



პირველი

საქართველოში



დოკუმენტი მომზადებულია პროექტის ფარგლებში, რომლის სახელწოდებაცაა „მარგინალური ჯგუფებისთვის ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება შინმოვლის მომსახურების საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ინტეგრირებით“.

პროექტის დონორია „საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი“, ხოლო განმანხორციელებელი - „საჯარო პოლიტიკისა და ადმინისტრირების ცენტრი.“

დოკუმენტი გამოცემულია საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით. ავტორების მიერ საინფორმაციო მასალაში გამოთქმული მოსაზრება შესაძლოა არ გამოხატავდეს ფონდის პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

2022 წელი
თბილისი

წინამდებარე ნაშრომის საჭიროება განპირობებულია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სექტორში ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებების, მათ შორის, შინმოვლის ასიმეტრიული განუვითარებლობით, რაც დარგის პროგრესის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ბარიერია.

ავტორთა ჯგუფმა შეისწავლა საქართველოში შინმოვლის განვითარების პრაქტიკა, გააანალიზა განვითარებული ქვეყნების გამოცდილება და შეიმუშავა ქვეყნისთვის რეკომენდებული მოდელი.

იმედია, განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის მსგავსად, ჩვენი მოქალაქეებისთვისაც ეტაპობრივად განდება ხელმისაწვდომი ესოდენ აუცილებელი, იაფი და ეფექტური მომსახურება.

ნაშრომი განკუთვნილია ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და სამედიცინო საკითხებით დაინტერესებული პირებისთვის.

ავტორები: ნინო ესაკია, ეთერ გილიგაშვილი, ამირან დათეშიძე, უჩა ვახანია

©საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი, 2022

ISBN 978-9941-8-4251-1



შინმოვლა საქართველოში

შინაარსი

წინათქმა.....	8
შინმოვლის განვითარება საქართველოში	10
კვლევის მიზანი და მეთოდოლოგია.....	10
საქართველოში შინმოვლის განვითარებისა და არსებული მდგომარეობის მიმოხილვა ...	11
ისტორია	11
ზოგადი მდგომარეობა და მომსახურების მიწოდებები	13
საქართველოში მოქმედი შინმოვლის პროგრამები და მოსარგებლები	15
⇒ თბილისი	17
⇒ სამეგრელო-ზემო სვანეთი.....	19
⇒ აჭარა	22
⇒ გურია	23
⇒ იმერეთი	24
⇒ შიდა ქართლი.....	25
⇒ ქვემო ქართლი.....	27
⇒ სამცხე-ჯავახეთი	27
⇒ მცხეთა-მთიანეთი	28
⇒ კახეთი.....	28
მკვეთი პროგრამები და მომსახურებები	60
შინმოვლის გამოწვევები, აქტუალობა და პერსპექტივები.....	63
შინმოვლის საჭიროებაზე მოქმედი ფაქტორები და გამოწვევები	63
საქართველოში შინმოვლის საჭიროების მქონე პირთა რაოდენობა	64
შინმოვლის კულტურული კონტექსტი	70
შინმოვლის სარგებელი	71
შეჯამება. ძირითადი მიგნებები	73
შინმოვლის საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვა.....	76
კვლევის მიზანი და მეთოდოლოგია.....	76
ზოგადი მიმოხილვა	76
შინმოვლის განსაზღვრება	76
აქტუალობა და განვითარების საჭიროება	77
ჩართული მხარეები და მათი როლი.....	81

ორგანიზაციული დიზაინი და სტრუქტურა	83
შინმოვლის მართვის ტიპები	89
დაფინანსება	91
დაფინანსების წყაროები	93
მომსახურების ანაზღაურება	95
მომსახურების ფასების დადგენა	96
მიმწოდებლები და მიწოდების ფორმები	97
ხელმისაწვდომობა და ჩართვის კრიტერიუმები	97
მომსახურების ხარისხის კონტროლი	98
შინმოვლის ინტეგრაცია	99
ადამიანური რესურსები	103
ხანგრძლივ შინმოვლაში დეინსტიტუციონალიზაციის გამოცდილება	105
ინოვაციური მიდგომები შინმოვლაში	106
ქვეყნების გამოცდილება	109
ავსტრია	109
შვედეთი	113
იტალია	117
ჩეხეთი	122
ბელგია	126
ბულგარეთი	130
ესტონეთი	135
გერმანია	137
ისრაელი	146
საქართველოში შინმოვლის განვითარების რეკომენდებული მოდელი ...	157
შესავალი	157
მოდელის აღწერა	158
ძირითადი პრინციპები	158
მომსახურების ტიპები	159
მომსახურების კატეგორიები	159
მომსახურების კომპონენტები	160
მომსახურების დაფინანსება	163
სამიზნე ჯგუფი	165
მიმწოდებლები და მათი კრიტერიუმები	167
შინმოვლის 2022 წლის სახელმწიფო პროგრამის პროექტი	169
დანართი 1 - უძღურების შეფასება ბართელის ინდექსით	188

დანართი 2 - ჩარევის ინდივიდუალური ზოგადი გეგმა	190
დანართი 3 - შინმოვლის დეტალური გეგმა (ექსელის ფაილი)	191
დანართი 4 - საექტონო და ძირეული მოვლის პროცედურები და ხანგრძლივობა.....	193
დანართი 5 - საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური ჩარევის კითხვარი	195
დანართი 6 - სოციალური კითხვარი (ექსელის ფაილი).....	197
დანართი 7 - სოციალური ჩარევის გეგმა	199
დანართი 8 - საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური ჩარევის გეგმა.....	201
დანართი 9 მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების მინიმალური სტანდარტი.	203
დანართი 10. პროგრამის ბიუჯეტი.....	206
ლიტერატურა.....	211

წინათქმა

გადმოცემით, დიდ ანთროპოლოგს მარგარეტ მიდს ჰკითხეს, რა მიაჩნდა ცივილიზაციის გაჩენის ნიშნად. მოსალოდნელი პასუხებიდან - ცეცხლი, ბორბალი, გამწვევი ძალა, მემცენარეობა, მეცხოველეობა თუ რაიმე სხვა - მან არცერთი არ აირჩია და ცივილიზაციის საწყის წერტილად დაასახელა 15 ათასი წლის წინანდელ ნამარხში ნაპოვნი შეხორცებული ბარძაყის ძვალი. მისი განმარტებით, ამ მოტეხილობის შეხორცებას არანაკლებ 6 კვირა სჭირდებოდა, რომლის განმავლობაში ვიღაც ზრუნავდა დაშავებულ თანამოძმეზე. თუ მანამდე ამგვარი ტრავმა უეჭველ სიკვდილს ნიშნავდა, რატაც მომენტიდან გაჩნდა ერთი ადამიანის მიერ მეორეზე ზრუნვის ფენომენი, რაც უდავოდ მიუთითებს ცივილიზაციის ჩასახვაზე. ქალბატონმა მიდმა ეს მოსაზრება განავრცო ფრაზაში: „**საზოგადოების განვითარების დონე იზომება იმით, თუ როგორ ზრუნავს ის თავის სუსტ და დაუცველ წევრებზე**“.

ტრადიციულად, მოხუცის თუ ავადმყოფის მოვლა ოჯახისა და თემის ფუნქციას წარმოადგენდა. დემოგრაფიული დაბერების, მრავალთაობიანი ოჯახების შემცირების, მიგრაციის მაღალი დონის, ტრადიციულ ღირებულებათა შეცვლის და ქალთა მზარდი დასაქმების ფონზე, აუცილებელი გახდა ხანგრძლივი მოვლის სახელმწიფო სისტემის დანერგვა. ასე მოხდა ყველა განვითარებულ ქვეყანაში.

ქართული ჯანდაცვის მიერ მოკლე ხანში მიღწეულ დიდ პროგრესს - კადრების, ინფრასტრუქტურის, ტექნოლოგიების თვალსაზრისით - ჩრდილს აყენებს ხანგრძლივი მოვლის დეფიციტი. ეს გარემოება აზიანებს ჯანდაცვის სისტემას, განაპირობებს მის ცალმხრივობას - უნივერსალურ მკურნალობით მიდგომას ნებისმიერ შემთხვევაში, მათ შორის, მაშინაც, როდესაც მოვლითი, ზრუნვითი მიდგომაა საჭირო. ეს კი, ხშირ შემთხვევაში, იწვევს სისტემის არაეფექტურობას და გაუმართლებლად გაზრდილ ხარჯებს. მაგალითად, მარტივი მოვლითი პროცედურების, ვთქვათ, პამპერსის გამოყენების არარსებობა იწვევს, ერთი მხრივ, ცხოვრების ხარისხის მკვეთრ დაქვეითებას, მეორე მხრივ, ისეთ გართულებებს, როგორცაა ნაწოლი, პნევმონია, სოკოვანი დაავადებები, კონსტიპაცია,

კონტრაქტურები, თრომბოზი, სეფსისი. ერთ დღესაც ასეთ ავადმყოფს გადაუღებელი დახმარების ბრიგადა ათავსებს ჰოსპიტალში, სადაც, ინტენსიურ განყოფილებაში ატარებს რამდენიმე (ძალიან ძვირ) დღეს და ეწერება ბინაზე მცირედ გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში. მალევე ხელახალი ჰოსპიტალიზაცია და ასე გრძელდება ციკლი მის სიკვდილამდე, ტანჯვაში და უამრავი რესურსის ფუჭად ხარჯვაში.

ხანგრძლივი მოვლის განვითარება მკურნალობით მიდგომას დააბალანსებს ზრუნვითი მიდგომით, რითაც სისტემას გახდის უფრო მოქნილს - მოსარგებლის საჭიროებებზე მორგებულს და ხარჯეფექტურს. უპრიანია ხანგრძლივი მოვლის ყველაზე იაფი და ეფექტური ნაწილით - შინმოვლით დაწყება.

ამავდროულად, შინმოვლის განვითარება ძლიერ ბიძგს მისცემს მთელ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემას, რათა ნაბიჯი გადადგას გლობალური ტენდენციების საპასუხოდ, როგორცაა ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომა, ბიოფსიქოსოციალური (ჰოლისტური) მოდელი, ინტეგრირებული ზრუნვა, ჯანმრთელი დაბერება, დეინსტიტუციონალიზაცია, ასევე, განვითარდეს ისეთი პროგრესული მეთოდები და კომპონენტები, როგორცაა თემზე და ოჯახზე ორიენტირებული მომსახურება, შემთხვევის მართვა, მრავალდარგობრივი გუნდი, აღდგენის კონცეფცია.

შინმოვლა აუმჯობესებს პაციენტისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხს, აძლიერებს ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკას, საზოგადოებაში ავითარებს თანადგომის კულტურას. შინმოვლის დანერგვა თავისთავად სამოქალაქო საზოგადოების განვითარებას ნიშნავს, მათ შორის ორმხრივი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირია.

უფრო მეტიც - ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებების, მათ შორის, შინმოვლის განვითარება ქვეყნის წინსვლის, განვითარებულ სამყაროსთან ინტეგრაციის და, ზოგადად, პროგრესისა და მომავლის პერსპექტივის უტყუარი ინდიკატორია. საქართველო ვერ გახდება მსოფლიოს სრულუფლებიანი წევრი, თუ მის მოქალაქეებს, ისევე, როგორც მათ წინაპრებს ათასობით წლის წინ, არ ექნებათ უსაფრთხოების განცდა დაბერების, ავადმყოფობის, დაუძლურების შემთხვევაში.

შინმოვლის განვითარება საქართველოში

კვლევის მიზანი და მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანია შინმოვლის ადგილობრივი პრაქტიკის ანალიზი და საქართველოსთვის რეკომენდებული შინმოვლის მოდელისთვის საჭირო მტკიცებულებების მოპოვება.

კვლევის მეთოდს წარმოადგენდა შინმოვლის თაობაზე ადგილობრივი კვლევების, ანალიზის, ანგარიშების, სტატისტიკური მონაცემების და ინტერნეტ-რესურსების სამაგიდო კვლევა, ასევე, კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, შერჩეული დაინტერესებული მხარეების გამოკითხვა წინასწარ შედგენილი ღია კითხვარის მეშვეობით.

ინფორმაციის შეგროვების მიზნით განხორციელდა საქართველოს 59 მუნიციპალიტეტის და 5 თვითმმართველი ქალაქის შესაბამისი სამსახურებიდან საჯარო ინფორმაციის გამოთხოვა. 2021 წლის იანვარ-აპრილის პერიოდში ჩატარდა ინდივიდუალური ჩაღრმავებული ონლაინ-დისტანციური ინტერვიუები 32 რესპონდენტთან, მათ შორის, სახელმწიფო უწყების პასუხისმგებელ პირებთან, შინმოვლის მიმწოდებლებთან და მომსახურების განვითარებით დაინტერესებულ პირებთან. მიმწოდებლებთან ინტერვიუების სადისკუსიო გეგმა, კვლევის მიზნების გათვალისწინებით, მოიცავდა შემდეგ ძირითად საკითხებს:

- არსებული მომსახურებების შინაარსი, მოცულობა, მომსახურების ორგანიზება, ჩართული ადამიანური და ფინანსური რესურსი;
- სამიზნე ჯგუფები, მომსახურებაში ჩართვის კრიტერიუმები;
- შინმოვლის აქტუალურობა;
- ორგანიზაციული შესაძლებლობები;
- შინმოვლის გამოწვევები;
- შინმოვლის პერსპექტივის ხედვა.

სახელმწიფო და ადგილობრივი ხელისუფლების სოციალური და ჯანდაცვის სამსახურების ხელმძღვანელებთან და გადაწყვეტილების მიმღებ პირებთან ინტერვიუების მიზანი იყო მოქმედი შინმოვლის პროგრამების შესახებ მაქსიმალური ინფორმაციის მოპოვება, სოციალური კონტექსტის, არსებული ხარვეზების გაანალიზება და მომსახურების განვითარების სიცოცხლისუნარიანი და რეალისტური შესაძლებლობების განსაზღვრა.

კოვიდ-19 პანდემიის გამო ინტერვიუები ჩატარდა დისტანციურად, ონლაინ ფორმატში. მიმწოდებელი ორგანიზაციებიდან მიღებული ინფორმაციის გარკვეული ნაწილი კონფიდენციალურია, ამიტომ, შესაბამისი მონაცემები და ანალიზი წარმოდგენილია განზოგადებული სახით. ამასთან, ვინაიდან შინმოვლის მოქმედი პროგრამების დამოუკიდებელი მონიტორინგი და შეფასება პრაქტიკულად არ ხორციელდება, ასევე, განსაზღვრული არ არის მომსახურების ხარისხის ინდიკატორები, ამიტომ, მონაცემები დიდწილად ემყარება მუნიციპალიტეტებისა და მიმწოდებლების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციებს.

საქართველოში შინმოვლის განვითარებისა და არსებული მდგომარეობის მიმოხილვა

ისტორია

საქართველოში შინმოვლის განვითარების ისტორია 1990-იანი წლებიდან იწყება, როდესაც გამოჩნდნენ საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომლებმაც ხელი შეუწვეს მომსახურების დანერგვას და ამ საკითხებზე მომუშავე ადგილობრივი საზოგადოებრივი ორგანიზაციების გაძლიერებას. იმ პერიოდში შინმოვლის საკითხებზე აქტიურად მუშაობდნენ შემდეგი ორგანიზაციები: „გერმანულ-ქართული მეგობრობის წრე-თბილისი“ და „შეხვედრების სახლი“ (ფონდი „თაობის“ წინამორბედი ორგანიზაციები), „საქართველოს კარიტასი“, „ადამიანი და ბუნება“, „საქართველოს წითელი ჯვარი“, „ონკოპრევენციის ცენტრი“, „გენუზისი“, „აფხაზინტერკონტი“, „პირველი ნაბიჯი“, „საზოგადოებრივი ინტერესების დაცვის ასოციაცია“, „სამარიტელთა კავშირი“, „ევანგელიურ-ლუთერული ეკლესია“, „საქართველოს საპატრიარქოს ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული მოწყალეების ცენტრი“ და სხვები.

2006 წელს შინმოვლის მომსახურების კოორდინირების და ლობირების მიზნით ოთხი ორგანიზაცია გაერთიანდა და ჩამოაყალიბა კოალიცია „შინმოვლა საქართველოში“. მოგვიანებით, მათ შეუერთდა კიდევ სამი ორგანიზაცია. 2009-2018 წლებში კოალიციამ უცხოელი დონორების დახმარებით განახორციელა საპილოტე პროექტები თბილისში, გორში, ხელვაჩაურსა და ბათუმში. დღეისათვის კოალიციის წევრებიდან ერთი ორგანიზაცია აღარ საქმიანობს შინმოვლის ბაზარზე, ნაწილმა განავითარა კომერციული შინმოვლა, ამასთან, გაჩნდნენ ახალი ორგანიზაციები. მათი საქმიანობის წარმატება და სიცოცხლისუნარიანობა კი დღემდე, ძირითადად, დონორულ დაფინანსებაზეა დამოკიდებული.

საქართველოში შინმოვლასა და მასთან დაკავშირებული მომსახურებების განვითარებას გასული პერიოდის მანძილზე სხვადასხვა დონორი ორგანიზაციები უწყობდნენ ხელს: ფონდი „კორდეიდი“, „PIN-ადამიანები საქართველოში“, „ASB-არბითერ სამარიტერ ბუნდი“, „ჩერნოვცკის ფონდი“. ამჟამად, ამ მიმართულებით

როგორც ტექნიკური მხარდაჭერის, ასევე უშუალოდ მომსახურების დაფინანსების კუთხით აქტიურად მუშაობენ: „ღია საზოგადოების ფონდი“, გაეროს განვითარების პროგრამა-UNDP, „საქართველოს ამერიკელი მეგობრები-AFG“, „Renovabis“, „BMZ“, „CNEWA“, ავსტრიის განვითარების სააგენტო, სლოვაკეთის საელჩო საქართველოში, "Bread for the World", Rotary Club of Denver, სხვადასხვა ქვეყნის წითელი ჯვრის ორგანიზაციები და სხვა.

უნდა ითქვას, რომ გასული პერიოდის განმავლობაში შინმოვლის მომსახურების განვითარებით დაინტერესებულ ორგანიზაციებს, სხვადასხვა მუნიციპალიტეტებში მომსახურების დანერგვის პარალელურად, არაერთხელ ჰქონდათ მცდელობა მომხდარიყო მომსახურების სახელმწიფო დონეზე განვითარება, რისთვისაც ეწეოდნენ მის ადვოკატირებას. საკუთარი და საერთაშორისო გამოცდილების საფუძველზე შექმნეს საჭირო პოლიტიკის, მეთოდოლოგიური და მარეგულირებელი დოკუმენტების პროექტები (მაგალითად, 2010 წელს შინმოვლის კოალიციამ პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტის სხდომაზე წარადგინა „საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა“, ასევე, 2014 წელს, საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის ორგანიზებით, შემუშავდა და ჯანდაცვის სამინისტროში წარდგენილი იქნა „შინმოვლის ტექნიკური რეგლამენტი“. თუმცა, ამ დრომდე სახელმწიფო უწყებები შესაბამისი გადაწყვეტილების მისაღებად მზად არ აღმოჩნდნენ. არ არის გამორიცხული, აღნიშნული ინიციატივის არაპირდაპირი პასუხი იყოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის #01-9/6 ბრძანებაში „სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის თაობაზე“ 8 შესაძლო ტიპიდან ა) ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულების და ბ) შინმოვლის დაწესებულების შეტანა. შინმოვლის მომსახურების მიმართ სახელმწიფოს მიდგომებთან დაკავშირებით აღსანიშნავია, რომ საქართველოს პარლამენტის მიერ 2016 წელს მიღებულ „საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციის დამტკიცების შესახებ“ დადგენილებაში (N5146-III) გაჩნდა შინმოვლის და ხანგრძლივი ზრუნვის საჭიროების ელემენტები, კერძოდ: „საჭიროებების შეფასებაზე დაყრდნობით ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ სტრატეგიაში ხანდაზმულებზე ხანგრძლივი ზრუნვის ელემენტების შეტანა; გერიატრიული ზრუნვის დაწესებულებების, პალიატიური ზრუნვის და **სახლში მზრუნველობის მომსახურებების (ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებების) გაუმჯობესება** ყველა დონის შემოსავლის მქონე ხანდაზმულთათვის“, ასევე, „ზრუნვის ხარისხის მართვის ერთიანი, ინტეგრირებული სისტემის შექმნა, რომელიც მოიცავს შესაბამის ინსტიტუტებსა და სახლში ხანდაზმულებზე ზრუნვისთვის გაიდლაინებისა და სტანდარტების შემუშავებასა და რეგულარულ განახლებას, პერსონალისთვის შესაბამისი ტრენინგის ჩატარებას და მის აკრედიტაციას და მონიტორინგის მექანიზმების შექმნას“. ამავე კონცეფციის 2017-2018 წლების ეროვნული სამოქმედო გეგმის მიხედვით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვალდებულება იყო, რომ 2018 წელს მომხდარიყო „**შინმოვლის პროგრამის შემუშავება**“. ამ დონისძიების შესაბამისი ინდიკატორი იყო: „შინმოვლის პროგრამა შემუშავებულია და საპილოტე მუნიციპალურ ბიუჯეტებში

გათვალისწინებულია შესაბამისი ასიგნებები“. თუმცა, როგორც საქართველოს სახალხო დამცველის 2018 წლის საპარლამენტო ანგარიშშია აღნიშნული, „საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხებზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციით გათვალისწინებული ვალდებულებები სათანადოდ არ შესრულებულა, რადგან კონცეფციის 2017-2018 წლების ეროვნული სამოქმედო გეგმა გვიან დამტკიცდა და, ფაქტობრივად, მას მხოლოდ ფორმალური სახე ჰქონდა. შესაბამისად, გასაკვირი არ არის, რომ გეგმის თითქმის არცერთი ვალდებულება არ არის შესრულებული.“

მიუხედავად ამისა, მაინც მნიშვნელოვანია, რომ შინმოვლის აქტუალურობა წარმოჩენილი იყოს მაღალი დონის სახელმწიფო პოლიტიკური დონის დოკუმენტებსა და სტრატეგიებში. ამჟამად, ევროკავშირის ფინანსური მზარდაჭერით, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო მუშაობს ჯანმრთელობის დაცვის ახალ სტრატეგიაზე, რომელშიც, შინმოვლის საკითხის გათვალისწინება კარგი სტიმული იქნება ამ მომსახურების განვითარებისთვის.

აღსანიშნავია, რომ ჩვენი მიმართვის პასუხად, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჩვენთვის გაზიარებული ხელის თანახმად: „სამინისტროსთვის მნიშვნელოვანია საქართველოში შინმოვლის მომსახურებების დანერგვა/განვითარება, რაც, ვფიქრობთ, ხარჯეფექტური იქნება, როგორც ჯანმრთელობის, ისე სოციალური დაცვის ნაწილში. ამდენად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, შესწავლილი იქნეს არსებული მდგომარეობა, დადგინდეს საჭიროებები, მომზადდეს შესაბამისი მოდელები, განხორციელების და დაფინანსების მეთოდოლოგია, რათა ამ გადაწყვეტილების სამართლებრივი და საფინანსო-ეკონომიკური შედეგების გაანალიზების შემდეგ, შესაძლებლობა მოგვეცეს, ვიმსჯელოთ ამ ტიპის მომსახურებების სხვადასხვა პროგრამებში ინტეგრირების შესახებ“.

ზოგადი მდგომარეობა და მომსახურების მიწოდებები

შინმოვლის მომსახურების გამოკვეთილი საჭიროების მიუხედავად¹, ამ დრომდე არ არსებობს მის შესახებ ჩამოყალიბებული სახელმწიფო ხელვა და თითქმის სამი ათეული წელია შინმოვლის მომსახურება ვითარდება დონორი ორგანიზაციების, ადგილობრივი მიმწოდებლების და ცალკეული მუნიციპალიტეტების ძალისხმევით. შესაბამისად, სახელმწიფო დონეზე კოორდინაციის არარსებობის გამო, პროცესი არაორგანიზებულად და ქაოსურად მიმდინარეობს, რის გამოც შინმოვლის მომსახურებები ქვეყნის მასშტაბით ფრაგმენტულად და არათანაბრად არის განვითარებული. ბოლო პერიოდში შეინიშნება შინმოვლის დონორების გადინებაც, რაც სახელმწიფოს მხარდაჭერის დეფიციტის პირობებში ქმნის მიღწეულის

¹ დეტალურად იხილეთ დოკუმენტის მე-4 თავში

დაკარგვის, მომსახურების არასწორი მიმართულებით განვითარების და დისკრედიტაციის საფრთხეს.

2021 წლის მდგომარეობით, საქართველოში შინმოვლის მომსახურებას (იგულისხმება არაკომერციული მომსახურება, რომელიც ფინანსდება დონორული და/ან სახელმწიფო (მუნიციპალური) სახსრებით) ახორციელებს 14 ორგანიზაცია. ამათგან 4 შემთხვევაში - ბოლნისში, ზუგდიდში, ტყიბულსა და ფოთში, მომსახურებას ახორციელებენ მუნიციპალური სტრუქტურები; კერძოდ: ბოლნისში - ა(ა)იპ „ბოლნისის მუნიციპალიტეტის ბოლნისის სათნოების სახლი“, ზუგდიდში - ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახური მუნიციპალური ა(ა)იპ-ების ჩართულობით, ტყიბულში - „ტყიბულის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანმრთელობის, სოციალური მომსახურების, ბავშვის უფლებების დაცვისა და მხარდაჭერის სამსახური“ და ფოთში - მერიის ა(ა)იპ „ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტის სოციალური მომსახურების ცენტრი“.

შედარებით მსხვილი მიმწოდებლები, რომლებიც მომსახურებას ახორციელებენ რამდენიმე მუნიციპალიტეტში, არიან „საქართველოს კარიტასი“ (790 მოსარგებლე 5 მუნიციპალიტეტში) და „საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება“ (808 მოსარგებლე 20 მუნიციპალიტეტში). აქვე უნდა დავაზუსტოთ, რომ საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება შინმოვლას მუნიციპალური პროგრამების ფარგლებში ახორციელებს ქ. თბილისსა და გორში, ოთხ მუნიციპალიტეტში ორგანიზაცია მომსახურებას ეწევა მუნიციპალიტეტის თანამონაწილეობის გარეშე, დონორული და საქველმოქმედო დაფინანსებით, ხოლო, 16 მუნიციპალიტეტში განხორციელებული მომსახურების თანადაფინანსება ხდება მუნიციპალური ბიუჯეტიდან ამ ორგანიზაციისთვის გამოყოფილი სხვა ასიგნებებით (არა კონკრეტულად შინმოვლისთვის გათვალისწინებული ხარჯებიდან. ამასთან, ასეთ დაფინანსებაში ხშირად გათვალისწინებულია სხვა სოციალური და საზოგადოებრივი უსაფრთხოების ღონისძიებებიც, ამიტომ, დოკუმენტში „საქართველოს წითელი ჯვრის“ მიერ განხორციელებულ შინმოვლის ასეთ მომსახურებებს გამოვყოფთ შინმოვლის პროგრამული მომსახურებებისგან და ცალკე წარმოვადგენთ.) ორ მუნიციპალიტეტში - თბილისსა და დუშეთში, ახორციელებს მომსახურებას „დიაკვნის ევანგელიურ-ლუთერული საზოგადოება საქართველოში,“ თითო მუნიციპალიტეტში მიმწოდებლები არიან: ა(ა)იპ - „საქართველოს სამარიტელთა კავშირი-ს.ს.კ.“ (გორი), ა(ა)იპ - ქალთა ასოციაცია „თანხმობა“ (გორი), ა(ა)იპ „ბეთლემი“ (გორი), ა(ა)იპ „მშპ პირთა ინტეგრაციისა და განვითარების ასოციაცია „ჰანგი“ (სენაკი), ა(ა)იპ „ერთად მოყვასისათვის“ (თბილისი), ა(ა)იპ „ერთად რეალური ცვლილებებისთვის“ (მესტია). ქ. თბილისში მუნიციპალური პროგრამის გარდა, დონორული და საქველმოქმედო დაფინანსებით შინმოვლის მომსახურებას ახორციელებს საქართველოს საპატრიარქოს ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული მოწყალების ცენტრი.

მუნიციპალიტეტებში შინმოვლის მომსახურებების განვითარების გზა პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში იდენტურია და გულისხმობს მიმწოდებელი ორგანიზაციების მიერ მუნიციპალიტეტებთან თანამშრომლობით და დონორი ორგანიზაციის

დაფინანსებით მომსახურების პილოტირებას, შემდგომ ეტაპზე კი მუნიციპალიტეტის მიერ პროგრამის მართვასა და დაფინანსებაში ნაწილობრივ ან სრულ თანამონაწილეობას.

რამდენიმე ორგანიზაცია, ძირითადად ქ. თბილისში, მომხმარებელს ასევე სთავაზობს შინმოვლის კომერციულ მომსახურებას (მაგ., „თაობა“, „თერაპიის სახლი“, „მირამედი“, რამდენიმე დასაქმების სააგენტო²). თუმცა, კულტურის, ტრადიციებისა და მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, კომერციული სეგმენტის წილი დიდი არ არის. ამასთან, კომერციული ბაზრის უდიდესი ნაწილი უჭირავს კერძო, ინდივიდუალურ მომვლელებს³, რომელთა მომსახურება დაბალკვალიფიციური და, შესაბამისად, უფრო იაფია. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ, რეალურად, კერძო მომვლელების მომსახურება არ წარმოადგენს პროფესიულ შინმოვლას, რადგან ის უფრო ოჯახის წევრებისთვის კონკრეტულ, კრიზისულ სიტუაციაში დროებითი და იაფი გამოსავლის საშუალებაა და არა ორგანიზებული, კვალიფიციური შინმოვლის მომსახურება.

საქართველოში მოქმედი შინმოვლის პროგრამები და მოსარგებლეები

ცენტრალურ დონეზე მოქმედებს რამდენიმე სახელმწიფო პროგრამა, რომლებიც მოიცავს ბინაზე ჯანდაცვის და სოციალური ტიპის მომსახურებების მიწოდებას, თუმცა, ეს პროგრამები უფრო ვიწრო, სპეციალიზებული ტიპისაა და მათ დოკუმენტის მე-3 ნაწილში ცალკე განვიხილავთ, როგორც მკვეთ პროგრამებს.

შინმოვლის სხვადასხვა შინაარსის მომსახურებები ხორციელდება საქართველოს 28 მუნიციპალიტეტში⁴. აქედან, 4 მუნიციპალიტეტში მომსახურება ხორციელდება სრულად დონორული დაფინანსებით⁵, თუმცა, ზოგჯერ მუნიციპალიტეტები მიმწოდებლებს ეხმარებიან სხვადასხვა ფორმით, მაგალითად, მოსარგებლეების მოძიება და მათთან დაკავშირება, შენობის/ფართის გამოყოფა და სხვა. 9 მუნიციპალიტეტში მომსახურების თანადაფინანსდება ხდება მუნიციპალური პროგრამების ფარგლებში⁶, 4 მუნიციპალიტეტში⁷ სრულად მუნიციპალური ბიუჯეტით. ამ მუნიციპალიტეტებიდან ხუთ მუნიციპალიტეტში და კიდევ 10 სხვა მუნიციპალიტეტში „საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოების“ მიერ ხორციელდება ასევე ე. წ. სათემო შინმოვლა, რომლის თანადაფინანსება ხდება მუნიციპალური ბიუჯეტის სხვა მუხლებიდან (არა შინმოვლის პროგრამიდან)

² შინმოვლის მომსახურების დანერგვის მიზანშეწონილობის კვლევა Start – Business Solutions” 2018.

³ შინმოვლის მომსახურების დანერგვის მიზანშეწონილობის კვლევა Start – Business Solutions” 2018.

⁴ ამბროლაური, ახალციხე, ბათუმი, ბოლნისი, გარდაბანი, გორი, დუშეთი, ზუგდიდი, თბილისი, თეთრიწყარო, თელავი, ლაგოდეხი, ლანჩხუთი, მესტია, ოზურგეთი, რუსთავი, საგარეჯო, სამტრედია, საჩხერე, სენაკი, ტყიბული, ფოთი, ქუთაისი, ყვარელი, ჩოხატაური, წალენჯიხა, ჭიათურა, ხობი.

⁵ ამბროლაური, ახალციხე, ლანჩხუთი, რუსთავი.

⁶ ბათუმი, გორი, დუშეთი, თბილისი, მესტია, ოზურგეთი, სენაკი, ქუთაისი, ხობი.

⁷ ბოლნისი, ზუგდიდი, ტყიბული, ფოთი

გამოყოფილი თანადაფინანსებიდან (ცხრილი N2). ყველა შემთხვევაში, მოსარგებლებისათვის მომსახურება უფასოა.

წალენჯიხასა და ზუგდიდში, დამატებით, მოვლის საჭიროების მქონე პირებისთვის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტი გამოყოფს ფინანსურ დახმარებას თვეში 100 ლარის ოდენობით. ბუნებრივია, ასეთი ფინანსური დახმარება არ წარმოადგენს შინმოვლის მომსახურებას და უფრო ოჯახის სოციალური დახმარების ფორმა აქვს, თუმცა, ეს ფაქტი ცხადყოფს შესაბამისი საჭიროების არსებობას და მუნიციპალიტეტის მზაობას, რომ გარკვეული პირობების დაკმაყოფილების შემთხვევაში, შესაძლებელია მოხდეს ამ პროგრამების შინმოვლის ეფექტურ პროგრამებად ტრანსფორმაცია. ამდენად, კვლევის მონაცემებში ეს პროგრამებიც არის ასახული.

მოწოდებული ინფორმაციით, სხვადასხვა პროექტების ფარგლებში შინმოვლის მომსახურების განვითარება მიმდინარეობს და განხორციელება დამატებით იგეგმება ამბროლაურის, აბაშის, ახმეტის, ონის, რუსთავის, დმანისის, სიღნაღის მუნიციპალიტეტებში.

მუნიციპალიტეტებში მომსახურების შინაარსი, დაფინანსების სქემა და მექანიზმები განსხვავებულია. რეგიონებში ის ძირითადად მორგებულია მიმწოდებლის აპრობირებულ პრაქტიკას და წარმოადგენს დონორის დაფინანსებით განხორციელებული პილოტური მოდელის გაგრძელებას.

მომსახურების შინაარსის მიხედვით რეგიონული პროგრამებიდან შეიძლება გამოვყოს 2 ძირითადი პირობითი ტიპი: **სამედიცინო შინმოვლა და საყოფაცხოვრებო-სოციალური შინმოვლა.**

სამედიცინო შინმოვლის შემთხვევაში წამყვანია სამედიცინო და საექთნო მოვლა, შესაბამისად, ამ დროს სამიზნე ჯგუფის კრიტერიუმია შესაბამისი მოვლის საჭიროება, ასევე, სოციალურად დაუცველის სტატუსი.

საყოფაცხოვრებო-სოციალური შინმოვლის შემთხვევაში აქცენტი კეთდება მოსარგებლის პირადი ჰიგიენის დაცვაზე, საცხოვრისის ადაპტაციაზე, პირადი დოკუმენტაციის მოწესრიგებაზე და თემში არსებული სხვადასხვა სოციალური სარგებლის მიღებაში დახმარებაზე, ზოგჯერ, საკვები პროდუქტებით და ჰიგიენური საშუალებებით მომარაგებაზეც. ამ შემთხვევაში, ჯანმრთელობის კუთხით ზრუნვა შემოიფარგლება მედიკამენტების შეძენაში დახმარებით, სისხლის წნევის კონტროლით და სხვა მარტივი პროცედურებით, რაც შესაძლებელია განხორციელდეს არასპეციალისტის მიერ. ამ დროს, პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმი არის არა ადამიანის ფიზიკური მდგომარეობის შეფასება, არამედ მარტოხელობა ან მარტო ცხოვრება, ხანდაზმულობა ან შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსი და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასების ამსახველი გარკვეული სარეიტინგო ქულა. ამ ტიპის მომსახურებები ჩამოყალიბდა ძირითადად ჩეხური ორგანიზაციის - PIN-ადამიანები საჭიროებაში, ასევე არბაითერ სამარიტერ ბუნდი-ASB-ის ხელშეწყობით. მსგავსია საქართველოს წითელი ჯვრის მიერ მუნიციპალიტეტებში განხორციელებული მომსახურებებიც (გარდა ამ ორგანიზაციის მიერ ქ. თბილისში მუნიციპალური თანადაფინანსებით და ამბროლაურში სრულად დონორული

დაფინანსებით განხორციელებული ე. წ. პროფესიული შინმოვლის მომსახურებებისა).

ცალ-ცალკე მომსახურების ეს ტიპები არ წარმოადგენს სრულყოფილ შინმოვლას, რომლის აუცილებელი კომპონენტი უნდა იყოს როგორც ჯანმრთელობაზე ზრუნვის, ასევე საყოფაცხოვრებო-სოციალური ზრუნვის კომპონენტი.

მომსახურებების დეტალური აღწერა და მათი შინაარსი მუნიციპალიტეტების მიხედვით მოცემულია N3, 4 და 5 ცხრილებში.

სულ საქართველოში მუნიციპალური თანა/დაფინანსების პროგრამების ფარგლებში შინმოვლის მომსახურებაში ერთდროულად ჩართულია დაახლოებით 1,770 მოსარგებლე, ამათგან თითქმის ნახევარი - 810 მოდის ქ. თბილისზე (იხ. ცხრილი N1). დამატებით, 456 მოსარგებლეს შინმოვლა მიეწოდება სრულად დონორული დაფინანსებით. საქართველოს წითელი ჯვრისთვის მუნიციპალიტეტების მიერ ბიუჯეტის სხვა (არა შინმოვლისთვის გათვალისწინებული) მუხლებიდან გამოყოფილი თანადაფინანსების ფარგლებში ზრუნვის მომსახურებების მოსარგებლეა დამატებით 364 პირი. სულ ჯამში 2,590 მოსარგებლე.

მოსარგებლეთა აბსოლუტური უმრავლესობა ხანდაზმულია. მცირე ნაწილს ქ. თბილისში შეადგენენ ბავშვები - 3% და 20%-ს 18-დან 60 წლამდე ასაკის პირები. აღსანიშნავია, რომ 2018 წელს მომსახურება მიეწოდებოდა დაახლოებით 1,130 მოსარგებლეს⁸. შესაბამისად, გასული სამი წლის მანძილზე ეს რაოდენობა გაორმაგებულია.

მუნიციპალიტეტების უმეტესობაში შინმოვლის პროგრამებში ჩასართავად არ არის მომლოდინეთა რიგები. საქართველოში შინმოვლის საჭიროების მქონე პირთა სავარაუდო რაოდენობისა⁹ და არსებული მომსახურებების სიმცირის პირობებში, ამის მიზეზები უნდა იყოს მოსახლეობაში შინმოვლის არსებული მომსახურებების შესახებ ინფორმაციის სიმწირე, ზოგადად მოსახლეობაში შინმოვლის საჭიროებაზე და ეფექტიანობაზე ინფორმაციის ნაკლებობა და არსებული მომსახურებების დაბალი ხარისხი.

