ბლოკში ინფექციების პრევენცია, პერსონალი, აუცილებელი აღჭურვილობის ნუსხა - ძალიან მოკლედ არის განხილული და არ არის საკმარისი სრულყოფილი რეგულირებისათვის.

სხვა მნიშვნელოვანი სანიტარული და ჰიგიენური პროცესები (პირველადი ჯანდაცვისა და სტაციონარული) სამედიცინო დაწესებულებებში ხორციელდება სასჯელაღსრულების სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტსა და მომსახურების მიმწოდებლებს შორის დადებული კონტრაქტების (აუთსორსინგის) მეშვეობით. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალისა და ხელმძღვანელობის თქმით, სადეზინფექციო, გაუსნებოვნების, ოთახების დასუფთავების, ნარჩენების უტილიზაციისა და ა.შ. სტანდარტები სრულდება, რთულია რეალობის შემოწმება კონტრაქტების შინაარსის ანალიზის გარეშე.

ვიზიტის დროს გამოვლენილი ძირითადი საერთო პრობლემა ის არის, რომ დაწესებულებათა უმეტესობა სრულად არ აკმაყოფილებს მთელ რიგ საკანონმდებლო

მოთხოვნებს, როგორც ზემოთ აღინიშნა. ეს კი უარყოფითად მოქმედებს მოვლის ხარისხისა და პაციენტთა უსაფრთხოებაზე. უნდა აღინიშნოს, რომ დროის სიმცირის გამო მხოლოდ ყველაზე გავრცელებული/ხშირი და ადვილად შესამჩნევი საკითხები იქნა იდენტიფიცირებული მარეგულირებელ მოთხოვნებთან შეუსაბამობის თვალსაზრისით რაც ანგარიშში აისახა.

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის ძირითადი მიზანია, სასჯელადსრულების სამინისტროს მისცეს გონივრული ვადა (თუმცა არ არის განსაზღვრული) და აქტიურად შეუწყოს მას ხელი პენიტენციალური სამედიცინო დაწესებულებების ეტაპობრივად გაუმჯობესებისათვის, რომლებიც ექვემდებარებიან სამართლებრივ რეგულირებასა და შესაბამის კონტროლს/მონიტორინგს, საკანონმდებლო მოთხოვნების დაკმაყოფილების მიზნით. ასეთ მიდგომას ჯანდაცვის სამინისტრო განიხილავს როგორც გარკვეულ არაპირდაპირ დახმარებას რეფორმის განსახორციელებლად. თუმცა, აღსანიშნავი და გასათვალისწინებელია, რომ ეს პოლიტიკა, რომელიც მიმართულია სავალდებულო ნორმების დაცვის უზრუნველსაყოფად, მოცემულ ეტაპზე არ არის „შეფუთული“ რაიმე ოფიციალური დოკუმენტით/შეთანხმებით.

რეკომენდაციები:

- *ჯანდაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობით „საკანონმდებლო შესაბამისობის მონაცემთა ბაზის“ შემუშავება, რომელშიც განსაზღვრული იქნება კონკრეტული უფლებამოსილი დაწესებულებები და შესაბამისი პრობლემები (მონაცემთა ბაზა გამოყენებული უნდა იქნეს სამოქმედო გეგმის შემუშავებისათვის, რომლის ძირითადი მიზანი იქნება ჯანდაცვის შესახებ კანონმდებლობის/რეგულაციების მაქსიმალური შესაბამისობის ეტაპობრივად მიღწევა);*
- *ჯანდაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობით რესურსების განაწილების გეგმის შემუშავება;*
- *ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთობლივად იმ ვადის განსაზღვრა, რომელიც საჭირო იქნება შესაბამისი დაწესებულებებისათვის, რათა სრულად დააკმაყოფილონ არსებული მოთხოვნები;*
- *სასჯელადსრულების სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი - და არა სასჯელადსრულების დეპარტამენტი - უნდა იყოს პასუხისმგებელი გარე მომსახურების კონტრაქტ(ებ)ის დადებაზე ციხეებში სანიტარული და ჰიგიენური პირობების მართვის კუთხით და ახორციელებდეს მომსახურების მიმწოდებლ(ებ)ის საქმიანობის მონიტორინგს;*
- *„ცივი ციკლი“ მართვის სისტემის შემუშავება ISO მოთხოვნების გამოყენებით; მიზანშეწონილია, მართვის პროცესი განახორციელოს სასჯელადსრულების სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სამმართველომ;*
- *„პირველადი ჯანდაცვის შესახებ“ ორგანული კანონის სწრაფად შემუშავებისათვის ხელშეწყობა სამართლებრივად რეგულირებული ფორმატის ფარგლებში.*

VI. ციხისათვის დამახასიათებელი სამედიცინო პრობლემები - კლინიკური საკითხები

ფსიქიკური ჯანმრთელობა: პენიტენციალური რეფორმის განხორციელების მოცემულ ეტაპზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას ერთ-ერთი სუსტ წერტილად მიიჩნევენ სასჯელადსრულების მინისტრის მოადგილე. ამ საკითხზე განსაკუთრებული ყურადღებას ამახვილებს სამოქმედო გეგმის #4 ამოცანა. სტრატეგიაში აღნიშნულია, რომ მონაცემები დაავადებათა პრევალენტობის შესახებ 2011-2012 წლებში შესაძლებლობას აძლევს

სამინისტროს მართებულად განსაზღვროს პრიორიტეტები და გადაანაწილოს რესურსები. ეს ნამდვილად არ ეხება ფსიქიკურ დაავადებებს: იმის გათვალისწინებით, რომ საერთაშორისო სტატისტიკის მიხედვით, ციხეში ფსიქიკური დარღვევების პრევალენტობა დაახლოებით 70%-ია, 2013 წელს საქართველოს ციხეებში წარმოდგენილი ფსიქიკური დარღვევების 3%-ზე ნაკლები მაჩვენებელი უფრო მეტად მიუთითებს არასათანადო იდენტიფიცირებაზე, ვიდრე რეალურ პრევალენტობაზე. ანალოგიურად, ციხეებში ვიზიტის დროს ფსიქიკური დაავადებების პრევალენტობის მოთხოვნისას გვაძლევდნენ ინფორმაციას იმ პაციენტების რაოდენობაზე, რომლებიც იმყოფებოდნენ ნეიროლეფსიური ან ანტიდეპრესიული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ქვეშ, ხოლო პიროვნული აშლილობის მქონე ბევრი პაციენტი შეუმჩნეველი რჩება, ან არ ხდება მათი იდენტიფიცირება და ICD-10 კოდის დადგენა. ამ საკითხებზე ტრენინგის გაძლიერება, თითოეულ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში სულ მცირე ერთი ფსიქიატრის ხელმისაწვდომობა და სამედიცინო პერსონალის ფსიქოლოგებსა და სოციალურ მუშაკებთან თანამშრომლობის გაღრმავება, როგორც ეს დაგეგმილია და დაიწყო სამოქმედო გეგმის #4 ამოცანის ფარგლებში, ისევე როგორც ინტენსიური თანამშრომლობა არასამთავრობო ორგანიზაციასთან „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ (GIP), იმედია, გააუმჯობესებს ფსიქიკური დარღვევების მქონე პაციენტთა იდენტიფიკაციასა და მოვლას. გარდა ამისა, მწვავე ფსიქოზის მქონე პაციენტებს უნდა მკურნალობდნენ არა ციხეში, არამედ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, თუ ამავდროულად ისინი არ ექვემდებარებიან იძულებით მკურნალობას ქუტირის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, ხონის მუნიციპალიტეტში. ამ თვალსაზრისით GIP-ის ინიციატივა სასჯელაღსრულების ფსიქიატრიული საავადმყოფოს განყოფილების თაობაზე სასჯელაღსრულების ერთ-ერთი დაწესებულების ფარგლებში შემდგომში უნდა გაგრძელდეს.

დაწესებულებაში მიღებისას და პატიმრობაში ყოფნის პერიოდში ფსიქიკური აშლილობების იდენტიფიკაცია სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის მიერ თვითმკვლელობის პრევენციის მნიშვნელოვანი ნაწილია. გარდა ამისა, თვითმკვლელობის პრევენციის პროგრამა და რეკომენდაცია (გაიდლაინი), რომელიც ამჟამად შემუშავების სტადიაზეა ევროკავშირის/ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის - „ადამიანის უფლებები სასჯელაღსრულების და სხვა დახურული ტიპის დაწესებულებებში“ - მხარდაჭერით, მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯი იქნება. კარგი პოლიტიკის მაგალითისათვის უნდა აღინიშნოს ყველა იმ პატიმრის გადაყვანა ფსიქიატრიული სტაციონარულ სამკურნალო დაწესებულებაში, რომლებსაც თვითმკვლელობისაკენ მიდრეკილება აქვთ, როგორც ამას ახორციელებს რუსთავის ქალთა დაწესებულების სამედიცინო ჯგუფი.

როგორც სამედიცინო დეპარტამენტმა შეფასების ჯგუფს აცნობა, თვითდაზიანებისაკენ მიდრეკილ პატიმრებს შეიძლება თავად მოუწიოთ ხარჯების ანაზღაურება თვითდაზიანების შემთხვევაში მიყენებული ზიანისათვის. პატიმართა ფსიქიკური აშლილობის სფეროში ექსპერტების უმრავლესობის აზრით, მიდგომა იმ პატიმრებთან მიმართებით, რომლებმაც თვითდაზიანება მიიყენეს, უნდა იყოს თერაპიული და არა სადამსჯელო.

წამალდამოკიდებულება: ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე დამოკიდებულება, გარკვეულწილად წარსულში პატიმრებისათვის ფსიქოაქტიურ საშუალებათა უკონტროლო მიწოდების გადმონაშთი, კვლავ დიდ პრობლემებს უქმნის პატიმართა ჯანდაცვის მენეჯმენტს და საჩივრების, თვითდაზიანებებისა და თვითმკვლელობის მცდელობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს. სასჯელაღსრულების სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტს პრობლემა მთლიანად აქვს იდენტიფიცირებული; მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით შემუშავდა სტრატეგიები. ციხის ექიმებთან ამ საკითხების განხილვისას შეფასების ჯგუფს შეექმნა შთაბეჭდილება, რომ ფსიქოაქტიური

საშუალებების გამოწერისას ახლა უფრო მეტ სიფრთხილეს იჩენენ. შესაძლებელია გახდა რამდენიმე პაციენტის გადაყვანა სპეციალიზებულ სტაციონარულ კლინიკა ურანტში. რამდენიმე დაწესებულებაში ამბულატორიული მკურნალობას ურანტის ნარკოლოგები ახორციელებენ რეგულარული ვიზიტების ფარგლებში.

პაციენტობის ორ (ქუთაისის #2 და თბილისის #8) დაწესებულებაში ოპიატურ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პაციენტებს ხელი მიუწვდებათ მეტადონის დეტოქსიკაციის პროგრამებზე 6 თვემდე ვადით გლობალური ფონდის მხარდაჭერით. თუმცა, დეტოქსიკაციის დასაწყისში მეტადონის მაქსიმალური დოზა (35 მგ) შედარებით დაბალია, რაც დამატებითი ფსიქოტროპული პრეპარატების ნდომის სავარაუდო მიზეზია. დეტოქსიკაციის პროგრამის ამოქმედება იგეგმება რუსთავის ქალთა #5 დაწესებულებაში, მაგრამ ჯერ არ დაწყებულა. დღემდე მეტადონის შენარჩუნების პროგრამებს არ ითვალისწინებს ხელისუფლება. წამალდამოკიდებული პაციენტების მოვლა განსაკუთრებით მოწყვლად ეტაპზე დაუყოვნებლივ გათავისუფლების შემდგომ უნდა გაძლიერდეს გათავისუფლებისათვის წინასწარი მომზადებისა და დამოკიდებული პაციენტის მზრუნველობის გარე უწყებებთან თანამშრომლობის გზით.

