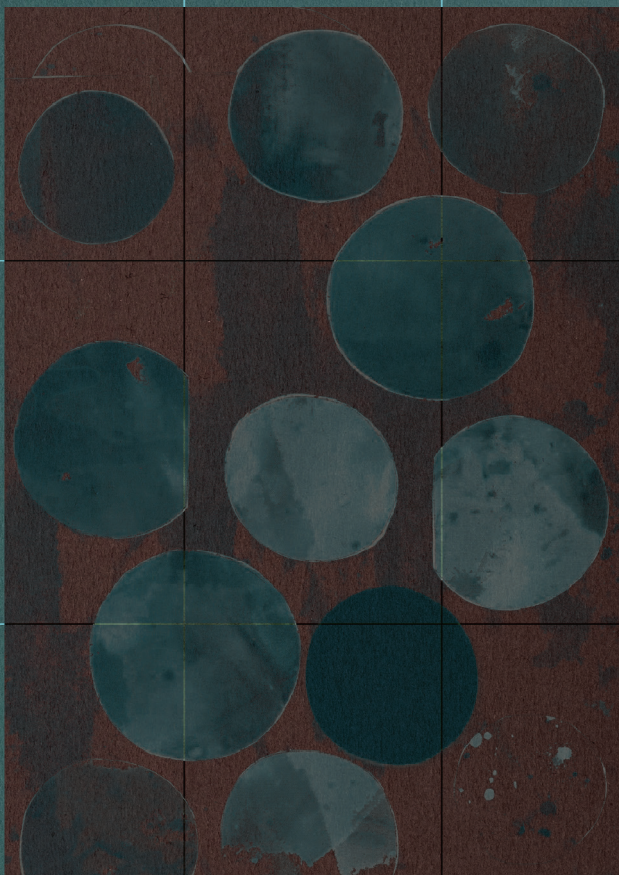


ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებები

პრობლემური საკითხები და ცვლილებების პოტენციალი



სოციალური
სამართლიანობის
ცენტრი

ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებები -
პრობლემური საკითხები და ცვლილებების
პოტენციალი

დოკუმენტი მომზადდა პროექტის - „ქმედუნარიანობის ინსტიტუტის განხორციელების ხელშეწყობა საქართველოში“ - ფარგლებში. პროექტი მხარდაჭერილია „ღია საზოგადოების ფონდების“ (OSF) მიერ და მას ახორციელებენ ორგანიზაციები - „სოციალური სამართლიანობის ცენტრი“, „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისათვის“ (PHR), „საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია“ (GASW) და „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“ (GIP – Tbilisi).

დოკუმენტში გამოთქმული მოსაზრებები გამოხატავს ავტორის პოზიციას და შესაძლოა, არ ასახავდეს „ღია საზოგადოების ფონდების“ (OSF) შეხედულებებს.

ავტორი: მარიამ ჯანიაშვილი

ხელმძღვანელი: თათული ჭუბაბრია

რედაქტორი: ნინო ხიდიშელი

გარეკანი: სალომე ლაცაბიძე

აკრძალულია აქ მოყვანილი მასალების გადაბეჭდვა, გამრავლება ან გავრცელება კომერციული მიზნით, ორგანიზაციის წერილობითი ნებართვის გარეშე.

© სოციალური სამართლიანობის ცენტრი

მისამართი: ი. აბაშიძის 12ბ, თბილისი, საქართველო

ტელ: +995 032 2 23 37 06

<https://socialjustice.org.ge>

info@socialjustice.org.ge

www.facebook.com/socialjustice.org.ge

სარჩევი

შესავალი	3
საკანონმდებლო და პოლიტიკის ჩარჩოს ხარვეზიანობა.....	4
სუსტი ინსტიტუციური ჩარჩო	4
სოციალური მოდელის დანერგვის შეფერხება.....	6
სუსტი საკანონმდებლო გარანტიები.....	7
ხარვეზები პოლიტიკის დოკუმენტების შექმნის პროცესში.....	8
ქმედუნარიანობის განუხორციელებელი რეფორმა.....	9
ინსტიტუციონალიზაცია და სტაციონარული სერვისების არაადეკვატურობა	10
რამდენად არსებობს ცვლილებების პოტენციალი?	12

შესავალი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული პარადიგმის¹ დანერგვა და გამოყენება წლების განმავლობაში მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. ამ დრომდე მოცემული სფერო საერთაშორისო სტანდარტებთან ფორმალური სახითაც კი არ მოსულა შესაბამისობაში, რაც სისტემასთან დაკავშირებულ ათასობით ადამიანს უფლებების უხეში დარღვევებისა და უგულებელყოფის წინაშე ტოვებს.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციამ (შემდგომში - კონვენცია) საქართველოსთვის სავალდებულო ძალა ჯერ კიდევ 2014 წელს შეიძინა. სწორედ კონვენცია აღმოჩნდა ის რეგულაციური ინსტრუმენტი, რომელმაც ძირეულად შეცვალა შშმ პირთა მიმართ სამედიცინო მოდელზე დაფუძნებული პოლიტიკა და სახელმწიფოებს მოუწოდა, მაქსიმალურად მოკლე ვადებში გადასულიყვნენ სოციალურ და ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებულ მიდგომებზე. ზემოაღნიშნული პათოსი ყველა უფლებასთან მიმართებით გასდევს კონვენციას, რომელმაც, სხვა მნიშვნელოვან საკითხებთან ერთად, პირდაპირ ხაზი გაუსვა შშმ პირთა ინსტიტუციონალიზაციის აკრძალვის, მათ მიმართ იძულების ღონისძიებებისა თუ ქმედუნარიანობის შეზღუდვის/ჩამორთმევის დაუშვებლობას. მიუხედავად ზემოდასახელებული სტანდარტებისა, საქართველოში ამ მიმართულებით სიტუაცია მნიშვნელოვნად კვლავ არ გაუმჯობესებულა.