მომსახურება ადმინისტრაციული ერთეულების მიხედვით

⇒ თბილისი

ქვეყნის მასშტაბით, ყველაზე კარგად შინმოვლის მომსახურება ორგანიზებულია ქ. თბილისში, სადაც შინმოვლის მომსახურება პილოტური პროექტების ფარგლებში 2012 წლიდან დაიწყო შინმოვლის კოალიციის ტექნიკური დახმარებით. ამჟამად, თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის „შინმოვლის თანადაფინანსების პროგრამის“ ძირითადი მოსარგებლეები არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში 200,001-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე პირები, რომელთა შეფასებისას სპეციალური ინსტრუმენტის - „ბართელის ფიზიკური უძლურების

⁸ საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა და CTC. ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში. 2018წ.

⁹ დეტალურად აღწერილია დოკუმენტის 4.2 ქვეთავში.

შეფასების კითხვარის" მიხედვით, ინდექსი არ აღემატება 95 ერთეულს (შეფასება ხორციელდება არაუგვიანეს 6 თვეში ერთხელ). მომსახურება ითვალისწინებს მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ მოსარგებლეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვის, პერსონალური მოვლის, ყოველდღიურ საქმიანობაში დახმარების, მისი და მისი გარემოცვის ფსიქოსოციალური დახმარების გზით კომპლექსური მოვლის განხორციელებას, ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისად. „ბართელის ინდექსით“ შეფასება ხორციელდება პროგრამის ელექტრონული მართვის მოდულში რეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მიერ. მომსახურება მოიცავს:

- *სამედიცინო მომსახურებას* - პაციენტის მდგომარეობის შეფასება, ავადობის, დადგენილი ავადმყოფობის გართულებისა და გამწვავების, ასევე, თანმხლები დაავადებების (ნაწოლები, თრომბოზი, პნევმონია და ა. შ.) პრევენცია; შედგენილი გრაფიკის მიხედვით ექიმისა და ექთნის ვიზიტი;
- *სამკურნალო სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს* - ოჯახის ექიმის/რეაბილიტოლოგის დანიშნულების შესრულება, აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა;
- *მონიტორინგს* - ინდივიდუალური გეგმის შესრულების შედეგების შეფასება და სამომავლო დაგეგმარება;
- *ძირულ მოვლას* - ჰიგიენური პროცედურები (სრული და ნაწილობრივი დაბანა), თეთრეულის გამოცვლა, დახმარება ჩაცმა-გახდასა და კვებისა და ა. შ.
- *სოციალური მომსახურების მიწოდებას* - სოციალური პრობლემების იდენტიფიცირება და მათ მოგვარებაში დახმარება, მოქმედების გეგმის შედგენა; საშუაშალო მომსახურება (დახმარება საბუთების გაფორმებაში, კუთვნილი შეღავათებისა და დახმარების მიღებაში და ა. შ.)

ქ. თბილისში მომსახურებაში ერთდროულად ჩართულია საშუალოდ 810 მოსარგებლე, რომელსაც ემსახურება ჯამში 4 ექიმი, 13 ექთანი, 15 ექთნის ასისტენტი, 5 სოციალური მუშაკი, 2 ფსიქოლოგი, 6 ტექნიკური ასისტენტი, 4 კორდინატორი.

თბილისში მუნიციპალური პროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიმწოდებლები არიან „საქართველოს კარიტასი“, „საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება“, „ევანგელიურ-ლუთერული ეკლესია“ და „ერთად მოყვასისათვის“. აღსანიშნავია, რომ 2019 წლამდე ერთ-ერთი ყველაზე მსხვილი მიმწოდებელი, საშუალოდ თვეში 600-მდე მოსარგებლით, იყო „ჩერნოვცკის ფონდი“, თუმცა, გაურკვეველი მიზეზების გამო ორგანიზაციამ 2019 წლიდან შეწყვიტა მომსახურების განხორციელება. დაფინანსების სიმცირის მიზეზით პროგრამაში მონაწილეობას არ იღებენ შინმოვლის კოალიციის წევრი ორგანიზაციები (გარდა ევანგელიურ-ლუთერული ეკლესიისა, რომელსაც აქვს დონორული დაფინანსება).

დონორული დაფინანსებითა და შემოწირულობებით შინმოვლას ასევე ახორციელებს საქართველოს საპატრიარქოს ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული მოწყალეების ცენტრი, რომელიც 83 მძიმე ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონე ხანდაზმულს უწევს სამედიცინო და ფსიქოსოციალურ დახმარებას. მომსახურებაში

ჩართულია ექიმი, 9 ექთანი, ფსიქოლოგი, დამხმარე, ასევე, სასწავლო პრაქტიკის ფარგლებში სოციალური მიმართულების ფაკულტეტის სტუდენტები და ორგანიზაციის შინამოვლის სატრენინგო ცენტრის მსმენელები. აღსანიშნავია, რომ მომსახურების მოსარგებლთა ნაწილი (დაახლოებით 40%) ამავდროულად ჩართულია მერიის მიერ დაფინანსებულ შინამოვლის პროგრამაში. ასევე, კოვიდ-19-ის პანდემიით გამოწვეულ შეზღუდვებამდე ბავშვთა ჰოსპისის „ციცინათელების“ ბაზაზე ხდებოდა 79 ბავშვის ბინაზე მომსახურება. ორგანიზაცია მომავალში გეგმავს, თბილისის მერიის შინამოვლის პროგრამაში ჩართვას.

გარდა ამისა, თბილისში, მუნიციპალური პროგრამის გარდა, საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება დონორული და საკუთარი დაფინანსებით, სოციალურად დაუცველთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებულ 200,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე 105 ხანდაზმულს სთავაზობს რეცხვის მომსახურებას, კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარებას, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდებას, სურსათით, ცხელი სადილითა და და ჰიგიენური საშუალებებით დახმარებას, სოციალურ და იურიდიულ საკითხებში კონსულტირებას და მხარდაჭერას, ჟურნალ-გაზეთებით მომარაგებას, პანდემიის პერიოდში უსაფრთხოების მასალებით უზრუნველყოფას. მომსახურება ხორციელდება მზრუნველებისა და კვალიფიციური (გადამზადებული) მოხალისეების მიერ.

⇒ სამეგრელო-ზემო სვანეთი

რეგიონების დონეზე შინამოვლის მომსახურებები (მომსახურების კომპონენტები) ყველაზე მეტად გავრცელებული და განვითარებულია **სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარეში**.

კერძოდ, ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში მომსახურება დაინერგა 2015 წელს ჩეხური არასამთავრობო ორგანიზაციის: „People in Need“ მხარდაჭერით. ამჟამად, მომსახურება სრულად ფინანსდება და ხორციელდება ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახურის მიერ მუნიციპალური ა(ა)იპ-ების ჩართულობით, რომლებსაც ხელშეკრულების საფუძველზე დასაქმებული ჰყავთ მომსახურების განმახორციელებელი პერსონალი, კერძოდ: ექიმი, მომვლელი ქალი და მძღოლი, რომელიც, ამავდროულად, ასრულებს ასისტენტ-ტექნიკოსის ფუნქციას. მომსახურება მოიცავს მარტოხელა და მარტოდ მცხოვრები ხანდაზმულების საცხოვრებელი სახლის და ეზო-კარმიდამოს დალაგება-დასუფთავებას, მოსარგებლეთა პირადი ჰიგიენის მოწესრიგებას და სალონურ მომსახურებას, ექიმის კონსულტაციას, მედიკამენტების მიწოდებას და სხვა. მომსახურების პროცესში ხდება ქველმოქმედების ფარგლებში მოვლის საშუალებების, საკვების, ტანსაცმლის მიღება და მოსარგებლებებისთვის განაწილება. პროგრამის მოსარგებლეთა 102 პირი.

გარდა აღნიშნულისა, ქ. ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში მოქმედებს პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს ყოველთვიურად 100 ლარის ოდენობით ფინანსურ დახმარებას იმ ოჯახებისთვის, რომელთაც ჰყავთ მუდმივი ზრუნვის საჭიროების მქონე მწოლიარე ან ეტლით მოსარგებლე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი ან სნეული, მწოლიარე ხანდაზმული. ასევე, სოციალურად დაუცველი (65,001-ზე

ნაკლები ქულის მქონე) ოჯახებისთვის, რომელშიც არის მუდმივი ზრუნვის საჭიროების მქონე ოჯახის წევრი. ამასთან, ოჯახის შემადგენლობაში არ უნდა იყოს 2 სრულწლოვან წევრზე მეტი, რომლებიც უშუალოდ არიან დაკავებულები ავადმყოფის მოვლით და ამ მიზეზით ვერ ახერხებენ დასაქმებას. პროგრამის მოსარგებლეთა 99 ოჯახი. აღნიშნული პროგრამა თავისი შინაარსით უფრო ფინანსური დახმარების ტიპისაა, თუმცა, პროგრამის მიზნისა და სამიზნე ჯგუფის გათვალისწინებით, ადვილი შესაძლებელია, მოხდეს მისი შინმოვლის უფრო ეფექტურ მომსახურებად მოდიფიცირება.

ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის მცირე თანამონაწილეობით, საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ, 70 000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე 15 ხანდაზმულს სთავაზობს საოჯახო საქმეებში, კომუნალური გადასახადების გადახდაში, სახელმწიფო დახმარებების მიღებაში, სურსათით და ჰიგიენური საშუალებებით დახმარებას და ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების სახლში მიწოდებას. მომსახურება ხორციელდება მოხალისეების მეშვეობით.

ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტის მერიის ინფორმაციით, ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტში, შინმოვლის პროგრამის განხორციელების მიზნით, ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტის მერის 2016 წლის 09 მარტის N163 ბრძანებით დაფუძნდა ა(ა)იპ „ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტის სოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი“ 2019 წელს, მისი რეორგანიზაციის საფუძველზე, ჩამოყალიბდა ა(ა)იპ „ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტის სოციალური მომსახურების ცენტრი“. ცენტრი შინმოვლის მომსახურების ფარგლებში ახორციელებს სოციალური და სამედიცინო მომსახურებების მიწოდებას, კერძოდ: საკვებისა და მედიკამენტების მიღებაში დახმარებას, წნევის კონტროლს, პირადი ჰიგიენის მოწესრიგებას, ყოველდღიურ ინსტრუმენტურ აქტივობებში ხელშეწყობას და სხვა. 2021 წელს პროგრამის მოსარგებლეთა 28 დაუძღვრებელი ან/და მწოლიარე პირი. პროგრამაში ჩართვის სხვა კრიტერიუმები პროგრამულად განსაზღვრული არ არის, თუმცა, პროგრამაში ჩასართავად მოსარგებლეს მოეთხოვება მკურნალი ექიმის მიერ შევსებულ ფორმა IV-100/ა - ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობასთან ერთად მუნიციპალიტეტში წარადგინოს ამონაწერი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზიდან და იძულებით გადაადგილებული პირის სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი (ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტში რეგისტრაციის მითითებით). მოსარგებლეთა შერჩევა ხდება სპეციალური კომისიის მიერ. მომსახურებაში ჩართულია ცენტრის 1 ექიმი, 4 ექთანი და 1 ტექნიკური მუშაკი.

სენაკის მუნიციპალიტეტში შინ მომსახურების განხორციელება დაიწყო 2021წელს. ა(ა)იპ- შშმ პირთა ინტეგრაციისა და განვითარების ასოციაცია „ჰანგი“-ს მიერ საქართველოს არბაითერ სამართლებრივი ბუნდის (ASB) ფინანსური მხარდაჭერით. მომსახურება მოიცავს მობილური ჯგუფის მიერ 20 მარტოხელა ხანდაზმულის და შშმ პირის ჰიგიენური და საცხოვრებელი პირობების მოწესრიგებას. მობილური ჯგუფის განკარგულებაშია სპეციალურად აღჭურვილი ავტოსატრანსპორტო საშუალება სარეცხი მანქანით, წყლის ავზით, სარეცხი და სადუზინფექციო საშუალებებით,

ელექტროხელსაწყოებით, წვრილი საოჯახო და სამეურნეო მოწყობილობებით (ელ. ბურღი, ინდიკატორი, სახრახნისების კომპლექტი, ბრტყელტუჩა, ბენზინზე მომუშავე-ხერხი და ცელი, თმის საკრეჭი და საშრობი საშუალებები, ნაჯახი, ურო, ჩაქუჩი, ხელის ხერხი). მომსახურებაში ჩართულია სოციალური მუშაკი, ხელოსანი, დამლაგებელი და მძღოლი. მერიის მხრიდან პროგრამის თანადაფინანსებისათვის გამოყოფილია 15,000 ლარი. 2022 წლიდან მერია იღებს ვალდებულებას გააგრძელოს მომსახურების დაფინანსება.

სენაკში მუნიციპალიტეტის თანადაფინანსებით საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე 15 ხანდაზმულს სთავაზობს საოჯახო საქმეებში, საყიდლებში და კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარებას, სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე კონსულტირებას, სახელმწიფო დახმარებების მიღებაში დახმარებას და სახელმწიფო დაწესებულებებში თანხლებას, სურსათით და ჰიგიენური საშუალებებით დახმარებას, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების სახლში მიწოდებას. მომსახურება ხორციელდება მოხალისეების მეშვეობით.

წალენჯიხის მუნიციპალიტეტში 2018 წლიდან ხორციელდება „შშმ პირთა და მოვლის საჭიროების მქონე ავადმყოფთა ფინანსური მხადაჭერის“ პროგრამა, რომელიც, ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში მოქმედი ანალოგიური პროგრამის მსგავსად, ითვალისწინებს ფინანსურ დახმარებას ყოველთვიურად 100 ლარის ოდენობით სიდარის ზღვარს ქვემოთ მყოფი (100,000-ზე დაბალი სარეიტინგო ქულის მქონე) პირებისთვის, რომლებიც არ არიან ასაკით პენსიონერები, აქვთ მკვეთრად გამოხატული შშმ პირის სტატუსი, არიან ეტლით მოსარგებლე ან მწოლიარე და საჭიროებენ მუდმივ მომვლელს (რაც დასტურდება სამედიცინო ფორმა N100-ში არსებული შესაბამისი ჩანაწერით). პროგრამის ბიუჯეტი განსაზღვრულია 30,000 ლარით და 2021 წელს გათვლილია 25 მოსარგებლეზე.

ხობის მუნიციპალიტეტს მარტოხელა ხანდაზმულთა შინმოვლის პროგრამისთვის 2021 წლის ბიუჯეტში გამოყოფილი აქვს 4,800 ლარი, რომელიც, საჭიროების შემთხვევაში, შეიძლება გაიზარდოს, თუმცა, ჯერჯერობით პროგრამა არ ხორციელდება შესაბამისი მიმწოდებლის არარსებობის გამო. მუნიციპალიტეტში პროგრამის სამიზნე ჯგუფი განსაზღვრულია 35-მდე ხანდაზმულით.

მესტიის მუნიციპალიტეტში 2020 წელს შინმოვლის მომსახურების განხორციელება დაიწყო ა(ა)იპ „ერთად რეალური ცვლილებებისთვის“ ინიციატივით. მომსახურება მოიცავს ექთნის მომსახურებას, ექიმის დანიშნულების შესრულების მეთვალყურეობას, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგს (სხეულის ტემპერატურის შემოწმება, სისხლის წნევის კონტროლი, გლუკოზის მონიტორინგი გლუკომეტრით, სატურაციის კონტროლი პულსოქსიმეტრით, საჭიროების შემთხვევაში, ექიმის დანიშნულებით, ინტრავენური გადასხმის უზრუნველყოფა), პერიოდულად, კვების პაკეტების და ჰიგიენური საშუალებების მიწოდებას, მოსარგებლის ჰიგიენის და სამყოფი სივრცის მოწესრიგებას, პირადი დოკუმენტაციის მოწესრიგებაში დახმარებას, კონსულტირებას, ფსიქოემოციურ მხარდაჭერას, შშმ

ან/და სოციალურად დაუცველის სტატუსის მინიჭების პროცედურებში დახმარებას. პროგრამის სამიზნე ჯგუფში შედიან: ა) 18 წლის ზემოთ ასაკის, დამოუკიდებლად გადაადგილების უუნარო, მკვეთრად გამოხატული ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე, მწოლიარე და სხვა პირის მუდმივი დახმარების საჭიროების მქონე პირები, რომლებსაც არ ჰყავთ მზრუნველი ან მზრუნველი ხანდაზმული, ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირია; ბ) საპენსიო ასაკის ხანდაზმულები (ქალები 60 წლიდან, მამაკაცები 65 წლიდან), რომლებსაც არ ჰყავთ მზრუნველი, არიან მარტოხელა და საჭიროებენ სხვა პირის დახმარებას. მომსახურება უზრუნველყოფილია ძირითადად ექიმის, ექთნის, ხოლო შესაბამისი საჭიროებისას, სოციალური მუშაკისა და ფსიქოლოგის მიერ. 2021 წელს პროგრამის მოსარგებლეა 24 პირი. ორგანიზაციის მიერ ანალოგიური მომსახურება პილოტური პროექტის ფარგლებში 2021 წელს ხორციელდება ამბროლაურის მუნიციპალიტეტში, დონორული სახსრებით (**რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთის მხარე**) სადაც მომსახურებაში ჩართული იყო 75 მოსარგებლე.

გარდა ამისა, ამბროლაურის მუნიციპალიტეტში საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება 2021 წლიდან სრულად დონორული და საკუთარი დაფინანსებით, ახორციელებს ე. წ. პროფესიული შინმოვლის მომსახურებას, რომელშიც შედის: ექიმი-კოორდინატორის რეგულარული კონსულტაცია და მდგომარეობის მონიტორინგი, სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი და დიაგნოსტიკა, რეკომენდაციები სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე, ქრილობის დამუშავება, ცისტოსტომის მოვლა და გამოცვლა, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია და მოვლა, ინექცია კუნთში და ვენაში, პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება, სრული და ნაწილობრივი დაბანა, საფენის („პამპერსის“) გამოცვლა, ჩაცმა, თეთრეულის გამოცვლა, საოჯახო საქმეებში და საყიდლებში დახმარება, ხელშეწყობა კომუნალური გადასახადების გადახდაში, გასეირნება სუფთა ჰაერზე, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, მოვლის და თვითმოვლის უნარების სწავლება, სახელმწიფო დახმარებების მიღებაში დახმარება და დაწესებულებებში თანხლება, სურსათით და ჰიგიენური საშუალებებით დახმარება, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების ბინაზე მიწოდება, დახმარება საშემოდგომო და ზამთრის სამუშაოებში - შეშის დაჩეხვა, გზის და სახურავის გადათოვლა და სხვა. მომსახურებით მოსარგებლეა სოციალურად დაუცველთა ბაზაში რეგისტრირებული 100,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე 100 პირი. მომსახურების მიწოდებაში ჩართულია 1 ექიმი-კოორდინატორი, 1 სოციალური მუშაკი, 3 ექთანი, 3 ექთნის ასისტენტი, 3 ტექნიკური დამხმარე, 3 ოჯახში დამხმარე, 1 ცხელი ხაზის ოპერატორი და, საჭიროებისამებრ, ფსიქოლოგი, რომლებიც ინდივიდუალური გეგმის მიხედვით ახორციელებენ თვეში საშუალოდ 8-13 ვიზიტს, 30-45 წუთის ხანგრძლივობით.

⇒ აჭარა

ქ. ბათუმის მუნიციპალური პროგრამის განხორციელება დაიწყო 2014 წლიდან. ამჟამად, პროგრამის მიმწოდებელია ა(ა)იპ საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს

კარიტასი“ და მომსახურების მიწოდება ხორციელდება მერიასთან ურთიერთშეთანხმების მემორანდუმის საფუძველზე.

ბათუმის მუნიციპალიტეტის მერიის „მზრუნველობას მოკლებულ მოსარგებლეთა მოვლა-პატრონობის და მოვლის საჭიროების მქონე პირთა დახმარების“ ქვეპროგრამის შინაგონის კომპონენტით გათვალისწინებულია სამედიცინო და სოციალური მომსახურებების მიწოდება „სახლის პირობებში ქრონიკულად დაავადებული, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე ან/და საწოლს მიჯაჭვული ქ. ბათუმში რეგისტრირებული 100,000-მდე ქულის მქონე 100 შშმ პირისთვის და ასაკით პენსიონერისთვის.“ მომსახურება მოიცავს: სამედიცინო დახმარებას (პრევენცია, მკურნალობა, რეაბილიტაცია), ყოველდღიურ საქმიანობაში მხარდაჭერას (განათლება, უნარების განვითარება, პერსონალური ჰიგიენის მოწესრიგება) და პაციენტებისა და ახლობლების ფსიქოლოგიურ და სოციალურ დახმარებას (მხარდაჭერა, ჯანსაღი სოციალური გარემოს შექმნა, ასევე, საჭირო მომსახურებების მიღებაში ხელშეწყობა).

სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მიწოდებას სახლის პირობებში უზრუნველყოფს მრავალდარგობრივი გუნდი 3 ექთნით, 1 ექთნის ასისტენტით და 1 საინფორმაციო ბაზის ოფიცრით. ჯგუფი უზრუნველყოფილია ოფისით, ტრანსპორტით და ტექნიკური აღჭურვილობით. დონისძიებაში ჩართულ მოსარგებლეთთან ვიზიტის სიხშირე განისაზღვრება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სიმძიმიდან გამომდინარე.

მუნიციპალური თანადაფინანსება შეადგენს წლიურად მოსარგებლეთა საშუალოდ 648 ლარს (მედიკამენტებისა და ჰიგიენური საფენების შესაძენად).

⇒ გურია

შინმოვლის მუნიციპალური პროგრამა ხორციელდება ოზურგეთის მუნიციპალიტეტში. მომსახურებით სარგებლობს სოციალურად დაუცველთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებული 100,000-ზე ნაკლები ქულის მქონე 40 პირი, ვისაც ავადმყოფობის, ასაკის ან ტრავმის შედეგად შეზღუდული აქვს დამოუკიდებელი არსებობისა და საკუთარი თავის მოვლის უნარი და საჭიროებს შინმოვლის ინდივიდუალურ მომსახურებას. პროგრამა მოიცავს ექთნის მომსახურებას, რომელშიც შედის სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი, სამედიცინო მანიპულაციები (მედიკამენტების მიღების კონტროლი, ჭრილობის დამუშავება, სტომის, დრენაჟის და კათეტერის მოვლა და სხვა სამედიცინო პროცედურები და მანიპულაციები), პროფილაქტიკა (გართულებების, გამწვავებების და თანმხლები დაავადებების), დაკვირვება, მოვლის უნარების განვითარება (რეაბილიტაცია), მოვლის უნარ-ჩვევების სწავლება მოსარგებლისთვის და მისი ოჯახის წევრებისთვის; ხოლო ექთნის ასისტენტის მიერ - დახმარებას ყოველდღიურ აქტიურობაში, ჰიგიენის მოწესრიგებაში, გადაადგილებაში, საკვების მიღებაში და ჩაცმა-გახდაში; ასევე, სოციალური მუშაკის მიერ დახმარებას გადასახადების გადახდაში, პენსიის აღებაში, შეღავათების მოძიებაში, ოჯახის ექიმთან კონტაქტში, სხვადასხვა ორგანიზაციებთან

დაკავშირებაში, საჭიროების შემთხვევაში, სპეციალური დამხმარე საშუალებების მიწოდების ორგანიზებაში. მომსახურებაში ჩართულია 2 ექთანი, 1 ექთნის ასისტენტი, 1 სოციალური მუშაკი, 1 მძღოლი, 1 კოორდინატორი.

ლანჩხუთის მუნიციპალიტეტში საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება საკუთარი დაფინანსებით ემსახურება სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე ოთხ, 60 წელზე უფროსი ასაკის ხანდაზმულს. მომსახურებაში შედის: კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარება, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება, სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება, სოციალური და იურიდიული საკითხების მოგვარებაში მხარდაჭერა. მომსახურება ხორციელდება მოხალისეების მეშვეობით.

ჩოხატაურის მუნიციპალიტეტში იმავე შინაარსის მომსახურებას წითელი ჯვრის საზოგადოება ახორციელებს მუნიციპალური თანადაფინანსებით. ამ შემთხვევაში, მოსარგებლეთა სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ 100,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე 30 მარტოხელა ხანდაზმული.

⇒ იმერეთი

ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტში თვითმმართველობის ჩართულობით შინმოვლის მომსახურების განხორციელება იწყება 2014 წლიდან. ქუთაისის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის მიმწოდებელია საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი“. ის ემსახურება სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ, 100,000-მდე ქულის მქონე 60 პირს, რომლებიც საწოლს ან სახლს არიან მიჯაჭვულნი და საჭიროებენ ადგილზე სამედიცინო მანიპულაციებს. მომსახურება ითვალისწინებს დაავადებების გართულებების პრევენციას (ნაწოლების, ქირურგიული გადახვევების და კონტრაქტურების პრევენცია შესაძლებლობის ფარგლებში), საჭიროების შემთხვევაში, ბინაზე ცხელი სადილის მიწოდებას, პაციენტის მოვლის მიზნით ოჯახის წევრების გადამზადებას, მედიკამენტებითა და ჰიგიენური მოვლის საშუალებებით უზრუნველყოფას. მომსახურების მიწოდებაში მონაწილეობს 3 ექთანი, 1 სოციალური მუშაკი, 1 ექიმი, 1 მძღოლი, 1 კოორდინატორი.

ქუთაისში წითელი ჯვრის საზოგადოება მუნიციპალიტეტის მიერ ორგანიზაციისთვის გამოყოფილი დაფინანსებიდან ემსახურება სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ, 100,000-მდე ქულის მქონე 50 მარტოხელა ხანდაზმულს. მომსახურებაში შედის: კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარება, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება, სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება, დახმარება სოციალური და იურიდიული საკითხების მოგვარებაში, პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება და სხვა. მომსახურება ხორციელდება მოხალისეების, მზრუნველებისა და თანატოლი ხანდაზმული ლიდერების მეშვეობით.

საქართველოს წითელი ჯვარი, მუნიციპალიტეტების ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანადაფინანსებით, მომსახურებას ასევე ახორციელებს საჩხერეში, სამტრედიასა და ჭიათურაში, შესაბამისად 20, 28 და 14 მოსარგებლისთვის. მომსახურების შინაარსი საჩხერესა და ჭიათურაში იდენტურია და მოიცავს: კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარებას, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდებას, სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარებას, დახმარებას სოციალური და იურიდიული საკითხების მოგვარებაში, რეცხვას. სამტრედიაში, დამატებით, შედის ექიმი-სპეციალისტის კონსულტაცია, პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება, თეთრეულის გამოცვლა, ოთახის დალაგება. სამტრედიის შემთხვევაში, მოხალისებთან ერთად, მომსახურების მიწოდებაში დამატებით ჩართული არიან ექიმი-კონსულტანტი და მზრუნველები.

ტყიბულის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის მომსახურების პილოტირება განხორციელდა 2019 წელს, ა(ა)იპ - „ტყიბულის რაიონის განვითარების ფონდის“ მიერ. 2021 წელს კი მომსახურებას ახორციელებს ტყიბულის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანმრთელობის, სოციალური მომსახურების, ბავშვის უფლებების დაცვისა და მხარდაჭერის სამსახური, სამსახურის 3 თანამშრომლის,- 2 ხანდაზმულზე ზრუნვის სპეციალისტის და 1 მძღოლი-ტექნიკოსის მეშვეობით. მომსახურება გულისხმობს სპეციალური კომისიის მიერ შერჩეული 30 მარტოხელა და მარტოდ მცხოვრები ხანდაზმულის თვეში ერთხელ საკვები პროდუქტებით მომარაგებას, ჰიგიენური და საცხოვრებელი პირობების მოწესრიგებას. სავალდებულო ვიზიტი ხორციელდება კვირაში ერთხელ, საჭიროების შემთხვევაში, კვირაში 2-ჯერ.

⇒ შიდა ქართლი

რეგიონული მუნიციპალიტეტებიდან შინმოვლის მომსახურება ყველაზე კარგად გავრცელებული და განვითარებულია გორის მუნიციპალიტეტში. რომელიც ერთ-ერთი პირველი იყო საქართველოში, სადაც, თბილისის გარდა, მომსახურების განხორციელება დაიწყო, კერძოდ, 2006 წელს, „თაობის“ მიერ. 2021 წელს გორში სოციალური პროექტების თანადაფინანსების პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებელია ოთხი ორგანიზაცია: ა(ა)იპ „კარიტასი“, ა(ა)იპ „ს.ს.კ.“, ა(ა)იპ ქალთა ასოციაცია „თანხმობა“, ა(ა)იპ „ბეთლემი“ და საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება.

გორის მუნიციპალიტეტის მერიის მიერ შინმოვლის მომსახურების პროგრამული ჩარჩო განსაზღვრული არ არის და ორგანიზაციებს მუნიციპალური თანადაფინანსების მიღება შეუძლიათ საგრანტო პროექტის წარდგენით, რომელთა თანადაფინანსების თაობაზე გადაწყვეტილებას იღებს სპეციალური მუნიციპალური კომისია წინასწარ განსაზღვრული კრიტერიუმების საფუძველზე. შესაბამისად, შინმოვლის მომსახურების შინაარსი და მოცულობა დამოკიდებულია მიმწოდებლის მიერ შეთავაზებულ მომსახურების მოდელზე. ამასთან, მოსარგებლეთა შეფასება (მომსახურების საჭიროების განსაზღვრა) და მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილება მიიღება თავად მიმწოდებლების მიერ. რაც შეეხება მოსარგებლეთა მომსახურებებთან დაკავშირებას, ამ პროცესში ჩართულია მერიის შესაბამისი სამსახური და სოფლებში მერის წარმომადგენლები.

მუნიციპალიტეტში ყველაზე მსხვილი მიმწოდებელია ა(ა)იპ „საქართველოს კარიტასი“, რომელიც მარტოხელა და სიდარობის ზღვარს მიღმა სხვადასხვა საჭიროების მქონე 200 ხანდაზმულს უზრუნველყოფს სამედიცინო და სოციალური მომსახურებით. ეს მოიცავს სამედიცინო მომსახურებას, ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას, მოვლის დამხმარე საშუალებების მიწოდებას, საშუამავლო საქმიანობებს. მომსახურებაში ჩართულია ორგანიზაციის 1 ექიმი, 6 ექთანი და 1 კოორდინატორი.

ა(ა)იპ „საქართველოს სამარიტელთა კავშირი-ს.ს.კ.“ ემსახურება შინმოვლის საჭიროების მქონე 90 პირს, რომლებსაც ნაკლები ინტენსივობისა და სირთულის სამედიცინო საჭიროებები აქვთ. მომსახურების *სამედიცინო კომპონენტი* მოიცავს ინსულინის ინექციას, სახვევის შეცვლას, წნევის გაზომვას, გარკვეული მედიკამენტების გაცემას, ექიმის დანიშნულების შესრულებაში დახმარებას და კონტროლს. *საყოფაცხოვრებო-სოციალური დახმარების კომპონენტში* შედის: დახმარება სახლის სამეურნეო საკითხებში, როგორცაა ყოველდღიური საჭიროების ნივთებისა და პროდუქტების შეძენა, ბინის/ეზოს დალაგება-დასუფთავება და საკვების მომზადება, სოციალური კონსულტაცია (კონსულტაციები სამიზნე ჯგუფის იურიდიულ და სოციალურ უფლებებთან დაკავშირებით- სოციალური დახმარება, ფულადი დანამატები, შეღავათები, ქონებრივი ინტერესები). მომსახურე გუნდი შედგება 3 მომვლელისა და 1 მძღოლი/სოციალური ასისტენტისგან.

ა(ა)იპ ქალთა ასოციაცია „თანხმობა“ გორის მუნიციპალიტეტში ემსახურება 24 დევნილ და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებულ ხანდაზმულს. მომსახურება მოიცავს სოციალური ინკლუზიის, რესოციალიზაციისა და რეაბილიტაციის ღონისძიებებს. მომსახურების მიწოდებაში მონაწილეობენ ადმინისტრატორი, სოციალური მუშაკი, ექთანი, ფსიქოლოგი, დამლაგებელი, ასევე, 12 მოხალისე და მოხალისეების კოორდინატორი.

ა(ა)იპ „ბეთლემი“ ემსახურება 20 მზრუნველობას მოკლებულ მარტოხელა ხანდაზმულს. მომსახურება მოიცავს ჰიგიენურ-პროფილაქტიკური სამუშაოების (სარეცხის რეცხვა, საცხოვრებლის მოწესრიგება) განხორციელებას.

საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება გორში მომსახურებას უწევს 10 სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ, 70,000-მდე ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმულს. მომსახურებაში შედის: ექიმი სპეციალისტების კონსულტაცია, საკონტაქტო ვიზიტები საჭიროებათა განსაზღვრისთვის, სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება, დახმარება კომუნალური გადასახადების გადახდაში, ცხელი სადილის მიტანა სოციალური სასადილოდან, საყიდლებში დახმარება, სახელმწიფო შეღავათების მიღებაში ხელშეწყობა და დაწესებულებებში თანხლება. მომსახურება მიეწოდება მოხალისეების მეშვეობით.

⇒ ქვემო ქართლი

შინმოვლა ხორციელდება ბოლნისის მუნიციპალიტეტში და დაბა კაზრეთში, სადაც მომსახურება 2013 წელს ა(ა)იპ „საქართველოს სამარიტელთა კავშირი-ს.ს.კ.“-ის (ASB) დაფინანსებით დაიწყო ასოციაცია „თანხმობამ“ საპილოტე პროექტით. 2015 წლიდან კი მომსახურების მიწოდებას ახორციელებს ა(ა)იპ „ბოლნისის მუნიციპალიტეტის სათნოების სახლი“. მომსახურებით სარგებლობს 25 „საწოლს/სახლს მიჯაჭვული, მარტოხელა და ხანდაზმული ადამიანი, რომლებიც უმწეონი არიან დაავადებებისა და გაჭირვების წინაშე“. მომსახურება ითვალისწინებს პირველად სამედიცინო მომსახურებას ექთნის მიერ და ოჯახში სანიტარიულ-ჰიგიენური საშუალებებით უზრუნველყოფას კვირაში სამჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, დამატებით. მომსახურების მიწოდებაში ჩართული არიან სერტიფიცირებული ექთანი და მზრუნველი.

რუსთავში საქართველოს წითელი ჯვარი საკუთარი სახსრებით აფინანსებს 15 სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ, 70,000-მდე ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმულს. მომსახურება მოიცავს საკონტაქტო ვიზიტებს, საოჯახო საქმეებში დახმარებას, კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარებას, სახელმწიფოდან შეღავათების მიღებაში ხელშეწყობას, სურსათისა და ჰიგიენური საშუალებების მიწოდებას, ასევე, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების სახლში მიტანას. მომსახურება ხორციელდება მოხალისეების მეშვეობით.

საქართველოს წითელი ჯვრის მიერ ანალოგიური მომსახურება ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების თანადაფინანსებით ხორციელდება თეთრიწყაროს, ბოლნისისა და გარდაბნის მუნიციპალიტეტებში, სადაც, შესაბამისად, 12, 42 და 27 სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ, 70,000-მდე ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმულს უზრუნველყოფს ექიმი-სპეციალისტის კონსულტაციით, სურსათითა და ჰიგიენური საშუალებებით, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების სახლში მიტანით. თეთრიწყაროსა და ბოლნისში მომსახურება დამატებით მოიცავს: ჰიგიენური პროცედურების ჩატარებას, საოჯახო საქმეებში დახმარებას, კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარებას, სახელმწიფოდან შეღავათების მიღებაში ხელშეწყობას და სხვა. მომსახურება ხორციელდება მოხალისეების და მზრუნველების მეშვეობით.

⇒ სამცხე-ჯავახეთი

ახალციხეში მომსახურებას ახორციელებს „საქართველოს კარიტასი“ მუნიციპალური თანადაფინანსების გარეშე. მომსახურების მოსარგებლეთა 70 სოციალურად დაუცველთა ერთიან ბაზაში 100,000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე პირი, ვისაც ავადმყოფობის, ასაკის ან ტრავმის შედეგად შეზღუდული აქვთ დამოუკიდებელი არსებობისა და საკუთარი თავის მოვლის უნარები და საჭიროებს შინმოვლის ინდივიდუალურ მომსახურებას. მომსახურება მოიცავს დიაგნოსტიკას, სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლს, სამედიცინო მანიპულაციებს (მედიკამენტების მიღების

კონტროლი, ჭრილობის დამუშავება, სტომის, დრენაჟის და კათეტერის მოვლა და სხვა სამედიცინო პროცედურები და მანიპულაციები), პროფილაქტიკას (გართულებების, გამწვავებების და თანმხლები დაავადებების პრევენცია), დაკვირვებას, მოვლის უნარების განვითარებას (რეაბილიტაცია), მოვლის უნარ-ჩვევების სწავლებას მოსარგებლისა და მისი ოჯახის წევრებისთვის. მომსახურებაში ჩართულია 7 ექთანი 50 % დატვრთვით, 1 კოორდინატორი, 1 მძღოლი.

⇒ მცხეთა-მთიანეთი

დუშეთის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის მომსახურება 2020 წლიდან ხორციელდება. მომსახურების მიმწოდებელია ევანგელისტურ-ლუთერული ეკლესია, რომელიც ემსახურება 29 სოციალურად დაუცველ ხანდაზმულს. მომსახურება მოიცავს ძირეულ მოვლას, ჰიგიენის მოწესრიგებას, დახმარებას ყოველდღიურ საქმიანობაში, საყიდლებს, წნევის და შაქრის გაზომვას, წამლის მიღების კონტროლს და სხვა. მომსახურებაში ჩართულია კოორდინატორი, 2 ექთანი და ასისტენტი.

⇒ კახეთი

მომსახურება ხორციელდება თელავის, ლაგოდეხის, საგარეჯოსა და ყვარლის მუნიციპალიტეტების მიერ, საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებისთვის გამოყოფილი თანადაფინანსების ფარგლებში. მომსახურება პრაქტიკულად ოთხივე მუნიციპალიტეტში მსგავსია და მოიცავს: ექიმის რეგულარულ კონსულტაციას და მდგომარეობის მონიტორინგს, სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლს და დიაგნოსტიკას, სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე კონსულტაციას, ძირეული მოვლის პროცედურებს, ჰიგიენის მოწესრიგებას, ინექციას, საოჯახო საქმეებში დახმარებას, საყიდლებში ხელშეწყობას, სოციალური დახმარებების მიღებაში დახმარებას და დაწესებულებებში თანხლებას, მედიკამენტების, საკვებისა და ჰიგიენის ნივთების მიწოდებას. მომსახურების მოსარგებლეა თელავში 15, ლაგოდეხში 24, საგარეჯოში 25 და ყვარელში 36 სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული 70,000-მდე ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული.