პარენტერალური ინფექციები, აივ-ინფექცია/შიდსი და, განსაკუთრებით, C ჰეპატიტი (HCV) ძირითად პრობლემას წარმოადგენს, რაზეც სასჯელადსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია ყურადღებას ამახვილებს (##7 და 8 ამოცანები). ნებაყოფლობით კონსულტაციისა და ტესტირების (VCT) ინტენსიური სკრინინგი (აივ > 6000, HCV ახლახანს დაიწყო > 400) ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაცია „თანადგომის“ მხარდაჭერით, პაციენტთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა ტესტი დადებითია, ჯერ არ არის ცნობილი. საჭიროა პრევენციული და ზიანის შემცირების ღონისძიებების - საგანმანათლებლო ღონისძიებების, კონდომის ხელმისაწვდომობაზე დაბალი ბარიერის - ინტენსიფიკაცია და განვრცობა; საზოგადოებრივ და ასევე რამდენიმე დაწესებულების სისტემაში აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული ზიანის შემცირების ეფექტიანი სტრატეგიების, მაგალითად, პენიტენციალურ სისტემაში ნემსების/შპრიცების გაცვლითი პროგრამების, დანერგვა. 2014 წელს იგეგმება 5000 პაციენტის ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე (HBV). მწვავე სტადიაზე აივ-ინფექციით დაავადებული პაციენტებისათვის ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ხორციელდება რესპუბლიკურ კლინიკურ ინფექციურ საავადმყოფოსთან კონსულტაციითა და მისი ზედამხედველობის ქვეშ. C ჰეპატიტის (HCV) და B ჰეპატიტის (HBV) პროგრამის ინიცირება, რომელიც ითვალისწინებს C ჰეპატიტზე 12000 ტესტის ჩატარებას, წელიწადში 500-მდე პაციენტისათვის მკურნალობას და 5000 ადამიანის ვაქცინაციას B ჰეპატიტზე შესაძლებელი გახდა ფონდი „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ პროგრამის მხარდაჭერით.

ტუბერკულოზის პრევენციის, ტესტირებისა და მკურნალობის გაუმჯობესებას ითვალისწინებს #6 ამოცანა. სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის თანახმად, 2013 წელს ციხეში ახალი შემთხვევების რაოდენობა 117-მდე შემცირდა (2011 წელს 800 შემთხვევასთან შედარებით). ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო გარემონტებულ ცენტრი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისათვის უზრუნველყოფს უკეთეს საცხოვრებელ პირობებსა და კვებას, სათანადოდ განცალკევების მექანიზმებს დაავადებისა და რეზისტენტულობის მექანიზმის შესაბამისად და ფუნქციონირებს ტუბერკულოზის ეროვნულ პროგრამასთან კოორდინირებულად. ლაბორატორიის აღჭურვილობა შემოიფარგლება ნახველის ნაცხის მიკროსკოპიით და აუცილებლად საჭიროებს უსაფრთხოების მოწყობილობების (კერძოდ, „გამწოვი მექანიზმის“) განახლებას. მიკრობაქტერიული კულტურისა და მგრძნობელობის ტესტირების ნიმუშები ეგზავნება ტუბერკულოზის ეროვნულ ცენტრს. Gene-Xpert ტექნოლოგია ხელმისაწვდომია, მაგრამ მხოლოდ იმ შემთხვევაში გამოიყენება, თუ

ფიზიოლოგები საჭიროდ ჩათვლიან. ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში ამჟამად 200 პაციენტი მკურნალობს, 48 გადის DOTS plus კურსს მულტი-რეზისტენტული (MDR) ტუბერკულოზის, 4 პაციენტი ექსტენსიური რეზისტენტული (XDR) ტუბერკულოზის სამკურნალოდ, ხოლო 4 პაციენტი - ტუბერკულოზსა და აივ-ინფექციაზე მკურნალობს. საქართველოში დღეისათვის 224 პაციენტი გადის DOTS-ის, ხოლო 50 - DOTS Plus-ის მკურნალობას.

საქართველოს ციხეებში შიმშილობის გამოცხადება ხშირი მოვლენაა. ქუთაისის #2 დაწესებულებაში მხოლოდ ერთი ექიმი გამოყოფილი მოშიმშილეთა მოვლაზე. როგორც სამედიცინო პერსონალმა აღნიშნა შეფასებითი ვიზიტის დროს, ყველაზე ხშირად ადგილი აქვს არა მშრალ შიმშილობას, არამედ აძლევენ სითხეს, ვიტამინებსა და ელექტროლიტებს. იმ ციხეებში, რომლებშიც ვიზიტი განხორციელდა, 2013 წელს არც ერთი მოშიმშილესათვის არ დაუნიშნავთ იძულებითი კვება და ადგილი არ ჰქონია არც ერთ ფატალურ შემთხვევას. შემუშავდა რეკომენდაციები (გაიდლაინები) მოშიმშილეთა მართვის თაობაზე,⁸ სასწავლო ცენტრმა დაიწყო ტრენინგები მოშიმშილეთა მართვის თაობაზე აღნიშნული რეკომენდაციების შესაბამისად.

ვიზიტის ფარგლებში მონახულებულ ყველა ციხეში გვაჩვენეს დაზიანების შესახებ ანგარიშები, რომელთა წარმოება და შენახვა რეგულარულად ხორციელდება. ახლად მიღებული პაციენტები გადიან შემოწმებას ძალადობის ნიშნებზე, რაც დოკუმენტურად უნდა აღირიცხოს და ოქმის სახით ეცნობოს ხელისუფლების წარმომადგენლებს. ძალადობის პრევენციისა და აღრიცხვის თაობაზე ტრენინგი დაწყებულია და საჭიროა მისი ინტენსიფიკაცია.

რეკომენდაციები:

- *ფსიქიკური, მათ შორის პიროვნული, დარღვევების მექანე პაციენტთა იდენტიფიკაციისა და მათი მკურნალობის გაძლიერება ტრენინგის, ფსიქიატრების სათანადო ხელმისაწვდომობისა და ინტერდისციპლინარული თანამშრომლობის მეშვეობით;*
- *პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიატრიული სტაციონარული საავადმყოფოს შექმნა;*
- *პროფესიათაშორისი ტრენინგის გაძლიერება თვითმკვლელობის პრევენციის კუთხით თვითმკვლელობის პრევენციის თაობაზე ახალი პროტოკოლებისა და გაიდლაინების შესაბამისად, რომლებიც ამჟამად შემუშავების სტადიაზეა;*
- *მკურნალობისა და პრევენციის სტრატეგიების გაგრძელება ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე დამოკიდებული პირებისათვის;*
- *მეტადონით დეტოქსიკაციის პროგრამის ამოქმედება რუსთავის ქალთა #5 დაწესებულებაში და მეტადონის შენარჩუნების პროგრამების განხილვა ოპიატურ ნარკოტიკებზე დამოკიდებული პაციენტებისათვის;*
- *წამლადამოკიდებული პაციენტებისათვის გათავისუფლების შემდგომი რეაბილიტაციის სტრატეგიაში ჩართულობა გარე უწყებებსა და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით;*
- *ნებაყოფილობითი კონსულტაციისა და ტესტირების მეშვეობით (NCT) მიერ აივ-ინფექციის (HIV) და C ჰეპატიტის ვირუსის (HCV) სკრინინგის გაძლიერება, განვრცობა და უკვე არსებული ზიანის შემცირების სტრატეგიების გაძლიერება და ზიანის შემცირების ეფექტიანი დამატებითი ზომების ციხეებში დანერგვის სათანადოდ განხილვა, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიუროს (UNODC) და აივ-*

⁸ სასჯელაღსრულების მინისტრის ბრძანება #N169 (04.07.2013)

ინფექცია/შიდსის სფეროში გაეროს ოფისის (UNAIDS) რეკომენდაციების შესაბამისად;

- ტრენინგების გაძლიერება ძალადობის პრევენციის, აღრიცხვისა და ოქმში ასახვის მიმართულებით.

VII. ციხისათვის დამახასიათებელი სამედიცინო პრობლემები - არაკლინიკური/მენეჯმენტის საკითხები

VIIa) ხარისხი

ხარისხი, როგორც კომპლექსური და ინტერდისციპლინური პროცესი, ინკორპორირებულია სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის ყველა სფეროში: ინსტიტუციური შესაძლებლობების ამაღლებიდან მომსახურების დაგეგმვისა და უზრუნველყოფის ჩათვლით, ასევე პაციენტთა კმაყოფილების სფეროში. ამიტომ პირდაპირ ან არაპირდაპირ გავლენას ახდენს რეფორმის განხორციელების ცამეტივე სტრატეგიულ ამოცანაზე. ამდენად, ხარისხის საკითხი ზოგადად უნდა იყოს მიმართული სხვადასხვა პროცესებსა და მიდგომებზე, რომლებიც ქვემოთ არის წარმოდგენილი:

- განახორციელებული პროცესების ხარისხი, რომლებიც სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის სტრატეგიის კონკრეტული სტრატეგიული ამოცანების ნაწილს წარმოადგენს

რეფორმების სამოქმედო გეგმის შესრულების მაჩვენებლები ორიენტირებულია საბოლოო შედეგზე. თუმცა იმის გაგება, კონკრეტული აქტივობები შესრულდა თუ არა, იძლევა გეგმით გათვალისწინებული და განხორციელებული აქტივობების შეფასების მცირე ან არანაირ შესაძლებლობას. გაცილებით ეფექტიანი და სასარგებლო იქნება ჩადებული რესურსების, პროცესებისა და საბოლოო შედეგების ინდიკატორები, რომლებიც უნდა იყოს თვლადი, პროცესზე ორიენტირებული და ვალიდური.

რეკომენდაცია:

- **სტრატეგიული ამოცანების შესაფასებლად თვისობრივი და რაოდენობრივი კომბინირებული მაჩვენებლების შემუშავება ყოველმომცველი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მეთოდის საფუძველზე**
- საავადმყოფოებსა და პენიტენციალური დაწესებულებების პირველადი ჯანდაცვის სამსახურებში პაციენტებისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

ხარისხის კონტროლისა და უზრუნველყოფის სისტემა ამ პროცესის თანამედროვე, სრულყოფილი გაგებით ჯერ კიდევ სრულად არ მოქმედებს პენიტენციალური ჯანდაცვის სისტემაში. მიუხედავად იმისა, რომ სისტემის კონკრეტული ნაწილები (კერძოდ, სამედიცინო ჩანაწერების მართვა, დიაგნოსტიკების/მკურნალობის პროცესის კონტროლი, გაიდლაინების გამოყენება, შესაბამისი ტრენინგები (თუმცა არასაკმარისი რაოდენობით), PEHR (პერსონალური ელექტრონული სამედიცინო ისტორია), პაციენტთა კმაყოფილების დონის კვლევა (რომელიც ჩატარდა 2013 წელს ფონდი “ღია საზოგადოება-საქართველოს” მხარდაჭერით), რეფერალების ელექტრონული მართვა) უკვე ფუნქციონირებს, სხვა ნაწილები, როგორცაა: ინფორმაციის ნაკადის კონტროლი, ფინანსური ნაკადების შეფასება, წამლების რაციონალური მოხმარების ანალიზი, შესყიდვების პროცესის ეფექტიანი მართვა, ხარჯთეფექტიანობის ანალიზი - უნდა შემუშავდეს და/ან დაინერგოს.