¹ ob. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/HRC/44/48, 2020, პარ. 58 – 67.

COVID-19-ის პანდემიამ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა მთელი რიგი ახალი გამოწვევების წინაშე დააყენა. ერთი მხრივ, პანდემიის ტვირთი მოსახლეობის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვნად გაიზარდა, ხოლო, მეორე მხრივ, განსაკუთრებული მოწყვლადობის წინაშე ფსიქიატრიული სერვისის მომხმარებლები აღმოჩნდნენ.² ზემოაღნიშნული სისტემური გამოწვევები სახელმწიფოსგან ინტერვენციას ითხოვდა, თუმცა, ეს სფერო ამ პერიოდშიც კი არ გამხდარა მთავრობის პრიორიტეტი. პირიქით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ერთი შეხედვით, არადინამიური პოლიტიკა რეგრესისკენაც კი წავიდა ფსიქიატრიული სტაციონარული სერვისების მიწოდების ნაწილში, როდესაც თბილისის კიდეც ერთ მულტიპროფილურ კლინიკაში ფსიქიატრიული განყოფილება დაიხურა.

მოცემული დოკუმენტი მიზნად ისახავს, შეაჯამოს ის ძირითადი გამოწვევები, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გვხვდება და ამასთანავე მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანებსა და მათი ოჯახის წევრებზე. სოციალური სამართლიანობის ცენტრმა აღნიშნული ბარიერები 2018 წლის ოქტომბრიდან დღემდე პროექტის - „ქმედუნარიანობის ინსტიტუტის განხორციელების ხელშეწყობა საქართველოში“ – განხორციელების პროცესში დააიდენტიფიცირა.

დოკუმენტში ყურადღება გამახვილებულია ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებზე, როგორებიცაა, ქმედუნარიანობის რეფორმის იმპლემენტაციის ჩავარდნა, პრობლემები ფსიქიატრიული სტაციონარული სერვისების მიწოდების მიმართულებით, სახელმწიფოს უმოქმედობა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიების შემუშავებისა და განხორციელების მიმართულებით, COVID-19-ის პანდემიისას დამდგარი გამოწვევები და სახელმწიფოს დროული რეაგირების პრობლემები.

საკანონმდებლო და პოლიტიკის ჩარჩოს ხარვეზიანობა

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევა, რასაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ვხვდებით, ხარვეზიანი კანონმდებლობა და პოლიტიკის ჩარჩოა. ცხადია, ამ თემის დეტალური ანალიზი წინამდებარე ნაშრომის ფარგლებს სცდება, თუმცა განსაკუთრებით აღსანიშნავია სფეროსთვის რელევანტური რამდენიმე საკითხი, რომელთაც ქვემოთ საგანგებოდ გამოვყოფთ და განვიხილავთ.

- სუსტი ინსტიტუციური ჩარჩო

ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოების უზრუნველყოფა ადეკვატური ცოდნით, ადამიანური და ფინანსური რესურსებით არსებითია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დაუბრკოლებელი და ეფექტიანი განხორციელებისათვის. ამ კუთხით

² იხ. საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ, 2020, გვ. 383 – 385.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია უწყებათაშორისი პლატფორმები, რომლებიც რელევანტური პოლიტიკის კოორდინირებას ახორციელებენ.

სამწუხაროდ, ისევე, როგორც ბევრი სხვა მიმართულებით, ქვეყანაში ამ სფეროშიც ძირეული გამოწვევები გვხვდება. კერძოდ, მიუხედავად კონვენციის რატიფიცირებით აღებული ვალდებულებისა,³ საქართველოს ცენტრალურ ხელისუფლებას ჯერ კიდევ არ შეუქმნია კონვენციის იმპლემენტაციისა და კოორდინაციის ორგანო, რომელიც ხელს შეუწყობდა შშმ პირთა მიმართ სახელმწიფო პოლიტიკის მწყობრი, ერთგვაროვანი და ეფექტიანი პოლიტიკის განსაზღვრასა და განხორციელებას. სწორედ ეს ორგანო უნდა გამხდარიყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმირების ხედვის, მოკლე და გრძელვადიანი მიზნებისა და მათი მიღწევის გზების დასახვის ერთ-ერთი უმთავრესი მექანიზმი.⁴

მეორე მხრივ, 2021 წლის აგვისტოში, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა სამინისტროს ფარგლებში შექმნა უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო,⁵ რომელიც მიზნად ისახავს „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ კანონით ნაკისრი ღონისძიებების განხორციელების ხელშეწყობას. საბჭოს მუშაობა გულისხმობს სამთავრობო, არასამთავრობო, დონორი და საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლების, შშმ თემისა და სხვა დაინტერესებული მხარეების მონაწილეობას და სამუშაო თემების მიხედვით. საბჭო ოთხ კომიტეტად იყოფა: 1) შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენის მექანიზმის (ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის) დანერგვის ხელშეწყობის კომიტეტი; 2) დეინსტიტუციონალიზაციისა და ალტერნატიული ზრუნვის მომსახურებების განვითარების ხელშეწყობის კომიტეტი; 3) შშმ პირებისთვის სხვებთან თანაბარი შესაძლებლობის ხელშეწყობის სოციალური მომსახურებების განვითარების, ხარისხის მონიტორინგის და შეფასების მექანიზმის გაუმჯობესების ხელშეწყობის კომიტეტი; 4) შშმ პირებისთვის სხვებთან თანაბარი შესაძლებლობის ხელშეწყობის მომსახურებების მუნიციპალურ დონეზე ინტეგრირების ხელშეწყობის კომიტეტი.