შინმოვლის მომსახურების შეჯამება

აქვე აღვნიშნავთ, რომ 2018 წლის მონაცემებით, შინმოვლა ხორციელდებოდა რამდენიმე სხვა მუნიციპალიტეტშიც, კერძოდ, მარტვილში, ხელვაჩაურში, ასპინძაში, ქედაში. დღეისათვის, აღნიშნულ მუნიციპალიტეტებში შესაბამისი პროგრამა აღარ ხორციელდება.

როგორც ანალიზიდან ჩანს, მუნიციპალიტეტების მიხედვით შინმოვლა განსხვავებული შინაარსისა და მოცულობისაა. სრული მოცულობით, რომელშიც შედის: სამედიცინო, ძირეული მოვლის, ყოველდღიური აქტივობაში დახმარების, სოციალური, საყოფაცხოვრებო და ტექნიკური დახმარების, გარემოცვის

გაძლიერების კომპონენტები მუნიციპალური პროგრამით გაწერილია მხოლოდ ქ. თბილისში. სხვა შემთხვევებში, მომსახურების მეტ-ნაკლებად სრული მოცულობით მიწოდება ხორციელდება ახალციხეში, ბათუმში, გორში, ოზურგეთსა და ქუთაისში, სადაც მიმწოდებელია საქართველოს კარიტასი, რომელსაც დამკვიდრებული აქვს საკუთარი ორგანიზაციული სტანდარტი და გამოცდილება. ასევე, 2021 წლიდან ამბროლაურში, სადაც მიმწოდებელია საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება. დანარჩენ შემთხვევებში მომსახურება ფრაგმენტულია და შინმოვლის ცალკეული კომპონენტების მიწოდებით შემოიფარგლება. მომსახურებების ასეთი განსხვავებულობა გამოწვეულია ერთიანი სტანდარტების და მონიტორინგის სისტემის არარსებობით, რის გამოც ის დამოკიდებულია მიმწოდებელი ორგანიზაციების პრაქტიკასა და გამოცდილებაზე, ასევე, მათ მიერ მოპოვებული დაფინანსების მოცულობაზე.

განსხვავებულია მომსახურებების განხორციელებისა და დაფინანსების მექანიზმები, სამიზნე ჯგუფის შერჩევის კრიტერიუმები და მიმწოდებლების შერჩევის მეთოდებიც. მომსახურებების დეტალური აღწერა მუნიციპალიტეტების და კომპონენტების მიხედვით მოცემულია N3, 4 და 5 ცხრილებში.

ცხრილი N1 - შინმოვლის მომსახურება მუნიციპალიტეტების მიხედვით, მოსარგებლეთა რაოდენობების, მიმწოდებლების, დაფინანსების წყაროსა და მომსახურების დაწყების თარიღის მითითებით

	მუნიციპალიტეტები (გარდა ოკუპირებული ტერიტორიებისა)	მოსარგებლეთა რ-ბა	დაფინანსების წყარო (მუნიციპალიტეტი/დონორი/შერეული)	მიმწოდებელი/-ები 2021 წლის მდგომარეობით	მომსახურების დაწყების წელი
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					
1	ამბროლაური	100	დონორი	წითელი ჯვრის საზ-ბა	2021
აჭარა					
2	ბათუმი	100	შერეული	საქართველოს კარიტასი	2012
ქვემო ქართლი					
3	რუსთავი	15	დონორი	წითელი ჯვრის საზ-ბა	2012
4	ბოლნისი	25	მუნიციპალიტეტი	ა(ა)იპ-„ბოლნისის მუნიციპალიტეტის სათნოების სახლი“	2013
სამცხე-ჯავახეთი					
5	ახალციხე	70	დონორი	საქართველოს კარიტასი	2018
შიდა ქართლი					
6	გორი	344 (200+ 90+ 24+ 20+ 10)	შერეული	საქართველოს კარიტასი სამარიტელთა კავშირი- ს.ს.კ. ასოციაცია „თანხმობა“ ა(ა)იპ „ბეთლემი“ წითელი ჯვრის საზოგადოება	2008

მცხეთა-მთიანეთი					
7	დუშეთი	29	შერეული	ევანგ.-ლუთერული ეკლესია	2018
გურია					
8	ლანჩხუთი	4	დონორი	წითელი ჯვრის საზოგადოება	2019
9	ოზურგეთი	40	შერეული	საქართველოს კარიტასი	2007, მუნიც.2018-დან
იმერეთი					
10	ტყიბული	30	2019 შერეული, 2021 წლიდან მუნიციპალიტეტი	2019წ. „ტყიბულის რაიონის განვითარების ფონდი“ 2021 წელს მომსახურებას ახორციელებს ტყიბულის მუნიციპალიტეტის მერიის ჯანმრთელობის, სოციალური მომსახურების, ბავშვის უფლებების დაცვისა და მხარდაჭერის სამსახური	2019
11	ქუთაისი	60	შერეული	საქართველოს კარიტასი	2007
სამეგრელო-ზემო სვანეთი					
12	მესტია	24	შერეული	ერთად რეალური ცვლილებებისთვის	2020
13	ზუგდიდი	200 (100+100)	მუნიციპალიტეტი	მუნიციპალიტეტის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახური	2015
14	სენაკი	20	შერეული (2022-დან სრულად მუნიციპალიტეტი)	შპმ პირთა ინტეგრაციისა და განვითარების ასოციაცია „ჰანგი“	2020
15	ფოთი	28	მუნიციპალიტეტი	მერიის ა(ა)იპ „ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტის სოციალური მომსახურების ცენტრი“	2016
16	წალენჯიხა	25	მუნიციპალიტეტი	ფინანსური დახმარება 100 ლარი	2018
17	ხობი	35	შერეული	არ არის	2020
18	თბილისი	810 (320+200+210+80)	შერეული	- საქართველოს კარიტასი - ერთად მოყვასისათვის - საქ.წითელი ჯვრის საზ-ბა - ევანგ-ლუთერული ეკლესია	2012
		162 (83+79) (40 % ჩართულია მერიის პროგრამაშიც)	დონორი	საქართველოს საპატრიარქოს ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული მოწყალეების ცენტრი - „ფერისცვალება“ (ხანდაზმ.) - „ციცინათელები“ (ბავშვები)	2015
		105		საქ.წითელი ჯვრის საზ-ბა	2010

შენიშვნა: მცირე მუნიციპალიტეტების შემთხვევაში შედის მიმდებარე სოფლებიც.

ცხრილი N2 - საქართველოს წითელი ჯვრისთვის მუნიციპალიტეტების მიერ გამოყოფილი თანადაფინანსებით განხორციელებული მინმოვლის მომსახურებები მუნიციპალიტეტების მიხედვით, დაფინანსების, მოსარგებლეთა რაოდენობების და მომსახურების დაწყების თარიღის მითითებით (მიმწოდებლის ინფორმაციაზე დაყრდნობით)

#	მუნიციპალიტეტი *(ხორციელდება მუნიციპალური მინმოვლის პროგრამაც)	მოსარგებლეთა რაოდენობა	სულ მომსახურების წლიური ხარჯი 2021წ	წითელი ჯვრის დაფინანსების წილი %	დაფინანსება საშუალოდ ერთ მოსარგებელზე თვეში (ლარი)	მომსახურების დაწყების წელი
1	ჩოხატაური	30	15,480	91%	43	2013
2	სამტრედია	28	13,776	83%	41	2017
3	საჩხერე	20	9,120	94%	38	2016
4	ქუთაისი*	50	28,200	78%	47	2005
5	ჭიათურა	14	6,048	89%	36	2019
6	თელავი	15	5,040	97,4%	28	2015
7	ლაგოდეხი	24	13,536	89,9%	47	2014
8	საგარეჯო	25	12,300	94,8%	41	2010
9	ყვარელი	36	18,144	92,2%	42	2013
10	დუშეთი*	11	3,696	99,3%	28	2014
11	ზუგდიდი*	15	5,220	98,3%	29	2018
12	სენაკი*	15	4,860	89%	27	2012
13	ბოლნისი*	42	19,656	91%	39	2012
14	გარდაბანი	27	9,396	96,5%	29	2012
15	თეთრიწყარო	12	4,464	97,9%	31	2012
სულ		364	168,936			

ცხრილი N 3 - მუნიციპალიტეტებში მოქმედი მინმოვლის მომსახურებების აღწერა სამიზნე ჯგუფისა და მომსახურების შინაარსის მიხედვით

#	მუნიციპალიტეტი	სამიზნე ჯგუფის კრიტერიუმი	მომსახურების შინაარსი
1	ამბროლაური	100,000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე პირები	ექიმი-კოორდინატორის რეგულარული კონსულტაცია და მდგომარეობის მონიტორინგი, სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი და დიაგნოსტიკა, ჭრილობის დამუშავება, ცისტოსტომის მოვლა და გამოცვლა, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია და კათეტერის მოვლა, ინექცია კუნთში და ვენაში, პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება, სრული და ნაწილობრივი დაბანა, პამპერსის გამოცვლა, ჩაცმა, ფრჩხილების მოვლა, გაპარსვა, თეთრეულის გამოცვლა, დახმარება საოჯახო საქმეში, ოთახის დალაგება, გასეირნება სუფთა ჰაერზე, საყიდლებზე დახმარება, დახმარება კომუნალური გადასახადების გადახდაში, გასაუბრება - ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, მოვლის და თვითმოვლის უნარების სწავლება, სახელმწიფოდან დახმარების მიღებაში დახმარება, თანხლება სახელმწიფო დაწესებულებებში, საჭიროების შემთხვევაში, სადილის მიწოდება სოციალური სასადილოდან, ფიზიკური გააქტიურება, დახმარება სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში, დახმარება სამემოდგომო და ზამთრის სამუშაოებში (შემის დაჩეხვა, გზის და სახურავის გადათოვლა და სხვა)

2	ახალციხე	100,000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე პირები, ვისაც ავადმყოფობის, ასაკის ან ტრავმის შედეგად შეზღუდული აქვთ დამოუკიდებელი არსებობისა და საკუთარი თავის მოვლის უნარები და საჭიროებს მინმოვლის ინდივიდუალურ მომსახურებას	დიაგნოსტიკა (სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი), მკურნალობა (მედიკამენტების მიღების კონტროლი, ჭრილობის დამუშავება, სტომის, დრენაჟის და კათეტერის მოვლა, სხვა სამედიცინო პროცედურები და მანიპულაციები, პროფილაქტიკა (გართულებების, გამწვავებების და თანმხლები დაავადებების), დაკვირვება, რესურსების ამოცნობა, მოვლის უნარების განვითარება (რეაბილიტაცია), მონიტორინგი, მოვლის უნარ-ჩვევების სწავლება მოსარგებლისა და მისი ოჯახის წევრებისთვის
3	ბათუმი	ქრონიკულად დაავადებული, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე ან/და საწოლს მიჯაჭვული ქ. ბათუმში რეგისტრირებული 100,000-მდე ქულის მქონე შშმ პირები და ასაკით პენსიონერები	სამედიცინო დახმარება (პრევენცია, მკურნალობა, რეაბილიტაცია), ყოველდღიურ საქმიანობაში მხარდაჭერა (განათლება, უნარების განვითარება, პერსონალური ჰიგიენის მოწესრიგება), პაციენტებისა და ახლობლების ფსიქოსოციალური დახმარება (მხარდაჭერა, ჯანსაღი სოციალური გარემოს შექმნა, ასევე, საჭირო მომსახურებების მიღებაში ხელშეწყობა)
4	ბოლნისი	საწოლს/სახლს მიჯაჭვული, მარტოხელა ხანდაზმულები	პირველადი სამედიცინო მომსახურება ექთნის მიერ, ოჯახში სანიტარიულ-ჰიგიენური საშუალებებით უზრუნველყოფა კვირაში სამჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, დამატებით.
5	გორი	დამოკიდებულია მიმწოდებლის მიერ შეთავაზებულ პროექტულ განაცხადზე: ა) მზრუნველობამოკლებული მარტოხელა მოხუცები ბ) მარტოხელა და სიღარიბის ზღვარს მიღმა სხვადასხვა საჭიროების მქონე მოხუცები გ) მინმოვლის საჭიროების მქონე პირები დ) დევნილი და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებული ხანდაზმულები ე) სოციალურად დაუცველთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმულები	შინაარსი დამოკიდებულია მიმწოდებელზე ა) ა(ა)იპ „ბეთლემი“ - ჰიგიენურ-პროფილაქტიკური (სარეცხის რეცხვა, სოციალური სამრეცხაო) და სხვა მათთვის საჭირო საქმიანობების განხორციელება ბ) ა(ა)იპ „კარიტასი“ - სამედიცინო, საექთნო, სოციალური მომსახურებები. სამედიცინო მომსახურება მიეწოდება პროექტის ექიმისა და ექთნების მიერ, რაც გულისხმობს ექიმის დანიშნულებით სამედიცინო მომსახურების განხორციელებას. სოციალურ მომსახურებაში მოიაზრება ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა, მოვლის დამხმარე საშუალებების მიწოდება, საშუამავლო საქმიანობები გ) ა(ა)იპ „ს.ს.კ. (საქართველოს სამარიტელთა კავშირი) სამედიცინო მომსახურება - მაგ., ინსულინის ინექცია, სახვევის შეცვლა, კათეტერის გამოცვლა, წნევის გაზომვა, მედიკამენტების გაცემა, ექიმის დანიშნულების შესრულებაში დახმარება და კონტროლი; საყოფაცხოვრებო მომსახურება- დახმარება სახლის სამეურნეო საკითხებში, როგორცაა ყოველდღიური საჭიროების ნივთებისა და პროდუქტების შექმნა, ბინის დალაგება-დასუფთავება და საკვების მომზადება; სოციალური კონსულტაცია - რჩევები სამიზნე ჯგუფის იურიდიულ და სოციალურ უფლებებთან (სოციალური დახმარება, ფულადი დანამატები, შედავათები, ქონებრივი ინტერესები) დაკავშირებით დ) ა(ა)იპ ქალთა ასოციაცია „თანხმობა“ - სოციალური ინკლუზია, რესოციალიზაცია და რეაბილიტაცია ე) „საქართველოს წითელი ჯვარი“ - კვირაში ერთხელ ექიმი-სპეციალისტების კონსულტაცია, საჭიროებათა განსაზღვრა, სურსათით და ჰიგიენური საშუალებებით დახმარება, ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიტანა, საყიდლებში დახმარება, კომუნალურ გადახდებში ხელშეწყობა, სახელმწიფო დახმარებების მიღებაში დახმარება
6	დუშეთი	სოციალურად დაუცველი ხანდაზმულები	ძირეული მოვლა, ჰიგიენის მოწესრიგება, დახმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში, საყიდლები, წნევის და შაქრის გაზომვა, წამლის მიღების კონტროლი და სხვა

7	ზუგდიდი	<p>ა) მარტოხელა და მარტომცხოვრები ხანდაზმულები ბ) ოჯახები, რომელთაც ჰყავთ მუდმივი ზრუნვის საჭიროების მქონე მწოლიარე ან ეტლით მოსარგებლე შშმ პირი ან სნეული, მწოლიარე ხანდაზმული, ასევე, სოციალურად დაუცველი (65,001-ზე ნაკლები ქულის მქონე) ოჯახები, რომლებსაც ჰყავთ მუდმივი ზრუნვის საჭიროების მქონე ოჯახის წევრი. ოჯახის შემადგენლობა განსაზღვრულია ავადმყოფის გარდა მხოლოდ 1 ან 2 (სრულწლოვანი) წევრით, რომლებიც უშუალოდ დაკავებულები არიან ავადმყოფის მოვლით და ამ მიზეზით ვერ საქმდებიან</p>	<p>ა) ექიმის კონსულტაცია, აუცილებელი პირველადი საჭიროების მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, საცხოვრებელი სახლის, ეზო-კარის მოწესრიგება, მოსარგებლეთა პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება და სალონური მომსახურება ბ) ფინანსური დახმარება ყოველთვიურად 100 ლარის ოდენობით.</p>
8	თბილისი	<p>200,001-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე პირები, რომელთა ბარათელის ინდექსია არაუმეტეს 95 ერთეულისა</p>	<p><i>სამედიცინო მომსახურება</i> - პაციენტის მდგომარეობის შეფასება, ავადობის, დადგენილი ავადმყოფობის გართულებისა და გამწვავების, ასევე, თანმხლები დაავადებების (ნაწოლები, თრომბოზი, პნევმონია და ა. შ.ა. შ.) პრევენცია; შედგენილი გრაფიკის მიხედვით ექიმისა და ექთნის ვიზიტი; სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებები - ოჯახის ექიმის/რეაბილიტოლოგის დანიშნულების შესრულება, აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; <i>მონიტორინგი</i> - ინდ. გეგმის შესრულების შედეგების შეფასება და სამომავლო დაგეგმარება <i>ძირეული მოვლა</i>- ჰიგიენური პროცედურები (სრული და ნაწილობრივი დაბანა), თეთრულის გამოცვლა, დახმარება ჩაცმა-განდასა და კვებისას და ა. შ. <i>სოციალური მომსახურების მიწოდება</i> - სოციალური პრობლემების განსაზღვრა და მათ მოგვარებაში დახმარება, მოქმედების გეგმის შედგენა; საშუამავლო მომსახურება (დახმარება საბუთების გაფორმებაში, კუთვნილი შეღავათებისა და დახმარების მიღებაში და ა. შ.)</p>
9	მესტია	<p>18 წლის ზემოთ დამოუკიდებლად გადაადგილების უუნარო, მკვეთრად გამოხატული ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე, მწოლიარე და სხვა პირის მუდმივი დახმარების საჭიროების მქონე პირები, რომლებსაც არ ჰყავთ მზრუნველი ან მზრუნველი ხანდაზმული, ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირია, ასევე, ხანდაზმულები (60-65 წლის) რომლებსაც არ ჰყავთ მზრუნველი და საჭიროებენ სხვა პირის დახმარებას</p>	<p>ექთნის მომსახურება, ექიმის დანიშნულების მეთვალყურეობა, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი (ტემპერატურის შემოწმება, წნევის კონტროლი, შაქრის მონიტორინგი გლუკომეტრით, სატურაციის კონტროლი პულსოქსიმეტრით, საჭიროების შემთხვევაში, ექიმის დანიშნულებით, ინტრავენური გადასხმის უზრუნველყოფა, პერიოდულად, კვების პაკეტების და ჰიგიენური საშუალებების მიწოდება), მოსარგებლის ჰიგიენის და სამყოფი სივრცის მოწესრიგება, პირადი დოკუმენტაციის მოწესრიგებაში დახმარება, კონსულტირება, ფსიქოემოციური მხარდაჭერა, შშმ ან და სოც. დაუცველის სტატუსის მინიჭების პროცედურებში დახმარება</p>

10	ოზურგეთი	პირები, ვისაც ავადმყოფობის, ასაკის ან ტრავმის შედეგად შეზღუდული აქვთ დამოუკიდებელი არსებობისა და საკუთარი თავის მოვლის უნარები და საჭიროებენ შინმოსვლის ინდივიდუალურ მომსახურებას; სოციალურად დაუცველთა ერთიან ბაზაში რეგისტრაცია	დიაგნოსტიკა (სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი), მკურნალობა (მედიკამენტების მიღების კონტროლი, ჭრილობის დამუშავება, სტომის, დრენაჟის და კათეტერის მოვლა და სხვა სამედიცინო პროცედურები და მანიპულაციები, რეაბილიტაცია), პროფილაქტიკა (გართულებების, გამწვავებების და თანმხლები დაავადებების), დაკვირვება, რესურსების ამოცნობა, მოვლის უნარების განვითარება და სწავლება მოსარგებლისა და ოჯახის წევრებისთვის დახმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში - ჰიგიენის მოწესრიგებაში, გადაადგილებაში, საკვების მიღებასა და ჩაცმა-გახდაში საშუამავლო საქმიანობა (გადასახადების გადახდა, პენსიის აღება, შედავათების მოძიება, დახმარება მათ მიღებაში, თანხლება, ოჯახის ექიმთან კონტაქტი); დაკავშირება სხვადასხვა ორგანიზაციებთან; დახმარება უფლებების დაცვის საჭიროებისას, დამხმარე საშუალებების მიწოდების ორგანიზება
11	სენაკი	მარტოხელა ხანდაზმულები და შშმ პირები	მობილური ჯგუფის მიერ ჰიგიენური და საცხოვრებელი პირობების მოწესრიგება. ჯგუფის ადჟუტანობაში: სარეცხი მანქანა წყლის ავზით, სარეცხი და სადეზინფექციო საშუალებები, ელექტრო ხელსაწყოები, წვრილი საოჯახო და სამეურნეო მოწყობილობები (ელ. ბურღი, ინდიკატორი, სახრახნისების კომპლექტი, ბრტყელტუჩა, ბენზინზე მომუშავე ხერხი და ცელი, თმის საკრეჭი და საშრობი საშუალებები, ნაჯახი, ურო, ჩაქუჩი, ხელის ხერხი)
12	ტყიბული	მარტოხელა და მარტოდ მცხოვრები ხანდაზმულები (შეირჩევა კომისიურად)	ჰიგიენური და საცხოვრებელი პირობების მოწესრიგება, სავალდებულო ვიზიტი კვირაში ერთხელ, საჭიროების შემთხვევაში კვირაში 2-ჯერ. თვეში ერთხელ საკვები პროდუქტებით მომარაგება
13	ფოთი	დაუძლურებული ან/და საწოლს მიჯაჭვული პირები (შეირჩევა კომისიურად)	სოციალური და სამედიცინო მომსახურებების მიწოდება, კერძოდ: საკვებისა და მედიკამენტების მიღება, წნევის კონტროლი, პირადი ჰიგიენა, ყოველდღიური ინსტრუმენტური საქმიანობა და სხვა
14	ქუთაისი	რეგისტრირებული არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და მათი სარეიტინგო ქულა შეადგენს არაუმეტეს 100,000-ს, მიჯაჭვულნი არიან საწოლს ან სახლს და საჭიროებენ სამედიცინო მანიპულაციებს საცხოვრებელ ადგილზე	მოსარგებლების დაავადებების და გართულებების პრევენცია (ნაწოლებისა და კონტრაქტურების, შესაძლებლობის ფარგლებში), ქირურგიული გადახვევები, საჭიროების შემთხვევაში: ბინაზე ცხელი სადილის მიწოდება, პაციენტის მოვლის მიზნით ოჯახის წევრების დატრენინგება, მედიკამენტებითა და ჰიგიენური მოვლის საშუალებებით უზრუნველყოფა
15	წალენჯიხა	100,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე პირები, რომლებიც არ არიან ასაკით პენსიონერები და წარმოადგენენ სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შემოწმების აქტის ამონაწერს სტატუსით - მკვეთრად გამოხატული შშმ პირი და არიან სახლს (ეტლით მოსარგებლე) ან საწოლს მიჯაჭვული და საჭიროებენ მუდმივ მომვლელს (წარმოადგენენ ფ#100-ს მუდმივად მოვლის საჭიროების მითითებით)	ფინანსური დახმარება თვეში 100 ლარის ოდენობით
16	ხობი	მარტოხელა ხანდაზმული	არ არის განსაზღვრული - ელოდებიან მიმწოდებლის შეთავაზებას

ცხრილი N 4 - საქართველოში განხორციელებული მინმოვლის კომპონენტები მუნიციპალიტეტების, განმახორციელებელი პერსონალის და მიმწოდებლების მიხედვით

მინმოვლის კომპონენტი	კომპონენტის მოკლე აღწერა	განმახორციელებელი პერსონალი	მუნიციპალიტეტები, სადაც ხორციელდება	განმახორციელებელი ორგანიზაციები
მოსარგებლის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზრუნვა	ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგადი შეფასება, წნევისა და ტემპერატურის კონტროლი, გადასხმის სისტემის დადგმა, კათეტერის გამოცვლა, მედიკამენტების და დამხმარე საშუალებების მიწოდება...	ექიმი, ექთანი და/ან ექთნის თანაშემწე	ახალციხე	საქართველოს კარიტასი
			ბათუმი	საქართველოს კარიტასი
			ბოლნისი	ა(ა)იპ -ბოლნისის სათნოების სახლი
			გორი	საქართველოს კარიტასი
			თბილისი	ფერისვალების მონასტრის მოწყალეების ცენტრი, საქართველოს კარიტასი, ევანგ-ლუთერული ეკლესია, ერთად მოყვასისათვის, წითელი ჯვრის საზ-ბა
			მესტია	ერთად რეალური ცვლილებებისთვის
			ოზურგეთი	საქართველოს კარიტასი
			ფოთი	მუნიციპალიტეტის სოციალური მომსახურების ცენტრი
			ქუთაისი	საქართველოს კარიტასი
			ზუგდიდი	მერიის ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახური
ძირული მოვლა და ყოველდღიურ საქმიანობებში დახმარება	ჰიგიენური პროცედურები (სხეულის დაბანა, სახის მოვლა, ფრჩხილების მოვლა, მობილიზაცია, გამოყოფა), გადაადგილება, კვება, ნივთების და ხელსაწყოების გამოყენება და სხვა	ექთანი/ექთნის თანაშემწე	ახალციხე	საქართველოს კარიტასი
			ბათუმი	საქართველოს კარიტასი
			გორი	საქართველოს სამართლებრივ კავშირი-სსკ, საქართველოს კარიტასი, ასოციაცია თანხმობა
			ლუშეთი	ევანგელიურ-ლუთერული ეკლესია
			ზუგდიდი	მერიის ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახური
			თბილისი	ფერისვალების მონასტრის მოწყალეების ცენტრი, საქართველოს კარიტასი, ევანგ-ლუთერული ეკლესია, ერთად მოყვასისათვის, წითელი ჯვრის საზ-ბა
			მესტია	ერთად რეალური ცვლილებებისთვის
			ოზურგეთი	საქართველოს კარიტასი
			ფოთი	ფოთის მუნიციპალიტეტის სოციალური მომსახურების
			ქუთაისი	საქართველოს კარიტასი

სოციალური დახმარება	რესურსების მობილიზება, საკვებით უზრუნველყოფა, ადვოკატირება, მედიაცია	სოციალური მუშაკი/ასისტენტი	ბათუმი	საქართველოს კარიტასი
			ბოლნისი	ა(ა)იპ -ბოლნისის სათნოების სახლი
			გორი	სსკ, თანხმობა, საქართველოს კარიტასი
			ზუგდიდი	ყოველთვიური 100-ლარიანი დახმარებების პროგრამა
			თბილისი	ფერისცვალების მონასტრის მოწყალეების ცენტრი, საქართველოს კარიტასი, ევანგელურ-ლუთერული ეკლესია, ერთად მოყვასისათვის, წითელი ჯვრის საზ-ბა
			მესტია	ერთად რეალური ცვლილებებისთვის
			ოზურგეთი	საქართველოს კარიტასი
			სენაკი	ასოციაცია „ჰანგი“
			ტყიბული	მერიის ჯანმრთელობის, სოციალური მომსახურების, ბავშვის უფლებების დაცვისა და მხარდაჭერის სამსახური
			ქუთაისი	საქართველოს კარიტასი
			წალენჯიხა	ყოველთვიური 100-ლარიანი დახმარებების პროგრამა
საყოფაცხოვრებო დახმარება	საყიდვები, ბინის/ეზოს დალაგება, საკვების მომზადება, ჭურჭლის და სარეცხის გარეცხვა, საექთნო და პერსონალური მოვლისთვის საჭირო მასალებით უზრუნველყოფა	ტექნიკური მუშაკი/ასისტენტი	ბათუმი	საქართველოს კარიტასი
			ბოლნისი	ა(ა)იპ ბოლნისის სათნოების სახლი
			გორი	„ს.ს.კ.“, „ბეთლემი“, „თანხმობა“
			დუშეთი	ევანგელურ-ლუთერული ეკლესია
			ზუგდიდი	მერიის ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახური
			თბილისი	საქართველოს კარიტასი, ევანგელურ-ლუთერული ეკლესია, ერთად მოყვასისათვის, წითელი ჯვრის საზ-ბა
			მესტია	ერთად რეალური ცვლილებებისთვის
			სენაკი	ასოციაცია „ჰანგი“
			ტყიბული	მერიის ჯანმრთელობის, სოციალური მომსახურების, ბავშვის უფლებების დაცვისა და მხარდაჭერის სამსახური

ტექნიკური დახმარება	საჭიროებების შეფასება, საჭირო მასალებით უზრუნველყოფა, ბინაზე არსებული ტექნიკური პრობლემების მოგვარება (მ. შ. შესაკეთებელი სამუშაოების ჩატარება),	ტექნიკური მუშაკი/ასისტენტი	გორი	„სსკ“
			თბილისი	საქართველოს კარიტასი, ევანგელურ-ლუთერული ეკლესია, ერთად მოყვასისათვის, წითელი ჯვრის საზ-ბა
			სენაკი	ასოციაცია „ჰანგი“
			ტყიბული	მერიის ჯანმრთელობის, სოციალური მომსახურების, ბავშვის უფლებების დაცვისა და მხარდაჭერის სამსახური
მოსარგებლი სა და გარემოცვის ფსიქო-სოციალური დახმარება და ადაპტირებული გარემოს შექმნაში დახმარება	ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების სწავლება, რეკომენდაციების მიცემა	საჭიროებისამებრ, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ექთანი/ექთნის თანაშემწე, ტექნიკური მუშაკი/ასისტენტი	ახალციხე	საქართველოს კარიტასი
			ბათუმი	საქართველოს კარიტასი
			გორი	საქართველოს კარიტასი
			თბილისი	ფერისცვალების მონასტრის მოწყალეების ცენტრი, საქართველოს კარიტასი, ევანგელურ-ლუთერული ეკლესია, ერთად მოყვასისათვის, წითელი ჯვრის საზ-ბა
			მესტია	ერთად რეალური ცვლილებებისთვის
			ოზურგეთი	საქართველოს კარიტასი
			ქუთაისი	საქართველოს კარიტასი

ცხრილი N 5. საქართველოს წითელი ჯვრის მიერ განხორციელებული მინმოვლის სხვა (სათემო) მომსახურებები

#	მუნიციპალიტეტი	მომსახურებაში ჩართვის კრიტერიუმი	ვიზიტების საშუალო რაოდენობა კვირაში და ხანგრძლივობა	მომსახურების შინაარსი
1	თბილისი	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 200,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (3-60 წთ)	<ol style="list-style-type: none"> 1.საკონტაქტო ვიზიტები 2.რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა 3.კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარება 4.ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 5.სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება 6. სოციალურ და იურიდიულ საკითხებში დახმარება 7.ინფორმაციის მიწოდება 8.მოსარგებლისთვის საინტერესო საკითხებზე 8.ცხელი სადილის მიტანა სოციალური სასადილოდან 9. ჟურნალ-გაზეთებით მომარაგება 10. პანდემიის პერიოდში უსაფრთხოების მასალებით მომარაგება

2	ლანჩხუთი	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტონხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. საკონტაქტო ვიზიტები 2. კომუნალური გადასახადების გადანაღამო 3. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 4. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დანაღამო 5. სოციალურ და იურიდიულ საკითხებში დანაღამო
3	ჩონატაური	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 100,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტონხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. საკონტაქტო ვიზიტები 2. რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა 3. კომუნალური გადასახადების გადანაღამო 4. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 5. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დანაღამო 6. სოციალურ და იურიდიულ საკითხებში დანაღამო 7. ინფორმაციის მიწოდება მოსარგებელისთვის საინტერესო საკითხებზე
4	სამტრედია	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 100,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტონხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ექიმი-სპეციალისტის კონსულტაცია ბინაზე, საჭიროებისამებრ 2. საკონტაქტო ვიზიტები საჭიროებათა განსაზღვრისთვის 3. კომუნალური გადასახადების გადანაღამო 4. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 5. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დანაღამო 6. სოციალურ და იურიდიულ საკითხებში დანაღამო 7. პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება 8. საფენის („პამპერსის“) გამოცვლა 9. თეთრეულის გამოცვლა 10. ოთახის დალაგება 11. რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა
5	საჩხერე	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტონხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. საკონტაქტო ვიზიტები 2. სოციალურ და იურიდიულ საკითხებში დანაღამო 3. კომუნალური გადასახადების გადანაღამო 4. რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა 5. სასურსათო და არასასურსათო ამანათებით დანაღამო
6	ქუთაისი	სოციალურად დაუცველთა	კვირაში ორჯერ, საჭიროების	<ol style="list-style-type: none"> 1. საკონტაქტო ვიზიტები 2. რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა

		ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 100,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული	შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	3.კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარება 4.ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 5.სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება 6.სოციალურ და იურიდიულ საკითხებში დახმარება 7.ინფორმაციის მიწოდება მოსარგებლისთვის საინტერესო საკითხებზე 8. ოთახის დალაგება 9.პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება 10.პანდემიის პერიოდში უსაფრთხოების მასალებით მომარაგება
7	ქიათურა	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	1.საკონტაქტო ვიზიტები 2.რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა 3.კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარება 4.ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 5.სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება
8	თელავი	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	1.საკონტაქტო ვიზიტები 2.რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა 3.კომუნალური გადასახადების გადახდაში დახმარება 4.ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 5.სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება 6.ინფორმაციის მიწოდება მოსარგებლისთვის საინტერესო საკითხებზე 7. ჟურნალ-გაზეთებით მომარაგება 8. დახმარება ზამთრის სამუშაოებში (შემის დაჩეხვა და სხვა)
9	ლაგოდეხი	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	1.საკონტაქტო ვიზიტები 2.რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა 3.ექიმის რეგულარული კონსულტაცია და მონიტორინგი 4.სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი და დიაგნოსტიკა 5. რეკომენდაციები სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე 6. ინექცია კუნთში 7. პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება 8. საფენის („პამპერსის“) გამოცვლა 9. თეთრეულის გამოცვლა 10. ნაწილობრივი დაბანა 11.ოთახის დალაგება 12.დახმარება კომუნალური გადასახადების გადახდაში 13.საყიდვებში დახმარება 14.სახელმწიფოდან დახმარების მიღებაში ხელშეწყობა

				<p>15. თანხლება სახელმწიფო დაწესებულებებში</p> <p>16. ფიზიკური გააქტიურება/დანმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში</p> <p>17. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში</p>
10	საგარეუკო	<p>სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა/მართოდ მცხოვრები ხანდაზმული</p>	<p>კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)</p>	<p>1. საკონტაქტო ვიზიტები</p> <p>2. რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა</p> <p>3. ექიმის რეგულარული კონსულტაცია და მონიტორინგი</p> <p>4. რეკომენდაციები სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე</p> <p>5. პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება</p> <p>6. თეთრეულის გამოცვლა</p> <p>7. ოთახის დალაგება</p> <p>8. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში</p> <p>9. ფიზიკური გააქტიურება/დანმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში</p> <p>10. დანმარება კომუნალური გადასახადების გადახდაში</p> <p>11. საყიდლებში დანმარება</p> <p>12. სახელმწიფოდან დანმარების მიღებაში ხელშეწყობა</p> <p>13. თანხლება სახელმწიფო დაწესებულებებში</p> <p>14. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დანმარება</p>
11	ყვარელი	<p>სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული</p>	<p>კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)</p>	<p>1. საკონტაქტო ვიზიტები</p> <p>2. რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა</p> <p>3. ექიმის რეგულარული კონსულტაცია და მონიტორინგი</p> <p>4. სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი და დიაგნოსტიკა</p> <p>5. რეკომენდაციები სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე</p> <p>6. პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება</p> <p>7. თეთრეულის გამოცვლა</p> <p>8. ოთახის დალაგება</p> <p>9. კომუნალური გადასახადების გადახდა</p> <p>10. საყიდლებში დანმარება</p> <p>11. სახელმწიფოდან დანმარების მიღებაში ხელშეწყობა</p> <p>12. თანხლება სახელმწიფო დაწესებულებებში</p> <p>13. ფიზიკური გააქტიურება/დანმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში</p> <p>14. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დანმარება</p> <p>15. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში</p> <p>16. დანმარება საოჯახო სამუშაოებში (შემის დაჩეხვა, ყურძნის მოკრეფა და სხვა)</p>
12	დუშეთი	<p>სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში</p>	<p>კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)</p>	<p>1. საკონტაქტო ვიზიტები</p> <p>2. რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა</p> <p>3. რეკომენდაციები სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე</p> <p>4. პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება</p> <p>5. დანმარება საოჯახო საქმეში</p>

		რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული		6.ოთახის დალაგება 7.კომუნალური გადასახადების გადახდა 8. საყიდლებში დახმარება 9.სახელმწიფოდან დახმარების მიღებაში ხელშეწყობა 10.თანხლება სახელმწიფო დაწესებულებებში 11.ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 12.სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება 13. დახმარება საოჯახო სამუშაოებში (შემის დაჩეხვა და სხვა)
13	ზუგდიდი	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული	ორ კვირაში ერთხელ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ(30-60 წთ)	1.საკონტაქტო ვიზიტები 2.დახმარება საოჯახო საქმეში 3. დახმარება ზამთრის და სამემოდგომო საქმეებში 4.კომუნალური გადასახადების გადახდა 5.სახელმწიფოდან დახმარების მიღებაში ხელშეწყობა 5. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება 6. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში
14	სენაკი	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	1.საკონტაქტო ვიზიტები 2.რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა 3. რეკომენდაციები სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე 4.საყიდლებში დახმარება 5.სახელმწიფოდან დახმარების მიღებაში ხელშეწყობა 6.თანხლება სახელმწიფო დაწესებულებებში 7.ფიზიკური გააქტიურება/დახმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში 8. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში
15	ბოლნისი	სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტოხელა ხანდაზმული	კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)	1.საკონტაქტო ვიზიტები 2.რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა და მონიტორინგი 4.სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი და დიაგნოსტიკა 5. რეკომენდაციები სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე 6.პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება 7.ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში 8. თეთრეულის გამოცვლა 9. პანდემიის პერიოდში უსაფრთხოების მასალებით მომარაგება 10.სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება 11.ოთახის დალაგება 12.დახმარება კომუნალური გადასახადების გადახდაში 13.საყიდლებში დახმარება

				<p>14. სახელმწიფოდან დახმარების მიღებაში ხელშეწყობა</p> <p>15. თანხლება სახელმწიფო დაწესებულებებში</p> <p>16. დახმარება ყოველდღიურ საქმიანობებში</p>
16	გარდაბანი	<p>სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტონხელა ხანდაზმული</p>	<p>კვირაში ერთხელ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)</p>	<p>1. ექიმი-სპეციალისტების კონსულტაცია ბინაზე, საჭიროებისამებრ</p> <p>2. საკონტაქტო ვიზიტები საჭიროებათა განსაზღვრისთვის</p> <p>3. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება</p> <p>4. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიტანა</p>
17	თეთრიწყარო	<p>სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტონხელა ხანდაზმული</p>	<p>კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)</p>	<p>1. საკონტაქტო ვიზიტები</p> <p>2. რეცხვის მომსახურებით უზრუნველყოფა</p> <p>3. ექიმის რეგულარული კონსულტაცია და მონიტორინგი</p> <p>4. სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი და დიაგნოსტიკა</p> <p>5. რეკომენდაციები სამედიცინო და სოციალურ საკითხებზე</p> <p>6. პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება</p> <p>7. თეთრულის გამოცვლა</p> <p>8. დახმარება საოჯახო საქმეში</p> <p>9. ოთახის დალაგება</p> <p>10. დახმარება კომუნალური გადასახადების გადახდაში</p> <p>11. საყიდლებში დახმარება</p> <p>12. სახელმწიფოდან დახმარების მიღებაში ხელშეწყობა</p> <p>13. თანხლება სახელმწიფო დაწესებულებებში</p> <p>14. დახმარება ყოველდღიურ საქმიანობებში</p> <p>15. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება</p> <p>16. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში</p> <p>17. პანდემიის პერიოდში უსაფრთხოების მასალებით მომარაგება</p>
18	რუსთავი	<p>სოციალურად დაუცველთა ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული, 70,000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე მარტონხელა ხანდაზმული</p>	<p>კვირაში ორჯერ, საჭიროების შემთხვევაში, მეტჯერ (30-60 წთ)</p>	<p>1. საკონტაქტო ვიზიტები</p> <p>2. დახმარება საოჯახო საქმეში</p> <p>3. დახმარება კომუნალური გადასახადების გადახდაში</p> <p>4. სახელმწიფოდან დახმარების მიღებაში ხელშეწყობა</p> <p>5. სასურსათო და ჰიგიენური ამანათებით დახმარება</p> <p>6. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდება სახლში</p>

მუნიციპალური პროგრამით დაფინანსებული მომსახურებების მოცულობა და ინტენსივობა (ვიზიტების სიხშირე)

პროგრამულად მომსახურების განხორციელებისას ვიზიტების ჯერადობა განსაზღვრულია მხოლოდ ქ. თბილისის მუნიციპალური პროგრამით, სადაც მოსარგებლესთან ვიზიტების რაოდენობა დამოკიდებულია ბართელის ინდექსით შეფასების შედეგად მიღებულ ქულაზე; კერძოდ:

- I კატეგორიას მიკუთვნებიან პირები, რომელთა შეფასების ინდექსი ნაკლებია 70 ერთეულზე და მათთან რეკომენდებული ვიზიტების რაოდენობა არის თვეში არანაკლებ 13-ისა;
- II კატეგორიას მიკუთვნებულ პირებთან, რომელთა შეფასების ინდექსი მეტია ან ტოლია 70 ერთეულისა და ნაკლებია 80 ერთეულზე, რეკომენდებული ვიზიტების რაოდენობა თვეში არის არანაკლებ 8-ისა;
- III კატეგორიაში შემავალ პირებთან, რომელთა ბართელის ინდექსი მეტია ან ტოლია 80 ერთეულისა და არ აღემატება 95 ერთეულს, რეკომენდებული რაოდენობა არის თვეში არანაკლებ 4 ვიზიტისა.