მნიშვნელოვანი პრობლემაა დიაგნოსტიკურ ჯგუფებზე დაფუძნებული აღრიცხვის სისტემის არარსებობა, რაც გამოწვეულია სამართლებრივი პრობლემებით, ასევე სამედიცინო დეპარტამენტის შესაბამისი სამმართველოსა და სასჯელაღსრულების სამინისტროს ეკონომიკური დეპარტამენტის ფუნქციების გადაფარვით. ეს კი ზღუდავს სამინისტროს უნარს უკეთ გაანალიზოს, დაგეგმოს და განახორციელოს პენიტენციური ჯანდაცვის ხარჯები. კერძოდ, საკმაოდ რთულდება გარე სისტემაში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯთაფექტიანობის ანალიზი. სამედიცინო დანახარჯების, კერძოდ კი სამოქალაქო სექტორში რეფერირების სერვისებისათვის გამოყოფილი ხარჯების მნიშვნელოვანი ზრდის გათვალისწინებით, აღნიშნულმა პრობლემამ შეიძლება სერიოზული დაბრკოლება შეუქმნას სისტემის მუშაობის შეფასებასა და საბიუჯეტო სახსრების „მიზნობრივ“ დაგეგმვას. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ 2013 წლის ნოემბრის დასაწყისში სამედიცინო დეპარტამენტმა განახორციელა საბაზრო კვლევა და ფასების შედარება, რომელიც მოიცავდა სხვადასხვა მომსახურებასა და შესაბამის მიმწოდებლებს (პროვაიდერებს) 2013 წლის განმავლობაში. აღნიშნული კვლევის შედეგები გამოყენებული იქნება სერვისების შესყიდვისათვის. კვლევის პირველადი ვერსია ხელმისაწვდომი იქნება 2014 წლის იანვრის შუა რიცხვებში. იგი არსებითად შეუწყობს ხელს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიდგომას სამედიცინო მომსახურების დანახარჯების ეფექტიანობასა და ხარისხისთან მიმართებით.

ჯგუფისათვის მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, ანალოგიური კვლევა და ფასების შედარება აგრეთვე ჩატარდა 2012 წელს.

ჯანდაცვის ბიუჯეტან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს, რომ შეფასების ჯგუფს მიეწოდა ძირითადი ციფრები და დაწესებულებების ხარჯების დეტალური განწერა. დეტალური მონაცემები დაწესებულებებისა და თვეების/კვარტლების მიხედვით, რაც ბიუჯეტთან დაკავშირებულ და ფინანსური პროცესების დინამიკის ამსახველ ინფორმაციას უფრო გასაგებს და ვალიდურს გახდიდა პირველადი ანალიზის მიზნებისათვის, ხელმისაწვდომი არ იყო.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ მომავალში ხარისხის კონტროლი/ შეფასება/შეფასების პროცესები უნდა გაიზომოს შესაბამისი, ინფორმაციული და გამჭვირვალე მაჩვენებლებით - რაც უზრუნველყოფს ღირებულ და ვალიდურ ინფორმაციას მომავალში მომსახურების გაწევისას და გამოყენების დაგეგმვისას.

რეკომენდაციები:

- *ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ჩამოყალიბებისა და მისი მდგრადი ინსტიტუციონალიზაციის ყოვლისმომცველი სამოქმედო გეგმის შემუშავება - აღნიშნულ პროცესში სამედიცინო დეპარტამენტის როლი მკაფიოდ უნდა განისაზღვროს;*
 - *სამედიცინო მომსახურების დიაგნოსტიკურ ჯგუფებზე დაფუძნებული აღრიცხვის მეთოდის შემუშავება/ადაპტაცია;*
 - *სისტემის გარეთ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯთაფექტიანობის ანალიზის დანერგვა;*
 - *პენიტენციური ჯანდაცვის ბიუჯეტის ინდიკატორების მონიტორინგისა და ანალიზის გაუმჯობესება ხარჯების განწერის, ფინანსური ნაკადების რეგულარული ანალიზისა და დაგეგმვის მეშვეობით.*
- სასჯელაღსრულების სისტემაში სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალისათვის ჩატარებული ტრენინგების ხარისხი

პირველ რიგში, უნდა აღინიშნოს, რომ პერსონალის მომზადების პროცესი პენიტენციალური ჯანდაცვის რეფორმებთან დაკავშირებით ხორციელდება სამოქმედო გეგმის მიხედვით, თუმცა აშკარად არასაკმარისია არსებული საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. საკითხების მრავალფეროვნება და ფართო მონაწილეობა როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო პერსონალის მხრიდან შეესაბამება მთლიანი პროცესის მიზნებს. ამავდროულად, ციხის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებსა და ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში ყველა ვიზიტისა და, აგრეთვე, სამინისტროს თანამშრომლებთან განხილვების დროს გამოვლინდა დამატებითი, უფრო მეტად პრაქტიკაზე ორიენტირებული ტრენინგების სურვილი. მოცემულ ეტაპზე, როგორც ჩანს, საკმაოდ რთულია აღნიშნული თხოვნებისა და ინტერესების ობიექტური აუცილებლობის შეფასება. ყველაზე ადეკვატური პასუხი იქნება პერსონალის მომზადების საჭიროებათა მონაცემთა ბაზის შემუშავება კონკრეტული საჭიროებების დასაბუთების დეტალური ანალიზის შემდეგ.

ამჟამად წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მხარდაჭერით ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების პერსონალის ტრენინგების სტრუქტურირებული პროგრამა; ასევე უნდა აღინიშნოს ტრენინგები აივ-ინფექციასთან, C ჰეპატიტთან და ტუბერკულოზთან დაკავშირებით, რომლებიც ტარდება ფონდი “ღია საზოგადოება – საქართველოს“, ორგანიზაცია „თანადგომასა“ და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მხარდაჭერით. ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის „ადამიანის უფლებები ციხეებში და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ ფარგლებში ტრენინგებისათვის გამოიყო სოლიდური რესურსები და აღნიშნული პროგრამა ხელს შეუწყობს კომპლექსური სასწავლო პროგრამების განვითარებას. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში 2013 წლის 14–19 დეკემბერს სასჯელაღსრულების სამინისტროს წარმომადგენლებისათვის ჩატარდა ტრენინგი მართვის, სამედიცინო და ეთიკურ საკითხებთან დაკავშირებით.

ტრენინგებთან დაკავშირებით ხარისხზე ორიენტირებული მიდგომის თვალსაზრისით უნდა აღინიშნოს, რომ ამ დრომდე არ არსებობს ტრენინგების შემდგომი შეფასების მაჩვენებლები (ინდიკატორები).

ზოგადად, სიტუაციური ანალიზის გათვალისწინებით უნდა აღინიშნოს, რომ ტრენინგები უფრო ინტენსიური და ნაყოფიერი გახდება, თუ სასჯელაღსრულების სამინისტრო უფრო აქტიური და თანმიმდევრული იქნება სასწავლო საჭიროებების შეფასებისას, მხედველობაში მიიღებს სასწავლო ცენტრისა და დონორების შესაბამის მოთხოვნებს და თანამშრომლობის პროცესი მუდმივი და ინტერაქტიური იქნება.

რაც შეეხება სასწავლო ცენტრს, მისი პოტენციალისა და რესურსებიდან გამომდინარე, იგი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების, ტრენინგებისა და სერტიფიცირების კარგი ბაზა შეიძლება იყოს, თუმცა ამ მიზნების მისაღწევად საჭირო იქნება მნიშვნელოვანი ძალისხმევა ხელმძღვანელობის მხრიდან. შეფასების ჯგუფის ვიზიტის განხორციელების მომენტისათვის ცენტრი მუშაობდა ცუდად დაგეგმილ დროებით შენობაში შეზღუდული სივრცის პირობებში. სასწავლო ცენტრის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, 2011–2013 წლებში სამედიცინო პერსონალისთვის ცენტრმა მხოლოდ 8 სხვადასხვა ტრენინგი ჩაატარა.

შეფასების ჯგუფს აცნობეს, რომ სასწავლო ცენტრი განახლებულ შენობაში 2014 წლის იანვრის შუა რიცხვებისათვის უნდა გადავიდეს.

რეკომენდაციები:

- ტრენინგების საჭიროებების შეფასება და ტრენინგების კომპლექსური პროგრამის შემუშავება როგორც სამედიცინო პერსონალისათვის, ისე სამედიცინო ობიექტების მენეჯერებისათვის.
- მექანიზმის/ფორმატის ჩამოყალიბება სასწავლო ღონისძიებების უკეთესი კოორდინაციის მართვის მიზნით რეფორმის ფარგლებში - ეს შეიძლება იყოს მცირე ზომის სამუშაო ჯგუფი, რომელიც დაინტერესებულ მხარეთა მოტივირებული წარმომადგენლებით იქნება დაკომპლექტებული;
- განსაკუთრებული აქცენტის გაკეთება პრაქტიკაზე ორიენტირებულ შეფასებასა და რეალისტურ სასწავლო საჭიროებებზე;
- ტრენინგის შემდგომი მაჩვენებლების შეფასება და დანერგვა;
- განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება სამედიცინო დეპარტამენტის აქტიურობისა და მისი ზოგადი როლის გაზრდაზე სასწავლო ღონისძიებებში;
- სამომავლო სტრატეგიულ დოკუმენტში ტრენინგის/პერსონალის მომზადების კომპონენტის გამოყოფა ცალკე სტრატეგიული ამოცანის სახით - ყველა იმ სფეროსა და ბენეფიციართა ჯგუფების გათვალისწინებით, რომლებიც უკავშირდება სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელებას;
- სამომავლო სტრატეგიულ დოკუმენტში სამინისტროს სამედიცინო პერსონალის მომზადებასთან დაკავშირებული აქტივობების გამოყოფა ცალკე სტრატეგიული ამოცანის სახით (რეფორმების ყველა სფეროს მიმართულებით).