საბჭოს მიერ განსაზღვრული სამუშაო თემები ცალსახად რელევანტურია, თუმცა მისი დებულების შემუშავება და დამტკიცება შშმ თემთან კოორდინაციის, კომუნიკაციის და ამ პროცესში მათი ჩართულობის გარეშე მოხდა, რაც მონაწილეობის კონვენციისეული პრინციპის უგულებელყოფას წარმოადგენს. უწყებათაშორისი პლატფორმას ჯერ კიდევ არ

³ გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, 2006, მ. 33.

⁴ შენიშვნა: საქართველოს მთავრობამ მოგვიანებით, 2021 წლის 29 ნოემბერს დაამტკიცა შშმ პირთა უფლებების კონვენციის იმპლემენტაციის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო კომიტეტი, რომელთა მიმართებითაც ასევე არსებობს კრიტიკა; იხ. განცხადება: „მთავრობა კვლავ ვერ გვთავაზობს შშმ პირთა კონვენციის განხორციელების მექანიზმის ფუნქციონირების გარანტიებს“, <https://bit.ly/3DmhYmS>.

⁵ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2021 წლის 24 აგვისტოს N 01-332/ო ბრძანება „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის აღსრულებისკენ მიმართულ ღონისძიებათა ერთიანი საკოორდინაციო საბჭოს დებულებისა და შემადგენლობის დამტკიცების თაობაზე“.

შეურჩევია წევრები (შშმ თემიდან და რელევანტური ორგანიზაციებიდან), რომლებიც მის მუშაობაში ჩაერთვებიან და უცნობია მისი რეალური ამოქმედების თარიღი, რაც კიდევ უფრო აგვიანებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს რეფორმირების პროცესს.

- სოციალური მოდელის დანერგვის შეფერხება

კონვენციის საქართველოსთვის სავალდებულოდ აღიარება, ბევრ სხვა მიმართულებასთან ერთად, ქვეყნისგან მოითხოვდა შშმ პირთა მიმართ არსებული სამედიცინო მოდელის (რომელიც მხოლოდ დიაგნოზებს ეფუძნება) სრულ ტრანსფორმაციას და მთლიანი სისტემის გადაყვანას სოციალურ მოდელზე, რომელიც აღიარებს, როგორც „მყარი ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული დარღვევების“ არსებობას, ასევე, სხვადასხვა დაბრკოლებასთან მათ ურთიერთქმედებას, რომელმაც „შესაძლოა ხელი შეუშალოს ამ პირის სრულ და ეფექტიან მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, სხვებთან თანაბარ პირობებში“.⁶

ზემოწარმოდგენილი მსჯელობის გათვალისწინებით, სოციალური მოდელი, პირველ რიგში, ითვალისწინებს პირის ინდივიდუალური საჭიროებების იდენტიფიცირებას, თუმცა მისი დანერგვა ამით არ შემოიფარგლება და მოიცავს შშმ პირთა მიმართ არსებული პოლიტიკის ძირფესვიან ცვლილებას და მათ საჭიროებებზე მორგებული მომსახურებების დანერგვასა თუ გაფართოებას. მისი შინაარსიდან გამომდინარე, ნათელია ამ მოდელის მნიშვნელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაშიც - სფეროში, სადაც ადამიანების საჭიროებები უმეტესწილად უგულებელყოფილია და სამედიცინო მიდგომები კვლავ ურყევ პარადიგმას წარმოადგენს.

სოციალური მოდელის ყოვლისმომცველი ბუნებიდან გამომდინარე, სწორედ მისი დანერგვა უნდა ყოფილიყო კონვენციის რატიფიცირების შემდგომ მთავრობის მიერ უპირველესად განსახორციელებელი რეფორმებიდან ერთ-ერთი. სამწუხაროდ, ქვეყანაში მისი ზუსტი შინაარსის ჩამოყალიბება და დანერგვა ჯერ კიდევ არ მომხდარა და უცნობია, როდის გადავა საქართველოში არსებული სისტემა სოციალურ მოდელზე.

ამ სფეროში პესიმიზმის საფუძველს იძლევა სამთავრობო დონეზე სხვადასხვა დროს მიღებული სამოქმედო გეგმები, რომლებიც ითვალისწინებდა აქტივობებს სოციალური მოდელის შექმნისა და დანერგვის მიმართულებით, თუმცა არ აღსრულებულა. მაგალითისთვის, ამგვარ გეგმებს წარმოადგენდა სამუშაო ჯგუფის ფორმირება, რომელიც მოამზადებდა თემატურ სიტუაციურ ანალიზს და შეიმუშავებდა რეკომენდაციებს შშმ პირის სტატუსის მინიჭების ახალ მოდელზე გადასვლისათვის საჭირო ღონისძიებების განსახორციელებლად (უნდა განხორციელებულიყო 2014 წელს);⁷ ასევე უნდა მომხდარიყო

⁶ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, 2006, მ. 1.