პროგრამაში ასევე დეტალურად არის გაწერილი განსახორციელებელი ღონისძიებები, რაც მოიცავს:

ა) მოსარგებლის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას და ინდივიდუალური გეგმის შედგენას;

ბ) ინდივიდუალური გეგმის მიხედვით, მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ კომპლექსური მოვლის განხორციელებას, რომელშიც შედის:

ბ.ა) მოსარგებლის შეფასება - გარემოს შეფასება, საჭიროებების გამოვლენა, სოციალური მუშაკის კონსულტაცია;

ბ.ბ) საექიმო და საექთნო მომსახურება - ექიმისა და ექთნის ვიზიტები ქვეპროგრამის მოსარგებლესთან, ფიზიკური შემოწმება, მკურნალობა, ზედამხედველობა, სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი, გეგმის მიხედვით პროცედურების ჩატარება, გარემოს მუდმივი შეფასება, მედიკამენტების მიწოდება სიმპტომებისა და გვერდითი მოქმედების შეფასებით და გეგმით გათვალისწინებული ყველა სხვა მომსახურება;

ბ.გ) პერსონალური მოვლა - სხულის დაბანა, სახის მოვლა, ფრჩხილების მოვლა, მობილიზაცია, გამოყოფა, კვება და, საჭიროებისამებრ, სხვა საქმიანობა;

ბ.დ) სოციალური დახმარება - რესურსების მობილიზება, ადვოკატირება, მედიაცია;

ბ.ე) ტექნიკური დახმარება - საჭიროების შეფასება, საჭირო მასალებით უზრუნველყოფა, ბინაზე არსებული ტექნიკური პრობლემების მოგვარება (მ. შ. შესაკეთებელი სამუშაოების ჩატარება), ფიზიკური გარემოს ადაპტაცია;

ბ.ვ) საყოფაცხოვრებო დახმარება - საყიდლები, ბინის დალაგება, საკვების მომზადება, ჭურჭლის და სარეცხის გარეცხვა, საექთნო და პერსონალური მოვლისთვის საჭირო მასალებით უზრუნველყოფა;

ბ.ზ) საჭიროების შესაბამისად, დამატებითი მომსახურებების ორგანიზება და მიწოდება.

ქალაქ ბათუმში მომსახურების პროგრამული ჩარჩო უფრო ზოგადი სახისაა, თუმცა, პროგრამა ხორციელდება საქართველოს კარიტასის მიერ ბათუმის მუნიციპალიტეტის მერიასთან გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე. ქ. თბილისში არსებული მოდელის მსგავსად, მოსარგებლეთა პროგრამაში ჩართვის მიზნით გამოიყენება ბარტელის ინდექსის შეფასება და ანალოგიური პროგრამული დონისძიებები იმ განსხვავებით, რომ ამ შემთხვევაში არ ხდება უძღურების შეფასების მიხედვით მოსარგებლების კატეგორიებად დაყოფა და ვიზიტების რაოდენობა ხელშეკრულების მიხედვით განსაზღვრულია თვეში არანაკლებ სამით, თუმცა, მიმწოდებლის ინფორმაციით, კვირაში ხორციელდება 2-3, ზოგიერთ შემთხვევაში კი - 5-7 ვიზიტი.

ანალოგიური შინაარსით და ინტენსივობით ხორციელდება პროგრამები ქუთაისში, ოზურგეთსა და ახალციხეში, სადაც მიმწოდებელი ასევე საქართველოს კარიტასია. თუმცა, ახალციხის შემთხვევებში მუნიციპალიტეტი პროგრამის განხორციელებაში არ მონაწილეობს.

გორის მუნიციპალიტეტში შინმოვლის მომსახურების პროგრამული ჩარჩო განსაზღვრული არ არის და ორგანიზაციები მუნიციპალურ თანადაფინანსებას იღებენ წარდგენილი საგრანტო პროექტის საფუძველზე. შესაბამისად, შინმოვლის მომსახურების შინაარსი და მოცულობა განსხვავდება იმის მიხედვით, თუ ვინ არის მიმწოდებელი. მაგალითად, „საქართველოს კარიტასის“ მიერ განხორციელებული მომსახურება ისევე, როგორც სხვა მუნიციპალიტეტებში, აქაც მოიცავს სამედიცინო და სოციალურ კომპონენტებს. ა(ა)იპ „საქართველოს სამარიტელთა კავშირი-ს.ს.კ.“-ის პროგრამა მოიცავს საყოფაცხოვრებო მომსახურებას, ძირეული მოვლის კომპონენტს და სოციალურ კონსულტაციას. ა(ა)იპ ქალთა ასოციაცია „თანხმობა“ ახორციელებს სოციალური ინკლუზიის, რესოციალიზაცია და რეაბილიტაციის დონისძიებებს კვირაში ორ-სამი ვიზიტის სიხშირით. ა(ა)იპ „ბეთლემის“ მომსახურება მოიცავს ჰიგიენურ-პროფილაქტიკურ დონისძიებებს (სარეცხის რეცხვა, სოციალური სამრეცხაო, საცხოვრებლის მოწესრიგება).

სამედიცინო-სოციალური ხასიათის არის „ერთად რეალური ცვლილებებისთვის“ მიერ მიწოდებული მომსახურება მეტეის მუნიციპალიტეტში, თუმცა, მაღალმთიანი მდებარეობის და გეოგრაფიული განფენილობის გამო აქ მოსარგებლეთან ვიზიტი, ძირითადად, თვეში 1-2 ჯერ ხორციელდება. ფოთის მუნიციპალიტეტის მიერ განხორციელებული შინმოვლის მომსახურებაში შედის საკვებისა და მედიკამენტების მიღება, წნევის კონტროლი, პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება, ყოველდღიურ საქმიანობებში მხარდაჭერა და სხვა. სამედიცინო კომპონენტისგან შედგება მომსახურება ბოლნისის და ზუგდიდის მუნიციპალიტეტებშიც.

სხვა მუნიციპალიტეტებში არსებული მომსახურება ძირითადად გულისხმობს საცხოვრებელი სახლის, ეზო-კარმიდამოს მოწესრიგებას, მოსარგებლეთა პირად ჰიგიენაზე ზრუნვას და სალონურ მომსახურებას. ამ შემთხვევებში, მოსარგებლეთა ვიზიტების რაოდენობა არ არის განსაზღვრული და დამოკიდებულია მიმწოდებლის შეფასებაზე. როგორც ორგანიზაციების მიერ მოწოდებული ანგარიშებიდან დგინდება, საშუალოდ, ვიზიტების რაოდენობა შეადგენს კვირაში 1, მაქსიმუმ 2 ვიზიტს.

ვიზიტის ხანგრძლივობა არსად არ არის განსაზღვრული, თუმცა, მიმწოდებელთა ინფორმაციით, ვიზიტის საშუალო დრო 30-დან 60 წუთამდე მერყეობს.

შენიშვნა: საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებისთვის მუნიციპალიტეტების მიერ ბიუჯეტის სხვა მუხლებიდან გამოყოფილი დაფინანსების, ასევე, დონორული და საკუთარი დაფინანსებით განხორციელებული შინმოვლის (სათემო) მომსახურებების მოცულობის შესახებ ინფორმაციები წარმოდგენილია N5 ცხრილში.

მომსახურებების ხარისხი

ვინაიდან მუნიციპალიტეტებისა და მიმწოდებლების მიხედვით მომსახურების შინაარსი და მოცულობა განსხვავებულია, ასევე, განსხვავებულია მათი მიზნებიც. თუმცა, რამდენად აღწევენ მიზნებს კონკრეტულ შემთხვევებში უცნობია, რადგან ამის დასადგენად არ ტარდება სათანადო მონიტორინგი. ორგანიზაციებისთვის საქმიანობის ეფექტურობის შეფასების ძირითადი საშუალებაა მოსარგებლეთა კმაყოფილების/უკუკავშირის კითხვარები და, ნაწილობრივ, მომსახურების ინდივიდუალური გეგმები. ინდივიდუალური გეგმების წარმოების პრაქტიკას ძირითადად ეწევიან ის ორგანიზაციები, რომლებიც ახორციელებენ მოსარგებლეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ორგანიზებულ ზრუნვას. უკუკავშირის კითხვარები კი პრაქტიკულად ყველა მიმწოდებლის მიერ იწარმოება. მათ მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, მოსარგებლები უმეტესად წუხილს გამოთქვამენ მათთან საკომუნიკაციოდ გამოყოფილი დროის ნაკლებობაზე.

შინმოვლის მომსახურებების სამოქალაქო მონიტორინგი განხორციელდა 2015 და 2016 წელს, ევროპის ფონდის მხარდაჭერით, საქართველოს შინმოვლის კოალიციის ორგანიზებით სამ ქალაქში - თბილისში, ბათუმსა და ქუთაისში კვლევა ითვალისწინებდა მომსახურების ეფექტურობის შეფასებას ყველა მიმწოდებელთან შეთანხმებული მეთოდოლოგიით¹⁰. აღნიშნული ანგარიშის მიხედვით, მიუხედავად იმისა, რომ მცირეა მომსახურებებში ვიზიტების რაოდენობა და საშუალო ხანგრძლივობა, მაღალია მოსარგებლეთა მიერ მომსახურების ხარისხის შეფასება და კმაყოფილება - თბილისში 83%, ხოლო გორში 90%. საპირისპირო მდგომარეობა აღინიშნა ბათუმში, სადაც ეს მაჩვენებელი მხოლოდ 6% იყო. ანგარიშის მიხედვით, აღნიშნულის მიზეზი იყო ბათუმში მიმწოდებლის შერჩევის გაუმართავი მექანიზმი,

¹⁰ შინმოვლის მუნიციპალური პროგრამების სამოქალაქო მონიტორინგის ანგარიში. კოალიცია შინმოვლა საქართველოში. 2016 წ.

რის გამოც მომსახურების მიმწოდებლად ტენდერის გზით შერჩეული იყო არაკვალიფიციური მიმწოდებელი.

აღსანიშნავია დამოუკიდებელი საერთაშორისო ექსპერტის მიერ (2010 და 2015 წ.წ.) განხორციელებული შინამოვლის კოალიციის საქმიანობის შეფასება. კოალიციას 2009 წელს მიენიჭა ხარისხის საერთაშორისო სერტიფიკატი ISO 9001:2008 და რამდენჯერმე განხორციელდა მისი აუდიტი გერმანული სააგენტოს SocialCert GmbH-ის მიერ.

ასევე, შეიძლება აღინიშნოს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამაგისტრო პროგრამის, „ჯანდაცვის პოლიტიკა და მენეჯმენტის“, ფარგლებში ჩატარებული კვლევა „საქართველოს კარიტასის“ მოსარგებლებთან (თ. ვერულავა, ი. ადეიშვილი), რომლის მიხედვით, „გამოკითხულთა 22.6% თვლის, რომ შინამოვლის მომსახურებებმა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მოსარგებლეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ხოლო 50.2%-ს მიაჩნია, რომ საშუალოდ გააუმჯობესა. 15.9%-ის აზრით, მნიშვნელოვნად გააუმჯობესდა სოციალური ინტეგრაცია, ხოლო 44.9%-ის აზრით – საშუალოდ გააუმჯობესდა. გამოკითხულთა 59%-ის აზრით, შინამოვლის მომსახურება ძალიან სასარგებლოა ფინანსური თვალსაზრისით, რადგან მოსარგებლები იღებენ კვალიფიციურ მომსახურებას, რომელთა გადახდის საშუალება მათ არასდროს ექნებოდათ. გამოკითხულთა 38.9%-ის მიხედვით, გაწეული მომსახურების გამო, ოჯახის წევრებმა შეძლეს შეენარჩუნებინათ თავიანთი სამსახური ან დაეწყათ ახალი.“

შინამოვლის მომსახურების ეფექტიანობის შეფასებისთვის მნიშვნელოვანი იქნებოდა მონაცემები საავადმყოფოდან გაწერილი და შინამოვლაში ახლად ჩართული პაციენტების პროცენტული წილის შესახებ, რომლებიც დაუგეგმავად შებრუნდნენ გაწერიდან 30 დღის განმავლობაში, შინამოვლის პაციენტების წილის შესახებ, ვინც მოხვდა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში საავადმყოფოდან გაწერიდან 30 დღის განმავლობაში, შინამოვლის პაციენტების წილის შესახებ, ვისაც გაუჩნდა ახალი ნაწოლები, მაგრამ, აღნიშნული მონაცემები არ იწარმოება, შესაბამისად, ამ ინდიკატორებით შეფასება ვერ ხორციელდება.

ბევრ მუნიციპალიტეტში პროგრამის განხორციელების პრინციპია თანადაფინანსება, თუმცა, მათ მიერ არ ხდება მიმწოდებლის მიერ დამატებით გაწეული ხარჯის გაწევის შემოწმება. ამით, გარკვეულწილად, მუნიციპალიტეტები იხსნიან პასუხისმგებლობას მომსახურების ხარისხზე და ეს ტვირთი მთლიანად მიმწოდებელზე გადადის. მართალია, ზოგიერთ შემთხვევაში, მუნიციპალიტეტები ახორციელებენ შესრულებული სამუშაოს მოცულობის კონტროლს, თუმცა, თანადაფინანსების ასეთი სქემის მიხედვით და სათანადო მონიტორინგის მექანიზმების არარსებობისას, მომსახურების ხარისხის დაცვა დიდწილად მიმწოდებლის კეთილსინდისიერებაზე რჩება დამოკიდებული. ზოგიერთი მუნიციპალიტეტი მიმართავს მოსარგებლეთა სატელეფონო გამოკითხვას, თუმცა, ასეთი მონიტორინგის შედეგები არ არის ღია და ხელმისაწვდომი; გარდა ამისა, მოსარგებლეთა მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის დამახასიათებელი დემენციის გათვალისწინებით, ეს მეთოდი სარწმუნო არ არის.

ზოგადად, ის გამოწვევები, რაც საქართველოს ზრუნვის სისტემის 2017 წელს გაკეთებული შეფასების ანგარიშის თანახმად¹¹ შინმოვლის წინაშე იდგა, კვლავ ინარჩუნებს აქტუალურობას და აფერხებს დარგის მდგრად განვითარებას. ესენია:

- მტკიცებულებების გამოყენების სისუსტე;
- პროგრამის მართვა/ზედამხედველობის ხარვეზები;
- რესურსების სიმწირე: ფინანსური, ადამიანური;
- სისტემის ფრაგმენტულობა;
- მომსახურების დაბალი ხარისხი;
- მომსახურებებზე არათანაბარი ხელმისაწვდომობა;
- დონორებზე დამოკიდებულება.

სამიზნე ჯგუფები და მომსახურებაში ჩართვის კრიტერიუმები

შინმოვლის არსებული პროგრამების სამიზნე ჯგუფს ძირითადად წარმოადგენენ **მარტოხელა (მარტოდ მცხოვრები) ხანდაზმულები**, ასევე პირები, რომლებსაც ხანდაზმულობის, შეზღუდული შესაძლებლობის და/ან ავადმყოფობის გამო ესაჭიროებათ მომვლელი. ქ. თბილისის შემთხვევაში მოსარგებლების შერჩევა ემყარება უძღურების შეფასებას ბართელის ინდექსის გამოყენებით.

ინსტრუმენტის მიხედვით ქ. თბილისში დამოუკიდებელ შეფასებას ახორციელებენ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები. შერჩევასა, მხედველობაში მიიღება ოჯახის სოციალური მდგომარეობის შეფასების ქულაც. მაგალითად, ქ. თბილისის შემთხვევაში - 200,000, ბათუმის და ქუთაისის შემთხვევაში - 100,000. რამდენიმე მუნიციპალიტეტში (გორი, ზუგდიდი, სენაკი, ფოთი, მესტია, ტყიბული) პროგრამაში ჩართვა არ არის დაკავშირებული სარეიტინგო ქულაზე. როგორც წესი, ასეთ შემთხვევებში გადაწყვეტილებები მიიღება მუნიციპალიტეტებში არსებული სპეციალური კომისიების ან თავად მიმწოდებლის მიერ, მუნიციპალურ სამსახურთან კოორდინაციით. ზოგიერთ მუნიციპალიტეტებში პროგრამის ჩართვის კრიტერიუმად მითითებულია სოციალურად დაუცველის სტატუსი, თუმცა, შესაბამისი სარეიტინგო ქულა ან სხვა ინდიკატორი დაკონკრეტებული არ არის. მაგალითად, ბათუმში მოსარგებლების შერჩევა ხდება მერიაში შემოსული განცხადებების საფუძველზე, მათი საჭიროებების გათვალისწინებით. განცხადებასთან ერთად უნდა იყოს წარმოდგენილი: პირადობის მოწმობის ქსეროასლი, საჭიროების შემთხვევაში, ამონაწერი სოციალური მომსახურების სააგენტოდან სარეიტინგო ქულების შესახებ, შშმ სტატუსის დამადასტურებელი ცნობა და ფორმა IV-100/ა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. ფოთში, მომსახურებაში ჩასართავად მოსარგებლეს მოეთხოვება მკურნალი ექიმის მიერ შევსებულ ფორმა IV-100/ა - ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ამონაწერი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა

¹¹ „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა“ , „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრი“ (CTC) 2018. საქართველოს ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში.¹¹

ერთიანი ბაზიდან და იძულებით გადაადგილებული პირის სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი (ქალაქ ფოთის მუნიციპალიტეტში რეგისტრაციის მითითებით).

აღსანიშნავია, რომ ბართელის ინდექსის გარდა მსხვილი მიმწოდებლები მოსარგებლეთა საჭიროებების მდგომარეობის შეფასებისა და საჭიროებების განსაზღვრისას იყენებენ სხვა საერთაშორისო ინსტრუმენტებსაც: ADL, IADL, მობილობის ტესტი Tinetti, გერიატრიული დეპრესიის სკალა (GDS) – Yesavage, მინიმენტალური შეფასება, ნორტონის სკალა, ბეკის დეპრესიის სკალა, საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური შეფასება, გენოგრამა, ეკორუკა და სხვა.

შენიშვნა: საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებისთვის მუნიციპალიტეტების მიერ ბიუჯეტის სხვა მუხლებიდან გამოყოფილი დაფინანსების, ასევე, დონორული და საკუთარი დაფინანსებით განხორციელებული შინმოვლის (სათემო) მომსახურებებში ჩართვის კრიტერიუმების შესახებ ინფორმაციები წარმოდგენილია N5 ცხრილში.

მომსახურების მიმწოდებლის კრიტერიუმები, შერჩევის წესი

თბილისის მუნიციპალიტეტში მომსახურების მიმწოდებლები უნდა აკმაყოფილებდნენ განსაზღვრულ მოთხოვნებს, რომლებმაც წერილობით უნდა დაადასტურონ პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობის სურვილი და გაიარონ რეგისტრაცია პროგრამის ადმინისტრირების ელექტრონულ მოდულში. მიმწოდებლის მიმართ მოთხოვნები შემდეგია: მიმწოდებელი უნდა იყოს პროგრამაში ჩართვამდე არანაკლებ 1 წლით ადრე რეგისტრირებული საჯარო ან კერძო სამართლის იურიდიული პირი და გააჩნდეს ამ მომსახურების განხორციელების არანაკლებ 6-თვიანი გამოცდილება; უნდა ჰყავდეს მრავალდარგობრივი გუნდი შემდეგი შემადგენლობით: ყოველ 101-მდე პაციენტზე არანაკლებ 1 კოორდინატორი, 1 ექიმი, 1 სოციალური მუშაკი, 2 ექთანი¹², 1 საყოფაცხოვრებო ასისტენტი/ექთნის თანაშემწე და 1 ტექნიკური ასისტენტი.

ამასთან, კოორდინატორი შეიძლება იყოს ექთნის/ექიმის დიპლომის მქონე, შინმოვლის განხორციელებაში არანაკლებ 60-საათიანი გადამზადების დამადასტურებელი ადგილობრივი ან/და საერთაშორისო სერტიფიკატის, შინმოვლის განხორციელების არანაკლებ ორწლიანი გამოცდილების მქონე პირი; ექთანი - საექთნო მომსახურების მიმწოდებელი - უნდა იყოს ექთნის დიპლომის, შინმოვლის განხორციელებაში არანაკლებ 60-საათიანი გადამზადების დამადასტურებელი ადგილობრივი ან/და საერთაშორისო სერტიფიკატის მქონე პირი; ექიმი - საექიმო მომსახურების მიმწოდებელი - უნდა იყოს ოჯახის ექიმის სერტიფიკატის, სპეციალობით მუშაობის არანაკლებ 1-წლიანი გამოცდილების მქონე პირი; სოციალური მუშაკი - სპეციალობით არანაკლებ 1-წლიანი გამოცდილების მქონე, მოსარგებლის საჭიროებების შესაბამისი მომსახურების/ადვოკატირების

¹² ექთნებისა და პაციენტების ასეთ თანაფარდობას აკრიტიკებს შინმოვლის კოალიცია, რადგან ეს არ შეესაბამება პროგრამის სხვა პირობებს (ვიზიტების საჭირო სიხშირეს და ხანგრძლივობას) და საერთაშორისო პრაქტიკას. კოალიცია ემხრობა 1 ექთანზე 10-16 პაციენტის სტანდარტს.

მიმწოდებელი პირი; საყოფაცხოვრებო ასისტენტი/ექთნის თანამშემწე - ყოველდღიურ აქტივობებში დახმარების მიმწოდებელი უნდა იყოს შესაბამის სფეროში მუშაობის არანაკლებ 1-წლიანი გამოცდილების მქონე პირი; ტექნიკური ასისტენტი - ტექნიკური დახმარების მიმწოდებელი პირი - სპეციალური მოთხოვნების გარეშე. რაც შეეხება მოსარგებლის შეფასებას ბართელის ინდექსის მიხედვით, ამ მომსახურებას ახორციელებენ (მიმწოდებლები არიან) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები, რომლებიც ასევე წერილობით ადასტურებენ პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს და გადიან რეგისტრაციას პროგრამის ადმინისტრირების ელექტრონულ მოდულში.

სხვა მუნიციპალიტეტების შემთხვევაში მიმწოდებლებთან ხელშეკრულებები ფორმდება პირდაპირი მოლაპარაკების გზით, ან როგორც ეს გორის მუნიციპალიტეტშია, საგრანტო კონკურსის პირობების დაკმაყოფილების შემთხვევაში. ოთხ მუნიციპალიტეტში კი - ბოლნისში, ზუგდიდში, ფოთსა და ტყიბულში - მომსახურება ხორციელდება უშუალოდ მუნიციპალური სტრუქტურების მეშვეობით, მათთვის გამოყოფილი საბიუჯეტო ასიგნებების ფარგლებში.

შენიშვნა: საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოების მიერ შინმოვლის (სათემო) მომსახურებების თანადაფინანსება მუნიციპალიტეტების მიერ ხორციელდება მუნიციპალური ბიუჯეტის სხვა (არა შინმოვლის) მუხლებიდან.

მომსახურებების დაფინანსება

ვინაიდან შინმოვლის მომსახურებები მუნიციპალიტეტების მიხედვით განსხვავდება შინაარსის, მოცულობის და სხვა პარამეტრების მიხედვით, დაფინანსების ოდენობა და მექანიზმებიც, ბუნებრივია, განსხვავებულია.

თბილისში მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება არამატერიალიზებული ვაუჩერის მეშვეობით. რაც შეეხება დაფინანსების ოდენობას, მუნიციპალიტეტის მხრიდან თანადაფინანსების მოცულობა დამოკიდებულია მოსარგებლის ფიზიკური უძღურების ხარისხის ჯგუფზე (იხილეთ 2.3.3. ქვეთავი) და სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე (სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის ერთიან მონაცემთა ბაზაში მინიჭებულ სარეიტინგო ქულაზე):

კატეგორია	წლიური ვაუჩერის ღირებულება (ლარი)
I კატეგორიას მიკუთვნებული პირები 70001-მდე სარეიტინგო ქულით	567
II კატეგორიას მიკუთვნებული პირები 70001-მდე სარეიტინგო ქულით	378
III კატეგორიას მიკუთვნებული პირები 70001-მდე სარეიტინგო ქულით	219
I კატეგორიას მიკუთვნებული პირები 70001-დან 200001-მდე სარეიტინგო ქულით	284
II კატეგორიას მიკუთვნებული პირები 70001-დან 200001-მდე სარეიტინგო ქულით	189
III კატეგორიას მიკუთვნებული პირები 70001-დან 200001-მდე სარეიტინგო ქულით	110

მონაცემების თანახმად, ერთი ვიზიტი თბილისის მუნიციპალიტეტის მიერ ფინანსდება საშუალოდ 3 ლარით.

მიმწოდებელი შესრულებული სამუშაოს შესახებ ანგარიშს - მოსარგებლეთა რეესტრსა და ხარჯის დამადასტურებელ დოკუმენტს წარადგენს შესრულების თვის მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე ელექტრონული მოდულის საშუალებით.

სხვა მუნიციპალიტეტებში, სადაც თანადაფინანსებული არის მუნიციპალიტეტი - მაგალითად, ბათუმში, ქუთაისში, გორში, ზუგდიდში, მესტიაში და ა. შ. - თანადაფინანსება ხორციელდება ხელშეკრულების პირობების მიხედვით, მიღება-ჩაბარების აქტის გაფორმებისა და ანგარიშ-ფაქტურის/ინვოისის წარდგენის შემდეგ. ჩვეულებრივ, მუნიციპალური თანადაფინანსება განსაზღვრულია გარკვეული ხარჯის გაწვევაზე, მაგალითად, მესტიის შემთხვევაში ეს არის ექთნის ხელფასი და საწვავის ხარჯი; ბათუმის შემთხვევაში, მედიკამენტებისა და ჰიგიენური საშუალებების შეძენისთვის. ამასთან, მოთხოვნა ანაზღაურების შესახებ შესრულებული უნდა იყოს წერილობითი ფორმით, მომსახურების შესრულების შესახებ შესაბამისი დოკუმენტის დართვით. ზუგდიდის, ფოთისა და ტყიბულის შემთხვევაში, დაფინანსება მოიცავს შესაბამისი უწყებების თანამშრომელთა მიერ განხორციელებული მომსახურების ანაზღაურებას - ხელფასს, საკვები პროდუქტების/მედიკამენტების შეძენას, საწვავის ხარჯს.

მთლიანად, მუნიციპალიტეტების მიერ შინმოვლაზე გამოყოფილი დაფინანსება მცირეა და მისი წილი ჯანდაცისა და სოციალურ ხარჯებში (იმ მუნიციპალიტეტებში, სადაც ფინანსდება შინმოვლა), საშუალოდ 0,49%-ია (აქ შესულია მომვლელების ანაზღაურებისთვის განკუთვნილი თანხებიც, რომლის გარეშეც ხარჯების წილი 0,42%-ია).

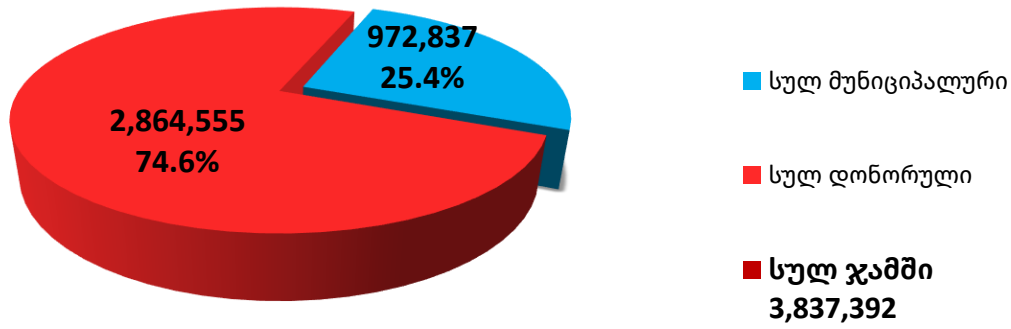
რაც შეეხება თანადაფინანსების წილს მომსახურების საერთო ხარჯებში, მუნიციპალიტეტების მიხედვით, 15-30%-ის ფარგლებშია. თანადაფინანსების წილი ნაკლებია იმ მიმწოდებლებთან, რომლებსაც აქვთ დაფინანსების სტაბილური წყარო, ჰყავთ საერთაშორისო პარტნიორები, საქმიანობენ სხვა მიმართულებებითაც და ახორციელებენ სხვადასხვა სოციალურ პროექტებს. საშუალოდ, ქვეყნის მასშტაბით, შინმოვლის პროგრამების დაფინანსებაში მუნიციპალური დაფინანსების წილი მხოლოდ 25,4% -ია, დანარჩენი 74,6% კი მოდის დონორულ დაფინანსებაზე (დიაგრამა N1). შესაბამისად, მომსახურების არსებობა პრაქტიკულად მხოლოდ დონორების აქტიურობაზეა დამოკიდებული, რაც, ასე გაგრძელების შემთხვევაში, მის პერსპექტივას ეჭვქვეშ აყენებს.

შენიშვნა: საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებისთვის მუნიციპალიტეტების მიერ გამოყოფილი თანადაფინანსებით განხორციელებული შინმოვლის მომსახურებების დაფინანსების შესახებ ინფორმაციები წარმოდგენილია N2 ცხრილში.

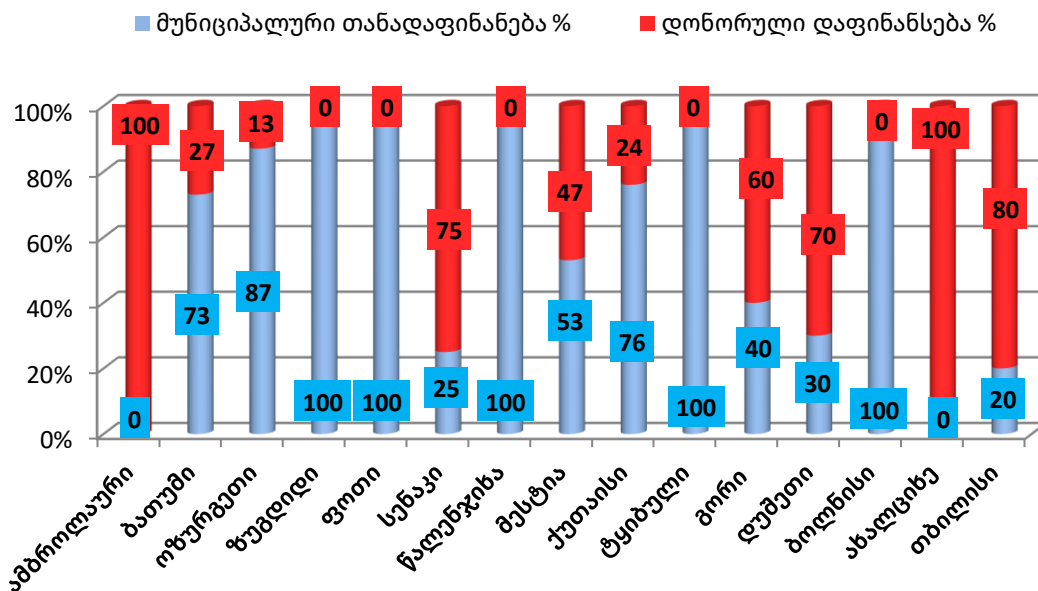
ცხრილი N 6. შინმოვლის დაფინანსება მუნიციპალიტეტების მიხედვით

მუნიციპალიტეტები	შინმოვლაზე გამოყოფილი მუნიციპალური დაფინანსების ოდენობა 2021 წ.	შინმოვლაზე გამოყოფილი წილი ჯანდაცვის და სოციალურ ხარჯებში %	მიმწოდებლის დაფინანსების წილი % (მიმწოდებელთა ინფორმაციით)	დაფინანსება საშუალოდ ერთ მოსარგებელზე თვეში (ლარი)
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი				
1 ამბროლაური	-	-	100%	186
აჭარა				
2 ბათუმი	64,800	0,4%	70%	146
ქვემო ქართლი				
3 რუსთავი	-	-	100%	29
4 ბოლნისი	36,800	0,8%	მუნიციპალური სამსახურის მიერ	123
შიდა ქართლი				
გორი	106,125	4,6%	-	
5 საქართველოს კარიტასი	36,000	-	83%	201
სამარიტელთა კავშირი	30,000	-	33%	42
ა(ა)იპ „თანხმობა“	35,000	-	66%	120
ა(ა)იპ „ბეთლემი“	5,125	-	47%	40,5
სამცხე ჯავახეთი				
7 ახალციხე	-	-	100%	132
მცხეთა-მთიანეთი				
7 ღუშეთი	6,800	0,59%	70 %	65
გურია				
8 ოზურგეთი	9,000	0,5%	87%	116,5
9 ლანჩხუთი	-	-	100%	37
იმერეთი				
10 ტყიბული	45,000	7,5%	მუნიციპალური სამსახურის მიერ	125
11 ქუთაისი	30,000	0,45%	76%	132
სამეგრელო ზემო სვანეთი				
12 მესტია	7,812	1,25%	47%	27
ზუგდიდი	158,800	4,1%		
13 შინმოვლა	35,000	0,9%	მუნიციპალური სამსახურის მიერ	29
მომვლელების ანაზღაურება	118,800	3%	-	100
14 სენაკი	15,000	1,27%	75%	250
15 ფოთი	12,900 (2020წ)	0,5%	მუნიციპალური სამსახურის მიერ	38
16 წალენჯიხა	30,000	2,9%	-	100
17 ხობი	4,800	0,7%	-	-
თბილისი	450,000	0,29%		208
საქართველოს კარიტასი			83%	201
ერთად მოყვასისათვის			70%	
18 ევანგ-ლუთერ. ეკლესია			70%	
წითელი ჯვრის საზ-ბა			88%	416
ფერისცვალების მოწყალების ცენტრი	-	-	100%	250
წითელი ჯვრის საზ-ბა (სათემო მომსახურება)	-	-	100%	47
სულ	972,837	197,216,100	2,864,555	

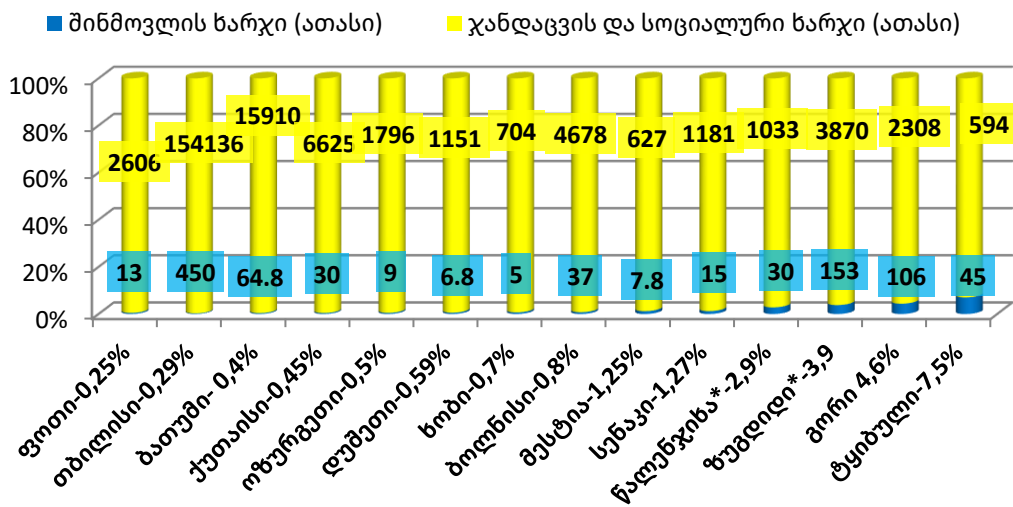
დიაგრამა N1 შინმოვლის მომსახურებაზე გაწეული მუნიციპალური და დონორული დაფინანსების თანაფარდობა



დიაგრამა N2 - შინმოვლის მუნიციპალური და დონორული დაფინანსებების თანაფარდობა მუნიციპალიტეტების მიხედვით

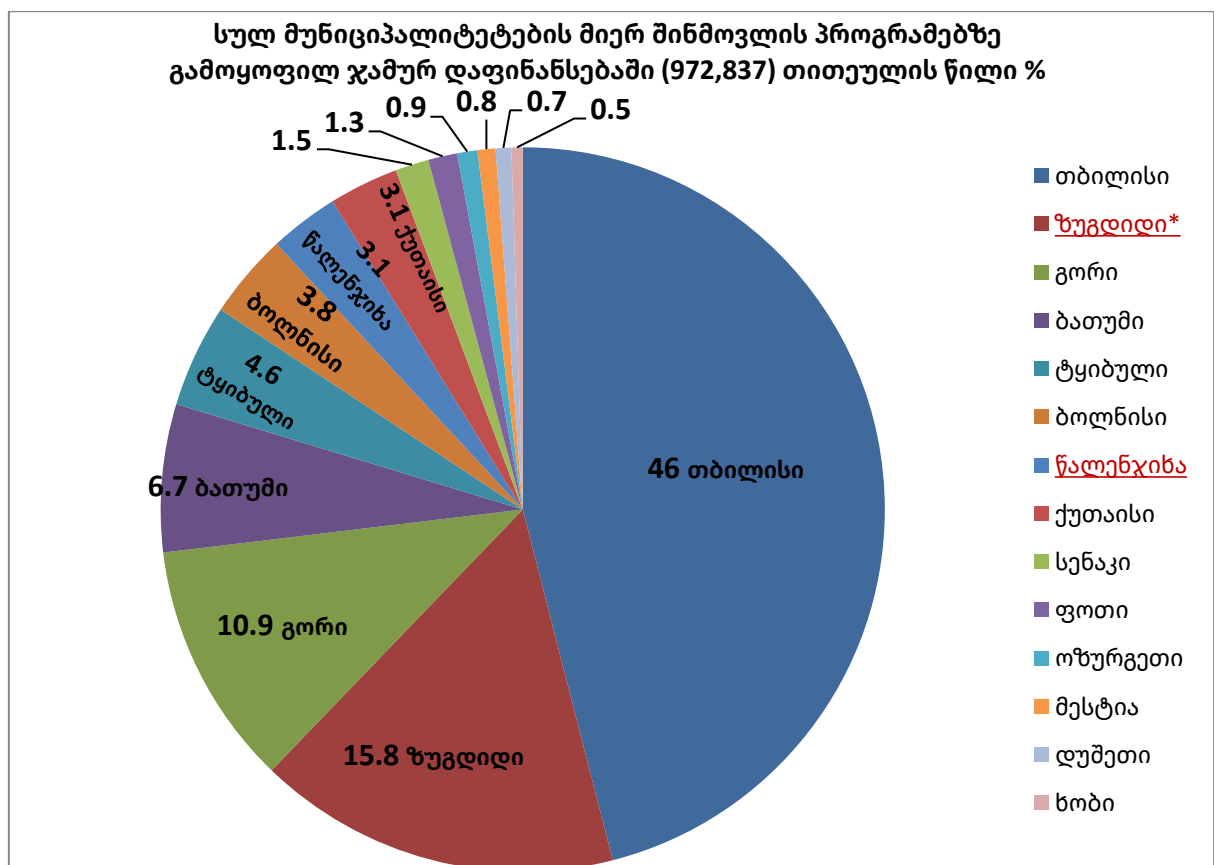


დიაგრამა N 3 - შინმოვლარზე გამოყოფილი დაფინანსების წილი მუნიციპალიტეტების ჯანდაცვის და სოციალურ ხარჯებში % (დალაგებულია წილის ზრდის მიხედვით)



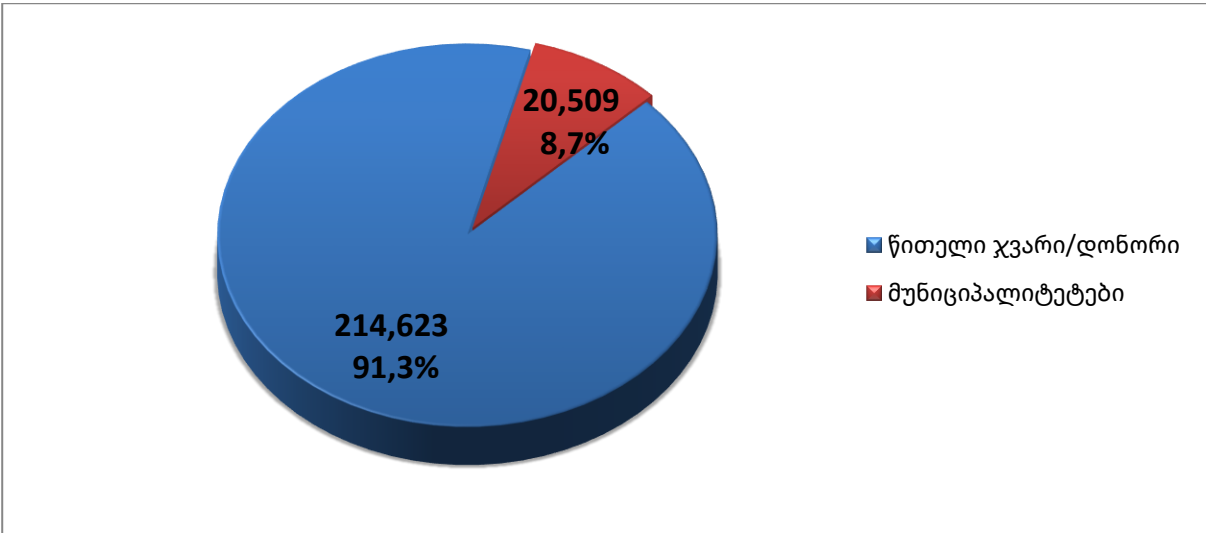
*ზუგდიდის და წალენჯიხის შემთხვევაში შეტანილია მომვლელთა ფინანსური დახმარების თანხებიც.