VIIb) პენიტენციურ დაწესებულებებში განხორციელებული ვიზიტის დროს გამოვლენილი ზოგადი პრობლემების ჩამონათვალი

სანიტარულ-ჰიგიენური სტანდარტები, დაგეგმვასთან დაკავშირებული სტანდარტები:

- შესაბამისი კანონმდებლობით (იხ. თავი V) განსაზღვრული სანიტარული და ჰიგიენური ღონისძიებების უმრავლესობა გარე რესურსების (აუთოსორსინგის) მეშვეობით ხორციელდება. მიუხედავად იმისა, რომ, ციხის პერსონალისა და მენეჯმენტის განცხადებით, დროულად და ჯეროვნად ხორციელდება მომსახურება, მოცემულ ეტაპზე შეუძლებელია კონტრაქტორების მიერ გაწეული მუშაობის შეფასება, რადგან კონტრაქტების ასლები არ ყოფილა წარმოდგენილი;
- პირველადი ჯანდაცვის კაბინეტების უმრავლესობა ყოფილ საკნებშია განთავსებული, რაც, უდავოდ, ზღუდავს გაწეული მომსახურების ხარისხს; რეალობა გასაგებია, რამდენადაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემის 10 ერთეულიდან უმრავლესობა თავიდან დაგეგმვის „პროდუქტია“ და არ დაგეგმილა კონკრეტულად სამედიცინო მიზნებისათვის;
- ძირითადად კედლების ზედაპირი არ არის სწორი (გარკვეულწილად „ხორკლიანია“), რაც დაუშვებელია, რადგან ეს ზრდის ინფექციის შესაძლებლობას;
- ექიმის კაბინეტებში იატაკის საფარი (ძირითადად ე.წ. ლამინატი და/ან ლინოლეუმი) მინიმალურ სტანდარტებს/მოთხოვნებს შეესაბამება; ამავდროულად, აღნიშნულ სტანდარტებს არ აკმაყოფილებს იმ კაბინეტების უმრავლესობა, სადაც დიაგნოსტიკური გამოკვლევები (განსაკუთრებით, ულტრაბგერითი) და/ან მცირე ჩარევები სრულდება - და მოითხოვება ანტისტატიკური ლინოლეუმი;

- მართალია, სავენტილაციო სისტემა ყველა სამედიცინო პუნქტში/დაწესებულებაში არსებობს, მაგრამ მისი დაპროექტებისა თუ დამონტაჟების ხარისხი კითხვებს ბადებს: რამდენიმე დაწესებულებაში სისტემის გარეთა ნაწილები, რომლებიც სამედიცინო ოთახის კედელში გადის, არ იყო სათანადოდ იზოლირებული, არ ჰქონდა „დიფუზორი“, რის გამოც ვენტილაციის გარეთა ხერელი უბრალოდ აგურის/ბლოკის შიგნით იყო მოთავსებული ყოველგვარი იზოლაციის გარეშე. ასეთი სიტუაცია მნიშვნელოვნად ზრდის ნოზოკომიური ინფექციის შესაძლებლობას და საჭიროებს გარკვევას. სავენტილაციო სისტემის შესაბამისი ტექნიკური ნახაზი არ ყოფილა წარმოდგენილი შეფასების საჭიროებისათვის.

რეკომენდაციები:

- *იმ პრობლემების ჩამოთვლა, ანალიზი და თანდათანობით მოგვარება, რომლებიც განაპირობებს საკანონმდებლო მოთხოვნების შეუსრულებლობას - სანიტარულ და ჰიგიენურ პირობებთან, ჯანმრთელობის დაგეგმვის სტანდარტებთან მიმართებით;*
- *ამ მიზნით სამოქმედო გეგმის გამოყენება „საკანონმდებლო შესაბამისობის მონაცემთა ბაზის“ ფარგლებში (იხ. რეკომენდაციები - თავი V);*
- *შესაბამისი რესურსების განაწილების გეგმის შემუშავება;*
- *ყოველმომცველი მიდგომის ეფექტიანად გამოყენება ნოზოკომიური ინფექციების თავიდან ასაცილებლად; შესაბამისი ინფრასტრუქტურული ღონისძიებების განხორციელება.*

სამედიცინო აღჭურვილობა:

- პირველადი ჯანდაცვის პუნქტებში მარტივი მოწყობილობის მწყობრიდან შედარებით ხშირი გამოსვლა, რის მიზეზიც არის შემენილი ტექნიკის დაბალი ხარისხი;
- პირველადი ჯანდაცვის ზოგიერთ პუნქტში, რომლებიც მაღალი რისკის შემცველ საქმიანობას აწარმოებენ (იხ. თავი III ბ), ისევე როგორც ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრში, გარკვეული ისეთი აღჭურვილობის არარსებობა, რაც სრულად შეესაბამება „ცივი ჯაჭვის აღჭურვილობის“ განსაზღვრებას, როგორც ამას ითვალისწინებს საერთაშორისო მარეგულირებელი მოთხოვნები - კერძოდ, ფარმაცევტული მაცივრები, საყინულეები ან რეფრიჟერატორები (საჭიროების შემთხვევაში);
- ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრში ლაბორატორიის ე.წ. „გამონაბოლქვის გამწოვი“ დაახლოებით 20 წლის დროინდელი და მოძველებულია;
- ზოგიერთი მცირე ზომის მოწყობილობა სხვადასხვა დონორებმა გადასცეს და უკვე მოძველებული გახდა (მაგ., გინეკოლოგიური სავარძელი ქალთა #5 დაწესებულებაში);
- აღჭურვილობა ჯერ კიდევ არ არის ერთიანი შიდა სტანდარტების/მოთხოვნების, მომწოდებლების, შესრულების ფუნქციების თვალსაზრისით; ეს კი სამედიცინო აღჭურვილობის ტექნიკურ შენახვას, შეკეთებასა და დაგეგმილი შესყიდვის პროცესებს ბევრად ართულებს;
- აღჭურვილობის ტექნიკური შენახვა: ამჟამად ეს პროცესი ნაწილობრივ ხორციელდება არა პრევენციული მიზნით, არამედ უკვე არსებული დაზიანების შემთხვევაში, რაც უფრო ართულებს და ძვირადღირებულს ხდის მას, ამასთანავე, პაციენტებს უზღუდავს მზრუნველობის ხელმისაწვდომობას თუნდაც დროის შეზღუდულ მონაკვეთში. დადებითი მაგალითი იყო ქსნის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრი, სადაც კომპანია „ჰუმანა“, ლაბორატორიული აღჭურვილობის მწარმოებელი და სამედიცინო დანიშნულების საგნების

მიმწოდებელი, 3 თვეში ერთხელ ახორციელებს პრევენციული ტექნიკური შენახვისა და აუცილებელი დაკალიბრების პროცედურებს.

რეკომენდაციები:

- *სამედიცინო აღჭურვილობის შესყიდვისა და ტექნიკური სტრატეგიის შემუშავება; სტრატეგია უნდა ითვალისწინებდეს პენიტენციალური ჯანდაცვის ყველა ერთეულში სამედიცინო აღჭურვილობის ყოვლისმომცველი და სრული რეესტრის შექმნას (რომელშიც მოკლედ იქნება აღწერილი მისი წარმოშობა, ტექნიკური მახასიათებლები, მდგომარეობა, შენახვასა და შეკეთებასთან დაკავშირებული საკითხები, სათანადო ნაწილები/მასალების საჭიროება) - პრიორიტეტული უნდა იყოს პროფილაქტიკურ-სარემონტო საქმიანობა დაზიანებული აღჭურვილობისათვის);*
- *ახალი სამედიცინო აღჭურვილობის მუდმივი მონიტორინგის განხორციელება - პერსონალზე მოთხოვნისა და სამედიცინო მომსახურების გამოყენების მონაცემთა ანალიზი; მომსახურების გამოყენების თაობაზე ინფორმაციის საფუძველზე, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სხვა აღჭურვილობის და/ან ტექნოლოგიის ტექნოლოგიების) საჭიროების/მოთხოვნის იდენტიფიცირება.*

VIII. თანამშრომლობა სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის, საქართველოს მთავრობის პოლიტიკა

როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტთან შეხვედრის დროს აღინიშნა, სამინისტროს მთავარი ამოცანაა პენიტენციალური ჯანდაცვის რეფორმასთან დაკავშირებით მჭიდრო და მუდმივი თანამშრომლობა სასჯელაღსრულების სამინისტროსთან და რეფორმების განხორციელებაში დახმარება.

ამასთანავე ხაზგასმით აღინიშნა, რომ ხსენებული დამოკიდებულება ითვალისწინებს პენიტენციალური ჯანდაცვის რეფორმის პრიორიტეტულ როლს, აგრეთვე სამინისტროების მაღალჩინოსნებს შორის მუდმივი თანამშრომლობის ფარგლებში ზოგადად ასახავს სახელმწიფო პოლიტიკასა და პროცესების წარმართვას პენიტენციალური და სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემების თანდათანობით უნიფიკაციისაკენ (თუმცა ვადები არ არის განსაზღვრული).

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ პენიტენციალური და სამოქალაქო ჯანდაცვის ინტეგრაციის ერთობლივი გეგმა ჯერ არ არსებობს.

არსებული თანამშრომლობა ეფუძნება მაღალი დონის პირად ურთიერთობებს და სხვადასხვა დაწესებულებებს შორის ინსტიტუციურ თანამშრომლობას სხვადასხვა პროგრამების თუ ფორმატების ფარგლებში.

ასეთი თანამშრომლობის წარმატებული მაგალითებია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება პენიტენციალურ ჯანდაცვის სისტემაში (სამინისტროებსა და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტს შორის დადებული სამმხრივი ხელშეკრულების ფარგლებში), სამედიცინო მონაცემების უნიფიკაცია (ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები, სტატისტიკური მონაცემები), გარკვეული სახელმწიფო სამედიცინო, ე.წ. "ვერტიკალური" პროგრამების (ტუბერკულოზის, აივ-ინფექცია/შიდსის, C ჰეპატიტის) განხორციელება ციხის ჯანდაცვის სისტემაში.

ჯანდაცვის სამინისტრო ასევე აქტიურებს პირველადი ჯანდაცვის ორგანული კანონის შემუშავების მიმართულებით, რასაც შეუძლია მნიშვნელოვნად ხელი შეუწყოს

სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და ეფექტიანობის გაზრდას. მოცემულ ეტაპზე საკანონმდებლო საქმიანობა უმეტესად სამინისტროს მიერ შექმნილი „პირველადი ჯანდაცვის საბჭოს“ ფორმატში მიმდინარეობს, რომელიც მაღალკვალიფიციური ექსპერტებით არის დაკომპლექტებული. პროცესი პირველადი ჯანდაცვის შესახებ კანონის ძირითადი ჩარჩოს დამტკიცების სტადიაზეა.

შეფასებამ ასევე ცხადჰყო, რომ სასჯელაღსრულების სამინისტრო მზადაა განიხილოს სისტემის შიდა ობიექტებთან დაკავშირებული პრობლემები, რომლების უნდა ექვემდებარებოდნენ სამართლებრივ რეგულირებას, მაგრამ დღევანდელი მდგომარეობით ფაქტობრივად არ შეესაბამებიათ არსებულ საკანონმდებლო მოთხოვნებს კანონმდებლობაში არსებული ხარვეზების გამო.

მეორეს მხრივ, ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკა მიმართულია იმაზე, რომ სასჯელაღსრულების სამინისტროს მიეცეს გონებრივი ვადა და არსებითი მხარდაჭერა, რათა თანდათანობით გააუმჯობესოს ზემოაღნიშნული ობიექტები და შესაბამისობაში მოიყვანოს საკანონმდებლო მოთხოვნებთან. ამგვარი მიდგომა შეიძლება შეფასდეს როგორც კონსტრუქციული და რეალისტური.

რეკომენდაციები:

- *სამინისტროების მხრიდან სხვადასხვა რეფორმის სტრატეგიებსა და მიდგომებთან მიმართებით კოორდინაცია და ჰარმონიზაცია, რაც უმთავრესად მიზნად ისახავს პრიორიტეტული საკანონმდებლო ბაზისა და პროცესების უნიფიკაციას ჯანდაცვის სამინისტროსა და სასჯელაღსრულების სამინისტროს ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში;*
- *პენიტენციური და სამოქალაქო ჯანდაცვის ინტეგრაციის ერთობლივი გეგმის შემუშავება და განხორციელება.*

მთავრობის სტრატეგიაში ცვლილებების შეტანა სახელმწიფო საქმიანობაში შესაბამისი კორექტირების/ცვლილებების შესაბამისად.

ჯანდაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობისა და პენიტენციური ჯანდაცვის სამომავლო ინტეგრაციის მოკლე და გრძელვადიანი სტრატეგია, წინა პერიოდის (2010-2012) სამთავრობო გეგმებისა და განცხადებების თანახმად, ნაწილობრივ ასახული იყო ძირითადი პოლიტიკის დოკუმენტებში, როგორიცაა:

- სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის მინისტრების ერთობლივი ბრძანება №24–№28/ნ სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე ((05.02.2010);
- სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის მინისტრების მიერ 2011 წლის 25 ნოემბერს დამტკიცებული სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია;
- სამოქმედო გეგმა, რომელშიც ცვლილებები შევიდა „სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე“ სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის მინისტრების №44–№01-16/ნ ერთობლივი ბრძანების საფუძველზე (23.03.2012).

სამწუხაროდ, რაიმე ქმედითი ნაბიჯები ინტეგრაციისაკენ დღემდე არ გადადგმულა. ორივე სამინისტრო გეგმის გადავადებას ცდილობდა, რამაც გამოიწვია დეკლარირებული მიზნის მიუღწევლობა. დღესდღეობით ორივე სამინისტრო უფრო რეალისტურად უდგება შესაძლო ინტეგრაციის საკითხს და შესაბამისად საერთო მიდგომაც ნაწილობრივ

შეიცვალა: სასჯელაღსრულების სამინისტრომ ჯანდაცვის სამინისტროს ხელშეწყობით გარკვეულ დონემდე უნდა მიიყვანოს მთლიანად სისტემის პოტენციური და მაჩვენებლები და მხოლოდ ამის შემდგომ მოახდინოს ინტეგრაციასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვის ინიცირება.

ჯანდაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელმა, ქალბატონმა მარინა დარაბეულიძემ და მინისტრის მოადგილემ ქალბატონმა მარიამ ჯაშმა განიხილეს მოკლევადიანი სტრატეგიის ძირითადი ამოცანა. ეს გულისხმობს არა პენიტენციური და სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემების შერწყმას, არამედ ძირითადი პროცესების და მარეგულირებელი საკანონმდებლო აქტების მაქსიმალურად და გონივრულად სწრაფად უნიფიკაციასა და სტანდარტიზაციას შემდეგ სფეროებში: სამედიცინო დაწესებულებებისა და სააფთიაქო ობიექტების ლიცენზირება და/ან აკრედიტაცია; პერსონალის სერტიფიცირება და/ან მომზადება; ვერტიკალური სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამების მართვა/მონიტორინგი; პროგრამისა და სისტემის შეფასების ინდიკატორების შემუშავება, სამედიცინო მომსახურების აღრიცხვა და ა.შ.

როგორც ითქვა, ასეთი მიდგომა წარმოადგენს უნიფიკაციის პროცესის შუალედურ ეტაპს, ხოლო საბოლოო შერწყმის შესაძლებლობა ამჟამად არ განიხილება, თუმცა არსებობს შანსი, რომ უახლოეს მომავალში შესაძლოა შეიცვალოს პოლიტიკური გზავნილი ინტეგრაციის, როგორც მკაფიო მიზნის, თვალსაზრისით.

სასჯელაღსრულების სამინისტრომ, კერძოდ, მინისტრის მოადგილემ არჩილ თალაკვაძემ, გარდამავალი ინსტიტუციონალური ალტერნატივებისა და შერწყმის რამდენიმე მოდელი განიხილა. როგორც გარდამავალი ინსტიტუციონალური ალტერნატივა, სასჯელაღსრულების სამინისტრო გამოდის წინადადებით პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა დამოუკიდებელ სააგენტოდ გარდაიქმნას, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება ჯანდაცვის სამინისტროს ან ორივე სამინისტროს წინაშე.

დასასრულს, უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველომ, ევროპის საბჭოს, წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და ევროკავშირის რეკომენდაციების შესაბამისად, უდავოდ იკისრა პატიმართა ჯანმრთელობის დაცვისა და, ზოგადად, პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ჰუმანიზაციის ვალდებულება. ერთ-ერთი ყველაზე მიზანშეწონილი „ბილიკი“ აღნიშნული მიმართულებით არის ციხის ჯანდაცვის სისტემის ეტაპობრივად შერწყმა სამოქალაქო სექტორთან, რაც შესაბამისი სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის მიხედვით უნდა განხორციელდეს.

გაერთიანების პროცესი ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან, მისი წარმატებით განხორციელების შემთხვევაში, ციხის სამედიცინო პერსონალისა და მომსახურების ხარისხის შეფასებასა და მონიტორინგს კვალიფიციური სამედიცინო ორგანო(ები) განახორციელებენ და არა სამინისტრო, რომელიც ამავე დროს პასუხისმგებელია ციხეების მართვასა და არასამედიცინო პერსონალის მუშაობაზე დაწესებულებებში. ასეთი რეალობა კი ხელს შეუწყობს სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობის მნიშვნელოვან გაზრდას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს პატიმართა უფლებების უკეთესად დაცვას, ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობისა და, შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობისა და შედეგის გაუმჯობესებას.

რეკომენდაცია:

- *სასჯელაღსრულების სამინისტროსათვის კონცეფციისა და გეგმის, რომელშიც გაიწერება სამოქალაქო ჯანდაცვასთან ეტაპობრივი ინტეგრაციის პროცესი;*
- *კომპლექსური კვლევის/შეფასების ჩატარება პენიტენციური ჯანდაცვისა და სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემების უნიფიკაციისა და ინტეგრაციის საუკეთესო*

მოდელის ანალიზისა და იდენტიფიცირების მიზნით იმ განვითარებული ქვეყნების გამოცდილების გათვალისწინებით, სადაც არსებობს პაციენტზე ორიენტირებული და ეფექტიანი პენიტენციალური ჯანდაცვის სისტემები;

- პროექტების საკოორდინაციო ბიუროს შექმნა უნიფიკაციის გეგმისა და, ზოგადად, პენიტენციალური ჯანდაცვის რეფორმის ახალი სტრატეგიის ეფექტიანი და კომპლექსური მართვის მიზნით (დაგეგმვა, განხორციელება და მონიტორინგი, ასევე შეფასება).

IX. სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია და მისი განხორციელება

ამოცანათა ნაწილი 2013 წლისათვის უკვე შესრულებულია. მათი უმრავლესობა განხორციელების სტადიაზეა სამოქმედო გეგმის შესაბამისად. თუმცა #18 სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფოს რეაბილიტაცია 2014 წლის თებერვლის ბოლომდე არ იქნება დასრულებული. სტრატეგიული ამოცანების შესრულების სტატუსი დღევანდელი მდგომარეობით:

ამოცანა N1 - სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის მართვის გაუმჯობესება

1.1. სამედიცინო დეპარტამენტის ორგანიზაციული და მენეჯერული თვალსაზრისით ოპტიმალური სტრუქტურის ჩამოყალიბება და ამოქმედება. *შესრულებულია, მუშაობა უნდა გაგრძელდეს;* სასჯელაღსრულების მინისტრის „სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის დებულების დამტკიცების შესახებ“ #59 ბრძანების შესაბამისად, სამედიცინო დეპარტამენტი რეორგანიზაციის შედეგად ახალ სტრუქტურად ჩამოყალიბდა ოთხი სამმართველოს შემადგენლობით. თუმცა დეპარტამენტის შესაძლებლობების განვითარება უნდა გაგრძელდეს, რათა ჩამოყალიბდეს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პოლიტიკის შემუშავების საფუძვლები.

1.2. სამედიცინო ინფორმაციის მართვის სათანადო სტანდარტების განხორციელება. *საწყისი ეტაპი განხორციელდა, თუმცა სრული განხორციელებისათვის საჭიროა შემდგომი ძალისხმევა;* რადგან არ არსებობს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის სტანდარტები, რაც აფერხებს საჭიროებათა ანალიზს და კომპონენტებისა და რესურსების განსაზღვრას. თუმცა, ვიზიტის ფარგლებში მონახულებულ ციხეებში სულ მცირე სამედიცინო ჩანაწერების იგივე ფორმებს იყენებენ, როგორც სამოქალაქო სექტორში და უფრო მეტ შემთხვევაში დგინდება დიაგნოზი ICD-10 კოდით. ციხის ორ საავადმყოფოში, როგორც გვითხრეს, ელექტრონული სამედიცინო აღრიცხვა შემუშავების სტადიაზეა.

1.3. ადამიანური რესურსების განვითარება. *არ არის შესრულებული/მიმდინარეობის პროცესშია;* (შეფასების ვიზიტის დროს მიმდინარეობდა სასწავლო პროგრამა სამედიცინო დეპარტამენტის ჯანდაცვის მენეჯერებისათვის), ადამიანური რესურსების მართვის გეგმა არ ყოფილა წარმოდგენილი, სამუშაო აღწერილობები არ არის შემუშავებული.

1.4. ჯანდაცვის დაფინანსების ეფექტიანი მოდელის შემუშავება და დანერგვა. *შესრულებულია,* თუმცა ჯერ არ არის განსაზღვრული მომსახურების ერთეულები და მათი ფასები, რაც აფერხებს რესურსების ეფექტიან გამოყენებას და დაგეგმვას, ასევე სისტემის გაუმჯობესებას და სისტემის პარამეტრების მონიტორინგს.

ამოცანა N2 - პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების (PHC) და ამბულატორიული სერვისების განვითარება პაციენტობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში

2.1. პირველადი ჯანდაცვის მოდელის განვითარება ყველა დაწესებულებაში. *გავრცობის ამოცანა შესრულებულია*; სამმხრივი შეთანხმება ხელმოწერილია და მიმდინარეობს მისი განხორციელება. ვიზიტის ფარგლებში მონახულებულ ყველა დაწესებულებაში უკვე შექმნილია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები; მუდმივად ხელმისაწვდომი სამედიცინო პერსონალი სათანადო რაოდენობით იყო წარმოდგენილი, ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა შეესაბამებოდა მათ საჭიროებებს. თუმცა, ვერ ვნახეთ რაიმე მაჩვენებელი (ინდიკატორი), რომელიც მიუთითებდ სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორთან უფრო მეტ ინტეგრაციაზე - მიზანზე, რომ 2.1 ამოცანა მიღწეული იქნა. სამედიცინო მედიკამენტების საბაზისო ნუსხა შემუშავებული და მიღებულია. პირველადი ჯანდაცვის მონიტორინგისა და შეფასების ანგარიში 2013 წლისათვის ან არ მომზადებულა, ან არ უჩვენებიათ კონსულტანტებისათვის.

დაწესებულების სამედიცინო პერსონალის შერჩევა და გადამზადება. *ნაწილობრივ იქნა შესრულებული*; ჩატარდა შესარჩევი კონკურსი და დაქირავებული იქნა სამედიცინო პერსონალი, სამედიცინო პერსონალის ხელფასი მნიშვნელოვნად გაიზარდა, რასაც ემატება მატერიალური წახალისება წარმატებული საქმიანობისათვის. სამედიცინო პერსონალის - ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების - მომზადება გათვალისწინებულია ევროკავშირის/ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის - „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში საქართველოში“, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტისა და გლობალური ფონდის მხარდაჭერით, თუმცა ჯერ არ არის შესრულებული.

ამოცანა N3 - სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებების შესაძლებლობათა განვითარება და სამოქალაქო ჯანდაცვასთან პარტნიორობის განვითარება

3.1. #18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების შესაძლებლობათა განვითარება. *ჯერ არ არის შესრულებული*, გარემონტებული და განახლებული #18 დაწესებულება 2014 წლის თებერვლის ბოლომდე არ გაიხსნება. ამჟამად #18 დაწესებულების მედპერსონალი თბილისის #8 საპყრობილის სამედიცინო პუნქტებსაც ეხმარება.