⁷ იხ. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 20 იანვრის N 76 განკარგულება „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველყოფის 2014-2016 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

სოციალურ მოდელზე გადასვლისათვის რელევანტური საკანონმდებლო ცვლილებების მიღება (უნდა განხორციელებულიყო 2014⁸ – 2015⁹ წლებში), ამასთანავე, დაგეგმილი იყო შშმ პირთა შეფასებისა და სტატუსის მინიჭების ახალი სისტემის ამოქმედება (უნდა განხორციელებულიყო 2019 – 2020 წლებში¹⁰).

აღუსრულებელი სამთავრობო სამოქმედო გეგმების შემდგომ, სოციალური მოდელის დანერგვა „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ კანონში აისახა. კერძოდ, კანონის მიხედვით, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2023 წლის 1 იანვრამდე უნდა უზრუნველყოს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მიხედვით სტატუსის დადგენის მექანიზმის დანერგვასთან დაკავშირებით განსახორციელებელი ღონისძიებების გეგმის დამტკიცება.¹¹ აღნიშნული ფორმულირება და დაწესებული ვადა კიდევ უფრო შორს, ამავე დროს გაურკვეველ მომავალში სწევს შშმ პირთა მიმართ პარადიგმისა და მთლიანად პოლიტიკის ცვლილების თარიღს.

- სუსტი საკანონმდებლო გარანტიები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ტრანსფორმაციისა და ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომის დანერგვის ერთ-ერთ მთავარ წინაპირობას ჯეროვანი საკანონმდებლო ბაზა წარმოადგენს. სამწუხაროდ, საქართველოში ამ მიმართულებითაც მნიშვნელოვანი გამოწვევები არსებობს.

მიუხედავად შშმ თემის წევრებისა და საკითხზე მომუშავე ორგანიზაციების არაერთი მიმართვისა,¹² „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ კანონში მომხდარიყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს პრიორიტეტიზაცია და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობების ნათელი ფორმულირება, მათ შორის, დეინსტიტუციონალიზაციისა და ქმედუნარიანობის რეფორმების წარმართვასთან დაკავშირებით, საქართველოს აღმასრულებელმა და საკანონმდებლო ხელისუფლებამ კანონის საბოლოო ვერსიაში ამ

⁸ იქვე.

⁹ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 9 ივლისის N 445 დადგენილება „საქართველოს ადამიანის უფლებების დაცვის სამთავრობო სამოქმედო გეგმის (2014-2015 წლებისათვის) დამტკიცებისა და საქართველოს ადამიანის უფლებების დაცვის სამთავრობო სამოქმედო გეგმის (2014-2015 წლებისათვის) საკოორდინაციო უწყებათაშორისი საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“.

¹⁰ საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 17 აპრილის N 182 დადგენილება „ადამიანის უფლებათა დაცვის სამთავრობო სამოქმედო გეგმის (2018-2020 წლებისათვის) დამტკიცების შესახებ“.

¹¹ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი, მ. 37.

¹² მაგ. იხ. „შშმ პირთა უფლებებზე მომუშავე ორგანიზაციები და აქტივისტები „შშმ პირთა უფლებების შესახებ“ კანონპროექტს ეხმიანებიან“, <https://bit.ly/3CsevUp>; „შშმ პირები და ორგანიზაციები პარლამენტის მიერ „შშმ პირთა უფლებების შესახებ“ კანონპროექტის განხილვას აფასებენ“, <https://bit.ly/3CsdP1p>; „შშმ პირები და ორგანიზაციები „შშმ პირთა უფლებების შესახებ“ კანონის მიღებას ეხმიანებიან“, <https://bit.ly/3jQwUmC>.

მიმართულებით მხოლოდ მინიმალური ვალდებულებები (ფსიქიკური ხელშეუხებლობის ზოგადი უფლება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის საკითხი, ზოგადი ფორმულირებით) ასახა.¹³

მეორე მხრივ, ქვეყანაში მოქმედებს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“, რომელიც მიზნად ისახავს, განსაზღვროს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირთა უფლებები, მათთვის ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის ფორმები, ასევე, ფსიქიატრიის დარგში მომუშავეთა საქმიანობის პირობები და წესები.¹⁴ 2020 წელს კანონში მნიშვნელოვანი ცვლილებები განხორციელდა - მოდიფიცირდა პაციენტთა მიმართ შეზღუდვის გამოყენების წესი, კანონს ასევე დაემატა თავი, რომელიც ეძღვნება ფსიქიატრიული მომსახურების მიმღებების უფლებების დაცვისა და მომსახურების ხარისხის შეფასების უზრუნველყოფის ღონისძიებებს.