დიაგრამა N 4



*ზუგდიდის და წალენჯიხის შემთხვევაში შეტანილია მომვლელთა ფინანსური დახმარების თანხებიც.

დიაგრამა N 5 საქართველოს წითელი ჯვრის მიერ განხორციელებული შინმოვლის სხვა (სათემო) მომსახურებებში დონორული და მუნიციპალური დაფინანსების ოდენობა



შინმოვლის მომსახურების ერთ მოსარგებლეზე გაწეული გასაშუალოებული წლიური ხარჯი შეადგენს თვეში 143.6 ლარს.

მთლიანი მოსახლეობის ერთ სულზე გადაანგარიშებით კი შინმოვლაზე გაწეული ხარჯი წელიწადში შეადგენს 1 ლარს.

საქართველოს წითელი ჯვრის მიერ განხორციელებულ მომსახურებებში ერთ მოსარგებლეზე გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენს თვეში 40.1 ლარს.

მომსახურებაში ჩართული პერსონალი (ადამიანური რესურსი)

საქართველოში შინმოვლის მომსახურების განხორციელებაში ჩართული ძირითადი პროფესიული რესურსია ექიმები, ექთნები, ექთნის ასისტენტები/მომვლელები და სოციალური მუშაკები. მომსახურების მიწოდებაში ასევე მონაწილეობენ მძღოლი და/ან ტექნიკური მუშაკი. შინმოვლის არსებულ პროგრამებში ჩართულია სულ 185 ადამიანი, მათ შორის: 14 ექიმი, 73 ექთანი, 38 ექთნის ასისტენტი/მომვლელი, 13 კოორდინატორი/ადმინისტრატორი, 12 სოციალური მუშაკი, 7 ფსიქოლოგი, 28 ტექნიკური მუშაკი/დამხმარე/მძღოლი.

ცხრილი N7 - შინმოვლის პროგრამებში დასაქმებული პერსონალი (ადამიანური რესურსი)

#	მუნიციპალიტეტი	მომსახურებაში ჩართული პერსონალი							
		ექიმი	ექთანი	ექთნის ასისტენტი / მომველი	კოორდინატორი/ადმინისტრატორი	სოციალური მუშაკი	ფსიქოლოგი	ტექნიკური მუშაკი/დამხმარე/მძღოლი	
1	ამბროლაური	1	3	3	1	1	1	6	
2	ახალციხე		7		1			1	
3	ბათუმი		3	1	1	1		1	
4	ბოლნისი		1	1					
5	გორი	1	7	3	2	1	1	2	
6	ღუშეთი		2	1	1				
7	ზუგდიდი	1		1				1	
8	თბილისი	9	40	26	5	5	4	10	
9	მესტია	1	1			1	1		
10	ოზურგეთი		2	1	1- 25%	1		1	
11	სენაკი					1		3	
12	ტყიბული			2				1	
13	ფოთი	1	4					1	
14	ქუთაისი	1	3		1 - 50%	1		1	
	სულ	14	73	38	13	12	7	28	185

ჩვენ მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ შინმოვლის განვითარების ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა კვალიფიციური კადრების მწვავე დეფიციტი. განსაკუთრებით, ეს ეხება სამედიცინო პერსონალს, კერძოდ, ექთნებს. მოვლის კვალიფიკაციის მქონე ექთნები მეტწილად არიან თვითდასაქმებულები ან საქმიანობენ არაფორმალური ორგანიზებული ჯგუფების ფარგლებში. მათი 1-1.5-საათიანი შერეული ვიზიტის ღირებულებაა 30-40 ლარი, მაგალითად, ინტრავენური ინფუზიის ფასი 40-50 ლარია, სადღეღამისო მომსახურების 90-120 ლარი. კვალიფიციური ექთნების დიდი ნაწილი წასულია ემიგრაციაში. ეს გარემოება უკიდურესად ართულებს სათანადო კვალიფიკაციის ექთნების მოზიდვას ფორმალურ სამსახურში, სადაც გაცილებით არახელსაყრელი პირობებია.

კვალიფიციური შინმოვლა მოითხოვს სპეციფიკურ ამოცანებთან გამკლავებას, ამდენად, მნიშვნელოვანია, რომ პერსონალს ჰქონდეს გავლილი შესაბამისი მომზადება. ასეთი მომზადება, ერთი მხრივ, უნდა იყოს მათი პროფესიული სასწავლო პროგრამის ნაწილი, ხოლო მათთვის, ვისაც უკვე დამთავრებული აქვს სწავლა, შინმოვლის მომსახურებაში დასაქმებისთვის უნდა შეეძლოს სპეციალური ხანმოკლე, მოქნილი და პრაქტიკულ მუშაობასთან ინტეგრირებული მომზადების კურსის გავლა.

საერთაშორისო და ადგილობრივი გამოცდილებითაც აუცილებელია, რომ შინმოვლაში დასაქმებულ ყველა პირს გავლილი ჰქონდეს სპეციალური მომზადება შინმოვლის განხორციელებაში. მოწოდებული ინფორმაციებით, საქართველოში შინმოვლაში დასაქმებულ პირებს გავლილი აქვთ და პერიოდულად გადიან ასეთ

მზადებას. შინმოვლაში კადრების მომზადება-გადამზადებას ახორციელებენ „ადამიანი და ბუნება“, „ფერისცვალების დედათა მონასტრის სასწავლო ცენტრი“, „საქართველოს კარიტასი“ და „საქართველოს წითელი ჯვარი“. ამ ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული სასწავლო კურსების ხანგრძლივობა და შინაარსი მეტ-ნაკლებად განსხვავებულია; კერძოდ, ფუნქციონირებს რამდენიმეკვირიანი, ასევე, 2-, 3- და 6-თვიანი მოსამზადებელი პროგრამები, მ. შ. 60-საათიანი ონლაინ სასწავლო პლატფორმა. ა(ა)იპ „ადამიანი და ბუნებამ“ კოვიდ-19-ის პანდემიის პერიოდში „ღია საზოგადოების ფონდის“ მხარდაჭერილი პროგრამის ფარგლებში შინმოვლაში გადაამზადა ორმოცდაათამდე სამსახურდაკარგული ქალი. შინმოვლის კოალიციას შემუშავებული აქვს ექთნების 45-დღიანი გადამზადების პროგრამა, რომელიც მოიცავს 14 მოდულს, 182 თეორიულ და 88 პრაქტიკულ საათს.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის მიერ, დაინტერესებულ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით, მომზადებული და დამტკიცებულია შინმოვლის მოსამზადებელი და გადასამზადებელი პროგრამა, რაც მნიშვნელოვანი ეტაპია შინმოვლის შემდგომი განვითარებისთვის. პროგრამა მოიცავს მომზადების 220 საათს და გადამზადების 180 საათს¹³. გაეროს განვითარების პროგრამა (UNDP) ხელს უწყობს სხვადასხვა სასწავლებლებში შინმოვლის სასწავლო პროგრამის დანერგვას. მოსამზადებელი პროგრამის პილოტირება მიმდინარეობს საქართველოში მოქმედ რამდენიმე პროფესიულ კოლეჯში¹⁴.

მიღებული ინფორმაციით ნათელია, რომ გაერთიანებული სასწავლო-მოსამზადებელი რესურსები საკმარისი იქნება წლიურად, სულ მცირე, 350 კვალიფიციური სამედიცინო მიმართულების სპეციალისტის მოსამზადებლად/გადასამზადებლად. ამასთან, სპეციალური ტუტორების (ტრენერთა ტრენერების) მომზადებით შესაძლებელია ამ რაოდენობის გაზრდა და ფართო გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. გაცილებით იოლია შინმოვლის არაპროფესიონალი კადრებით (დამხმარეებით, თანაშემწეებით) უზრუნველყოფა, რომელთა მომზადება და დასაქმება მნიშვნელოვნად ამცირებს მომსახურების ხარჯს და ამ შესაძლებლობას ბევრი ევროპული ქვეყანა მიმართავს. ამასთან, ასეთი პროგრამების გამოყენება შეიძლება უმუშევართა მომზადებისა და დასაქმების ხელშეწყობის პროგრამებშიც. ა(ა)იპ საქართველოს განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის მიერ პროგრამის რეგისტრაცია ერთ-ერთი საკვანძო ეტაპია შინმოვლის მომსახურების პროფესიონალი კადრებით უზრუნველყოფაში, სტანდარტიზებაში და, ზოგადად, განვითარებაში.

ასევე, უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში უკვე არსებობენ სოციალური მუშაკები, რომელთა მცირეხნიანი გადამზადება საკმარისი იქნება შინმოვლის მომსახურების მიწოდებაში ჩასართავად. თუმცა, ეს რესურსი ჯერჯერობით არასაკმარისია ყველა მუნიციპალიტეტში; ამიტომ, ასეთ შემთხვევაში, შინმოვლაში სოციალური ზრუნვის

¹³ <https://eqe.ge/ka/page/static/779/gzamkvlebebi>

¹⁴ კაჭრეთი, ზუგდიდი, ფოთი

კომპონენტის განხორციელება შეიძლება დაეკისროთ მომიჯნავე სპეციალობების გადამზადებულ კადრებს (სოციალურ ასისტენტებს).

აქვე, გასათვალისწინებელია, რომ მიუხედავად პროფესიული მომზადებისა და თეორიული ცოდნისა, მოვლის/ზრუნვის მომსახურებაში სტაბილურად დასაქმება მოითხოვს მაღალ ემოციურ ინტელექტს, ემპათიის უნარს, რაც ბევრისთვის სერიოზული გამოწვევაა და უნდა ვივარაუდოთ, რომ პოტენციური ადამიანური რესურსიდან შინამოვლაში დასაქმებას ყველა ვერ შეძლებს.

შინმოვლის მომსახურების პროფესიული კადრებით უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, შესაბამისი დაინტერესების შემთხვევაში, მნიშვნელოვანი რესურსია ქვეყანაში ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის ზრდის ტენდენცია. (ცხრილი N9)

ცხრილი N8 - მოსახლეობის ექიმებით და ექთნებით უზრუნველყოფა.

(წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი)

	თბილისი	აჭარა	გურია	იმერეთი	კახეთი	მცხეთა – მთიანეთი	რაჭა – ლეჩხ. და ქვ. სვანეთი	სამეგრელო და ზ. სვანეთი	სამცხე – ჯავახეთი	ქვემო ქართლი	შიდა ქართლი	საქართველო
მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფა	1464.4	762.1	390.8	809.0	435.7	451.4	547.8	558.6	362.4	420.1	526.9	853.4
მოსახლეობის ექთნებით უზრუნველყოფა	782.7	661.4	271.3	583.1	235.2	454.6	646.5	308.9	325.9	265.6	368.1	527.2
ექთნების და ექიმების შეფარდება (რამდენი ექთანი მოდის 1 ექიმზე)	0.5	0.9	0.7	0.7	0.5	1.0	1.2	0.6	0.9	0.6	0.7	0.6

საშუალოსთან შედარებით დადებითი პოზიცია
 საშუალო
 საშუალოსთან შედარებით უარყოფითი პოზიცია

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ექიმების რაოდენობა მნიშვნელოვნად აღემატება ექთნების რაოდენობას და ერთ ექიმზე მოდის 0,6 ექთანი. ეს დისბალანსი განსაკუთრებით დიდია თბილისში, სადაც ორ ექიმზე მოდის ერთი ექთანი. ევროპულ ქვეყნებში ეს თანაფარდობა პირიქითაა - ორი ექთანი ერთ ექიმზე. ამასთან, ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ადამიანების რაოდენობით საქართველო სრულ ასიმეტრიაში მოდის ევროპის ქვეყნებთან, რადგან ჰყავს თითქმის ორჯერ მეტი ექიმი, ანუ დაახლოებით 10,000 ექიმით მეტი, ვიდრე საშუალოდ ევროპულ ქვეყნებს, ექთანი (საშუალო სამედიცინო პერსონალი) კი თითქმის ორჯერ, ანუ დაახლოებით 12,500-ით ნაკლები.¹⁵ დინამიკაში ეს დისბალანსი ღრმავდება, რადგან განათლების სისტემა აწარმოებს საჭიროზე მეტ ექიმს.

¹⁵ საერთაშორისო ფონდი კურაციო „ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში“ (ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, ტალღა 10) http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf

ცხრილი N9 - პროფესიულად აქტიური ექიმებით უზრუნველყოფა.

(წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი)

	ექიმები		მათ შორის, პრაქტიკოსი ექიმები		საავადმყოფოებში მომუშავე ექიმები		ექთნები	
	სულ	100,000 მოსახლეზე	სულ	100,000 მოსახლეზე	სულ	% პრაქტიკოსი ექიმების საერთო რაოდენობიდან	სულ	100,000 მოსახლეზე
2008	17961	466.7	16571	430.6	7881	43.9	17309	449.8
2009	18591	487.4	17392	456.0	8137	43.8	16958	444.6
2010	19453	513.7	18227	481.3	8404	43.2	17211	454.5
2011	19514	519.5	18366	488.9	7942	40.7	15940	424.3
2012	21501	576.6	18235	489.0	7951	33.1	14493	388.7
2013	20474	550.7	18278	491.6	9385	36.2	14935	401.7
2014	21201	570.0	19270	518.1	9680	42.0	14809	398.2
2015	21312	572.1	20143	540.7	10699	50.2	15574	418.1
2016	24745	663.8	24082	646.1	11822	49.1	18701	501.7
2017	26303	705.6	25084	672.9	13126	52.1	18977	509.1
2018	30291	814.2	29223	784.2	15543	52.6	18440	494.8
2019	30574	853.4	29351	789.0	16615	52.3	19613	527.2

6 პროფესიულად აქტიური საშუალო სამედიცინო პერსონალი - პრაქტიკოსი ექთნები, რომელთათვისაც მათი სამედიცინო განათლება არის სამუშაოს აღსრულების წინაპირობა. არ მიეკუთვნება: ექთნები, რომელთა საქმიანობა არ მოითხოვს სამედიცინო განათლებას, უმუშევარი ექთნები და პენსიონერები, საზღვარგარეთ მომუშავე ექთნები.

მათ შორის, ოჯახის ექიმების მაჩვენებელი არის 6.9 - 100,000 მოსახლეზე.

ცნობილია, რომ საქართველოს მოსახლეობის დაბერება სწრაფი ტემპით მიმდინარეობს და იზრდება მოსახლეობაში ხანდაზმულთა წილი. მზარდია ასევე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (მ. შ. ბავშვთა) რაოდენობა. ამას ემატება მზარდი სიღარიბის მაჩვენებლები. ყოველივე ეს კი ხელს უწყობს ზრუნვის/მოვლის მომსახურებებზე მოთხოვნის და, შესაბამისად, ამ სექტორში სამუშაო ძალაზე მოთხოვნის ზრდას. ამიტომ, აუცილებელი ხდება ამ დარგის კვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა.

აღსანიშნავია, რომ კვალიფიციური კადრების მომზადებასთან ერთად თუ არ მოხდა სექტორის სათანადოდ დაფინანსება, ეს გამოიწვევს მომზადებული კადრების მოვლის/ზრუნვის უცხოურ ბაზარზე დასაქმების სტიმულირებას და მიგრაციას, შესაბამისად, მათ მომზადებაზე გაღებული რესურსების და მოსალოდნელი სარგებლის კარგვას. სათანადო დაფინანსების შემთხვევაში კი, სხვა პირდაპირ სიკეთებთან ერთად, ეს შეიძლება იყოს უცხოეთში მოვლის სექტორში მრავლად დასაქმებული ადამიანების ქვეყანაში დაბრუნების მოტივაცია. ის არგუმენტი, რომ უცხოეთში მოვლის მომსახურებებში დასაქმებული ადამიანები საქართველოში იმავე ტიპის სამუშაოზე დასაქმებას თავს არიდებენ, გასათვალისწინებელია იმდენად, რამდენადაც იარსებებს განსხვავება მათ ფინანსურ მოტივაციაში. რაც შეეხება

კულტურული ნორმების გამო იმავე სამუშაოზე დასაქმებისგან თავის შეკავებას, ვფიქრობთ, ეს ნაკლებად აქტუალურია. უმუშევრობისა და სიღარიბის მაღალი დონე (20,4%), შესაბამისი პირობების არსებობის შემთხვევაში, მნიშვნელოვანი ფაქტორია დასაქმებისთვის.¹⁶

შინმოვლისთვის მნიშვნელოვანი რესურსია არაფორმალური მომვლენები და მოხალისეები. ის გარემოება, რომ მოვლის მომსახურებების დიდი ნაწილის (კომპონენტების) განხორციელება შესაძლებელია არსპეციალისტების მიერ ხანმოკლე სწავლების გატარების შემდგომ, განაპირობებს ოჯახის წევრების და მოხალისეების აქტიური ჩართვისა და, შესაბამისად, რესურსების დაზოგვის დიდ პოტენციალს. საქართველოში არსებული შინმოვლის მომსახურებებში მოხალისეების ფართო მონაწილეობა არ აღინიშნება. მოხალისეების რესურსს ყველაზე აქტიურად იყენებს საქართველოს წითელი ჯვარი, რომელიც უზრუნველყოფს მათ მომზადებას, ასევე, ასოციაცია „თანხმობა“, ტყიბულისა და ზუგდიდის მუნიციპალიტეტები.

პროფესიული კადრების დეფიციტის პირობებში მოხალისეების გამოყენებას, განსაკუთრებით, სოციალური და საყოფაცხოვრებო დახმარების კომპონენტებში - კომუნალური გადასახადების გადახდაში, საყიდლების და საკვების მიწოდებაში, საყოფაცხოვრებო ნარჩენების გატანაში და ა. შ. - მნიშვნელოვანი პოტენციალი გააჩნია, მით უფრო, თუ ამას სხვადასხვა სტიმულებიც ახლავს. ასევე, შესაძლებელია ამგვარი საქმიანობის ალტერნატიული სამხედრო სამსახურის ფარგლებში ხელშეწყობა, რაც მიღებული საერთაშორისო პრაქტიკაა.

რაც შეეხება ოჯახის წევრების სწავლებას მოვლის საკითხებში, ეს შინმოვლის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილია, რადგან ხშირად ყოველდღიურ მოვლას სწორედ ისინი ახორციელებენ. თუმცა, ბუნებრივია, რომ მოხალისეობა და არაფორმალური ზრუნვა ვერ იქნება მომსახურების სისტემური განვითარების სტრატეგიის განმსაზღვრელი კომპონენტი და ის შეიძლება მხოლოდ მიმწოდებელთათვის რესურსების ოპტიმიზების საშუალება იყოს. შესაძლებელია უცხოური გამოცდილების გაზიარება და შინმოვლის მიწოდებაში ოჯახისა და/ან თემის წევრების ჩართვა განხორციელდეს დამატებითი სოციალური დატვირთვით, რაც გულისხმობს ახალი სპეციალობის შექმნას, ანაზღაურებად დასაქმებას, სოციალური მდგომარეობის და სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებას. ამასთან, გათვალისწინებული უნდა იქნეს, რომ ოჯახის წევრის ხანგრძლივად მოვლა უარყოფითად მოქმედებს მათ ფიზიკურ და ემოციურ ჯანმრთელობაზე, განსაკუთრებით, იმ შემთხვევებში, როცა საჭიროა ინტენსიური მოვლა. ამიტომ, ასეთ დროს აუცილებელია, რომ მომსახურების მიწოდება ხდებოდეს პროფესიონალების მიერ.

¹⁶ <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/683/dasakmeba-umushevropa>

მკვეთი პროგრამები და მომსახურებები

ამჟამად, საქართველოში სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ხორციელდება ბინაზე ვიზიტების დაფინანსება, რომელიც გაფანტულია სხვადასხვა პროგრამებში, კერძოდ, „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის N36-ე დადგენილებით დამტკიცებული და „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის“, „სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევის“, „კომპაქტურ დასახლებებში მყოფ იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო დაზღვევის“, „მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევის“ სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში. „ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით მოსახლეობისათვის გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ 218-ე დადგენილებების ამბულატორიული კომპონენტის ფარგლებში განსაზღვრულია „კ) სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, მომსახურება ბინაზე (კომპეტენციის ფარგლებში)“. სახელმწიფო პროგრამა განხორციელებაზე პასუხისმგებლობას ანიჭებს პჯდ გუნდს, რომელიც შედგება ექიმისა (სოფლის ექიმი, უბნის ექიმი, ოჯახის ექიმი) და ექთნისაგან, ვისი როლები და მოვალეობებიც არ არის მკაფიოდ განაწილებული. ასევე, არ არის განმარტებული სამედიცინო საჭიროება და, ხშირად, გადაწყვეტილება დამოკიდებულია დაწესებულების და ექიმის კეთილ ნებაზე ან დაწესებულებები ხელმძღვანელობენ დამტკიცებული პროტოკოლით „ექიმის ბინაზე გამოძახების მართვა პირველადი ჯანდაცვის ქსელში“.

ბინაზე ვიზიტების განხორციელება ასევე განსაზღვრულია „2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის N828 დადგენილებაში. აღნიშნული დადგენილების შესაბამისად, პროგრამის სხვადასხვა სპეციალიზებული კომპონენტები მოიცავს ბინაზე ვიზიტების ვალდებულებას, მაგრამ როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, აქაც არ არის ხშირად განსაზღვრული ვიზიტების განხორციელების კრიტერიუმები; ვიზიტები ხორციელდება მხოლოდ სპეციფიკური დაავადებების მქონე პირებთან და არ არის განსაზღვრული ვიზიტების ჯერადობა; დაწესებულებები ძირითადად ხელმძღვანელობენ სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული პროტოკოლების და გაიდლაინების შესაბამისად.

ბინაზე მეთვალყურეობა განსაზღვრულია „ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის კომპონენტის“ ფარგლებში თბილისის, ქუთაისის, ოზურგეთის, გორის, თელავისა და ზუგდიდის მუნიციპალიტეტებში რეგისტრირებული პაციენტებისათვის. პროგრამის მოსარგებლები არიან: მე-4 კლინიკური ჯგუფის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი; ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი; არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესირე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში. პროგრამა მოიცავს ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას, რომელიც ითვალისწინებს თბილისის, ქუთაისის, თელავის, ზუგდიდის, ოზურგეთის და გორის მუნიციპალიტეტებში ინკურაბელურ

პაციენტთა ბინაზე ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას (თვეში არაუმეტეს 8 ვიზიტისა პაციენტთან). მომსახურება გრძელდება არაუმეტეს 6 თვისა; ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სრული (100%-იანი) დაფინანსება ხდება სახელმწიფოს მხრიდან; პროგრამის განმახორციელებელია რამდენიმე დაწესებულება.

ბინაზე ვიზიტის ვალდებულება განსაზღვრულია ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, კერძოდ, ტუბერკულოზით დაავადებულთა დაფინანსებაში შედის ფთიზიატრის, ლაბორატორიის და ექთნის ბინაზე ვიზიტი. პროგრამაში არ არის განსაზღვრული ვიზიტის ჯერადობა და პაციენტთან ვიზიტის კრიტერიუმები.

ბინაზე ვიზიტის ვალდებულება განსაზღვრულია ასევე აივ-ინფექციის/შიდსის მართვის პროგრამის ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში, რომელიც გულისხმობს: ექიმის ვიზიტს პაციენტთან ანტირეტროვირუსული (არვ) თერაპიის მონიტორინგის მობილური ბრიგადებით მომსახურებას, რომელიც მოიცავს ბინაზე კონსულტაციას; მედიკამენტების მიწოდებას; ლაბორატორიული მონიტორინგისთვის სისხლის აღებას და ტრანსპორტირებას; აივ ინფიცირებულ პირთა ბინაზე მოვლას, რომელიც ითვალისწინებს შიდსის პროგრესირებული შემთხვევების დროს პაციენტთან ბინაზე ვიზიტსა და მის ბინაზე მოვლას.

ექიმის ბინაზე ვიზიტებს ასევე ითვალისწინებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა და აქ უკვე ჩნდება მრავალდარგობრივი („მულტიდისციპლინარული“) გუნდის ცნება (სამტატო ერთეულის შემდეგი თანაფარდობით 70,000 – 100,000 მოსახლეზე – 1 ფსიქიატრი, 1.5 ექთანი, 0.5 სოციალური მუშაკი/ფსიქოლოგი), რომლის გადაწყვეტილებით განისაზღვრება ბინაზე ვიზიტების საჭიროება და ჯერადობა. ბინაზე ვიზიტების რაოდენობა არ აღემატება 4-ს 2 თვის განმავლობაში და ითვალისწინებს კონკრეტული შემთხვევების გამო ბინაზე მომსახურებას.

პროგრამა „პირველადი ჯანდაცვა სოფლად“ ითვალისწინებს ექიმის ან ექთნის ვიზიტს ბინაზე 3 წლამდე ბავშვებში, ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების შესაბამისად; ექიმის ან ექთნის ვიზიტს ბინაზე წელიწადში არანაკლებ 4-ჯერ მუდმივად მწოლიარე (გადაადგილების უნარსმოკლებულ) პირებთან და ინკურაბელურ პაციენტებთან.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მიმართულების პროგრამებიდან ფინანსდება განვითარების მძიმე და ღრმა შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მომსახურება, რომელიც ითვალისწინებს 7-18 წლის ასაკის (მ. შ. რთული ქცევის) ბავშვთა რეაბილიტაციას და ფიზიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესებას და ოჯახის მხარდაჭერას. მომსახურებაში შედის მომვლელისა და განვითარების სპეციალისტის, საჭიროების შემთხვევაში, მრავალდარგობრივი გუნდის სათანადო სპეციალისტ(ებ)ის, მათ შორის, ოკუპაციური თერაპევტის, ფიზიკური თერაპევტის, მეტყველების სპეციალისტის, ფსიქოლოგის, პედიატრის მომსახურება თვეში არაუმეტეს 44 საათის მოცულობით. პროგრამა, რომლის განხორციელება 2014 წელს დაიწყო ორგანიზაცია „პირველი ნაბიჯის“

ძალისხმევით, 2021 წელს უკვე ხორციელდება თელავის, ზუგდიდის, საგარეჯოს და ბორჯომის მუნიციპალიტეტებშიც. მომსახურება გათვლილია სულ 90 მოსარგებლეზე.

ბევრ ქვეყანაში შინმოვლის კომპონენტია შინმოვლის მოსარგებლეთა დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფა, ამდენად, აღვნიშნავთ, რომ საქართველოში დამხმარე საშუალებების გაცემა ფინანსდება ჯანდაცვის სამინისტროს სპეციალური ქვეპროგრამით; კერძოდ, შშმ პირთა და ხანდაზმულთათვის გათვალისწინებულია სავარძელ-ეტლების (მ. შ. ელექტროეტლების), საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებების, სმენის აპარატების, სმარტფონების, ყავარჯნების, ხელჯოხების, გადასაადგილებელი ჩარჩოების მიწოდება.

საერთაშორისო დონეზე, ასევე, საქართველოში, არ არსებობს შინმოვლის მომსახურების რაიმე მკაცრი სტანდარტული ჩარჩო და ფართო გაგებით - რაც გულისხმობს პროფესიონალთა მიერ ბინაზე ზრუნვის განხორციელებას - ზემოაღნიშნული მომსახურებებიც შეიძლება ჩაითვალოს შინმოვლად. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ „სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტი №01-9/ნ ბრძანებით განსაზღვრული მომსახურებების მიმწოდებელთა კლასიფიკაციის მიხედვით შინმოვლის სამედიცინო დაწესებულებებს განეკუთვნებიან დაწესებულებები, რომლებიც ახორციელებენ ხანგრძლივი მოვლის ღონისძიებებს ბინაზე, შესაბამისი ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის ვიზიტის საშუალებით. მას მიეკუთვნება:

ა) ბინაზე საექიმო/საექთნო მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება, რომელშიც ექიმის ზედამხედველობით, ექთნების მიერ, ხორციელდება იმ პაციენტების საექთნო მომსახურება, რომელთა მდგომარეობა არ მოითხოვს სტაციონარულ მკურნალობას, მაგრამ საჭიროებს მოვლას;

ბ) ბინაზე სამედიცინო მოწყობილობათა მიმწოდებელი დაწესებულება – სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს იმ პაციენტების სამედიცინო მოწყობილობითა და შესაბამისი მომსახურებით უზრუნველყოფას, რომელთაც ესაჭიროებათ აპარატურული მხარდაჭერა ბინაზე.

მიუხედავად ამისა, ყველა ზემოაღნიშნული მომსახურების სრულყოფილ შინმოვლის მომსახურებად წარმოდგენა მართებული არ იქნება, რადგან ისინი ორიენტირებულია და სპეციალიზებულია მოსარგებლის პაციენტის უფრო ვიწრო საჭიროებაზე, არ არის კომპლექსური და განსხვავდება შინმოვლის პროგრესული საერთაშორისო მოდელებისგან, რომლებიც ზრუნვის ინტეგრირებულ, ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომას ემყარება.

შინმოვლის გამოწვევები, აქტუალურობა და პერსპექტივები

შინმოვლის საჭიროებაზე მოქმედი ფაქტორები და გამოწვევები

საერთაშორისო ტენდენციები აჩვენებს, რომ ბოლო ათწლეულში შინმოვლის მომსახურებით მოსარგებლეთა რაოდენობა სწრაფად იზრდება. ამას ხელს უწყობს, ერთი მხრივ, შინმოვლის მომსახურებებზე მოთხოვნის ზრდა და, მეორე მხრივ, მისი მნიშვნელობისა და ეფექტიანობის შესახებ ცოდნისა და გამოცდილების დაგროვება.

საქართველოში კი, სახელმწიფო დონეზე შესაბამისი ხელის, პოლიტიკის, სათანადო მარეგულირებელი ჩარჩოს და სტანდარტების არარსებობის, ასევე, ფინანსური და ადამიანური რესურსების სიმწირის გამო, ვერ ხდება მომსახურების სისტემური განვითარება. ამას ემატება შინმოვლის მომსახურებების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობისა და ცნობიერების დაბალი დონე და, ნაწილობრივ, ტრადიციულ-კულტურული ნორმები. უარყოფითად მოქმედებს რთული ეკონომიკური მდგომარეობაც, რომლის გამო პროფესიული შინმოვლა ხშირად ჩანაცვლებულია ოჯახის წევრების და სხვა არაფორმალური მომვლელების მიერ.

შინმოვლის მომსახურებაზე მოთხოვნის/საჭიროების ზრდას ხელს უწყობს ფინანსური და ეკონომიკური კრიზისები, სოციალური უთანასწორობა, ცხოვრების დანახარჯებისა და ჯანდაცვის მომსახურებებზე და მედიკამენტებზე ფასების სწრაფი ზრდა, რაც უარყოფითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. კერძოდ, იზრდება ქრონიკული ფსიქიკური დაავადებების, აივ ინფექცია/შიდსის, ალცჰაიმერის და სხვა ტიპის დემენციის მქონე პირთა რაოდენობა, რომელთა დიდი ნაწილისთვის შინმოვლა ზრუნვის საუკეთესო საშუალებაა. ამასთან, ცოდნისა და გამოცდილების დაგროვება იმის შესახებ, რომ ამ დაავადებების, ასევე, დიაბეტის, გულის იშემიური დაავადებების, ინსულტების სახლის პირობებში მართვა შესაძლებელი და უფრო ეფექტურია, ზრდის მოთხოვნას შინმოვლაზე.

მიმდინარე პერიოდში შინმოვლის საჭიროება და მნიშვნელობა კიდევ უფრო გამოიკვეთა კოვიდპანდემიის გამო. ქრონიკული დაავადებების მქონე ხანდაზმულები და შშმ პირები წარმოადგენენ ამ დაავადების მიმართ ყველაზე მაღალ რისკ ჯგუფებს. დაავადებისგან პრევენციისთვის ჯანდაცვის სპეციალისტებისგან ერთ-ერთი მთავარი რეკომენდებული საშუალება არის სახლიდან გასვლის, მათ შორის, სამედიცინო დაწესებულებებში ვიზიტების შეზღუდვა, რაც, ბუნებრივია, ზრდის ბინაზე მომსახურებების მიღების საჭიროებას.

შინმოვლის მომსახურებებზე მოთხოვნის ზრდის ერთ-ერთი ფაქტორია ხანგრძლივი მოვლის სფეროში დეინსტიტუციონალიზაციის ტენდენცია, ასევე, სამეცნიერო და ტექნოლოგიური პროგრესი, რაც შესაძლებელს ხდის ინოვაციური მიდგომების

დანერგვას და სახლის გარემოს ინდივიდუალურ საჭიროებებზე ადაპტირებას, დისტანციური კავშირის შენარჩუნებას, სწრაფ კომუნიკაციას, მომსახურების სახლის პირობებში გადმოტანას და/ან დისტანციურად განხორციელებას.