3.2. #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ახალი დაწესებულება უკვე გაიხსნა და უმეტესწილად ფუნქციონირებს. *შესრულებულია*. თუმცა მხოლოდ 200 საწოლია გამოყენებული, მისი სრული მოცულობა კი 698 საწოლია. ლაბორატორიული აღჭურვილობის ნაწილი განახლებას საჭიროებს.

3.3. სამოქალაქო საავადმყოფოებთან არსებული თანამშრომლობის შეფასება და ოპტიმიზაცია. *შესრულებულია*. რაც შეეხება დასავლეთ საქართველოს, სპეციალიზებული სამედიცინო მკურნალობის თაობაზე კონტრაქტი გაფორმდა დასავლეთ საქართველოს ეროვნულ სამედიცინო ცენტრთან, რომელიც თანამშრომლობს სასჯელაღსრულების რეგიონალურ დაწესებულებებთან. მათი ორმხრივი თანამშრომლობა დამაკმაყოფილებელია. ეფექტიანობის ანალიზი ჯერ არ ყოფილა წარმოდგენილი.

ამოცანა N4 - ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდება თავისუფლებადკვეთილ პირთათვის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

4.1. რეგულარული სკრინინგ ინსტრუმენტების შემუშავება და გამოყენება პატიმართა ფსიქიკური დარღვევების ადრეული იდენტიფიკაციის უზრუნველსაყოფად. *მიმდინარეობის პროცესშია.* კვლავ მიმდინარეობს ტრენინგები ფსიქიატრებისა და პირველადი ჯანდაცვის პერსონალისათვის ფსიქიკური დარღვევები რეგულარული სკრინინგის დასაწერად. არ არის შემუშავებული სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში/განყოფილებებში რეფერირების კრიტერიუმები/სქემები, გარდა იმ პირებისათვის, ვისაც იძულებით მკურნალობას საჭიროებს და სასამართლო ექსპერტიზის ბიუროში ხდება მისი რეფერირება.

4.2. სისტემაში მომუშავე ან მოწვეულ ექიმ-ფსიქიატრზე დროული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. *მიმდინარეობის პროცესშია.* 2013 წელს განხილული შემთხვევები და რეფერირების რაოდენობა ჯერ არ არის შეფასებული. ამჟამად სრულ განაკვეთზე 13 ფსიქიატრი მუშაობს, ხოლო 3 ფსიქიატრი ხელშეკრულების საფუძველზეა დაქირავებული.

4.3. ფსიქოლოგებს, ფსიქიატრებს, ოჯახის ექიმებსა და სოციალურ მუშაკებს შორის თანამშრომლობის უზრუნველყოფა, პენიტენციურ სისტემაში უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშესაწყობად. *მიმდინარეობის პროცესშია.* ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობასთან დაკავშირებით რეკომენდაციები (გაიდლაინები) სამედიცინო პერსონალს, ფსიქოლოგებსა და სოციალურ მუშაკებს, ასევე სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალს შორის თანამშრომლობის თემაზე ჯერ არ არის შემუშავებული. მიმდინარეობს ტრენინგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თემაზე.

ამოცანა N5 - ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პირთა მკურნალობა და რეაბილიტაცია

5.1. მეტადონის პროგრამა და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის პროგრამები. *ნაწილობრივ იქნა შესრულებული,* მეტადონით დეტოქსიკაციის პროგრამები მხოლოდ 2 (ქუთაისის #2 და თბილისის #8) დაწესებულებაში ხორციელდება. რუსთავის #5 ქალთა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მეტადონით დეტოქსიკაციის პროგრამა ჯერ არ ამოქმედებულა და დეტოქსიკაციის სერვისები მიეწოდებათ თბილისის #8 დაწესებულების მეშვეობით. მეტადონით დეტოქსიკაციის პროგრამის, ასევე ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებული პატიმრების გათავისუფლებისათვის წინასწარი მომზადების თემაზე პერსონალის მომზადება და გადამზადება საჭიროებს შემდგომ გაუმჯობესებას.

5.2. ტექნიკური დავალების შემუშავება სასჯელაღსრულების სისტემის სპეციალიზებული ცენტრებისათვის, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან წამალზე დამოკიდებული პატიმრების სრულ მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე. *მიმდინარეობის პროცესშია,* სასჯელაღსრულების სისტემის სპეციალიზებული ცენტრებისათვის, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან წამალზე დამოკიდებული პატიმრების სრულ მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე, ტექნიკური დავალება შემუშავების პროცესშია.

5.3. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ზიანის შემცირების სერვისების საჭიროებათა შეფასება და სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ზიანის შემცირების განხორციელების გეგმის შემუშავება. *ჯერ არ შესრულებულა.* სასჯელაღსრულების

დაწესებულებებში წამალდამოკიდებული პაციენტებისათვის ზიანის შემცირების სერვისების საჭიროებათა შეფასება არ ჩატარებულა. კვლავ მიმდინარეობს განხილვები ზიანის შემცირების ღონისძიებების მოცულობასთან დაკავშირებით.

5.4. ფსიქოტროპულ ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პირებისათვის მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ლეგალური ფსიქოტროპული საშუალებების ბოროტად გამოყენების პრევენცია. *ნაწილობრივ შესრულებულია, მიმდინარეობს პროცესშია.* ფსიქოტროპულ ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პირთა მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე ხელმისაწვდომობა დაიწყო არასამთავრობო ორგანიზაციებსა და ნარკოლოგიურ კლინიკა ურანტთან თანამშრომლობით, ჩამონათვალთ გათვალისწინებული ფსიქოტროპული ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების პრევენციასა და შემცირებას ამჟამად ახორციელებს სამედიცინო პერსონალი, თუმცა საჭიროა მისი შემდგომი გაუმჯობესება.

ამოცანა N6 - დაწესებულებებში ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენა და მართვა

6.1. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლი და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. *მიმდინარეობს პროცესშია.* მოსალოდნელია ტუბერკულოზის ინფექციის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სწრაფად ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება პირველადი ჯანდაცვის ყველა დაწესებულებასა და ქსნიშ ახლად გახსნილი #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში განვრცობისა შედეგად. თუმცა ციხეში ახალი შემთხვევებისა და ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობის რაოდენობის შემცირებას ეპიდემიოლოგიური მიზეზების გამო, მომენტალური შედეგი არ ექნება.

6.2. ახალი საავადმყოფოს გახსნა ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისათვის. *შესრულებულია.* ქსანში გაიხსნა ტუბერკულოზის ცენტრი, რომელზე დატვირთულია 200 საწოლი (დღეისათვის არ არის გამოყენებული დაახლოებით 500 საწოლის დამატებითი მოცულობა).

6.3. ტუბერკულოზის ინფექციის გავრცელების რისკის ფაქტორების მონიტორინგი და პრევენცია. *ძირითადად შესრულებულია.* ტუბერკულოზის ინფექციის აღრიცხვა და მონიტორინგი ხორციელდება ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის შესაბამისად და მასთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

ამოცანა N7 - აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესება

7.1. აივ ინფექცია/შიდსზე ტესტირებისა და კონსულტირების და აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის უზრუნველყოფა. *მიმდინარეობს პროცესშია.* 6000-ზე მეტ პაციენტს ჩაუტარდა სკრინინგი აივ ინფექცია/შიდსზე ნებაყოფლობითი ტესტირებასა და კონსულტაციაზე დაყრდნობით, არასამთავრობო ორგანიზაციების მხარდაჭერით; აივ ინფიცირებულ პაციენტთა საერთო რაოდენობის მაჩვენებელი არ ყოფილა წარმოდგენილი. მიმდინარეობს პერსონალის მომზადება პარენტერალური ინფექციების თაობაზე; ციხეებში დამატებითი ზიანის შემცირების ღონისძიებების დანერგვის საკითხი განხილვის სტადიაზეა.

ამოცანა N8 - ჰეპატიტის ინფექციების მართვა და ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესება

8.1. – ჰეპატიტი C შესახებ ეპიდემიოლოგიური მონაცემების შეგროვება, დამუშავება და მკურნალობის პროგრამის შემუშავება. *მიმდინარეობის პროცესშია.* C ჰეპატიტის ვირუსისა და დაავადების სპეციალური პროგრამა შემუშავებულია ფონდი „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ მხარდაჭერით: C ჰეპატიტის ვირუსის სკრინინგი დაიწყო 400-ზე მეტი პაციენტისათვის, დაახლოებით 500 პაციენტს უტარდება მკურნალობა ყოველწლიურად, 2014 წლისათვის იგეგმება 5000 პაციენტის ვაქცინაცია C ჰეპატიტის ვირუსზე.

ამოცანა N9 - პაციენტის უფლებების დაცვა, სამედიცინო საქმიანობის რეგულირება და სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების დანერგვა, პაციენტის უსაფრთხოება

9.1. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჩივრებზე ეფექტიანი რეაგირება და მარეგულირებელი ჩარჩოს გაუმჯობესება სასჯელაღსრულების ჯანდაცვის სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემის თანაბარი სტანდარტების უზრუნველსაყოფად. *ნაწილობრივ შესრულებულია, მიმდინარეობის პროცესშია;* რამდენადაც ჯანდაცვის სტანდარტების სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემაში ჯერ კიდევ არ არის განსაზღვრული, სასჯელაღსრულების ჯანდაცვის სისტემაში მკურნალობის ექვივალენტობის შეფასება რთულია. 2013 წლიდან ციხეში მკურნალობის თაობაზე საჩივრების ამომწურავი ანალიზის შედეგები ჯერ კიდევ არ არის ცნობილი. მიმდინარეობს პერსონალის მომზადება პაციენტთა უფლებების შესახებ საერთაშორისო სტანდარტებთან დაკავშირებით.

9.2 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტების დანერგვა. *ჯერ არ შესრულებულა.* სამედიცინო გაიდლაინები და პროტოკოლები, რომლებსაც ჯანდაცვის სამინისტრო ამტკიცებს, აგრეთვე ციხეში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტები ჯერ კიდევ არ არის შემუშავებული. ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანება „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“ (12.09.2012) არ არის ინსტიტუციონალიზებული.

ამოცანა N10 - ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო მსჯავრდებულთა გათავისუფლების მექანიზმის სრულყოფა

10.1 ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო მსჯავრდებულთა გათავისუფლების მექანიზმის საქმიანობის გაუმჯობესება. *შესრულებულია.* მიღებული იქნა ჯანდაცვისა და სასჯელაღსრულების სამინისტროების ერთობლივი მუდმივმოქმედი კომისიის ახალი წესდება, დამტკიცდა კრიტერიუმების ახალი ჩამონათვალი, 2013 წელს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო 103 პაციენტი გათავისუფლდა.

ამოცანა N 11 - კრიზისული სიტუაციების მართვა და სამედიცინო პერსონალი

11.1. შიმშილობა, თვითდაზიანება და სუიციდის მცდელობა. *შესრულებულია და მიმდინარეობის პროცესშია.* შემუშავებულია და მოქმედებს შიმშილობასთან დაკავშირებული საკითხების თაობაზე რეკომენდაციები სამედიცინო პერსონალისათვის, შემუშავების სტადიაზეა გაიდლაინების პროექტი თვითმკვლელობის პრევენციის თაობაზე ევროკავშირის/ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროექტის - „ადამიანის უფლებები სასჯელაღსრულებისა და სხვა დახურული ტიპის დაწესებულებებში“ - მხარდაჭერით. იგეგმება ტრენინგების ჩატარება აღნიშნულ საკითხებთან დაკავშირებით.