მიუხედავად ამ ცვლილებებისა, კანონში დღემდე არსებობს უამრავი ხარვეზი, რომელიც უმოკლეს ვადებში აღმოფხვრას საჭიროებს. მათ შორისაა, საკანონმდებლო გარანტიების არარსებობა ექიმის მიერ პაციენტის უფლებების შეზღუდვის ნაწილში, სერვისის მომხმარებლების საჩივრების განხილვასთან დაკავშირებით, ასევე, პაციენტთა შორის ძალადობის პრევენციისა თუ დეესკალაციის მრავალფეროვანი მექანიზმების გამოყენების შესახებ.¹⁵

- ხარვეზები პოლიტიკის დოკუმენტების შექმნის პროცესში

სახელმწიფო დონეზე შემუშავებული და მოქმედი სტრატეგიები და სამოქმედო გეგმები, მიუხედავად მათი სამართლებრივად არამბოჭავი ხასიათისა, უმნიშვნელოვანეს დოკუმენტებს წარმოადგენენ, რადგან ამა თუ იმ სფეროსთან მიმართებით შეიცავენ მთავრობის გაცხადებულ პოლიტიკას, იდენტიფიცირებულ პრობლემებსა და მათი გადაჭრის მოკლე და გრძელვადიან ხედვებს, უწყებების რელევანტურ ვალდებულებებსა, ამასთანავე მათი თანამშრომლობის გზებს, მსხვილი რეფორმების განხორციელების გეგმებს და სხვა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პოლიტიკის ცენტრალურ დოკუმენტს წარმოადგენდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა (2015-2020 წლებისათვის).¹⁶ დოკუმენტი მრავალ მნიშვნელოვან თემას მოიცავს და, მათ შორის, გათვალისწინებულია დეინსტიტუციონალიზაციის სამოქმედო გეგმის შექმნა, სუიციდის პროგრამების შემუშავება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისების განვითარება.

¹³ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი, მ. 5, 26.

¹⁴ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, მ. 2.

¹⁵ საქართველოს სახალხო დამცველის პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ანგარიში, 2020.

¹⁶ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N 762 დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

სამწუხაროდ, სტრატეგიის მნიშვნელოვანი ნაწილი დაგვიანებით ან საერთოდ არ შესრულდა.¹⁷ დოკუმენტის შესრულების ანგარიში დღემდე არ მომზადებულა და არც გამოქვეყნებულა სამინისტროს მხრიდან,¹⁸ რაც შეუძლებელს ხდის მისი იმპლემენტაციის დროს არსებული ძირითადი ბარიერების ან/და დადებითი გამოცდილების იდენტიფიცირების, შესრულებული და შეუსრულებელი საქმიანობების შინაარსობრივი შეფასების შესაძლებლობას.

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიის მოქმედების ვადა 2020 წელს ამოიწურა, ახალი სტრატეგიის მიღება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ არ განხორციელებულა. მეტიც, უწყებამ დოკუმენტის სამუშაო ვერსიის შემუშავებისას ვერ შეძლო, შეექმნა გამჭვირვალე და ინკლუზიური პროცესი, სადაც ნებისმიერი დაინტერესებული პირის, პირველ რიგში, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანების, აქტიური ჩართულობა უზრუნველყოფილი იქნებოდა. სამწუხაროდ, სტრატეგიის სამუშაო ვერსია ჯერ კიდევ არ არის მისაწვდომი ფართო საზოგადოებისათვის. მისი ამჟამინდელი შინაარსი ძირითადად სამედიცინო სფეროსა და შესაბამის ინტერვენციებზეა ორიენტირებული, ხოლო ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომები და ხედვები ნაკლებად არის ასახული, რაც ერთმნიშვნელოვნად პრობლემურია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის მსგავსად, ჯერ კიდევ არ შემუშავებულა დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგია, რომელიც გაწერილი იქნებოდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დაშლისა და რეფორმირების მოკლე და გრძელვადიან ხედვები. იმ პირობებში, როდესაც საქართველოში ასობით ადამიანი დიდი ზომის ინსტიტუციებში ცხოვრობს, ნათელია, რომ დეინსტიტუციონალიზაციის წარმართვასა და დასრულებას წლები დასჭირდება. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია, რომ ქვეყანას ამ დროისათვის გააჩნდეს რეალისტური ხედვა აღნიშნული პროცესის განხორციელებასთან დაკავშირებით, რომელიც ადამიანის უფლებების სტანდარტების პრიმატზე დაყრდნობით უზრუნველყოფდა საზოგადოებაში ინსტიტუციონალიზებული ჯგუფის დაბრუნებას.

ქმედუნარიანობის განუხორციელებელი რეფორმა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში საკანონმდებლო და პოლიტიკის ზოგად ხარვეზებთან ერთად, მნიშვნელოვანია, ყურადღება გამახვილდეს ქმედუნარიანობის რეფორმის იმპლემენტაციის სერიოზულ ბარიერებზე, რაც, საბოლოო ჯამში, ფსიქოსოციალური და ინტელექტუალური ნიშნით შშმ პირებს საშუალებას ართმევს, იყვნენ დამოუკიდებელნი და

¹⁷ საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ, 2020, გვ. 383 – 384.

¹⁸ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კორესპონდენცია N 01/15335, 4.10.2021.

საკუთარ ცხოვრებასთან დაკავშირებით თვითონ მიიღონ გადაწყვეტილებები. ამჟამად მხარდაჭერის მიმღებად 6010 ადამიანი არის რეგისტრირებული,¹⁹ რაც სახელმწიფოს მხრიდან დაუყოვნებელი და ეფექტიანი ზომების მიღების საჭიროებას კიდევ უფრო ზრდის.