შინმოვლის საჭიროების ზრდა მნიშვნელოვანწილად უკავშირდება ხანდაზმულების რაოდენობის ზრდას, რადგან შინმოვლის ძირითად მომხმარებლებს ხანდაზმულები წარმოადგენენ, რომელთა სამედიცინო და მოვლის საჭიროებები უფრო მაღალია. 65 წელზე ზემოთ ადამიანების ნახევარზე მეტს აქვს ჯანმრთელობის პრობლემები და ყოველ მეხუთეს აქვს შეზღუდული შესაძლებლობა.¹⁷ შესაბამისად, მოსახლეობის დაბერების მაჩვენებლების ზრდასთან ერთად, იზრდება ამ კატეგორიის მიერ ჯანმრთელობის დაცვისა და მოვლის მომსახურებებზე მოთხოვნის წილიც.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდის, შრომისუნარიანი მოსახლეობის მაღალი მიგრაციის, დაბალი შობადობის და სხვა სოციალურ-ეკონომიკური და დემოგრაფიული ფაქტორების გამო, საქართველოს მოსახლეობის დაბერება სწრაფი ტემპებით მიმდინარეობს. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის საპროგნოზო მონაცემებით, საქართველოში 2030 წლისთვის მოსახლეობის დაახლოებით 19%-მდე იქნება ხანდაზმული (65 წლისა და უფროსი ასაკის), 2050 წლისთვის კი - დაახლოებით 25%.¹⁸ აღსანიშნავია, რომ ხანდაზმულთა 2/3 ქალია, რომლებიც, როგორც წესი, უფრო მეტად არიან შინმოვლის მომხმარებლები. ამასთან, ყოველი მეხუთე ხანდაზმული ქალი (19,8%) და ყოველი მეათე მამაკაცი (10,6%) მარტო ცხოვრობს. მეუღლესთან ერთად ცხოვრობს 16,6% - 88,000 პირი, მარტო კი - 16,3% - 87,000 პირი; ახალგაზრდა თაობასთან ერთად ცხოვრობს 36 %.

სამწუხაროდ, საქართველოში შინმოვლის საჭიროების ზრდის მიუხედავად, ამ დრომდე კარგად არ არის გააზრებული მისი მნიშვნელობა. ყოველ შემთხვევაში, ფაქტია, რომ მისი როლი და ადგილი ქვეყნის ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სისტემებში არ არის განსაზღვრული. არსებული გამოწვევების და ტენდენციების გათვალისწინებით კი საჭიროა შინმოვლის სისტემური ორგანიზებისა და განვითარების მიმართულებით კონკრეტული გადაწყვეტილებების მიღება და აქტიური ნაბიჯების გადადგმა.

საქართველოში შინმოვლის საჭიროების მქონე პირთა რაოდენობა

საქართველოში შინმოვლის საჭიროების მქონე/პოტენციურ მოსარგებლეთა რაოდენობის (ბაზრის მოცულობის) განსაზღვრისთვის შეგვიძლია ვიხელმძღვანელოთ სხვა ქვეყნების გამოცდილებით, კერძოდ, ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის წევრ (OECD) ქვეყნებში, მთლიან მოსახლეობაში ხანგრძლივი შინმოვლის მიმღებთა პროცენტული მაჩვენებლით,

¹⁷ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვა ხანდაზმულებისთვის საქართველოში – არსებული სერვისები და ძირითადი საჭიროებები (CTC, 2020).

¹⁸ http://census.ge/files/results/publication/ge/2.%20Ageing_GEO_Print%20_F_0.pdf

ასევე, 65 წლის ზემოთ ასაკის მოსახლეობაში მოსარგებლეთა პროცენტული წილით. მართალია, აღნიშნული მონაცემები ქვეყნების მიხედვით მნიშვნელოვნად განსხვავდება, თუმცა, იძლევა შესაძლებლობას, საქართველოს ანალოგიურ მონაცემებთან მიმართებაში გავაკეთოთ მოსარგებლეთა სავარაუდო და მინიმალური რაოდენობის პროგნოზირება ¹⁹.

ცხრილი N10 - OECD ქვეყნებში მთლიან მოსახლეობაში ხანგრძლივი შინმოვლის მიმდებთა % და 65 ზემოთ ასაკის მოსახლეობაში 65 წლის ზემოთ ასაკის მოსარგებლეთა % (2018 წ.)

ქვეყანა	მთლიან მოსახლეობაში მიმდებთა %	>65 ასაკის მოსახლეობაში მიმდებთა %
ლატვია	0.1	-
ლიტვა	-	27.7
ესტონეთი	1.5	5.6
იტალია	1.7	6.1
პორტუგალია	0.2	0.6
ესპანეთი	2.3	8.8
გერმანია	3.7	13.1
ისრაელი	3.5	18.7
შვედეთი	3.7	12.4
ფინეთი	1.5	6.2
უნგრეთი	2.2	8.9
დანია	2.5	11
ლუქსემბურგი	1.5	7.2
ნორვეგია	-	11.2
შვეიცარია	-	17.1
ჩეხეთი	-	9.5
საფრანგეთი	-	5.9
ს.კორეა	0.9	6.2
ახალი ზელანდია	2	10
ავსტრალია	-	6.9
საშუალო	1.95%	10.2%

¹⁹ <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30143#>

ცხრილი N 11 - საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა 2020 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით რეგიონების და თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით (გარდა ოკუპირებული ტერიტორიებისა) და საქართველოში შინმოვლის სავარაუდო მოსარგებლეთა რაოდენობები OECD ქვეყნებში მთლიან მოსახლეობაში მიმღებთა საშუალო % რაოდენობის შესაბამისად (პროექციით).

რეგიონი, თვითმმართველი ერთეული	სულ მოსახლეობა (ათასი)	ყველაზე დაბალი OECD მაჩვენებლის (0,1%) ლატვიის მიხედვით (ათასი)	საშუალო OECD მაჩვენებლის (1,95%) მიხედვით (ათასი)
საქართველო	3,716.9	3.72	72.48
თბილისი მუნიციპალიტეტი	1,184.8	1.18	23.10
აჭარის არ	351.9	0.35	6.86
გურია	108.1	0.1	2.11
იმერეთი	487.0	0.9	9.50
კახეთი	310.1	0.3	6.05
მცხეთა-მთიანეთი	93.3	0.09	1.82
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	29.1	0.03	0.57
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	311.1	0.3	6.07
სამცხე-ჯავახეთი	152.1	0.15	2.97
ქვემო ქართლი	434.2	0.43	8.47
შიდა ქართლი	255.1	0.25	4.97

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საქართველოში შინმოვლის მოსარგებლეთა სავარაუდო რაოდენობა OECD ქვეყნებში მთლიან მოსახლეობაში შინმოვლის მიმღებთა საშუალო პროცენტული მაჩვენებლების მიხედვით იქნებოდა 72,480 პირი.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ვინაიდან შინმოვლის მოსარგებლეთა დიდ ნაწილს ხანდაზმულები წარმოადგენენ, საგულისხმოა ინფორმაცია მათი რაოდენობის შესახებაც, მით, უფრო, რომ ამ შემთხვევაში შესაძლებელია, საქართველოში რეგიონების მიხედვით ხანდაზმულთა რაოდენობებში სხვაობის გათვალისწინებით, რეგიონებში პოტენციურ მოსარგებლეთა რაოდენობების უფრო ზუსტი პროგნოზირება.

N12 ცხრილში მოცემულია 2014 წლის საყოველთაო აღწერის მიხედვით 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის რაოდენობა საქართველოში რეგიონების მიხედვით და OECD ქვეყნების მაჩვენებლების მინიმალური და საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით ხანდაზმულ მოსარგებლეთა სავარაუდო რაოდენობები. როგორც ამ მონაცემებიდან ჩანს, საშუალო მაჩვენებლის (10,2%) მიხედვით, საქართველოში ეს რიცხვი უნდა იყოს 54,081, ხოლო ყველაზე მცირე მაჩვენებლის (პორტუგალია 0,6%) მიხედვით - 3,181. ვინაიდან, პორტუგალიის ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება დანარჩენი ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებს, მოგვყავს მეორე ყველაზე მცირე მაჩვენებლის მქონე ქვეყნის (ესტონეთი - 5,6%) მაგალითიც, რაც შეადგენს 29,692-პირს.

ცხრილი N 12 - 2014 წ საყოველთაო აღწერის მონაცემებით საქართველოში 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობა რეგიონების მიხედვით, 20 და OECD ქვეყნებში ხანდაზმულ (65+) მოსახლეობაში მომსახურების მიმღებ ხანდაზმულთა წილის შესაბამისად (პროექციით) საქართველოში შინმოვლის ხანდაზმულ მოსარგებლეთა სავარაუდო რაოდენობები

რეგიონი, თვითმმართველი ერთეული	რიცხოვანობა 65+ ²¹	ყველაზე დაბალი მაჩვენებლის (0,6% - პორტუგალია) მიხედვით	ყველაზე დაბალი მეორე მაჩვენებლის (5,6% - ესტონეთი) მიხედვით	საშუალო მაჩვენებლის (10,2%) მიხედვით	საქართველოში 2021 წელს შინმოვლის მომსახურებით მოსარგებლე სულ	
					მუნიციპალიტური და დონორული პროგრამებით	მუნიციპლების თანადაფინანსებული წით. ჯვრის სათემო მომსახურებებით
საქართველო	530, 207	3,181	29,692	54,081	2,226	364
					სულ 2,590	
თბილისი	132,844	797	7,439	13,550	1077	-
აჭარა	36,596	220	2,049	3,733	100	-
გურია	21,256	128	1,190	2,168	44	30
იმერეთი	93,530	561	5,238	9,540	90	112
კახეთი	55,483	333	3,107	5,659	-	100
მცხეთა-მთიანეთი	15,988	96	895	1,631	29	11
რაჭა-ლეჩხუმი ქვემო სვანეთი	9,086	55	509	927	100	-
სამეგრელო ზემო სვანეთი	56,326	338	3,154	5,745	332	30
სამცხე-ჯავახეთი	22,403	134	1,255	2,285	70	-
ქვემო ქართლი	47,454	285	2,657	4,840	40	81
შიდა ქართლი	39,241	235	2,197	4,003	344	-

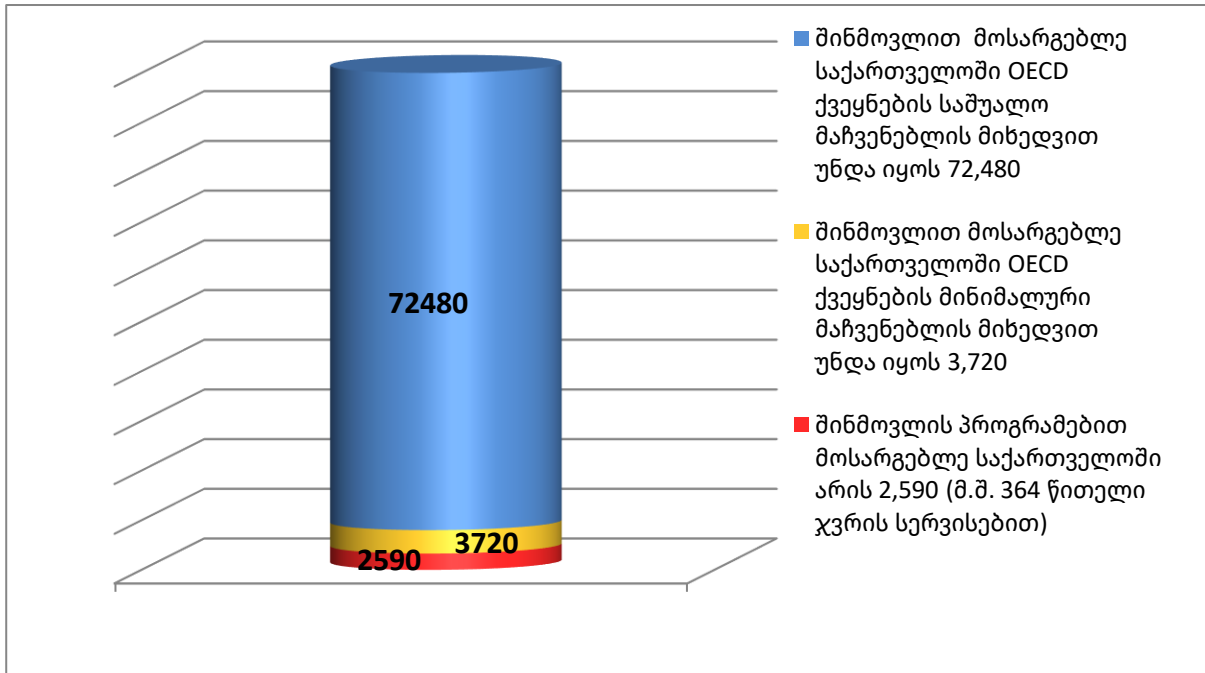
ეს მონაცემები თანხვედრაშია საქართველოს ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიშის მონაცემებთან²², რომლის თანახმად, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას. ამასთან, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირებიდან დაახლოებით 2/3 (53,300 პირი) საჭიროებს შინმოვლას. იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში ოჯახები საშუალოდ 3 წევრისგან შედგება, მათი სახით მომსახურების პოტენციურ მოსარგებლეთა რაოდენობას უნდა მივუმატოთ კიდევ დაახლოებით 106,000 ადამიანი.

²⁰ http://census.ge/files/results/publication/ge/2.%20Ageing_GEO_Print%20_F_0.pdf

²¹ 2020 წლის მონაცემებით 65 წელს ზემოთ ასაკის მოსახლეობა შეადგენდა 561,711-ს

¹⁶ „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა“ , „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრი“ (CTC) 2018. საქართველოს ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში.

დიაგრამა N 6 - საქართველოში შინმოვლის პროგრამების მოსარგებლეთა შეფარდება OECD ქვეყნების მიხედვით საქართველოში მოსარგებლეთა საშუალო და მინიმალურ პოტენციურ რაოდენობებთან (საჭიროების მქონეთა)



როგორც მონაცემებიდან ჩანს, შინმოვლის ყველა არსებულ, მ. შ. ძალიან ფრაგმენტული მომსახურებებით მოსარგებლეთა გაერთიანების შემთხვევაშიც, საქართველოში შინმოვლის მიმღებთა რაოდენობა საშუალო ევროპული მაჩვენებლის 3,57 %-ია, მთლიან მოსახლეობაში (3,837,392) კი 0,06%.

საინტერესოა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემები სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული სხვადასხვა მოწყვლადი კატეგორიის პირთა რაოდენობების შესახებ, რომლებიც პოტენციურად უნდა წარმოადგენდნენ შინმოვლის მომსახურების მოსარგებლეთა ყველაზე პრიორიტეტულ კატეგორიებს. აღნიშნული მონაცემების მიხედვით, იმ პირთა რაოდენობა, რომელთა სტატუსი მონაცემთა ბაზაში დაფიქსირებულია როგორც სარეცელს მიჯაჭვული/ლოგინად ჩავარდნილი, შეადგენს 3,175-ს, აქედან 70,000 სარეიტინგო ქულის მქონეა 1,553 პირი, 70,000-დან 100,000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონეა 767, ხოლო 100,000-დან 200,001-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე არის 855 პირი. იმ პირთა რაოდენობა, რომელთა სტატუსი მონაცემთა ბაზაში დაფიქსირებულია, როგორც „დაუხმარებლად გადაადგილება არ შეუძლია“ და/ან „საჭიროებს მომვლელს“, შეადგენს 23,176-ს. აქედან 70,000 სარეიტინგო ქულის მქონეა 11,947 პირი, 70,000-დან 100,000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონეა 5,827, ხოლო 100,000-დან 200,001-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე არის 5,393 პირი.

ჯამში, მხოლოდ აღნიშნული ორი კატეგორიის პირთა რაოდენობა შეადგენს 26,342-ს.

უფრო დეტალური მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილებში N13, 14, 15.

(მარტივი აღქმის მიზნით, წარმოდგენილ ცხრილებში მონაცემები დაჯგუფებულია მსხვილი ადმინისტრაციული ერთეულების (რეგიონების) დონეზე. მონაცემები მისაწვდომია მუნიციპალიტეტების მიხედვითაც).

ცხრილი N 13 - იმ პირთა რაოდენობა, რომელთა ოჯახის სარეიტინგო ქულა 70,001-მდეა

რაიონი/ რეგიონი	პირები სოციალური სტატუსით - სარეცელს მიჯაჭვული/ ლოგინად ჩავარდნილი	მ. მ. ერთწევრი ანი ოჯახების რაოდენო ბა	მ. მ. რომელთა ოჯახის სხვა წევრები არიან მხოლოდ 65 წლის და მეტი ასაკის, მკვეთრად გამოხატული შშმპ ან/და შშმ ბავშვი	პირები სოციალური სტატუსით - დაუხმარებლად გადაადგილება არ შეუძლია და/ან საჭიროებს მომვლელს	მ. მ. ერთწევრიანი ოჯახების რაოდენობა	მ. მ. რომელთა ოჯახის სხვა წევრები არიან მხოლოდ 65 წლის და მეტი ასაკის, მკვეთრად გამოხატული შშმპ ან/და შშმ ბავშვი
თბილისი	357	37	137	2,255	404	875
გურია	71	7	23	566	91	193
რაჭა-ლეჩხუმი ქვემო სვანეთი	103	10	69	1,473	618	453
კახეთი	111	6	64	607	88	264
იმერეთი	214	19	104	1,519	306	487
მცხეთა- მთიანეთი	117	10	51	776	247	298
სამეგრელო- ზემო სვანეთი	202	17	61	1,924	398	659
სამცხე- ქვემო ქართლი	28	1	12	131	27	49
ქვემო ქართლი	113	7	56	868	138	331
შიდა ქართლი	129	10	58	1,211	229	389
აჭარა	106	0	26	617	30	219
ზემო აფხაზეთი	2	0	3	0	0	0
სულ	1,553	124	664	11,947	2,576	4,217

ცხრილი N 14 - იმ პირთა რაოდენობა, რომელთა ოჯახის სარეიტინგო ქულა 70,000-დან 100,001-მდეა

რაიონი/ რეგიონი	პირები სოციალური სტატუსით - სარეცელს მიჯაჭვული/ ლოგინად ჩავარდნილი	მ. მ. ერთწევრიანი ოჯახების რაოდენობა	მ. მ. რომელთა ოჯახის სხვა წევრები არიან მხოლოდ 65 წლის და მეტი ასაკის, მკვეთრად გამოხატული შშმპ ან/და შშმ ბავშვი	პირები სოციალური სტატუსით - დაუხმარებლად გადაადგილება არ შეუძლია და/ან საჭიროებს მომვლელს	მ. მ. ერთწევრიანი ოჯახების რაოდენობა	მ. მ. რომელთა ოჯახის სხვა წევრები არიან მხოლოდ 65 წლის და მეტი ასაკის, მკვეთრად გამოხატული შშმპ ან/და შშმ ბავშვი
თბილისი	129	18	37	850	236	354
გურია	50	5	8	397	68	171
რაჭა-ლეჩხუმი ქვემო სვანეთი	24	2	8	269	113	130
კახეთი	72	8	37	465	81	220
იმერეთი	159	12	93	1,304	312	505
მცხეთა- სამეგრელო-	44	9	14	306	137	106
სამცხე- ქვემო ქართლი	75	4	24	624	139	321
სამცხე- ქვემო ქართლი	25	1	4	99	16	35
ქვემო ქართლი	43	2	12	272	33	115
შიდა ქართლი	75	8	26	775	212	282
აჭარა	71	1	6	466	19	104
ზემო აფხაზეთი	0	0	0	0	0	0
სულ	767	70	269	5,827	1,366	2,343

ცხრილი N 15 - იმ პირთა რაოდენობა, რომლის ოჯახის სარეიტინგო ქულა 100,000-დან 200,001-მდეა

რაიონი/ რეგიონი	პირები სოციალურ სტატუსით - სარეცელს მიჯაჭვული /ლოგინალ ჩავარდნი ლი	მ.შ. ერთწევრიან ოჯახების რაოდენობა	მ.შ. რომელთა ოჯახის სხვა წევრები არიან მხოლოდ 65 წლის და მეტი ასაკის, მკვეთრად გამოხატული მშპ ან/და მშპ ბავშვი	პირები სოციალური სტატუსით - დაუხმარებლად გადაადგილება არ შეუძლია და/ან საჭიროებს მომვლელს	მ.შ. ერთწევრიან ოჯახების რაოდენობა	მ.შ. რომელთა ოჯახის სხვა წევრები არიან მხოლოდ 65 წლის და მეტი ასაკის, მკვეთრად გამოხატული მშპ ან/და მშპ ბავშვი
თბილისი	149	11	25	811	121	482
გურია	50	3	10	398	37	224
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	21	1	2	131	16	89
კახეთი	74	6	8	386	31	244
იმერეთი	195	12	60	1,325	169	790
მცხეთა-მთიანეთი	49	6	10	216	47	113
სამეგრელო-ზემო სამცხე-ჯავახეთი	63	6	11	471	45	358
ქვემო ქართლი	33	3	5	270	19	143
შიდა ქართლი	72	2	12	619	65	378
აჭარა	104	3	8	634	19	202
ზემო აფხაზეთი	0	0	0	0	0	0
სულ	855	54	163	5,393	576	3,087

შინმოვლის კულტურული კონტექსტი

საქართველოში შინმოვლის განვითარებაზე კულტურულ-ტრადიციული კონტექსტის გავლენის დახასიათებისთვის აღსანიშნავია, რომ არსებული ოჯახური ტრადიციებისა და ღირებულებების გამო, ოჯახის წევრის ხანგრძლივი ზრუნვის სტაციონარულ დაწესებულებაში მოთავსება სტიგმასთან არის დაკავშირებული. ამასთან, მსოფლიო ბანკის კვლევის თანახმად, საქართველოში მოსახლეობის 94%-ს მიაჩნია, რომ შვილებმა უნდა იცხოვრონ მშობლებთან და მოუარონ მათ, როცა თავად ამის გაკეთება აღარ შეუძლებათ (ეს არა მარტო სოციალური ნორმების გამოა, არამედ ისინი თვლიან, რომ ნათესავებს უკეთ შეუძლიათ მათი საჭიროებების დაკმაყოფილება)²³.

თუმცა, სავარაუდოდ, ეს არ ეწინააღმდეგება შინმოვლის მომსახურებაზე მოთხოვნის არსებობას რადგან:

- 1) ოჯახის წევრების პასუხისმგებლობა არ გამორიცხავს კვალიფიციური შინმოვლის მიწოდებას და ეს, შესაძლოა, მათი პასუხისმგებლობის ნაწილად მოიაზრებოდეს, და

²³ <http://documents1.worldbank.org/curated/en/887801548269893452/pdf/133961-Final-report-Care-Services-in-Georgia-clean-01-23-19.pdf>

2) პროფესიული შინმოვლის მომსახურების მიღების გამოცდილებისა და, ამდენად, მასზე წარმოდგენის გარეშე, სასურველ არჩევანში მისი აღნიშვნის მანსი, ბუნებრივია, საკმაოდ მცირეა.

ამ მოსაზრებას ამყარებს კვლევა, რომლის მიხედვითაც შინმოვლას როგორც ხანდაზმულები, ასევე, მათი ოჯახის წევრები ანიჭებენ ცალსახა უპირატესობას (84.1%) ჰოსპიტალურ და დაწესებულებაში ზრუნვასთან შედარებით. ამასთან, ხანდაზმულთა 39% უპირატესობას ანიჭებს სპეციალისტების მიერ განხორციელებულ მოვლას, ხოლო 61% - ოჯახის წევრების მიერ.²⁴ მსგავსი მონაცემებია დაფიქსირებული ევროპის ქვეყნებში, სადაც თითქმის 90% დაწესებულებაში ზრუნვასთან შედარებით უპირატესობას ანიჭებს შინმოვლას²⁵.

ასევე, სხვა კვლევის მიხედვით, თბილისში საჭიროების მქონე პირთა 54% აცხადებს, რომ ისარგებლებდა შინმოვლის მომსახურებით, ხოლო იმათგან, ვინც ამბობს, რომ არ ისარგებლებდა, ამის ძირითად მიზეზად ასახელებს იმ ფაქტს, რომ მიმდინარე ეტაპზე ოჯახის წევრები უვლიან პაციენტს და თავად ეხმარებიან ყველა საჭირო პროცედურის ჩატარებაში. თუმცა, არ გამორიცხავენ სამომავლო თანამშრომლობას პაციენტის მდგომარეობის დამძიმების შემთხვევაში, თუკი მომსახურება ხელმისაწვდომი იქნება²⁶.

აღსანიშნავია ისიც, რომ საქართველოში ტრადიციული მრავალთაობიანი ოჯახების კულტურის ცვლილების მიუხედავად, არაფორმალური მოვლის რესურსი, განსაკუთრებით, სასოფლო დასახლებებში, კვლავ დიდია.

შინმოვლის სარგებელი

ორგანიზებულ და კვალიფიციურ შინმოვლას აქვს მრავალი სარგებელი, კერძოდ, მოსარგებლისა და მისი ოჯახისთვის:

- ზრდის სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობას;
- აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს;
- ამცირებს ქრონიკული დაავადებების გართულებების რისკს;
- ახანგრძლივებს დამოუკიდებელი ცხოვრების შესაძლებლობას;
- განტვირთავს არაფორმალურ მომვლელებს (ძირითადად, ქალებს), რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს საშინაო საქმეებისთვის ანაზღაურებადი სამუშაოს შეთავსებას და სიღარიბისგან დაცვას;
- მოსარგებლებისთვის არის უფრო სასურველი და ეფექტური, ვიდრე ზრუნვის დაწესებულებები;

²⁴ ხანდაზმულთა შინმოვლა. (თ.ვერულავა, ი.ადეიშვილი) 2015.

²⁵ European Commission: Long-Term Care in the European Union, 2008.

²⁶ შინმოვლის მომსახურების დანერგვის მიზანშეწონილობის კვლევა. Start – Business Solutions. 2018.

- არის უფრო ჰუმანური, ადამიანის უფლებებზე და ზრუნვის ბიოფსიქოსოციალურ მოდელზე დაფუძნებული.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემისთვის, მთლიანად ქვეყნისთვის:

- ამცირებს არასაჭირო სამედიცინო/ჯანდაცვის მომსახურებების (სასწრაფოსა და სოფლის ექიმის გამოძახება და სხვა) და მედიკამენტების გამოყენებას და არასაჭირო ფინანსურ ხარჯებს;
- ამცირებს ჰოსპიტალიზაციას - (სტაციონარში მოთავსების პრევენცია და/ან საწოლდღეების შემცირება) და, შესაბამისად, ამისთვის საჭირო ფინანსურ ხარჯებს. (მაგ. ბინაზე ამბულატორიულ პალიატიური ერთი ვიზიტის ანაზღაურება შეადგენს 11 ლარს, საავადმყოფოში საწოლდღეში ხანდაზმულებითვის სახელმწიფო იხდის 75 ლარის 90%-ს, 67.5 ლარს²⁷) მაშინ, როცა შინმოვლის მომსახურების საშუალო დღიური ხარჯი მოსარგებლეთზე ოპტიმალური დაფინანსების შემთხვევაში რამდენჯერმე ნაკლებია (სამედიცინო კომპონენტი);
- ზრდის საჭიროების მიხედვით მიზნობრივი სამედიცინო მომსახურებების გამოყენებას და ეფექტიანობას (მაგ., „საქართველოს კარიტასის“ შინმოვლის გამოკითხულ მოსარგებლეთა 73.1% უფრო ხშირად სარგებლობს შინმოვლის მომსახურებებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებებით²⁸;
- ამცირებს ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში (ინსტიტუციებში) ზრუნვის საჭიროებას (ხელს უწყობს განთავსების პრევენციას) და, შესაბამისად, ამისთვის საჭირო ფინანსურ ხარჯებს;
- ხელს უწყობს ხანდაზმულთა და შშმ პირთა ოჯახში დაბრუნებას - დეინტიტუციონალიზაციას. სხვადასხვა ტიპის ზრუნვის დაწესებულებებში მოსარგებლეთა (ხანდაზმულთა და შშმ პირთა) რაოდენობა კი მზარდია. კერძოდ, მათი რაოდენობა სათემო ორგანიზაციებში (სადაც დაშვებულია მაქსიმუმ 24 მოსარგებლე) 2015 წელს იყო 175, 2016 წ. - 217, 2018 წ. - 270, 2019 წ. - 299, 2020 წ. - 328 პირი. ხოლო, დიდი ზომის დაწესებულებებში - პანსიონატებში - 2015 წ. იყო 361, 2016 წ. - 359, 2018 წ. - 338, 2019 წ. - 340, 2020 წ. - 322 პირი. მართალია, მათგან სხვადასხვა მიზეზების გამო ყველას ვერ განვიხილავთ შინმოვლის პოტენციურ მოსარგებლედ, მაგრამ შინმოვლა ბევრი მათგანისთვის იქნებოდა უკეთესი ალტერნატივა ან პრევენცია ნაკლებად სასურველ, ნაკლებად ეფექტურ და მეტად ძვირ დაწესებულებაში განთავსებისთვის. ამჟამად, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ზრუნვის დაწესებულებებში - სათემო ორგანიზაციებში ერთ ადამიანზე სახელმწიფო ხარჯავს თვეში 600-620 ლარს, რაც წლიურად შეადგენს 7,300 ლარს

²⁷ სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება N218. 09.12.2009

²⁸ ხანდაზმულთა შინმოვლა. (თ.ვერულავა, ი.აღეიშვილი) 2015.

(მინიმალური მომსახურებით). ამასთან, აღნიშნულზე ნაკლები თანხით შესაძლებელი იქნებოდა შინმოვლის ხარისხიანი მომსახურებით უზრუნველყოფა. კიდევ უფრო ძვირი ჯდება მომსახურება ა(ა)იპ-სახელმწიფო ზრუნვისა და ტრეფიკინგის მსხვერპლთა დახმარების სახელმწიფო ფონდის ხანდაზმულთა პანსიონატებში, სადაც ერთი მოსარგებლის შენახვა სახელმწიფოს წელიწადში 12,642ლარი, თვეში კი 1,054 ლარი უჯდება.²⁹

- ხანდაზმულთა ოჯახის წევრებს უთავისუფლებს დროს და ხელს უწყობს მათ დასაქმებას, შესაბამისად, სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუმჯობესებას, ხოლო ამით - სახელმწიფოს სოციალური ხარჯების დაზოგვას. თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ საქართველოში ოჯახი საშუალოდ სამი წევრისგან შედგება, მათი სახით შინმოვლის მოსარგებლეთა რეალური რაოდენობა სამჯერ მეტია.

შეჯამება. ძირითადი მიგნებები

საქართველოში შინმოვლის შესწავლამ აჩვენა, რომ მუნიციპალიტეტების მიხედვით მომსახურებები ძალიან განსხვავებული შინაარსისა და მოცულობისაა. ამ დრომდე, მომსახურება არსებობს და ვითარდება დონორი ორგანიზაციების, ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების და ცალკეული მუნიციპალიტეტების ძალისხმევით. მომსახურების შესახებ ჩამოყალიბებული სახელმწიფო ხედვის და განსაზღვრული პოლიტიკის არარსებობის გამო, ეს პროცესი არაორგანიზებულად და ქაოსურად მიმდინარეობს, რის გამოც ქვეყნის მასშტაბით შინმოვლა ფრაგმენტულად და არათანაბრად არის განვითარებული, არ არსებობს შინმოვლის ერთიანი გაგება და მიდგომა მუნიციპალიტეტებს, ასევე, მიმწოდებლებს შორისაც. აქედან გამომდინარე, განსხვავებულია სამიზნე ჯგუფების შერჩევის კრიტერიუმები, მომსახურების განხორციელების მექანიზმები, დაფინანსება, ხარისხი.

იშვიათი და მცირე მასშტაბის გამონაკლისების გარდა, არ არსებობს მომსახურების სრულად სახელმწიფო/მუნიციპალური ბიუჯეტით დაფინანსების შემთხვევები. მუნიციპალიტეტების მიერ მომსახურების მცირე თანადაფინანსების წინაპირობაც, ძირითად შემთხვევებში, დონორი ორგანიზაციების არსებობაა, რაც მომსახურების სტაბილურ მიწოდებას, მდგრადობას და პროგნოზირებად განვითარებას ხელს უშლის. ჯამურად, შინმოვლის პროგრამებში დონორული დაფინანსების წილი შეადგენს 74,6%-ს, შესაბამისად, მუნიციპალიტეტების მიერ გამოყოფილი დაფინანსების წილი 25.4%-ია.

გარდა შინმოვლის პროგრამებისა, მუნიციპალიტეტების მიერ სხვა საბიუჯეტო მუხლებიდან ფინანსდება საქართველოს წითელი ჯვრის მიერ განხორციელებული შინმოვლის მომსახურებებიც. საქართველოს წითელი ჯვრისთვის განკუთვნილ ამ ასიგნებებში დონორულ და/ან საკუთარ სახსრებსა და მუნიციპალურ ხარჯებს შორის თანაფარდობა არის 91,3%, 8,7%-ის წინააღმდეგ.

²⁹ <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/55/sotsialuri-uzrunvelqofa>

სულ შინმოვლის მომსახურება (კომპონენტები), სხვადასხვა შინაარსითა და მოცულობით, ხორციელდება საქართველოს 28 მუნიციპალიტეტში, 14 მიმწოდებელი ორგანიზაციის მიერ.

ბოლო სამი წლის მანძილზე შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული მოსარგებლების რაოდენობა გაორმაგებულია და ჯამში 2,590 პირს შეადგენს, თუმცა, ეს შინმოვლის საჭიროების მქონე პირთა მხოლოდ 3,57 %-ია.

შინმოვლის განვითარების ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა კვალიფიციური კადრების დეფიციტი. არსებული მომსახურების მიწოდებაში ამჟამად ჩართულია 185 ადამიანი, მათ შორის, 106 პროფესიონალი. დონორებისა და დაინტერესებული ორგანიზაციების ძალისხმევით შექმნილია შინმოვლაში დასაქმებისთვის საჭირო მოსამზადებელი და გადასამზადებელი სასწავლო პროგრამები, რომელთა დამსახურებით, სათანადო დაინტერესების შემთხვევაში, შესაძლებელია საჭირო რაოდენობის კვალიფიციური კადრების მომზადება.

მომსახურების არსებული დაფინანსება უმეტეს შემთხვევაში არ არის საკმარისი ხარისხიანი, კვალიფიციური შინმოვლის მომსახურების მიწოდებისთვის. არსებულ მომსახურებებში ერთ მოსარგებელზე გაწეული გასაშუალოებული ხარჯი შეადგენს თვეში 143.6 ლარს. საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოების მიერ განხორციელებულ (სათემო/არაპროფესიულ) მომსახურებებში ერთ მოსარგებელზე გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენს თვეში 40.1 ლარს.

დემოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური, მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსის და სხვა ფაქტორების გამო, ზოგადად, მსოფლიოში და, განსაკუთრებით, საქართველოში სულ უფრო იზრდება და აუცილებელი ხდება შინმოვლის განვითარების საჭიროება. ამ საჭიროებებზე ადეკვატური რეაგირების ღონისძიებებს წარმოადგენს:

- შინმოვლის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემების პრიორიტეტულ მიმართულებად განსაზღვრა და შინმოვლის შესახებ სახელმწიფო ხედვისა და პოლიტიკის ჩამოყალიბება, რომელიც აისახება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სტრატეგიულ დოკუმენტებში;
- მომსახურების ხარისხის სახელმწიფო სტანდარტების მომზადება/დამტკიცება;
- მომსახურების განხორციელების სარეკომენდაციო სახელმძღვანელოს („გაიდლაინის“) შემუშავება;
- სახელმწიფო პროგრამებში შინმოვლის ინტეგრირება და სახელმწიფო ბიუჯეტში შესაბამისი რესურსის გათვალისწინება;
- სახელმწიფო სტანდარტის შემოღებამდე, მუნიციპალიტეტების მიერ დაფინანსებული მომსახურებების პროგრამული ჩარჩოს განსაზღვრა და ბიუჯეტის სხვა მუხლებიდან გამოყოფილი მსგავსი ღონისძიებების შინმოვლის ეფექტურ მომსახურებებში კონსოლიდირება;
- შინმოვლის საჭიროების მქონე პირთა გამოვლენის და მომსახურებაში ჩართვის მექანიზმის ჩამოყალიბება;

- მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის სისტემის შექმნა;
- შინმოვლის სრული და ხანმოკლე სასწავლო სასერტიფიკაციო სატრენინგო კურსის მსურველთათვის დასაქმების ხელშეწყობის პროგრამებით დაფინანსება.

კოალიციის „შინმოვლა საქართველოში“, საქართველოს კარტასის, წითელი ჯვრის და სხვა ორგანიზაციების ძალისხმევით შექმნილია მნიშვნელოვანი მეთოდოლოგიური ბაზა, მომსახურების პროგრამა, სტანდარტები, ხარისხის მართვის სახელმძღვანელო, პერსონალის გადამზადების კურიკულუმი, აპრობირებულია სხვადასხვა შეფასების ინსტრუმენტები, მომსახურებაში ჩართული ადამიანური რესურსების და მომსახურების მიმწოდებლების საკვალიფიკაციო მოთხოვნები და ა. შ.

შესაბამისად, სახელმწიფოს მიერ შინმოვლის მომსახურების სისტემური ორგანიზების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში, არსებობს აუცილებელი მეთოდოლოგიური და ორგანიზაციული რესურსი, რასაც შეიძლება დაეყრდნოს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა, პოლიტიკა და სტრატეგია.

შინმოვლის საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვა

კვლევის მიზანი და მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანია შინმოვლის საერთაშორისო პრაქტიკის ანალიზი და საქართველოში შინმოვლის მომსახურების განვითარების პერსპექტივასთან დაკავშირებით არგუმენტირებული დისკუსიისთვის საჭირო მონაცემების მოპოვება.

კვლევის მეთოდს წარმოადგენდა შინმოვლის თაობაზე საერთაშორისო კვლევების, ანალიზის, სტატისტიკური მონაცემების და ინტერნეტ-რესურსების სამაგიდო კვლევა.

ზოგადი ანალიზისთვის შერჩეული იქნა ევროკავშირის ქვეყნები, ხოლო დეტალური განხილვისთვის - განვითარებული ევროპული ქვეყნები (შვედეთი, ბელგია, ავსტრია, გერმანია, იტალია), აღმოსავლეთ ევროპის პოსტსოციალისტური ქვეყნები (ჩეხეთი, ბულგარეთი), პოსტსაბჭოთა ქვეყანა ესტონეთი და ერთ-ერთი საუკეთესო სოციალური სისტემის მქონე ქვეყანა ისრაელი.

ზოგადი მიმოხილვა

შინმოვლის განსაზღვრება

ტერმინი „შინმოვლა“ ქვეყნებსა და სექტორებში ძალიან განსხვავებულად არის გაგებული. შინმოვლად შეიძლება ჩაითვალოს ნებისმიერი ზრუნვა სახლში ან, ზოგადად, იმ მომსახურებების მიწოდება, რომლებიც პიროვნებას საშუალებას აძლევს, დარჩეს საცხოვრებლად საკუთარ გარემოში. შინმოვლა შეიძლება მისადაგება იმ მოსახურებასთან, რომელიც გულისხმობდეს მხოლოდ პროფესიონალების მიერ გაწეულ მომსახურებას და/ან პროფესიონალებისა და ოჯახის წევრების ზრუნვის კომბინაციას³⁰.

შინმოვლა მიზნად ისახავს პაციენტების ჯანმრთელობისა და სოციალური საჭიროებების უზრუნველყოფას არაფორმალური და ფორმალური მომვლელების

³⁰Home care across Europe. Current structure and future challenges, Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson and Richard Saltman, (2012)

მიერ შესაბამისი მომსახურებების მიწოდების გზით, მათი სახლის პირობებში (WHO)³¹.