ამოცანა N 12 - ჯანდაცვის ხელშეწყობა, ჯანსაღი გარემო და დაავადებათა პრევენცია სასჯელაღსრულების სისტემაში

12.1. კონტროლის უზრუნველყოფა გარემოს დაცვის ძირითად პარამეტრებზე (როგორიცაა: ჰაერი, წყალი, საცხოვრებელი და ჰიგიენური პირობები, სურსათის უვნებლობა, ნარჩენების მართვა, დასვენება). მაკონტროლებელი ორგანოსა და მონიტორინგის განმახორციელებელი უფლებამოსილი ჯგუფის შექმნა გარემოს დაცვის ძირითად პარამეტრებზე (როგორიცაა: ჰაერი, წყალი, საცხოვრებელი და ჰიგიენური პირობები, სურსათის უვნებლობა, ნარჩენების მართვა, დასვენება) კონტროლის უზრუნველსაყოფად. *ჯერ არ შესრულებულა.* იგეგმება ჯანდაცვის ხელშეწყობის თაობაზე ტრენინგების ჩატარება ყველა სამედიცინო პერსონალისა და სოციალური მუშაკისათვის ევროკავშირის/ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროექტის - „ადამიანის უფლებები სასჯელაღსრულებისა და სხვა დახურული ტიპის დაწესებულებებში“ - ფარგლებში 2014 წლის თებერვალ-სექტემბრის პერიოდში.

ამოცანა N13 - ქალთა და არასრულწლოვანთა დაწესებულებების უზრუნველყოფა ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებით

13.1. პატიმარ ქალებსა და მამაკაცებს შორის უთანასწორობის აღმოფხვრა სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის კუთხით; ჯანდაცვის შეფასებისას ქალთა დისკრიმინაციის აღმოფხვრა. *ძირითადად შესრულებულია, მიმდინარეობის პროცესშია.* მეტადონით დეტოქსიფიკაციის ცენტრი რუსთავის ქალთა დაწესებულებაში ჯერ არ შექმნილა.

13.2 არასრულწლოვან ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა უზრუნველყოფა ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებით. *შესრულებულია*

დასკვნა

საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიისა და განხორციელების გეგმის თაობაზე 2013 წლის იანვრიდან 2014 ივნისამდე პერიოდისათვის (18 თვე) შუალედური შეფასების ანგარიშის ფარგლებში, შეფასების ჯგუფი აღიარებს და სიამოვნებით აღნიშნავს 2013 წლის განმავლობაში მიღწეულ პროგრესს ციხის ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვნად გაუმჯობესების კუთხით. ამბიციური სამოქმედო გეგმის ამოცანათა მნიშვნელოვანი ნაწილი, რომელთა შესრულება 2013 წლის ბოლოსათვის იგეგმებოდა, განხორციელდა; სხვა ამოცანების შესრულება

კვლავაც მიმდინარეობს, როგორც ეს ანგარიშში არის ასახული. შეფასების ჯგუფი იმედოვნებს, რომ ანგარიშში წარმოდგენილი რეკომენდაციები ხელს შეუწყობს სტრატეგიით გათვალისწინებული ამოცანების განხორციელებას, ასევე დაეხმარება სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავებაში მომდევნო პერიოდისათვის.

დანართი 1: სასჯელადსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიისა და 2013-2014 ½ წლების სამოქმედო გეგმის შუალედური შეფასება, 2013 წლის 13–16 დეკემბერი

პროგრამა

13 დეკემბერი

- 10.00 – 12.00 შეხვედრა სასჯელადსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში (ა. თალაკვაძე, მინისტრის მოადგილე და სამედიცინო დეპარტამენტის თანამშრომლები)
- 12.30 – 13.30 შეხვედრა სასჯელადსრულებისა და პრობაციის სასწავლო ცენტრში (მ.ხასია, დირექტორი, გ.მიქანაძე, მ.მერკვილაძე)
- 14.00 – 15.00 შეხვედრა ჯანდაცვის სამინისტროში (ნ.დარახველიძე, ჯანდაცვის დეპარტამენტის უფროსი და დეპარტამენტის თანამშრომლები)
- 15.30 – 17.00 შეხვედრა არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან ევროპის საბჭოს ოფისში (GIP, GCRT, ემპათია, თანადგომა, ახალგაზრდობა სამართლიანობისათვის, ღია საზოგადოება–საქართველო)
- 17.30 – 18.30 შეხვედრა საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატში (სახალხო დამცველის მოადგილე, ეროვნული პრევენციის მექანიზმის წარმომადგენლები და პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის საკითხებზე მომუშავე სხვა განყოფილებების თანამშრომლები)

14 დეკემბერი

- 08.00 – 11.00 ქუთაისში გამგზავრება
- 11.00 – 12.00 ქუთაისის #2 პატიმრობისა და დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულება (საექიმო–სამედიცინო პუნქტი)
- 12.30 – 13.30 ქუთაისის კლინიკური საავადმყოფო (სადაც პატიმრები გადაჰყავთ სამკურნალოდ)
- 14.00 – 15.00 სადილი
- 15.30 – 16.30 გეგუთის #14 ნახევრად ღია ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულება (საექიმო–სამედიცინო პუნქტი)
- 16.30 – 19.30 თბილისში დაბრუნება

15 დეკემბერი

- 10.00 – 12.00 თბილისის #8 პატიმრობისა და დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულება (საექიმო–სამედიცინო პუნქტი)
- 12.30 – 13.30 თბილისის #11 არასრულწლოვანთა სპეციალური დაწესებულება
- 14.00 – 15.00 სადილი
- 15.30 – 17.30 ქსანის #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი

16 დეკემბერი

10.00 – 12.30	რუსთავის #5 ქალთა პატიმრობის, ნახევრად ღია და დახურული ტიპის დაწესებულება (საექიმო-სამედიცინო პუნქტი)
13.00 – 15.30	ნარკოლოგიური კლინიკა „ურანტი“
16.00 – 17.30	შეხვედრა ექსპერტიზის ეროვნულ ბიუროში
19.00 - 21.00	დასკვნითი შეხვედრა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროში (ა. თალაკვაძე, მინისტრის მოადგილე და სამედიცინო დეპარტამენტის თანამშრომლები)

სხვა შეხვედრები

2013 წ. 17–18 დეკემბერს ჩატარდა დამატებითი შეხვედრები:

- 1) სამედიცინო პრაქტიკის რეგულირების განყოფილება – სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი;
- 2) ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მატერიალურ ტექნიკური უზრუნველყოფის განყოფილება – სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი;
- 3) სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსი
- 4) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის თანამშრომლები
- 5) არასამთავრობო ორგანიზაცია „ემპათია“ – დირექტორი

2013 წ. 23–24 დეკემბერს ჩატარდა დამატებითი შეხვედრების მეორე რაუნდი:

- 1) ქ-ნი მარიამ ჯაში – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილე
- 2) პირველადი ჯანდაცვის და ამბულატორიული მომსახურების განყოფილება – სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი
- 3) სპეციალიზირებული სამედიცინო დახმარების განყოფილება – სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი
- 4) სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსი
- 5) ბ-ნი არჩილ თალაკვაძე – სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მოადგილე

დაბოლოს, 2014 წლის 27 იანვარს ჩატარდა ორი დამატებითი შეხვედრა:

- 1) სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსი
- 2) ბ-ნი არჩილ თალაკვაძე – სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მოადგილე

დანართი 2: დოკუმენტების სია

1. სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია და მისი განხორციელება 2013-2014 ½ წლების პერიოდში – 18 თვე, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო, 2013 წ., თბილისი, საქართველო
2. სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სამოქმედო გეგმა
3. საქართველოს კანონი, პატიმრობის კოდექსი
4. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ; საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 30 მაისის ბრძანება №97 „პატიმრობის, თავისუფლების აღკვეთის, შერეული ტიპის ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა დაწესებულებების, ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებისა და ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრის დებულებების დამტკიცების შესახებ; დანართი №4: „ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების დებულება“
5. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2011 წლის 10 მარტის ბრძანება №38 „პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრსა და ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა გადაყვანის წესი“
6. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 18 დეკემბრის ერთობლივი ბრძანება №181/№01-72/5 „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივი მუდმივმოქმედი კომისიის შექმნის შესახებ პატიმრობის კოდექსის 37-ე მუხლის პირველი ნაწილის „ვ“ ქვეპუნქტისა და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 61-ე მუხლის პირველი ნაწილის შესაბამისად“
7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 15 თებერვლის ბრძანება №01-6/5 „იმ მიმღე და განუკურნებელ დაავადებათა ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ, რომელიც წარმოადგენს სასჯელის მოხდისაგან გათავისუფლების საფუძველს საქართველოს კანონის „პატიმრობის კოდექსის“ 37-ე მუხლის მე-2 ნაწილისა და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 61-ე მუხლის პირველი ნაწილის შესაბამისად“
8. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2013 წლის 15 მარტის ბრძანება №59 „საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის დებულების დამტკიცების შესახებ“
9. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბრის ბრძანება №01-63/5 „სტაციონალურ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“
10. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 7 ნოემბრის ბრძანება №01-230/ო „2013 წლის სახელმწიფო პროგრამების