ქმედუნარიანობის რეფორმა, თავისი პროგრესული და საერთაშორისო სტანდარტებთან მეტ-ნაკლები შესაბამისობის მქონე შინაარსიდან გამომდინარე, როგორც ეროვნულ, ისე საერთაშორისო დონეზე მნიშვნელოვან წინგადადგმულ ნაბიჯს წარმოადგენს. რეფორმა საქმეზე - „ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“ საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის გადაწყვეტილების²⁰ შედეგად განხორციელდა, მან გააუქმა მანამდე არსებული ქმედუნარიანობის მოდელი და შემოიტანა გადაწყვეტილების მიღებაში მხარდაჭერის სისტემა.

მიუხედავად რეფორმის მნიშვნელობისა, იგი ამ დრომდე მხოლოდ ფურცელზე რჩება და რეალურ ცხოვრებაში მისი გატარების ხედვა, სისტემა და მექანიზმები სახელმწიფოს ჯერ კიდევ არ შეუმუშავებია.²¹ მიუხედავად მთელი რიგი გამოწვევებისა, მაგალითად, საკანონმდებლო ჩარჩოს მიმართულებით,²² ეროვნულ დონეზე მთავარ პრობლემას ინსტიტუციური ბარიერები ქმნიან. განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს მხარდაჭერის სისტემაში ჩართული უწყებების სისუსტე და გადატვირთულობა, რაც ვალდებულების შესასრულებლად არასაკმარისი ინსტრუმენტების, ცოდნის, ადამიანური და ფინანსური რესურსების ნაკლებობის ნათელი სიმპტომაა.

სამწუხაროდ, სახელმწიფოს დღემდე არ უმსჯელია პროფესიონალი მხარდამჭერების სერვისის ჩამოყალიბებასა და დანერგვაზე, ხოლო ამჟამინდელი კანონმდებლობით გათვალისწინებული მხარდამჭერები - ოჯახის წევრები, ნათესავები, მეურვეობა-მზრუნველობის ორგანოს წარმომადგენლები, სახელმწიფოს მხრიდან ჯეროვანი მხარდაჭერის არარსებობის, შესაბამისი ინსტრუმენტების, ცოდნის, გადატვირთულობის გამო, ვერ უმკლავდებიან დაკისრებულ ვალდებულებებს. ეს გარემოება ფაქტობრივად ისევ ქმედუნარიანობის რეჟიმში ამყოფებს მხარდაჭერის მიმღებ პირებს;²³ განსაკუთრებით მძიმედ კი იმ ადამიანებზე მოქმედებს, რომლებიც ინსტიტუციონალიზებულნი არიან და რომელთა მიმართაც არანებაყოფლობითი ზომების გამოყენება ჩვეულებრივ პრაქტიკას წარმოადგენს.

¹⁹ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კორესპონდენცია N 01/13107, 1.09.2021.

²⁰ იხ. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს მეორე კოლეგიის გადაწყვეტილება N 2/4/532,533 – „საქართველოს მოქალაქეები – ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, 2014.

²¹ იხ. სოციალური სამართლიანობის ცენტრი (ყოფილი EMC), პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის (PHR), საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია (GASW) და გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (GIP-Tbilisi), „ქმედუნარიანობის რეფორმის შეფასება: კანონმდებლობა და პრაქტიკა“, 2020.

²² იქვე, გვ. 38 – 39.

²³ იქვე, გვ. 96 – 144.

ინსტიტუციონალიზაცია და სტაციონარული სერვისების არაადეკვატურობა

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირების ინსტიტუციონალიზაცია დღემდე მნიშვნელოვან და გადაუჭრელ პრობლემას წარმოადგენს ქვეყანაში. ასობით ადამიანი უმძიმეს პირობებში (მ.შ. ძალადობის, ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვების, შრომითი ექსპლუატაციის პირობებში), საზოგადოებისგან იზოლირებულად წლობით ცხოვრობს სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში,²⁴ მაშინ, როდესაც მთავრობას პრაქტიკულად ე.წ. სტატუს ქვოს რეჟიმი აქვს შენარჩუნებული და არ დგამს ეფექტიან ნაბიჯებს არსებული სიტუაციის შესაცვლელად.

დეინსტიტუციონალიზაციის განხორციელების ხედვისა და სტრატეგიის არარსებობის პარალელურად, სახელმწიფოსთვის უკიდურესად პრობლემურია სათემო სერვისების ჯეროვანი განვითარება და თემში არსებული ფსიქიატრიული სტაციონარული სერვისების²⁵ შენარჩუნება, რომელიც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანებს შესთავაზებდა თერაპიულ, ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებულ, მხარდაჭერაზე დაფუძნებულ მომსახურებას.²⁶ ამის ნაცვლად, ფსიქიატრიული დახმარების სისტემის განკერძოების პირობებში²⁷ სახელმწიფოს მიერ სერვისებზე არასათანადო ზედამხედველობის, ასევე, სტაციონარული სერვისების დაფინანსების სისტემის ხარვეზიანობის გამო, ამ სფეროში არსებული მდგომარეობა ამჟამად არა სტატიკურ, არამედ რეგრესულ ბუნებას იღებს.²⁸

მიუხედავად დეინსტიტუციონალიზაციის გაცხადებული პოლიტიკისა, საქართველოს მთავრობამ ვერ შეძლო, უზრუნველყო თემში - მულტიპროფილურ კლინიკებში ფსიქიატრიული სტაციონარული სერვისების ჯეროვანი მხარდაჭერა და მათთვის სპეციალიზებული/დიდი ზომის ფსიქიატრიული დაწესებულებებისგან დიფერენცირებული დაფინანსების სისტემის შეთავაზება.