შინმოვლა ხორციელდება ცხოვრების მაქსიმალური ხარისხის მისაღწევად. მას შეუძლია უზრუნველყოს უსაფრთხოება და დამოუკიდებლობის ზრდა, გააუმჯობესოს მიმდინარე სამედიცინო მდგომარეობა, თავიდან აიცილოს ზედმეტი ჰოსპიტალიზაცია, დაეხმაროს პაციენტს გამოჯანმრთელებაში ავადმყოფობის, ტრავმის ან საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ - ეს ყველაფერი სახლის კომფორტის პირობებსა და ჩვეულ გარემოში ხორციელდება. (Tsouros 2008)

აქტუალურობა და განვითარების საჭიროება

2017 წელს ევროპარლამენტმა, ევროსაბჭომ და ევროკომისიამ მიიღეს დოკუმენტი European Pillar of Social Rights (EPSR). ამ ფუნდამენტურ დოკუმენტში ჩამოთვლილია 20 საკვანძო პრინციპი, რომელთაგან მე-18 ეხება ხანგრძლივ მოვლას: „ყველა ადამიანს აქვს უფლება, მიიღოს ხელმისაწვდომი და მაღალი ხარისხის ხანგრძლივი მოვლა, განსაკუთრებით, შინმოვლა და სათემო მომსახურებები“.

(https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights_en).

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების აქტუალიზაცია დაკავშირებულია თანამედროვე მსოფლიოს ძირითად ტენდენციებთან, პირველ რიგში, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდასთან ბოლო ათწლეულებში, ასევე დრამატულად იზრდება ხანდაზმული მოსახლეობის წილი საერთო მოსახლეობაში (იხ. დიაგრამა ქვევით). იზრდება არაგადამდები დაავადებები და მათი გართულებების გამო გამოწვეული შესაძლებლობის შეზღუდვა; სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტებს შეზღუდული აქვთ მობილობა და საჭიროებენ ზრუნვას; ბავშვები ჯანმრთელობის მძიმე პრობლემებით და სხვადასხვა ფსიქიატრიული მდგომარეობები, რომლებიც ასევე საჭიროებს მოვლას. ეს ყველაფერი ნიშნავს იმას, რომ იზრდება მოვლაზე დამოკიდებული მოსახლეობის წილიც.

რამდენიმე მონაცემი ევროპის ქვეყნების ტენდენციების შესახებ:

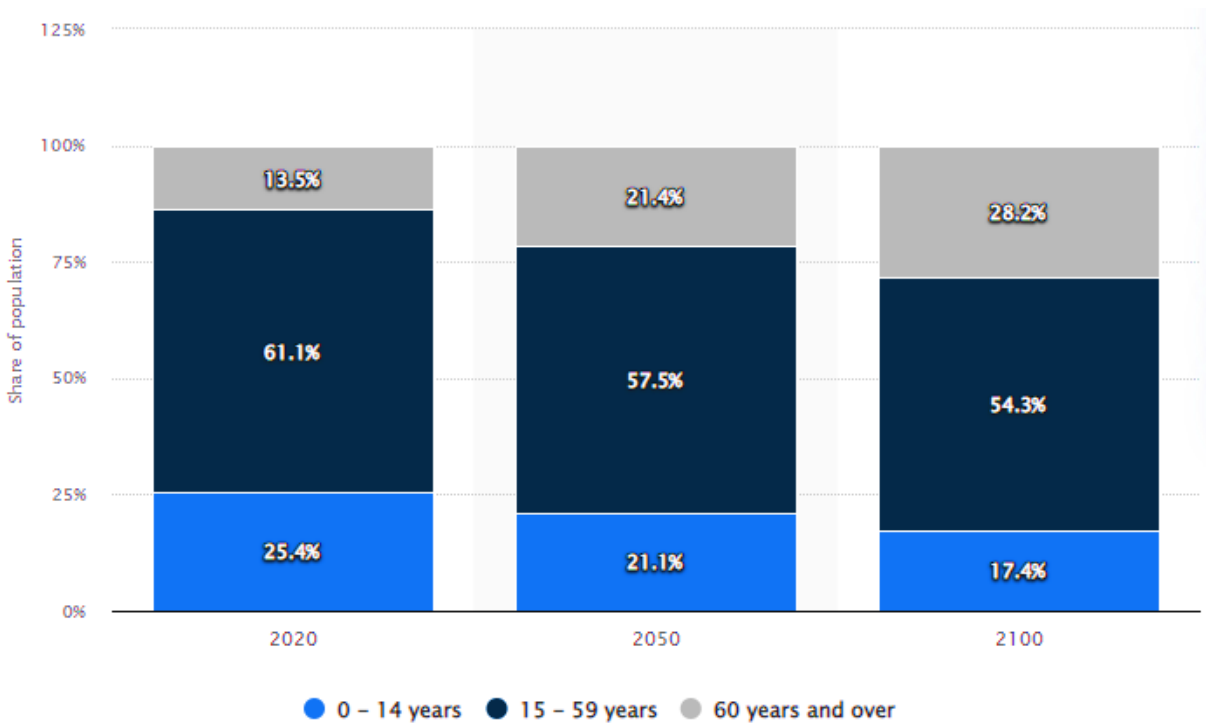
- 80+ ევროპელების რაოდენობა 2016 წლის 3.9%-დან 2070 წლისთვის გაიზრდება 13%-მდე;
- იმავე პერიოდში ხანდაზმულთა დამოკიდებულების კოეფიციენტი (65+ ჯგუფის რაოდენობის შეფარდება 15-64 წლის მოსახლეობის რაოდენობაზე 21.6%-დან გაიზრდება 51.2%-მდე;
- იმავე პერიოდში ხანგრძლივი მოვლის წილი მშპ-ში 1.6%-დან გაიზრდება 2.7%-მდე, რაც ძლიერი ეკონომიკის ქვეყნებისთვისაც დიდი საფრთხეა.

წყარო: (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018)

³¹ „Home care in Europe. The solid facts“, by Rosanna Tarricone and Agis D. Tsouros, 2008

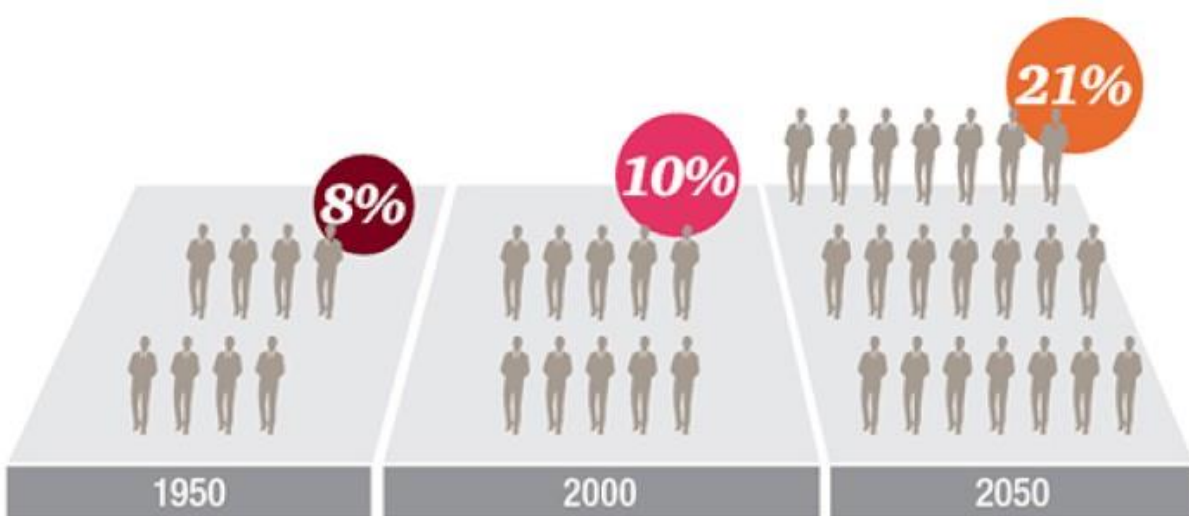
ქვემოთ გამოსახული დიაგრამები გამოხატავს დაბერების დემოგრაფიულ ტენდენციას და მასთან დაკავშირებულ დრამატულ ცვლილებებს.

დიაგრამა: ასაკობრივი ჯგუფების წილის დინამიკა მსოფლიოში 2020-2100 წლებში



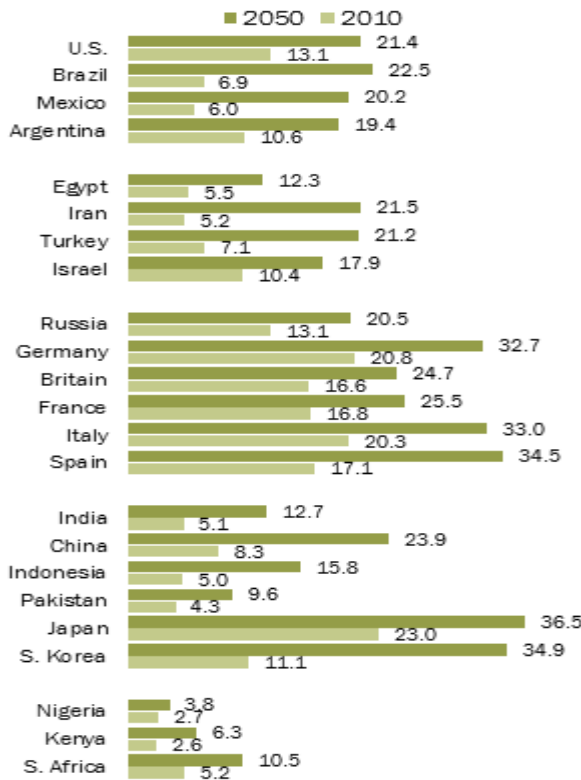
წყარო: <https://www.statista.com/statistics/672546/projected-world-population-distribution-by-age-group/>

დიაგრამა: 60 წელს ზევით მოსახლეობის წილის დინამიკა მსოფლიოში 1950-2050 წლებში



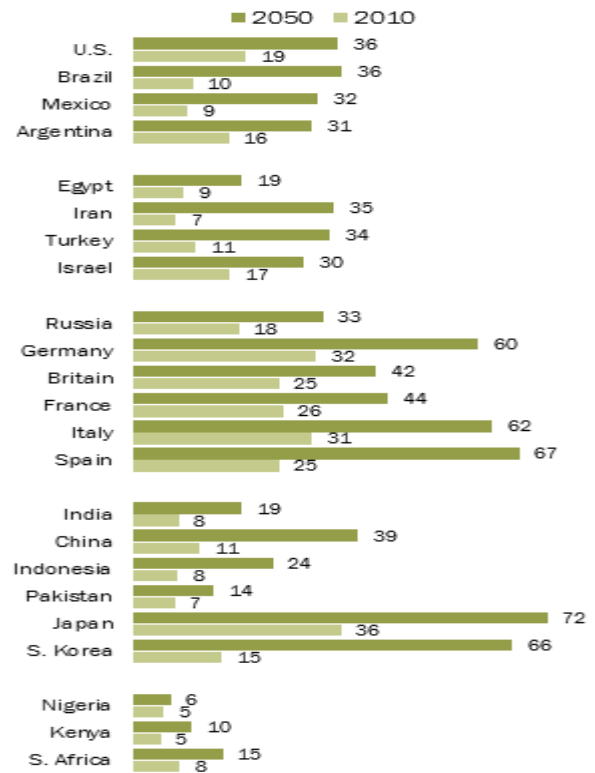
წყარო: <https://medium.com/aginginbeauty/aging-population-21-percent-of-world-will-be-over-60-years-old-age-by-2050-918b54a7514a>

ხანდაზმულთა წილი მოსახლეობაში (%)



ხანდაზმულთა დამოკიდებულების კოეფიციენტი (%)

(65+ მოსახლეობის შეფარდება 15-64 წლის მოსახლეობასთან)



წყარო: Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Population Prospects: 2012 Revision, June 2013, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

სოციალური დამოკიდებულების, ღირებულებებისა და ქვეყნის ცვლილებები ხელს უწყობს შინამოვლის ფორმალურ მომსახურებაზე მოთხოვნის გაზრდას. დიდი ოჯახის ტრადიციული ჯგუფის დაყოფა მცირე საოჯახო ერთეულებად ურბანულ რაიონებში ამცირებს იმ ადამიანთა რიცხვს, ვისაც შეუძლია უზრუნველყოს ოჯახის წევრებზე მზრუნველობა. გარდა ამისა, ქალების ფორმალური დასაქმების სტატუსი მკვეთრად გაიზარდა და კიდევ უფრო იზრდება. ბოლო დროს განსაკუთრებული აქცენტები კეთდება ქალთა შრომის ანაზღაურებისა და კარიერული შესაძლებლობების გაზრდაზე. შრომის ბაზრის წახალისება და აქტიური პოლიტიკა მიზნად ისახავს ქალთა მონაწილეობის კიდევ უფრო გაზრდას, რაც სერიოზულ გავლენას ახდენს როგორც არაფორმალური, ისე ფორმალური ზრუნვის მიმართულებაში ქალთა ჩართვასა და მონაწილეობაზე. მნიშვნელოვანია ასევე ევროკავშირის ქვეყნებს შორის მიგრაციის ზრდა, რაც იწვევს ოჯახების კიდევ უფრო დანაწევრებას.

შინმოვლის განვითარებაზე ასევე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებამ, რომელმაც ხელი შეუწყო ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის შეცვლას. არაგადამდები დაავადებების ზრდაც იწვევს შინმოვლაზე მოთხოვნის ზრდას. ასეთი მდგომარეობებია:

- ფსიქიკური დარღვევები - ბოლო პერიოდში შინმოვლის მომსახურებები აღიარებულია უპირატესად დაწესებულებაში მოვლაზე;
- დემენცია (გამოწვეული ალცჰაიმერის დაავადებით და სხვა მიზეზებით), რომლის გავრცელება იზრდება ასაკობრივ მოსახლეობაში. ამასთან, არსებობს უფრო მეტი ინფორმაცია დაავადების მართვის სქემებზე და, შესაბამისად, პრიორიტეტი ენიჭება შინმოვლას სხვადასხვა დამატებითი მომსახურებების უზრუნველყოფით;
- უფრო მეტ ადამიანს შეუძლია შინმოვლის ეფექტური და მიზანმიმართული დახმარებით ისეთი მდგომარეობების მართვა, როგორებიცაა დიაბეტი, გულსისხლძარღვთა დაავადებები, ფილტვის დაავადებები, ინსულტის შემდგომი მდგომარეობები და სიმსივნეები, ასევე, ოპერაციის და მწვავე დაავადებების შემდგომი მართვა და რეაბილიტაცია³².

მეცნიერებისა და ტექნოლოგიის განვითარება (როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო) გავლენას ახდენს შინმოვლის მოთხოვნასა და მიწოდებაზე. სამედიცინო მიღწევებმა, მათ შორის, ფარმაცევტულმა საშუალებებმა და ქირურგიულმა ტექნოლოგიებმა ხელი შეუწყო სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდას და ცხოვრების ხარისხის ამაღლებას მრავალი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანისთვის, ხანდაზმული ადამიანისთვის და კომპლექსური მოვლის საჭიროების მქონე ბავშვისთვის. სახლის მარტივი მოდიფიკაციების განვითარება (როგორიცაა ადაპტირებული ტუალეტები, საშხაპეები და აბანოები და ამწევი აპარატურა) კარგად ერგება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების საჭიროებებს. სახლში ტექნოლოგიისა და ინოვაციების განვითარება გვთავაზობს მთელ რიგ შესაძლებლობებს მოსახლეობის ჯგუფებისთვის, რომელთაც სურთ დარჩნენ საკუთარ სახლში³³.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ევროპის უმეტეს ქვეყნებში აქცენტები კეთდება დეინსტიტუციონალიზაციაზე და შინმოვლის განვითარებაზე.

ცალკეულ შემთხვევაში, ხდება რადიკალური გადაწყვეტილებების მიღებაც; მაგალითად, ნიდერლანდებში 2015 წლიდან დაიხურა საცხოვრისები (Residential home) 100 ათასი მოსარგებლით, პარალელურად, ზრუნვის სახლების ბინადართა რაოდენობა გაიზარდა მხოლოდ 33 ათასით - 63 ათასიდან 96 ათასამდე. (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018)

³² „Home care in Europe. The solid facts“, by Rosanna Tarricone and Agis D. Tsouros, 2008

³³ „Home care in Europe. The solid facts“, by Rosanna Tarricone and Agis D. Tsouros, 2008

შინმოვლის ეფექტიანობას და ქვეყნების მიერ მასზე აქცენტის გადატანას განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები:

- მოსახლეობის დაბერების პარალელურად, იზრდება ტვირთი სახელმწიფო დანახარჯებზე, განსაკუთრებით, ეს აისახება ჯანდაცვისა და საპენსიო სისტემის მიმართულებით. ბოლო პერიოდში ბევრ ქვეყანაში ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები დრამატულად იზრდება;
- შინმოვლის განვითარებაზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებები მიღებულია არა მხოლოდ ჯანმრთელობისა და სოციალური სარგებლის, არამედ სახელმწიფო ხარჯების პოტენციური შემცირების გამო, რადგან შინმოვლა უფრო ეფექტური და ხარჯეფექტურია, ვიდრე დაწესებულებაში ზრუნვა (საკითხი დეტალურად განხილულია დეინსტიტუციონალიზაციის ნაწილში);
- პირველადი ჯანდაცვა (საექთნო მომსახურება და ჰოსპიტალი სახლის პირობებში) მნიშვნელოვნად მიიჩნევა ცხოვრების ხარისხის უზრუნველსაყოფად და, ამასთან, ახლავს ხანგრძლივი მოვლისთვის განკუთვნილი სტაციონარული რესურსების ოპტიმიზაცია;
- არაფორმალური ზრუნვის როლის აღიარება (ოჯახის წევრები, მეგობრები ან მეზობლები) შინმოვლის საკითხში, რამაც განაპირობა დღის წესრიგში შინმოვლის საჭიროების და განვითარების დაყენება პოლიტიკის განმახორციელებლების და მომსახურების მიმწოდებლების მიერ.

ჩართული მხარეები და მათი როლი

მომსახურების მიმღები - ქვემოთ ჩამოთვლილი ჯგუფები ქვემწვავე და/ან ქრონიკული მდგომარეობებით:

- ჩვილები;
- ბავშვები;
- ზრდასრულები;
- ხანდაზმულები.

არაფორმალური მომვლელები - მათი ფუნქციები არ არის განსაზღვრული:

- ოჯახის უშუალო წევრები;
- გაფართოებული ოჯახის წევრები, მეგობრები;
- მეზობლები, კოლეგები;
- სხვა ნაცნობები.

ფორმალური მომვლელები - ბევრ ქვეყანაში განსაზღვრულია ფორმალური მომვლელების ფუნქციები და მოვალეობები, ასევე ინტერსექტორული ჯგუფის შემადგენლობა:

- შინმოვლის ჯანმრთელობის მიმართულების დამხმარე
 - ფუნქციები: პირადი ჰიგიენის უზრუნველყოფა (მაგალითად, დაბანა, ჩაცმა, ყოველდღიური საქმიანობების შესრულება) და ჯანმრთელობის დაცვა, როგორცაა ჭრილობის მოვლა, ჯანმრთელობის მონიტორინგი და ჩანაწერების წარმოება, მედიკამენტების მიღების კონტროლი. აღნიშნული საქმიანობა ხორციელდება რეგისტრირებული ექთნის ან ექიმის მეთვალყურეობით.
- ექთანი
 - რეგისტრირებული ექთანი - მისი ფუნქციებია კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება, დიაგნოსტიკური ტესტების ჩატარება და შედეგების ანალიზი, სამედიცინო აღჭურვილობის ექსპლუატაცია, მკურნალობა და მედიკამენტების მიწოდება, მკურნალობის გეგმების შემუშავება, ლიცენზირებული პრაქტიკოსი ექთნების და სხვა უშუალო მუშაკების ზედამხედველობა, მოვლის კოორდინაცია.
 - პრაქტიკოსი ექთანი - მისი ფუნქციებია რუტინული მოვლა (მაგ., წამლების მიღება, ჭრილობის მოვლა და სასიცოცხლო მაჩვენებლების შეფასება) ტესტირებისთვის სინჯების შეგროვება, რუტინული ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება და ინექციების გაკეთება, კათეტერების მონიტორინგი. მას მეთვალყურეობას უწევს რეგისტრირებული ექთანი.
- ექიმი
 - მის ფუნქციებში შედის დაზიანებების და დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, სამედიცინო ზედამხედველობა; პაციენტების გამოკვლევა; სამედიცინო ისტორიის წარმოება, დიაგნოსტიკური ტესტების შეკვეთა, ჩატარება და ინტერპრეტაცია.
- სოციალური მუშაკი
 - ფსიქოსოციალური დახმარება ან მომსახურებების შეფასება, კოორდინაცია და მონიტორინგი.
- ფიზიკური, მეტყველების და ოკუპაციური თერაპევტები, ლოგოპედი;
 - ფიზიკური თერაპევტი - მობილობის აღდგენა ან შენარჩუნება, ვარჯიში, ფუნქციური ტრენინგი, დამხმარე და ადაპტაციური მოწყობილობებისა და აღჭურვილობის გამოყენების სწავლება.
 - მეტყველების თერაპევტი - ყლაპვასთან, ხმასთან, მეტყველებასთან და კომუნიკაციასთან დაკავშირებული დარღვევების შეფასება, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა; კომუნიკაციის ალტერნატიული მეთოდების შესწავლა, როგორცაა ავტომატური მოწყობილობების ან ჟესტების ენის გამოყენება.

- ოკუპაციური თერაპევტი - დამოუკიდებლობის, პროდუქტიულობისა და ცხოვრების ხარისხის მაქსიმალურად გაზრდის ხელშეწყობა; შესაძლებლობების და უნარების განვითარება, აღდგენა და შენარჩუნება მთელი რიგი ტექნიკის, კომპიუტერული პროგრამებისა და ადაპტაციური ან დამხმარე საშუალებების გამოყენებით.
- დიეტოლოგი
 - პაციენტზე მორგებული კვების გეგმის შემუშავება. (Education 2011)

ორგანიზაციული დიზაინი და სტრუქტურა

ევროკავშირის თითქმის ყველა ქვეყანაში შინმოვლა ხორციელდება ინტერსექტორული პრინციპით, ჯანდაცვის და სოციალური სისტემების კომბინაციით.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიერ მიწოდებულ შინმოვლის მომსახურებებში ხშირად შუდის:

- სარეაბილიტაციო, დამხმარე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ან პრევენციული და საექთნო მოვლა ქრონიკული და მწვავე მდგომარეობებისთვის, ასევე, ოკუპაციური თერაპია და ფიზიოთერაპია;
- ჯანდაცვის საჭიროებების მქონე შინმოვლის მოსარგებლები ძირითადად არიან ხანდაზმული ადამიანები, კომპლექსური და ტერმინალური დაავადებების მქონე პირები;

შინმოვლის სოციალური მომსახურებები ძირითადად ხორციელდება სოციალური მომსახურების სექტორის მიერ და მოიცავს:

- ყოველდღიურ საქმიანობაში დახმარებას, როგორებიცაა საყიდლები, დასუფთავება, საჭმლის მომზადება, ადმინისტრაციული საბუთების მოწესრიგება, პირად ჰიგიენაზე ზრუნვა, გასეირნება. (Tsouros 2008)

პერსონალური მოვლა და კომპანიონობა

ყოველდღიურ საქმიანობაში დახმარება, როგორებიცაა საყიდლები, დასუფთავება, საჭმლის მომზადება, ადმინისტრაციული საბუთების მოწესრიგება, პირად ჰიგიენაზე ზრუნვა, გასეირნება.



მოიცავს:

- დახმარება თავის მოვლაში/მოწესრიგებაში (ჩაცმა, დაბანა, დავარცხნა, ტუალეტის მოხმარება და ა.შ.);
- სახლში უსაფრთხო გადაადგილებაში დახმარება (საწოლიდან ეტლიში, ეტლიდან აბაზანაში და ა.შ.) და დაცემის პრევენცია;
- დახმარება საკვების დაგეგმვა, მომზადება, სახლის დალაგებაში და ა.შ.;
- კომპანიონობის გაწევა (საუბარი, დახმარება მათ საყვარელ საქმიანობაში).

საექთნო მოვლა

ხანგრძლივი, უწყვეტი საექთნო მოვლა ქრონიკული დაავადებების ან დაზიანებების მქონე, ასევე, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის



მოიცავს:

- ისეთი დაავადებებისა და მდგომარეობების დროს დახმარების აღმოჩენა, როგორიცაა თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის დაზიანება;
- ხელოვნური სუთქვა;
- სასიცოცხლო ნიშნების მეთვალყურეობა;
- მედიკამენტების მიღება;
- სტომის მოვლა;
- კათეტერით კვება;
- კათეტერის ჩადგმა.

სახლში სამედიცინო მომსახურება

ხანმოკლე-სარეაბილიტაციო, დამხმარე, ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ან დაავადების პროფილაქტიკური და საექთნო მოვლა, როგორც ქრონიკული, ისე მწვავე მდგომარეობებისთვის, ასევე, ოკუპაციური თერაპია და ფიზიოთერაპია;



მოიცავს:

- ხანმოკლე ექთნის მომსახურება;
- ფიზიკური თერაპია;
- ოკუპაციური თერაპია;
- მეტყველების თერაპია;
- სამედიცინო სოციალური მუშაობა;
- სახლში სამედიცინო მომსახურება.

წყარო: <https://www.bayada.com/homehealthcare/what-is-homecare/>

სხვადასხვა ქვეყანაში შინმოვლა ფორმირებულია განსხვავებულად. ზოგიერთ ქვეყანაში შინმოვლის მომსახურებები და პასუხისმგებლობები განაწილებულია სხვადასხვა სამინისტროებს შორის. ჩრდილო-დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში პასუხისმგებლობა აღებული აქვს ერთ სამინისტროს. შინმოვლის მომსახურებები სხვადასხვა ქვეყნებში ასევე განსხვავებულია რეგიონული და ცენტრალიზებული მართვით. მაგალითად, ჯანმრთელობის მიმართულების ფინანსური და რეგულირების მექანიზმები ძირითადად ცენტრალურ/რეგიონულ დონეზე არის განვითარებული ინგლისში, საფრანგეთსა და ნიდერლანდებში, ხოლო სოციალური საკითხები მუნიციპალიტეტების პასუხისმგებლობაა. დანიაში, ირლანდიაში, ნორვეგიასა და შვეიცარიაში, ასევე, ფინეთისა და შვედეთის ნაწილებში როგორც სოციალური, ისე ჯანდაცვის მიმართულებები წარმოადგენს რეგიონული ხელისუფლების ან მუნიციპალიტეტების პასუხისმგებლობას. ფინეთში, ნორვეგიასა

და შვედეთში ინტეგრაციის დონე საკმაოდ ძლიერია, ანუ, ძირითადად, არსებობს მხოლოდ ერთი შინმოვლის სქემა და ერთი სამთავრობო ერთეული, რომელიც პასუხისმგებელია პოლიტიკის შემუშავებაზე.

ქვეყნების უმეტესობას აქვს შინმოვლის ფორმალური მომსახურებების ერთზე მეტი სქემა. შინმოვლის სქემები შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებს (როგორც ფინეთში, საფრანგეთში, რუმინეთსა და შვედეთში) ან იყოს სხვადასხვა ხანგრძლივობის, საჭიროებებზე დაფუძნებით, როგორიცაა ხანგრძლივი ან ხანმოკლე მოვლა (გერმანია და ლუქსემბურგი). პერსონალური ზრუნვის სქემები საკმაოდ გავრცელებულია ევროპაში, მაგალითად, ბულგარეთში, ხორვატიაში, ჩეხეთში, რუმინეთში, სლოვაკეთში, სლოვენიაში, ესტონეთში, ფინეთში, საფრანგეთში, ნორვეგიასა და შვედეთში. ასეთი სქემების დროს მოსარგებლებს (ან მათ ოჯახებს) შეუძლიათ გადაწყვიტონ, თუ რა მომსახურებას მიიღებენ პერსონალური ასისტენტისგან. პერსონალური დახმარება შეიძლება არსებობდეს სამედიცინო დახმარების პარალელურად, ისე, როგორც ნიდერლანდებში. (Nadine Genet 2012)

შინმოვლის ორგანიზება და მართვა შეიძლება განსხვავდებოდეს და იყოს ცენტრალიზებული, დეცენტრალიზებული ან კომბინირებული, ასევე, ინტეგრირებული სოციალურ და ჯანდაცვის მიმართულებებს შორის და დაყოფილი. დეცენტრალიზებული გადაწყვეტილების მიღების მომხრეები ამტკიცებენ, რომ დეცენტრალიზებული მიდგომა არის უფრო მეტად ეფექტური და პაციენტზე ორიენტირებული, ხოლო მათი ოპონენტები ფიქრობენ, რომ დეცენტრალიზებული შინმოვლის პროგრამები შეიძლება იყოს ასიმეტრიული და ფრაგმენტული. სხვადასხვა კვლევები ამტკიცებს, რომ დეცენტრალიზებული შინმოვლა უკავშირდება მეტ ინოვაციას, ადგილობრივ ანგარიშვალდებულებას, ხარჯების ადეკვატურად გამოყენებას, მაგრამ არის დიფერენცირებული და ასიმეტრიული მუნიციპალიტეტების მიხედვით. ჯანდაცვის და სოციალური სისტემების ინტეგრირებული პროგრამების დროს შინმოვლის მომსახურება უფრო კოორდინირებულია, ამიტომ, სხვადასხვა სექტორების კოორდინაცია ძალიან მნიშვნელოვანია; გარდა ამისა, შინმოვლის მიმართულება უნდა კოორდინირებული იყოს სხვა სამედიცინო მომსახურებებთან, როგორებიცაა პირველადი ჯანდაცვა, ჰოსპიტალური მომსახურება და ხანგრძლივი ინსტიტუციური დახმარება.

ევროკავშირის ქვეყნების ხედვები შინმოვლის მართვასთან დაკავშირებით

ევროკავშირის ქვეყნების უმეტესობაში ცენტრალურმა მთავრობამ ჩამოაყალიბა საკუთარი ხედვა შინმოვლის შესახებ.

ქვეყანა	ხედვა	რეგულაცია	ინტეგრირებული სისტემები
	3 მკაფიოდ ჩამოაყალიბებული 2 მხოლოდ ერთი ტიპის შინმოვლისთვის 1 ოფიციალური დოკუმენტი არ არის ხელმისაწვდომი	5 ცენტრალიზებული 4 შერეული ცენტრალიზებული / რეგიონული 3 რეგიონული ან შერეული ცენტრალიზებული / მუნიციპალური 2 შერეული რეგიონული / მუნიციპალური 1 მუნიციპალური	4 ერთი სამინისტრო, ერთი პოლიტიკის სქემა 3 ერთი სამინისტრო, ერთზე მეტი სქემა 2 ორი სამინისტრო, ორი სქემა 1 ორი სამინისტრო, ორზე მეტი მეტი სქემა
ავსტრია	3	3	2
ბელგია	3	4	1
ბულგარეთი	1		1
ხორვატია	3		
კვიპროსი	3	4	1
ჩეხეთის რესპ.	2	3	1
დანია	3	1	3
ინგლისი	3	3	3
ესტონეთი		3	2
ფინეთი	3	1	4
საფრანგეთი	3	5	2
გერმანია	3	3	2
საბერძნეთი	3	1	
უნგრეთი	1	4	1
ისლანდია	1	1	1
ირლანდია	3	3	3
იტალია	3	1	1
ლატვია	3	3	1
ლიტვა			1
ლუქსემბურგი	2	5	2
მალტა	3	5	3
ნიდერლანდები	3	3	3
ნორვეგია	3	1	4
პოლონეთი	1	2	1
პორტუგალია	3	5	2
რუმინეთი	1	2	1
სლოვაკეთი	3	3	1
სლოვენია	2	3	1
ესპანეთი	3	2	2
შვედეთი	3	1	4
შვეიცარია	3	3	

წყარო: Home care across Europe. Current structure and future challenges, Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson and Richard Saltman, (2012)

ეროვნული მთავრობების ხედვები შინმოვლის შესახებ, ჩვეულებრივ, ფორმულირებულია საკმაოდ ზოგადად, არ მოიცავს მნიშვნელოვან კონცეფციებს და არ განსაზღვრავს გაზომვად მიზნებს. ძირითადად, შინმოვლა განიხილება ხანგრძლივი მოვლის ან ხანდაზმულთა პოლიტიკის ფარგლებში. ზოგიერთ ქვეყანას (მაგ., ჩეხეთსა და სლოვენიას) აქვს ხედვა მხოლოდ ერთი ტიპის შესახებ, ხოლო აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში არ არის განსაზღვრული რაიმე მკაფიო ხედვა შინმოვლის შესახებ (იხ. ცხრილი ზემოთ). ცენტრალურ დონეზე დეტალური ხედვის არარსებობა, სავარაუდოდ, არის შინმოვლის სექტორში დეცენტრალიზაციის მაღალი დონის მაჩვენებელი. მუნიციპალიტეტები ხშირად ადგენენ საკუთარ ხედვებს. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ., ფინეთში და ნიდერლანდებში) მათი ამკარა პასუხისმგებლობაა შინმოვლის პროგრამების უზრუნველყოფა.

მიუხედავად იმისა, რომ მთავრობების მიერ ჩამოყალიბებული ხედვები მთელ ევროპაში განსხვავებულია, საერთო მახასიათებლის პოვნა მაინც შეიძლება. ეს ძირითადად ეხება შინმოვლის ზრდის საჭიროებას და დაწესებულებაში მოვლის ჩანაცვლებას.

ცენტრალიზებული	სტრუქტურული	თავისუფალი
მახასიათებლები		
<ul style="list-style-type: none"> ეროვნული მთავრობის დომინანტური როლი ცენტრალური მთავრობის მიერ მკაცრად დადგენილი ვალდებულებები შინმოვლის ეროვნული ხედვა 	<ul style="list-style-type: none"> კერძო მიმწოდებლების მაღალი ჩართულობა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში შინმოვლის ეროვნული ხედვა 	<ul style="list-style-type: none"> ცენტრალური მთავრობის სუსტი როლი სახელმწიფოს ხედვის არარსებობა მცირე ვალდებულებები
ჩართული მხარეები		
<ul style="list-style-type: none"> ცენტრალური მთავრობა ადგენს დეტალურ რეგულაციებს რეგიონული და მუნიციპალური მთავრობა ძირითადად ჩართულია მომსახურების ოპერირების პროცესში კერძო მიმწოდებლები მკაცრად რეგულირდებიან 	<ul style="list-style-type: none"> ცენტრალური მთავრობა ადგენს ზოგად რეგულაციებს მუნიციპალიტეტებს და რეგიონებს აქვთ საკმაოდ დიდი როლი მომსახურების მართვაში, რეგულირებასა და მიწოდებაში არასამთავრობო ორგანიზაციები ჩართულები არიან მომსახურების პროცესში და აქვთ დიდი როლი 	<ul style="list-style-type: none"> არამომგებიანი ორგანიზაციები ადგენენ საკუთარ რეგულაციებს და კონტრაქტირდებიან სახელმწიფოს მიერ კერძო მიმწოდებლები ადგენენ საკუთარ რეგულაციებს და მომსახურების მიწოდებას უზრუნველყოფენ მათთვის, ვისაც არ აქვს ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა
პოლიტიკის პრობლემები		
ეფექტურობის და თანასწორობის შენარჩუნება	თანასწორობა	ხარისხი და თანასწორობა
მაგალითები		
კვიპროსი, მალტა, საფრანგეთი, პორტუგალია	დანია, ინგლისი, ფინეთი, გერმანია, ნიდერლანდები, ნორვეგია, შვედეთი, შვეიცარია	ბულგარეთი, რუმინეთი

წყარო: Home care across Europe. Current structure and future challenges, Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson and Richard Saltman, (2012)

პოლიტიკის შემუშავების პასუხისმგებლობა ბევრ ქვეყანაში დეცენტრალიზებულია. კონტროლის სამთავრობო დონე ყველაზე ცენტრალიზებულია ბელგიაში, კვიპროსში, საფრანგეთსა და შვეიცარიაში და ყველაზე დეცენტრალიზებულია ისლანდიასა და იტალიაში. შვედეთში რეგიონების მიხედვით დეცენტრალიზაციის ხარისხი განსხვავებულია. (Nadine Genet 2012)

განსხვავებების მიუხედავად, ევროპაში ხანგრძლივი მოვლა ხასიათდება სამი ძირითადი გამოწვევითა და ტენდენციით:

1. მომსახურების მიწოდების ინსტიტუციური და გეოგრაფიული ფრაგმენტაცია, რაც იწვევს პრობლემებს ხელმისაწვდომობის, ფინანსირების და ხარისხის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით;
2. შინმოვლის პრიორიტეტიზაცია, დეინსტიტუციონალიზაციის პარალელურად, თუმცა ევროპის აღმოსავლეთის და სამხრეთის ზოგიერთ ქვეყანაში შინმოვლა და სათემო მომსახურებები კვლავ ძნელად ხელმისაწვდომია;
3. არაფორმალური მოვლის ფართო გავრცელება, მეტწილად, ფორმალური მომსახურების შეზღუდული ხელმისაწვდომობის, დაბალი ხარისხის და მაღალი ფასის გამო.

წყარო: Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018.

ქვეყნებს შორის არსებული მნიშვნელოვანი განსხვავებების გარდა, მოვლის სისტემაში საერთო ევროპული პოლიტიკის გატარებას ხელს უშლის შემდეგი ფაქტორები:

- ხანგრძლივი მოვლის სირთულე: ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ერთობლიობა, ფორმალური და არაფორმალური მოვლის კომბინაცია;
- მონიტორინგის სირთულე, მოვლის მეტწილად არაფორმალური ბუნება, შეთანხმებული ინდიკატორების და შედარებადი მონაცემების არარსებობა.

ძირითადად, არაფორმალური მომვლელები არიან მეუღლეები და შვილები, მეტწილად, ქალები. ზოგიერთ ქვეყანაში შვილებისა და მშობლების პასუხისმგებლობები განსაზღვრულია კანონით (მაგ., უნგრეთი, ლატვია, ლიტვა...). არაფორმალური მომვლელების მხარდაჭერა მნიშვნელოვნად განსხვავებულია ქვეყნების მიხედვით: ზოგი მათგანი მათზე გასცემს ფულად კომპენსაციას (მაგ., შვეიცარია, ფინეთი, უნგრეთი, ირლანდია, ბრიტანეთი...); უმეტეს ქვეყნებში განსაზღვრულია სხვადასხვა სარგებელი (მაგ., სამუშაო დროის შემცირება, ე. წ. განტვირთვის მოვლა).

ასევე, ევროპის რეგიონისთვის დამახასიათებელია შემდეგი საერთო გამოწვევები:

1. ხელმისაწვდომობა და ადეკვატურობა, რაც გამოწვეულია მომსახურების საჯარო რესურსებით უზრუნველყოფის დეფიციტით და ფორმალური და არაფორმალური მომსახურების არასათანადო ურთიერთშემავსებლობით;
2. ხარისხი, რადგან სწრაფი დემოგრაფიული ცვლილებები ზრდის წინააღმდეგობას მოვლის მოცულობასა და ხარისხს შორის;

3. დასაქმება, განსაკუთრებით ქალების, რომლებიც ხშირად არიან არაფორმალური მომვლელები;
4. ფინანსური მდგრადობა, მოსახლეობის დაბერებისა და ხანგრძლივი მოვლის ხარჯების ზრდის გათვალისწინებით.