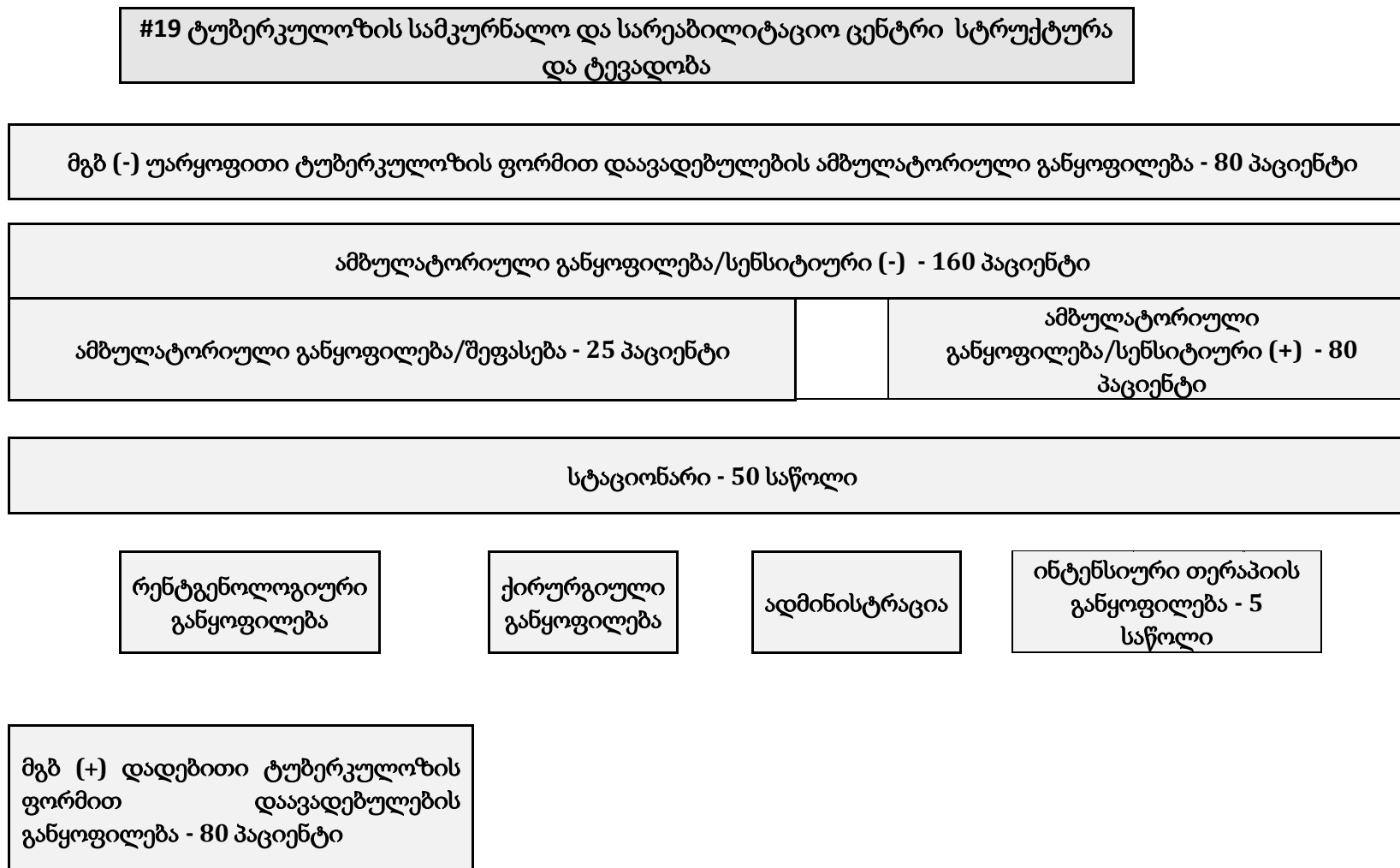
- შეფასებისა და აღნიშნულ პროგრამებში 2014 წლისათვის ცვლილებების შეტანის მიზნით სამუშაო ჯგუფის შექმნის შესახებ“
11. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 19 ივნისის ბრძანება №01-25/ნ „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციის განსაზღვრისა და პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების მინიმალური მოთხოვნების დამტკიცების შესახებ“
 12. საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის დადგენილება №359 „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“
 13. საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის დადგენილება №385 „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“
 14. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 28 დეკემბრის დადგენილება №479 „საქართველოს მთავრობის დადგენილება №385-ში „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ ცვლილებების შეტანის შესახებ“
 15. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 16 აგვისტოს ბრძანება №300 „სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ნარჩენების უტილიზაცია-შენახვის სანიტარული წესების დამტკიცების შესახებ“.
 16. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანება №87-83/ნ, 2011 წლის 20-25 მაისი „ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა კვების ნორმებისა და სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების შესახებ“
 17. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-41/ნ, 2011 წლის 15 აგვისტო „ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“
 18. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №108/ნ, 2009 წლის 19 მარტი, „სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონალური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“
 19. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №198/ნ, 2002 წლის 17 ივლისი, „სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ“
 20. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №338/ნ, 2007 წლის 9 აგვისტო, „ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის შევსების წესისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობისფორმის დამტკიცების შესახებ“.
 21. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო: „პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმა საქართველოში - ვასრულებთ დაპირებას – 2-13 წლის 1 იანვარი – 3 დეკემბერი“, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს კონფერენციის შესახებ მოკლე ინფორმაცია
 22. საქართველოს სახალხო დამცველის ყოველწლიური ანგარიში „საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ – 2012 წელი“

23. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტს შორის პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის მოდელის გავრცობის შესახებ ურთიერთგაგების მემორანდუმი 2013 („სამმხრივი შეთანხმება“)
24. CPT/Inf (2013)18 www.cpt.coe.int
25. CPT/Inf (2013)19 www.cpt.coe.int
26. ციხის კვლევის საერთაშორისო ცენტრი, ანგარიში საქართველოს შესახებ, www.prisonstudies.org

დანართი 3: საქართველოს სასჯელაღსრულების , პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი – სტრუქტურა და პერსონალი

პირველადი ჯანდაცვის და ამბულატორიული მომსახურების სამმართველო		სპეციალიზირებული სამედიცინო მომსახურების სამმართველო		სამედიცინო პრაქტიკის რეგულირების სამმართველო		ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მატერიალურ-ტექნიკური სამმართველო	
ხათუნა ციცავა	უფროსი	მიხეილ ივანიშვილი	უფროსი	გიორგი ნიორაძე	უფროსი	გიორგი ფრუიძე	უფროსი
ოთარ აბულაძე	მრჩეველი	მარინე ნიკოლეიშვილი	მრჩეველი	ბადრი ბალავიძე	მრჩეველი	ნონა ონიანი	მრჩეველი
კონსტანტინე ტურაშვილი	მრჩეველი	დავით ერგემიძე	მრჩეველი	ქეთევან ჩახნაშვილი	მრჩეველი	ევან ზოზირაშვილი	მთავარი სპეციალისტი
თეკლე რაზმაძე	მრჩეველი	თინათინ სიხმაშვილი	მთავარი სპეციალისტი	გიორგი ჩილდრაშვილი	მრჩეველი	ივა ქუმარიტაშვილი	მრჩეველი
ლელა იჩხიტაძე	მთავარი სპეციალისტი	თტია ოქრუაშვილი	მთავარი სპეციალისტი	ქეთევან უსუფაშვილი	მთავარი სპეციალისტი		
ლელა ქორაშვილი	მთავარი სპეციალისტი	მაკა კილასონია	მთავარი სპეციალისტი	ელისო ბიჭაშვილი	მრჩეველი/ფარმაცუტის დარგში		
ნონა მჭედლიძე	მთავარი სპეციალისტი			წეთი ბახუტაშვილი	მრჩეველი		

დანართი 4: #19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი – სტრუქტურა და ადგილების რაოდენობა



დანართი 5: მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა ცენტრალური სამკურნალო დაწესებულება – ცენტრალური საავადმყოფო – სტრუქტურა, ადგილების რაოდენობა და პერსონალი

მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა ცენტრალური სამკურნალო დაწესებულება (ყოფილი ციხის ცენტრალური საავადმყოფო) – სტრუქტურა და ტევადობა					
მე-4 სართული	შინაგანი მედიცინის განყოფილება - 25 საწოლი	კრიტიკული მედიცინის განყოფილება - 5 საწოლი	საოპერაციო დარბაზები (1, 2) და ანესთეზია-რეანიმაციის განყოფილება		ქირურგიული განყოფილება - 15 საწოლი
მე-3 სართული	გრძელვადიანი მკურნალობა 1 - 35 საწოლი		შინაგანი მედიცინის განყოფილება - გრძელვადიანი მკურნალობის მიზნით - 5 საწოლი	გრძელვადიანი მკურნალობა 2 - 35 საწოლი	
მე-2 სართული	ტუბერკულოზის განყოფილება - 10 საწოლი	ინფექციური განყოფილება- 10 საწოლი	ფსიქიატრიული განყოფილება -10 საწოლი	ნარკოლოგი ური პალატა -5 საწოლი	დამატე ბითი პერსონა ლი სტომატოლო გია
პირველი სართული	ადმინისტრაცია	გადაუდებელი დახმარების კაბინეტი (ტრიაჟი, დაკვირვება) - 5 საწოლი	დიაგნოსტიკა (ექოსკოპია, ენდოსკოპია, რენტგენი, სპირომეტრია)		საკნები, უსაფრთხოების გამლიერებული ზომებით
სარდაფი	მორგი	ლაბორატორიული მომსახურება (ზოგადი + ტუბერკულოზი))	აფთიაქი	საწყობი	სასტერილიზაციო ბლოკი

მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა ცენტრალური სამკურნალო დაწესებულება (ყოფილი ციხის ცენტრალური საავადმყოფო) – სამომავლო საშტატო განრიგი	თანამშრომელთა რაოდენობა
ადმინისტრაცია	სულ: 5
მთავარი ექიმი	1
მთავარი ექიმის მოადგილე (კლინიკურ დარგში)	1
მთავარი ექიმის მოადგილე (ადმინისტრაციულ დარგში)	1
სტატისტიკოსი	1
დიასახლისი	1
თერაპიული (გრძელვადიანი მკურნალობის) განყოფილება	სულ: 16
განყოფილების გამგე	1
თერაპევტი (შინაგან სნეულებათა სპეციალისტი)	2
მთავარი ექთანი	1
ექთანი	8
სანიტარი	4
ფსიქიატრიული განყოფილება	სულ: 13
განყოფილების გამგე	1
ფსიქიატრი	4
ექთანი	4
სანიტარი	4
ტუბერკულოზის განყოფილება	სულ: 5
ფტიზიატრი	1
ექთანი	4
შინაგანი მედიცინის განყოფილება - გრძელვადიანი პაციენტებისათვის	სულ: 15
განყოფილების გამგე	1
თერაპევტი (შინაგან სნეულებათა სპეციალისტი)	4
მორიგე ექთანი	8
სანიტარი	2
სტომატოლოგიური კაბინეტი	სულ: 2
სტომატოლოგი	1
ექთანი	1
გადაუდებელი დახმარების კაბინეტი (ტრიაჟი, დაკვირვება)	სულ: 13
განყოფილების გამგე	1
მორიგე ექიმი	4
ექთანი	8
დიაგნოსტიკის განყოფილება	სულ: 9
ექიმი–რენტგენოლოგი	1
ექიმი–რენტგენოლოგი	1
ექიმი–ექოსკოპისტი	1
ექიმი–ენდოსკოპისტი	1
რენტგენოლოგის ასისტენტი	4
ექთანი	1
ლაბორატორია	სულ: 11

ლაბორატორიის გამგე	1
ლაბორანტი (ექთნის კვალიფიკაციის მქონე)	6
ლაბორანტი	4
აფთიაქი	სულ: 4
ფარმაცევტი	2
ფარმაცევტის ასისტენტი	2
ინფექციური განყოფილება	სულ: 6
ინფექციონისტი	2
ექთანი	4
შინაგანი მედიცინის განყოფილება	სულ: 18
განყოფილების გამგე	1
მორიგე ექიმი	4
უფროსი ექთანი	1
ექთანი	8
სანიტარი	4
კრიტიკული მედიცინის განყოფილება – თერაპიული პროფილის პაციენტებისათვის	სულ: 5
განყოფილების გამგე (კრიტიკული მედიცინა)	1
ექთანი	4
ქირურგიული განყოფილება	სულ: 25
განყოფილების გამგე	1
ზოგადი ქირურგი	5
ქირურგი-პროქტოლოგი	1
ქირურგი-უროლოგი	1
ქირურგი-ტრავმატოლოგი	1
საოპერაციოს ექთანი – „ა“ და „ბ“ ბლოკი	4
ექთანი	8
სანიტარი	4
საოპერაციო დარბაზები და ანესთეზია-რეანიმატოლოგიის განყოფილება	სულ: 9
განყოფილების გამგე	1
ანესთეზიოლოგი	4
ანესთეზიოლოგიური ექთანი	4
ნარკოლოგიური განყოფილება	სულ: 5
ნარკოლოგი	1
ექთანი	4
სასტერილიზაციო ბლოკი/განყოფილება	სულ: 4
ექთანი	4
დამატებითი პერსონალი/სპეციალისტები	სულ: 9
ექიმი-კარდიოლოგი	1
ექიმი-ნევროლოგი	1
ექიმი-ეპიდემიოლოგი	1
ექიმი-ენდოკრინოლოგი	1
ექიმი-ოტოლარინგოლოგი	1
ექიმი-დერმატოვენეროლოგი	1
ექიმი – (კონკრეტული სპეციალობა უნდა განისაზღვროს საჭიროებების გათვალისწინებით)	2

ფსიქოლოგი	1
საერთო რაოდენობა	174