სტაციონარულ ფსიქიატრიულ სერვისებზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო ბიუჯეტის ნახევარზე მეტი - 55 %-მდე (16 მლნ ლარი) მოდის.²⁹ მიუხედავად ამისა, დაფინანსების უმეტესი ნაწილი (14 მლნ. ლარამდე) დიდი ზომის ან/და სპეციალიზებული ფსიქიატრიული დაწესებულებებისთვის არის განკუთვნილი, ხოლო დაფინანსების მექანიზმი

²⁴ საქართველოს სახალხო დამცველის პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ანგარიში, 2020, გვ. 157.

²⁵ World Health Organization Regional Office for Europe, The European Mental Health Action Plan 2013-2020, გვ. 4.

²⁶ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2009, A/64/272, პარ. 92 – 93; World Health Organization Regional Office for Europe, The European Mental Health Action Plan 2013-2020, გვ. 7.

²⁷ იხ. საქართველოს სახალხო დამცველი, გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი, ფედერაცია - გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში, ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებათა პრივატიზაცია საქართველოში - შეფასება, დასკვნები და რეკომენდაციები საქართველოს მთავრობისთვის, 2017.

²⁸ მაგ. იხ. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე ორგანიზაციები ფსიქიკური ჯანმრთელობის განყოფილების დახურვას ეხმიანებიან“, <https://bit.ly/3kM39Eh>.

²⁹ საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 31 დეკემბრის N 828 დადგენილება „2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“.

ყველა დაწესებულებებთან მიმართებით ერთნაირია. კერძოდ, არსებული სისტემით, მწვავე შემთხვევის დაფინანსება (მიუხედავად იმისა, თუ რამდენი დღის განმავლობაში დასჭირდება ადამიანს მკურნალობა) ფიქსირებულ 690 ლარს³⁰ შეადგენს, რომელშიც ფსიქიატრიული მომსახურების ხარჯები, პერსონალის ანაზღაურება, ადმინისტრაციული ხარჯები შედის. იმის გათვალისწინებით, რომ მულტიპროფილური საავადმყოფოების ფსიქიატრიული განყოფილებები მცირე რაოდენობის პაციენტებზე და ადეკვატური რაოდენობის პერსონალზე (განსხვავებით დიდი ზომის ფსიქიატრიული დაწესებულებებისგან, სადაც პერსონალის სიმწირე ჩვეულებრივი მოვლენაა) არის გათვლილი, ფაქტობრივად შეუძლებელი ხდება ხარისხიანი მომსახურების მიწოდება და განყოფილების ფუნქციონირება.

მეორე მხრივ, გრძელვადიანი სტაციონირების შემთხვევაში, კერძოდ, ძირითადად დიდი ზომის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, თითოეულ პაციენტზე დღეში 26 ლარი არის გამოყოფილი, რაც ასევე მკვეთრად არაადეკვატურია. აქვე უნდა აღინიშნოს, ერთი მხრივ, ინსტიტუტებში მაცხოვრებელთა დიდი რაოდენობის გათვალისწინებისა, ხოლო, მეორე მხრივ, პერსონალისა და მათზე გამოყოფილი ანაზღაურების სიმწირისა, ასევე, ბენეფიციარებისათვის შექმნილი არაკეთილსაიმედო გარემო პირობებისა, ამგვარი დაწესებულებები ფუნქციონირებას კვლავ განაგრძობენ.

ზემოგანალიზებული სისტემის ხარვეზიანობის შედეგად, თბილისში არსებული სამი მულტიპროფილური კლინიკიდან ორი (ლუდუშაურის საავადმყოფო და ევექსის კლინიკა) სტაციონარული სერვისების მიწოდებიდან გავიდა, საქართველოს მასშტაბით კი მხოლოდ 2 (ორი) მულტიპროფილური კლინიკა - N 5 კლინიკა თბილისში და „თერჯოლამედი“ იმერეთში დარჩა, რომელიც ამგვარი სერვისით უზრუნველყოფს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანებს.³¹ ასეთი დაფინანსების სისტემის შენარჩუნების შემთხვევაში, ბუნდოვანია, დარჩენილი მულტიპროფილური კლინიკები რამდენად შეძლებენ ფსიქიატრიული განყოფილებების ფუნქციონირებას.

რამდენად არსებობს ცვლილებების პოტენციალი?

წინამდებარე დოკუმენტში დასმული პრობლემები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული გამოწვევების მხოლოდ ერთი ნაწილია. სინამდვილეში, ხარვეზები კიდევ უფრო მწვავე და სისტემურია, ვიდრე ერთი შეხედვით ჩანს. სახელმწიფოს **უმოქმედობა და არსებული პრობლემების უხილავობა** მათ არ გადაჭრის, პირიქით - კიდევ უფრო გააღრმავებს და სავალალო შედეგებამდე მიიყვანს სისტემას.

პრობლემების მასშტაბიდან გამომდინარე, კითხვაზე - თუ რამდენად არსებობს ცვლილებების პოტენციალი - ერთმნიშვნელოვანი პასუხის გაცემა რთულია. ერთი რამ ცხადია - ფსიქიკური

³⁰ 2017 წლამდე აღნიშნული თანხა 840 ლარს შეადგენდა.

³¹ საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 31 დეკემბრის N 828 დადგენილება „2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“.

ჯანმრთელობის სფერო და ფსიქიატრიული სერვისის მომხმარებლების უფლებების დაცვა არ წარმოადგენს მთავრობის პრიორიტეტს. მიუხედავად საჭიროებისა, ეს სფერო მთავრობის ხედვის არეალში არც COVID-19-ის პანდემიის დროს მოქცეულა:

- პანდემიისას მთავრობას არ გაუაზრებია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სავარაუდო ტვირთი, როგორც ზოგადად მოსახლეობაზე, ასევე, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანებზე. შესაბამისად, 2020 წლის პირველ ნახევარში, ვირუსის გავრცელების პრევენციის პოლიტიკაში მას ამ სფეროში მისაღები ღონისძიებები საერთოდ არ შეუმუშავებია;³²
- მიუხედავად საერთაშორისო დონეზე არსებული რეკომენდაციებისა, განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ინსტიტუციებში განთავსებული პირებისათვის, საქართველოს მთავრობამ ამგვარი დაწესებულებებისათვის გამოსაყენებელი სპეციალური პროტოკოლები მხოლოდ 2020 წლის მაისში მიიღო.³³ მიუხედავად ამგვარი ინსტრუმენტის მნიშვნელობისა, სახალხო დამცველის არაერთი ანგარიში აჩვენებს არსებული რეკომენდაციების პრაქტიკულ აღუსრულებლობას;³⁴
- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანების არაპრიორიტეტულობაზე ვაქცინაციის პოლიტიკაც ნათლად მეტყველებს. მიუხედავად დახურულ ინსტიტუციებში ვირუსის გავრცელების მომეტებული რისკისა, პანდემიის დაწყებიდან წელიწადნახევრის შემდეგაც კი საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციიდან ირკვევა, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არცერთი პაციენტი არ იყო ვაქცინირებული.³⁵

ყოველივე ზემოაღნიშნულს ემატება გართულებული კომუნიკაცია გადაწყვეტილების მიმღებ, საჯარო თანამდებობის პირებთან, რომელთა მოქნილობაც და ცვლილებებში მონაწილეობის პოტენციალი პანდემიის დროს კიდევ უფრო შემცირდა; ასევე, უმწვავეს პრობლემას წარმოადგენს სახელმწიფო უწყებების მიერ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში შშმ ან/და

³² იხ. საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 28 იანვრის N 164 განკარგულება „საქართველოში ახალი კორონავირუსის შესაძლო გავრცელების აღკვეთის ღონისძიებებისა და ახალი კორონავირუსით გამოწვეული დაავადების შემთხვევებზე ოპერატიული რეაგირების გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

³³ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 27 მაისის N01-222/ო ბრძანებით დამტკიცდა „ფსიქიკური ჯანმრთელობა და COVID-19“ და „ფსიქიკური ჯანდაცვის სტაციონარულ სერვისებში პაციენტების უსაფრთხო მართვა COVID-19 პირობებში“ პროტოკოლები.

³⁴ მაგ. იხ. საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ, 2020, გვ. 384 – 385.

³⁵ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კორესპონდენცია N 01/15335, 4.10.2021.

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე თემის წარმომადგენლების **ჩართულობის მექანიზმების არარსებობა**, რაც, საბოლოო ჯამში, ნაკლებად ინკლუზიურ და გაუმჭვირვალე პროცესებს ქმნის. არსებითად მნიშვნელოვანია, რომ სწორედ ზემოთხსენებული გამოწვევების დამღევეთ დაიწყო წინამდებარე დოკუმენტში დასმული არაერთი პრობლემის აღმოფხვრის პროცესი.

სახელმწიფო ბიუჯეტის 2022 წლის პროექტის მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი 6.1. მლნ. ლარით იზრდება და 35 მლნ ლარს გაუტოლდება.³⁶ ცხადია, მოცემულ დოკუმენტში განხილული პრობლემების ფუნდამენტური ტრანსფორმაციისთვის აღნიშნული დაფინანსება არასაკმარისია, თუმცა, პირველ ეტაპზე, ფინანსური რესურსების სიმწირის შემთხვევაშიც კი, შესაძლებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს რეფორმირების ხედვის შემუშავება და შესაბამის საკანონმდებლო თუ პოლიტიკის ჩარჩოში ასახვა.

ამასთან, ერთი რამ ცხადია - მიუხედავად დაფინანსების სამომავლო გაზრდის პოტენციალისა, პოლიტიკური ნების არარსებობის შემთხვევაში, კერძოდ, თუ **სახელმწიფო არ შეცვლის საკუთარ დამოკიდებულებას** და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს პრიორიტეტიზაცია არ განხორციელდება, მოცემული სისტემის ტრანსფორმაცია და ადამიანის უფლებების პერსპექტივების დამკვიდრება პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდება. შესაბამისად, შესაძლოა, სერვისის ათასობით არსებულ თუ პოტენციურ მიმღებს გამოუსწორებელი ზიანი მიაღგეს.

³⁶ „საქართველოს 2022 წლის ბიუჯეტის შესახებ“ საქართველოს კანონის პროექტი თანდართულ მასალებთან ერთად, დოკუმენტი „ქვეყნის ძირითადი მონაცემები და მიმართულებები 2022 - 2025 წლებისათვის“, <https://bit.ly/3mqUVIJ>.