ქვეყნების უმეტესობაში შინმოვლა პრიორიტეტულია დაწესებულებაში მოვლასთან შედარებით (მაგ., ავსტრია, გერმანია, დანია, ესპანეთი, საფრანგეთი, ნორვეგია, ისლანდია...), თუმცა, ზოგ ქვეყანაში შინმოვლა ნაკლებად განვითარებულია (მაგ., ბულგარეთი, კვიპროსი, ესტონეთი, უნგრეთი, პოლონეთი, რუმინეთი...). ზოგიერთი ქვეყანა, ჰუმანური და ეკონომიკური ფაქტორების გათვალისწინებით, აძლიერებს პრევენციისა და რეაბილიტაციის მიმართულებას, რათა უზრუნველყოს მაქსიმალურად დიდხანს დაყოვნება სახლში (მაგ., გერმანია, დანია, ლუქსემბურგი, პორტუგალია, საფრანგეთი, ინგლისი, შოტლანდია...). ქვეყნების ნაწილში მოვლის დაწესებულებები ტრადიციულად განუვითარებელია (მაგ., ესტონეთი, საბერძნეთი, ხორვატია, უნგრეთი, მაკედონია, პოლონეთი, რუმინეთი...), ხოლო ზოგიერთში შემცირებულია დეინსტიტუციონალიზაციის გამო (მაგ., დანია, ფინეთი, ისლანდია, ნიდერლანდები, შვედეთი, ნორვეგია...). მოვლის მომსახურებების დეფიციტი განაპირობებს სფეროში კომერციული კომპონენტის გაძლიერებას და სამედიცინო სექტორის, მათ შორის, ჰოსპიტლების არაეფექტურ დატვირთვას (მაგ., კვიპროსი, საბერძნეთი, უნგრეთი, მაკედონია, მალტა, პორტუგალია, რუმინეთი, სერბია, ბრიტანეთი). (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018)

შინმოვლის მართვის ტიპები

შეიძლება ასევე გამოიყოს შინმოვლის მართვის სამი ტიპი: ცენტრალიზებული, სტრუქტურული და უმართავი (თავისუფალი)

მმართველობის პირველი ტიპი ყველაზე გავრცელებულია, დანარჩენი ორი ნაკლებად დაბალანსებულია და უფრო იშვიათად გვხვდება.

ცენტრალიზებული ტიპი

მართვის ამ ტიპს ახასიათებს ცენტრალური მთავრობის დომინანტური როლი, განსაზღვრავს პროგრამაში ჩართვის მკაცრ კრიტერიუმებს. რეგიონული ხელისუფლება ახორციელებს მხოლოდ ცენტრალური ხელისუფლების პოლიტიკას. ეს მოდელი ყველაზე მეტად განსაზღვრულია რამდენიმე პატარა ქვეყანაში, ასევე, საფრანგეთსა და პორტუგალიაში.

სტრუქტურული

ამ მართვის ტიპის დამახასიათებელია დეცენტრალიზებული მატალი დონის გადაწყვეტილებების მიღება და, ამავე დროს, მკაფიო ეროვნული ხედვა შინმოვლის შესახებ. დამატებით, ეროვნული ჩარჩოს რეგულირებაში გამოიყენება ზოგადი კრიტერიუმები. მაგალითად, „ადამიანებს არასაკმარისი შემოსავლებით“ ან „დამოკიდებულ ადამიანებს“ აქვთ შინმოვლის მიღების შესაძლებლობა. გარდა ამისა, შეიძლება დაწესდეს ისეთი შეზღუდვები, როგორცაა შინმოვლის მაქსიმალური ფასების დადგენა (როგორც უნგრეთში) ან ჯგუფების შექმნა, რომელთაც სჭირდებათ შინმოვლის მომსახურება სახელმწიფო დაფინანსებით.

მუნიციპალიტეტებსა და არასამთავრობო ორგანიზაციებს შეუძლიათ ჩამოაყალიბონ უფრო სპეციფიკური კრიტერიუმები ეროვნული ზოგადი ჩარჩოს ფარგლებში და პასუხისმგებელი არიან სისტემის ორგანიზებაზე. ამ მოდელის ორი მაგალითი გვხვდება ნიდერლანდებსა და სლოვენიაში. ნიდერლანდებში ეროვნული მთავრობა ადგენს ზოგადი რეგულაციების ჩარჩოს, რომლის ფარგლებშიც მუნიციპალიტეტები და დამოუკიდებელი სააგენტოები ქმნიან საკუთარ წესებს. დამოუკიდებელი სააგენტოები მართავენ საექთნო და პერსონალურ მომსახურებებს; მუნიციპალიტეტები არეგულირებენ შინმოვლის სოციალურ მიმართულებას. ნიდერლანდების სოციალური დახმარების აქტი არეგულირებს მუნიციპალური პასუხისმგებლობის ზოგად ადწერას და მოითხოვს მუნიციპალიტეტების მიერ ყოველ ოთხ წელიწადში სოციალური დახმარების სქემის გადახედვას. მუნიციპალიტეტები იღებენ გადაწყვეტილებას მოსარგებლის ჩართვის, მომსახურების ფასებისა და კონკრეტული მომსახურებების მიწოდების შესახებ, რომელთა დაფინანსება მოხდება სახელმწიფო დაფინანსების ხარჯზე. ნიდერლანდების ჯანდაცვის ორგანო ადგენს ფასების ზედა ზღვარს პერსონალური მოვლისა და საექთნო მომსახურებისთვის. ზრუნვის შეფასების ცენტრი (Centrum Indicatiestelling Zorg) წყვეტს მოსარგებლის პროგრამაში ჩართვის ზუსტ კრიტერიუმებს სამთავრობო სახელმძღვანელო მითითებების საზღვრებში.

სლოვენიაში სოციალური შინმოვლა ძირითადად მუნიციპალიტეტების პასუხისმგებლობაა. სახელმწიფო ასიგნებებით დაფინანსებულ სოციალურსაყოფაცხოვრებო მომსახურებაში მოსარგებლის ჩართვის ზოგადი კრიტერიუმები მოცემულია სოციალური კეთილდღეობის მომსახურების სტანდარტებისა და ნორმების ეროვნულ წესებში. ეს კრიტერიუმები საკმაოდ ზოგადია, ამიტომ, მუნიციპალიტეტებს (შემსრულებელ ორგანოებს) შეუძლიათ მიიღონ გადაწყვეტილება ისეთი მომსახურების გაწევაზე, რომელიც სხვა რეგიონებში არ არის გათვალისწინებული. ამრიგად, ამ ტიპის მმართველობამ შეიძლება გამოიწვიოს ქვეყნის მასშტაბით დიდი განსხვავებები შინმოვლის მიწოდებაში. (Nadine Genet 2012)

თავისუფალი ტიპი

ზემოთ აღწერილი მოდელებისგან განსხვავებით, თავისუფალი მართვის ტიპისთვის დამახასიათებელია ცენტრალური მთავრობის სუსტი როლი. როგორც წესი, არ არსებობს ეროვნული მთავრობის ხედავ შინმოვლის შესახებ, ეროვნული დონეზე დადგენილი დოკუმენტები თითქმის არ არის განსაზღვრული და კერძო მიმწოდებლები და არასამთავრობო ორგანიზაციები ასრულებენ ძირითად როლს შინმოვლის პროექტებში ჩართვის გადაწყვეტილების მიღებისას. თუ მთავრობას რაიმე როლი აქვს, ის ძირითადად ღარიბი მოქალაქეებით და უსაფრთხოების ქსელის შექმნით არის დაკავებული. ბულგარეთი არის ამ მესამე მოდელის მაგალითი. მთავრობის ჩარევის არარსებობამ და ღარიბმა საზოგადოებამ, რომელსაც არ შეუძლია გადაიხადოს მომსახურების საფასური, ამ ქვეყანაში საყოველთაო შინმოვლის ნაკლებობა გამოიწვია.

დაფინანსება

ხანგრძლივი მოვლის მომსახურების დაფინანსება თუ მიზნობრივი ფულადი შემწეობის გაცემა ბიუჯეტიდან დამოკიდებულია პაციენტის საჭიროებაზე, შემოსავალზე, ქონებაზე და ოჯახის მხარდაჭერაზე. თითქმის ყველა ქვეყანაში სავალდებულოა თანაგადახდა როგორც შინმოვლის, ასევე დაწესებულებაში მოვლისათვის. დაფინანსების წყარო ძირითადად ზოგადი გადასახადებია. (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018)

მომსახურება, რომელიც შეიძლება დაექვემდებაროს სახელმწიფო დაფინანსებას, შეიძლება დაიყოს რამდენიმე კატეგორიად:

- საყოფაცხოვრებო დახმარება (საშინაო საქმეები);
- ყოველდღიური საქმიანობის (ADL) უზრუნველყოფა;
- ექთნის მომსახურების უზრუნველყოფა;
- ტექნიკური დახმარების გაწევა.

გარდა ამისა, არსებობს მხარდაჭერა სახლის გარეთ საქმიანობის განხორციელებაში. სოციალური შინმოვლა მოიცავს დალაგებას, საყიდლებს, გადახდებს, საოჯახო საქმეების ადმინისტრირებას, ტრანსპორტს, კვებას და სოციალურ საქმიანობას. (Nadine Genet 2012)

საყოფაცხოვრებო დახმარება

საოჯახო საქმეებში დახმარება ნაწილობრივ ფინანსდება 25 ქვეყანაში; საყიდლებში დახმარება - 22 ქვეყანაში, კვების უზრუნველყოფა დაფინანსებულია 20 ქვეყანაში, საოჯახო საქმეებში დახმარება - 17 ქვეყანაში. ამასთან, ბევრ ქვეყანაში

საყოფაცხოვრებო დახმარების დაფინანსება იზღუდება მიმღების ან მისი ოჯახის შემოსავლების დონიდან გამომდინარე. გარდა ამისა, ამ მომსახურებების დაფინანსება ყოველთვის არ არის ხელმისაწვდომი ყველა მუნიციპალიტეტში. მაგალითად, ბულგარეთისა და ფინეთის მუნიციპალიტეტების მხოლოდ ზოგიერთი ნაწილი აფინანსებს საყოფაცხოვრებო მოვლას. ბევრ სხვა ქვეყანაში, ამ მომსახურებების მიღების კრიტერიუმები საკმაოდ მკაცრია. ნიდერლანდებსა და პოლონეთში საყოფაცხოვრებო მოვლა ფინანსდება მხოლოდ მარტონელა პაციენტების შემთხვევაში და ისიც ყველაზე დაბალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებში. საოჯახო საქმეების ადმინისტრირების დახმარების შეზღუდვები ძირითადად განისაზღვრება მოსარგებლის შემოსავლით (როგორც ბულგარეთში, კვიპროსსა და პოლონეთში). ზოგჯერ, არსებობს მუნიციპალური ან რეგიონული განსხვავება (მაგ., შვეიცარიის კანტონებსა და ბულგარეთისა და ფინეთის მუნიციპალიტეტებს შორის). ფინეთში საოჯახო ადმინისტრირებაში დახმარება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კანონიერი უფლებაა. (Nadine Genet 2012)

დახმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში (ADL)

ქვეყნების აბსოლუტურ უმრავლესობაში ფინანსდება ისეთი მომსახურებები, როგორებიცაა დაბანა და რეცხვაში დახმარება (25 ქვეყანა), ჩაცმაში დახმარება (26), დამხმარე საშუალებების გამოყენების სწავლება (25) და ჭამაში დახმარება (25). ამასთან, გეოგრაფიული განსხვავებები შეიძლება არსებობდეს მუნიციპალიტეტებს შორის და ზოგიერთმა ქვეყანამ შეიძლება შეზღუდოს დაფინანსება მხოლოდ დაბალი შემოსავლის ჯგუფით.

საექთნო ზრუნვა

სტომის შეცვლა, მარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, ინექცია, ინფუზია, კანის მოვლა, ნაწოლების მოვლა და პრევენცია ფინანსდება 26 ქვეყანაში, მედიკამენტების მიღებაში დახმარება 25 ქვეყანაში. ავსტრიაში ამ ტიპის მზრუნველობის დაფინანსება ოთხი კვირით არის შეზღუდული. იმ ქვეყნებში, სადაც მუნიციპალიტეტები პასუხისმგებელი არიან ამ ტიპის მოვლაზე, დაფინანსება შეიძლება განსხვავდებოდეს მუნიციპალიტეტების მიხედვით (მაგ., ბულგარეთსა და ფინეთში). კვიპროსის დაფინანსება დამოკიდებულია რეგიონსა და მიმღების შემოსავალზე. (Nadine Genet 2012)

დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფა

მარტივი დამხმარე საშუალებები, როგორიცაა ხელჯოხები და ყავარჯნები, ფინანსდება 25 ქვეყანაში. სხვა დამხმარე საშუალებებით სახელმწიფო დაფინანსება (მაგ., რეგულირებადი საწოლები, ინვალიდის ეტლები, ნაწოლების საწინააღმდეგო ბალიშები და ლეიბები, პაციენტის ამწეები) ხდება 22 ქვეყანაში. სახელმწიფო დაფინანსების წილი შეიძლება დამოკიდებული იყოს შემოსავლებზე, ისე, როგორცაა

კვიპროსსა და ირლანდიაში. ფინეთში შესაძლებელია დამხმარე საშუალებების დაქირავება, საბერძნეთში - სესხის აღება დამხმარე საშუალებების შესაძენად. დამხმარე საშუალებები ნაწილობრივ ფინანსდება პოლონეთში.³⁴

დაფინანსების წყაროები

სხვადასხვა ტიპის შინმოვლა შეიძლება დაფინანსდეს განსხვავებულად. დაფინანსებაში ჩართული მთავრობის დონე შეიძლება იყოს ეროვნული, რეგიონული ან მუნიციპალური, ან მათი კომბინაცია; ასევე, შეიძლება განსხვავებულად შინმოვლის ტიპის მიხედვით.

როგორც წესი, შინმოვლის დაფინანსების წყარო კომბინირებულია. დაფინანსების იშვიათი მეთოდია ერთი წყარო, მაგალითად დანიაში, სადაც გადასახადები დაფინანსების ერთადერთი წყაროა.

- ჯიბიდან გადახდა: შინმოვლის მიმღებ პირს ხანდახან უწევს თანაგადახდა გადასახადების ან სოციალური დაზღვევის საშუალებით დაფინანსებული მომსახურებების მისაღებად. ზოგჯერ, შინმოვლის სახელმწიფო დაფინანსება არ არის ხელმისაწვდომი ან ნებადართულია მხოლოდ მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისთვის (მაგალითად, დაბალშემოსავლიანებისთვის).
- გადასახადები: შეიძლება შეგროვდეს ეროვნულ, რეგიონულ ან მუნიციპალურ დონეზე.
- დაზღვევა: შინმოვლა შეიძლება დაფინანსდეს ჯანმრთელობის დაზღვევის ფარგლებში; ეს ძირითადად ხდება შინმოვლის ჯანდაცვის ნაწილში. შინმოვლა ასევე შეიძლება დაფინანსდეს, როგორც ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის ან სოციალური უზრუნველყოფის ნაწილი. დაზღვევის ყველა ეს ფორმა შეიძლება იყოს სავალდებულო ან ნებაყოფლობითი. სავალდებულო სადაზღვევო პრემიას იღებენ ძირითადად დასაქმებულების ან/და დამსაქმებლების მეშვეობით.
- შემოწირულობები და მესამე მხარის სხვა შენატანები: შინმოვლა შეიძლება უზრუნველყონ საქველმოქმედო ორგანიზაციებმა ან არასამთავრობო ორგანიზაციებმა, რომლებიც ფინანსდება კერძო შემოწირულობებით ან საწევრო შენატანებით; ზოგი ქვეყანა იღებს დაფინანსებას ევროკავშირისგან.

ზოგადი გადასახადები დაფინანსების ერთ-ერთი წყაროა ყველა ქვეყანაში, გარდა გერმანიისა. თითქმის ყველა ქვეყნისთვის, რომლებიც იყენებენ დაბეგვრას, როგორც დაფინანსების წყაროს, სახელმწიფო დონის დაბეგვრა გამოიყენება შინმოვლის დასაფინანსებლად. ევროპაში, ხშირად მუნიციპალიტეტები უზრუნველყოფენ

³⁴Home care across Europe. Current structure and future challenges, Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson and Richard Saltman, (2012)

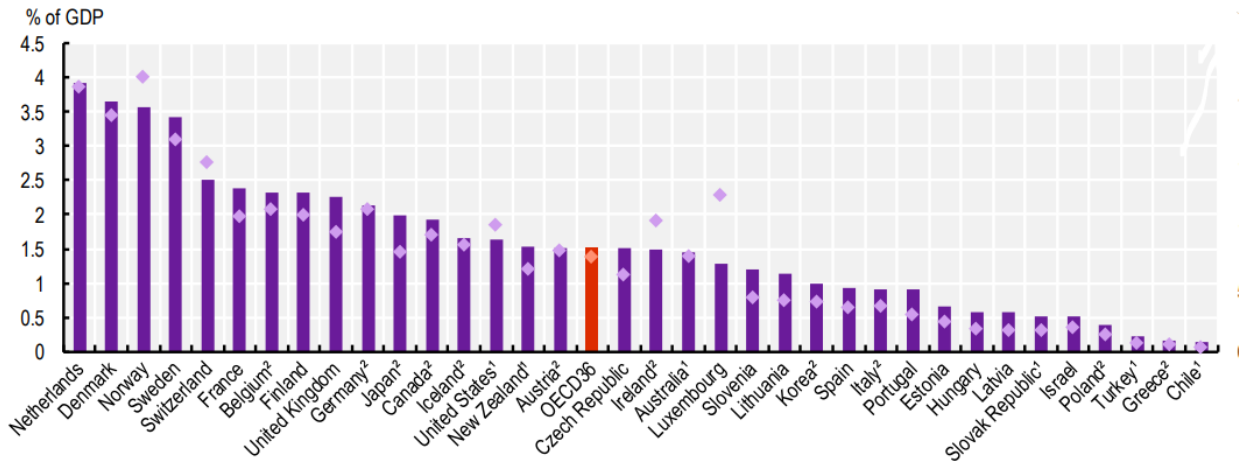
(დამატებით) დაფინანსებას შინმოვლისთვის დაბეგვრის გზით. რეგიონული დონე ჩართულია რამდენიმე ქვეყანაში (მაგალითად, ბელგია, ხორვატია, შვედეთი და შვეიცარია).

სოციალური (ჯანმრთელობის) დაზღვევა ხშირად არის შინმოვლის დაფინანსების წყარო დაბეგვრის გარდა. ამ შემთხვევაში, შინმოვლის ჯანმრთელობის მიმართულება ფინანსდება ძირითადად ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემისა და სოციალური ჯანდაცვის მეშვეობით, დაბეგვრის გზით (ნიდერლანდები, პოლონეთი, სლოვენია, სლოვაკეთი, შვეიცარია და ნაწილობრივ ბელგია). ვითარება შეიცვალა პორტუგალიასა და შვედეთში - შინმოვლა ფინანსდება გადასახადებისა და სოციალური დაზღვევის მეშვეობით. ლუქსემბურგში ორივე ტიპის შინმოვლა ფინანსდება სავალდებულო დაზღვევისა და სახელმწიფო გადასახადების საფუძველზე. ბელგიაში (მხოლოდ ფლანდრიაში), გერმანიაში, ლუქსემბურგსა და ნიდერლანდებში ხორციელდება სპეციალური სავალდებულო დაზღვევა ხანგრძლივი მოვლისთვის, მათ შორის, შინმოვლისთვის.

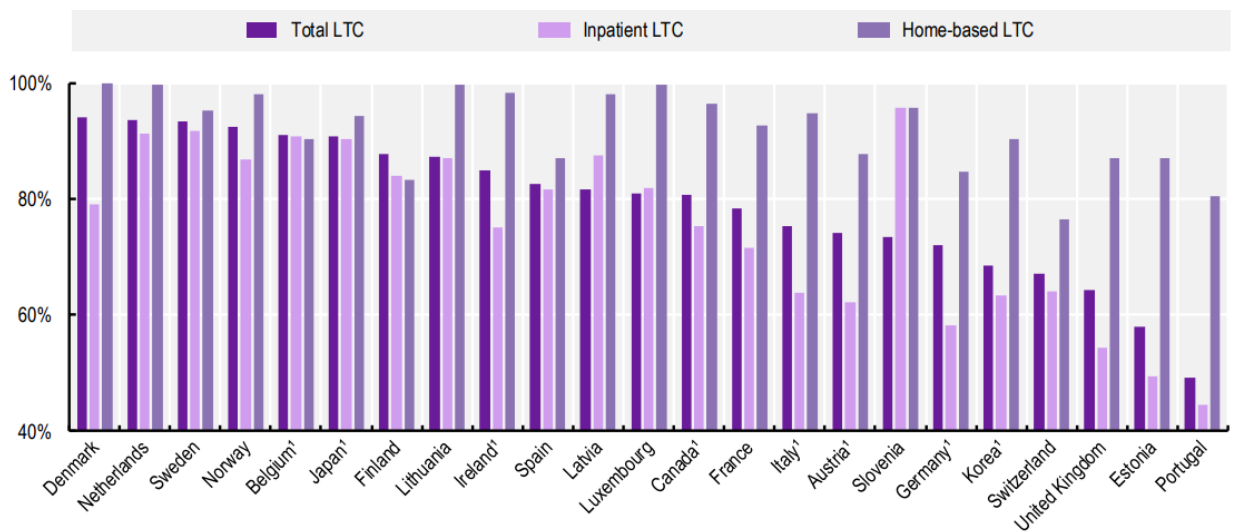
არსებობს რამდენიმე თავისებურება შინმოვლის დაფინანსების წყაროებში: ევროკავშირის მიერ შინმოვლის დაფინანსება ბოლო დრომდე ხორციელდება ბულგარეთსა და საბერძნეთში, ევროკავშირის დაფინანსებამ დაფარა ხარჯების 75% საბერძნეთში. მნიშვნელოვანი დახმარება მიიღო ესტონეთმაც (იხ. ქვევით, ქვეყნის გამოცდილების აღწერაში). ასევე, შინმოვლის დაფინანსებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს შემოწირულობები ბულგარეთში, კვიპროსში, საბერძნეთში, ლიტვაში, პორტუგალიაში, რუმინეთსა და სლოვენიაში.

შინმოვლა შეიძლება დაფინანსდეს სოციალური დაცვის ან ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტიდან. იქ სადაც შინმოვლა (ნაწილობრივ) ფინანსდება ჯანდაცვის ბიუჯეტიდან ქვეყნებს შორის პროცენტული მაჩვენებელი დიდად მერყეობს. მაგალითად, შვიდმა ქვეყანამ (ავსტრია, ბელგია, დანია, გერმანია, ლუქსემბურგი, ნორვეგია და პოლონეთი) ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯების 5%-ზე მეტი გამოყო შინმოვლაზე. 11 ქვეყანა შინმოვლაზე ხარჯავს ჯანმრთელობის ბიუჯეტის 1%-დან 5%-მდე (ჩეხეთი, ინგლისი, ფინეთი, საფრანგეთი, ლიტვა, მალტა, ნიდერლანდები, პორტუგალია, რუმინეთი, ესპანეთი და შვედეთი). ვინაიდან შინმოვლა ყოველთვის არ არის ჯანდაცვის სისტემის ნაწილი, დიდი განსხვავება გვხვდება სოციალურ შინმოვლასა და შინმოვლის ჯანდაცვის მიმართულებას შორის, როგორც მშპ-ს პროცენტი და მერყეობს 0,02%-დან ლატვიაში 0,70%-მდე ნიდერლანდებში (შინმოვლის სრული მომსახურება). (Nadine Genet 2012)

ქვემოთ მოყვანილი დიაგრამა აჩვენებს სხვადასხვა ქვეყნებში ხანგრძლივი მოვლის ხარჯებს, როგორც მშპ-ს პროცენტს:



ხოლო შემდეგი დიაგრამა მიუთითებს სახელმწიფო ხარჯების წილზე ა) მთლიანად ხანგრძლივ მოვლაში, ბ) დაწესებულებაში მოვლაში და გ) შინმოვლაში.



წყარო: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>

მომსახურების ანაზღაურება

შინმოვლის მომსახურების ანაზღაურებისთვის ძირითადად გამოიყენება ანაზღაურების ორი ტიპი:

- ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (ბელგია, ჩეხეთი, დანია, ინგლისი, ესტონეთი, უნგრეთი, ლატვია, ლუქსემბურგი, ნიდერლანდები, ნორვეგია, პორტუგალია, რუმინეთი, სლოვაკეთი და სლოვენია) და
- გლობალური ბიუჯეტი (ბულგარეთი, ხორვატია, ფინეთი, საფრანგეთი, საბერძნეთი, ისლანდია, ირლანდია, იტალია, ლიტვა, მალტა და პოლონეთი).

ზოგჯერ ორივეს კომბინაცია გამოიყენება (ბელგია). მომსახურების საფასურის გადახდა შესაძლებელია დახარჯული დროის ერთეულის (ლუქსემბურგი, ნორვეგია, რუმინეთი, სლოვენია, შვეიცარია და პოლონეთში სახლის ჯანდაცვისთვის),

ვიზიტების (ლატვია), გაწეული მომსახურების (ისლანდია) რაოდენობის გათვალისწინებით, გადახდა ემყარება შინმოვლის მომსახურების პაკეტების რაოდენობას (ინგლისი, ნიდერლანდები). ლუქსემბურგში გადახდა ემყარება მოვლის ინტენსივობას და საჭირო კომპეტენციის დონეს. შეთანხმებული ბიუჯეტები არსებობს მალტაში. გადახდის სხვადასხვა სახეობა გვხვდება გერმანიაში, სადაც ბაზარი ადგენს ფასებს, სადაც სააგენტოები ყიდნიან შინმოვლის მომსახურებებს მომხმარებლებზე. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ., კვიპროსი და შვეიცარია) შინმოვლის მიმწოდებლები არიან სახელმწიფოს მიერ დაქირავებული პირები, სახელმწიფო ანაზღაურებით. (Nadine Genet 2012)

მომსახურების ფასების დადგენა

ფასების დადგენა ხშირად ცენტრალურ დონეზე არ ხდება. რამდენიმე ქვეყანაში მიმწოდებლებთან ფორმდება ხელშეკრულება სადაზღვევო კომპანიების ან მუნიციპალიტეტების მიერ და, ზოგიერთ შემთხვევაში, სადაზღვევოები ადგენენ ფასებს. თითოეული კონტრაქტორი იყენებს სხვადასხვა ფასებს. ფასები დადგენილია შინმოვლის საექთნო მომსახურებაზე ესტონეთში, უნგრეთში, სლოვენიაში და ისლანდიაში. საფრანგეთში ფასები განისაზღვრება როგორც ტექნიკური შეფასების საშუალებით (მაგ., სტანდარტული დროის და პერსონალის ანაზღაურების გათვალისწინებით), ასევე მიმწოდებლებსა და დამფინანსებელს შორის მოლაპარაკების გზით ცენტრალურ დონეზე. ნიდერლანდებში ჯანდაცვის ორგანო ადგენს მაქსიმალურ ფასებს შრომის ხარჯების, საჭირო ექსპერტიზის დონის, პროდუქტიულობისა და ზედნაღებების გათვალისწინებით - ეს ფასები ინდექსთანაა დაკავშირებული დასახლებების მიხედვით. ლიტვურ მოხსენებაში ნათქვამია, რომ „ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ადგენს ჯანმრთელობის დაცვის ფასებს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შეფასების შემდეგ. ფასების დადგენა მოიცავს როგორც პოლიტიკურ, ასევე ტექნიკურ საკითხებს“.

ზოგიერთ ქვეყანაში საკმაოდ მაღალია მუნიციპალიტეტების ავტონომიის ხარისხი მომსახურების მიმწოდებლებთან შინმოვლის ფასების დადგენაში (მაგ., დანია, ფინეთი, შვედეთი, სლოვაკეთი და შვეიცარია). იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მუნიციპალიტეტებს აქვთ თავისუფლება ფასების დადგენაში, ზოგი ქვეყანა მაინც აწესებს ცენტრალიზებულ სახელმძღვანელოს ფასების დადგენის პრინციპების შესახებ (სლოვენია).

ქვეყნების უმრავლესობაში მომხმარებლებს უწევთ შინმოვლის მომსახურების ჯიბიდან გადახდა სრულად ან ნაწილობრივ. ეს გამოწვეულია შემოსავლების მიჯნების დაწესებით (საბერძნეთი, იტალია, ლატვია, სლოვენია).

შინმოვლის უფასო მომსახურება ხორციელდება ბულგარეთში და შინმოვლის სოციალური მიმართულების დაფინანსება პოლონეთში, მაგრამ მხოლოდ ძალიან დაბალი შემოსავლის მქონე პირებისთვის. დანიაში და შვედეთში მომსახურებების უმეტესობა ასევე უფასოა და ხანგრძლივი შინმოვლა არის უნივერსალური უფლება.

ჯანმრთელობის მომსახურებები უფრო ხშირად არის უფასო, ვიდრე სოციალური მომსახურებები. უფასო ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებები ხორციელდება ირლანდიაში, ნორვეგიაში, პოლონეთში, სლოვენიაში და ესპანეთში. (Nadine Genet 2012)

მიმწოდებლები და მიწოდების ფორმები

უმეტეს ქვეყნებში მთავრობა მონაწილეობს შინმოვლის მომსახურებების მიწოდებაში. როდესაც მთავრობები უზრუნველყოფენ შინმოვლას, მიმწოდებლები, როგორც წესი, არიან მუნიციპალიტეტები ან სამთავრობო უწყებები, როგორებიცაა ჯანმრთელობის ცენტრები.

როდესაც შინმოვლის მომსახურება კერძო მიმწოდებლების მიერ ხორციელდება, დაფინანსების მისაღებად მოეთხოვებათ შეასრულონ მთავრობის მიერ განსაზღვრული კრიტერიუმები. კერძო მიმწოდებლების კონტრაქტირება უფრო გავრცელებულია შინმოვლის ჯანდაცვის მიმართულებაში, ვიდრე სოციალურ მიმართულებაში. დანიაში, ნიდერლანდებსა და ნორვეგიაში მიმწოდებლებს შეუძლიათ დადონ ხელშეკრულება მუნიციპალიტეტებთან შინმოვლის სოციალური მიმართულების მომსახურებებთან დაკავშირებით, ირლანდიაში და ლატვიაში სამთავრობო სააგენტოებთან, ხოლო გერმანიაში და ნიდერლანდებში - კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან (შინმოვლის ჯანდაცვის მიმართულება). რამდენიმე ქვეყანაში (მაგალითად, პორტუგალია) სახელმწიფო უწყებასთან ხელშეკრულება სავალდებულოა მომსახურების მიწოდებისთვის. არსებობს შინმოვლის მიმწოდებლების კონტრაქტირების რამდენიმე გზა, რომელთაგან ყველა არ რეგულირდება რეგლამენტით. ლატვიაში პატარა მუნიციპალიტეტებს შეუძლიათ დადონ ხელშეკრულება უფრო დიდ მუნიციპალიტეტებთან შინმოვლის განსახორციელებლად. ნიდერლანდებში მიმწოდებლები აფორმებენ ქვეკონტრაქტებს სხვა მიმწოდებლებთან. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ., სლოვენიაში) ფასები და/ან ხარისხის მოთხოვნები სტანდარტულია ყველა მიმწოდებლისთვის; სხვებში (მაგ., ფინეთი და ნიდერლანდები) ინდივიდუალური მოლაპარაკებები წყვეტს ფასს და ხარისხს. (Nadine Genet 2012)

ხელმისაწვდომობა და ჩართვის კრიტერიუმები

მთავრობები ცდილობენ გააკონტროლონ შინმოვლის ადეკვატური გამოყენება ჩართვის მკაცრი კრიტერიუმების და თანაგადახდების დაწესებით. ოფიციალური კრიტერიუმები შინმოვლის მომსახურებებისთვის საჯაროდ არის ხელმისაწვდომი უმეტეს ქვეყნებში, ზოგიერთის გარდა (ისლანდია, ბულგარეთი, ხორვატია და ესტონეთი). ეროვნული დონის ჩართვის კრიტერიუმები დამტკიცებულია ავსტრიაში, ბელგიაში (შინმოვლის ჯანდაცვის მომსახურებებისთვის), საფრანგეთში, ლუქსემბურგსა და ნიდერლანდებში (პერსონალური და საექთნო მოვლისთვის).

ეროვნულ დონეზე დადგენილი ნორმები და რეგულაციები ძალზე ზოგადია ბევრ ქვეყანაში, განსაკუთრებით, სოციალური შინამოვლის მიმართულებით; ამიტომ, ხშირად ხდება კრიტერიუმების შემუშავება მუნიციპალიტეტების მიერ. უმეტეს ქვეყნებში დადგენილია პაციენტის თანაგადახდა. სადაც ინფორმაცია ხელმისაწვდომია - საბერძნეთში, უნგრეთში, ნორვეგიასა და ესპანეთში - გვხვდება ყველაზე ძლიერი კონტროლი კლიენტების თანაგადახდის დონეზე. ჩართვის კრიტერიუმების და ხელმისაწვდომობის რეგულაციები ყველაზე ნაკლებია ჩეხეთში, მალტასა და პორტუგალიაში.

ბევრ ქვეყანაში მუნიციპალიტეტები ან სახელმწიფო სააგენტოები არეგულირებენ შინამოვლის სოციალური მიმართულების საჭიროებების შეფასებას, მაგრამ ჯანდაცვის მიმართულებით ეს ძირითადად ხდება ექიმების და სადაზღვევო კომპანიების მიერ.

ინდივიდუალური საჭიროებების შეფასებას, ზოგადად, მთავრობა არ არეგულირებს იმ ქვეყნებში, რომლებსაც აქვთ შედარებით დეტალური კრიტერიუმები. ასეთ შემთხვევებში, ისინი ან მიმწოდებლების, ან დამოუკიდებელი შეფასების სააგენტოების ხელშია. სამთავრობო კონტროლის არარსებობა გვხვდება ბელგიაში, გერმანიაში, ნიდერლანდებში (პირადი და საექთნო მოვლა) და აღმოსავლეთ ევროპის რამდენიმე ქვეყანაში. ამ ქვეყნებში ექიმები ან, უფრო ხშირად, ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიები ზრუნავენ საჭიროებების შეფასებაზე.³⁵

მაგალითად, ნიდერლანდებში უძღურება განისაზღვრება 15 უნარის მიხედვით: ჭამა და დალევა, გამონაყოფების კონტროლი, სხეულის ჰოზის მართვა, გადაადგილება, დღისა და ღამის ორგანიზება, ჩაცმა-გახდა, სხეულის ტემპერატურა, ჰიგიენა, საფრთხის თავიდან აცილება, კომუნიკაცია, კონტაქტები, წესების და დირებულებების აღქმა, ყოველდღიური საქმიანობები, გამაჯანსაღებელი საქმიანობა, დასწავლა. თითოეულ უნარს ენიჭება 1-დან - სრულად დამოკიდებულიდან - 5-მდე - თითქმის დამოუკიდებლამდე. შესაბამისად, ქულა მერყეობს 15-დან 75-მდე.

მომსახურების ხარისხის კონტროლი

ხარისხის კონცეფცია კარგად არის განსაზღვრული მხოლოდ რამდენიმე ქვეყანაში. ხარისხის შესახებ რეგულაცია უმეტეს ქვეყნებში არსებობს, მაგრამ კონტროლი ზოგადად დაბალია. რეგულაცია ძირითადად ეხება მინიმალური ორგანიზაციული სტანდარტების კომპლექსს და როდის და როგორ ხდება ხარისხის შემოწმება. (Nadine Genet 2012)

ლიცენზირებასთან დაკავშირებული ხარისხის მოთხოვნების დადგენა - მაგალითად, თანამშრომელთა განათლების დონე ან დამხმარე საშუალებების გამოყენების უნარი - ასევე ჩვეულებრივი საშუალებაა კერძო მიმწოდებლების კონტროლისთვის

³⁵Home care across Europe. Current structure and future challenges, Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson and Richard Saltman, (2012)

(მაგალითად, ბელგიაში, ლუქსემბურგში და ესპანეთში). ზოგიერთ ქვეყანაში ლიცენზირება სავალდებულოა სახელმწიფო დაფინანსების მოპოვებისათვის. სერტიფიცირება არის კიდევ ერთი რეგულაცია, რომელიც გამოიყენება ნიდერლანდებსა და ესპანეთში კონკურენციის გასაზრდელად (სერტიფიცირებულ ორგანიზაციებს სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის უფრო მეტი შანსი აქვთ). გარდა ამისა, მიმწოდებლების შესრულების და ეფექტიანობის ქულებით შეფასება ხდება ინგლისში და ნიდერლანდებში; ნიდერლანდებში, სადაც კონკურენცია შედარებით მაღალია, არსებობს სპეციალური ორგანიზაცია, რომელიც იცავს სამართლიან კონკურენციას (ნიდერლანდების ჯანდაცვის ორგანო). ეს არის ორგანიზაცია, რომელიც უზრუნველყოფს კონკურენციის დადებით შედეგებს მიმწოდებლების ან სადაზღვევო კომპანიების მიერ მონოპოლიების თავიდან აცილების ან საბაზრო ძალაუფლების ბოროტად გამოყენების გზით. (Nadine Genet 2012)

შინმოვლის ინტეგრაცია

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პაციენტების დიდი უმრავლესობა ხანდაზმულია, ან ეს არიან პაციენტები სხვადასხვა ქრონიკული პათოლოგიებით. ასეთ ადამიანებს აქვთ შემცირებული შესაძლებლობები, დამოუკიდებლად გაუმკლავდნენ პრობლემებს. მაგალითად, კარდიოლოგიური ავადმყოფობები, დეპრესია, მხედველობის და სმენის დაქვეითება, ტვინის ინფარქტის შედეგები, შაქრიანი დიაბეტი, ხშირად, ამას ემატება ყოფითი პრობლემებიც, ფსიქოტროპული მედიკამენტების ჭარბად მოხმარება, ალკოჰოლის ან თამბაქოს ავადმომხმარება. ასეთი საკითხების გამკლავებას სჭირდება კარგად ორგანიზებული გუნდი, რომელიც შეიძლება მრავალ სხვადასხვა სპეციალისტს მოიცავდეს. სწორედ აქ ვლინდება ინტეგრირებული ზრუნვის ძალზე მნიშვნელოვანი როლი. („ინტეგრირებული ზრუნვა“. საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2021).

შინმოვლის მომსახურებების ინტეგრირება მნიშვნელოვანია მომსახურების მიწოდების გადაფარვის ან ხარვეზების თავიდან ასაცილებლად, ამან შეიძლება გააუმჯობესოს ხარისხი და ეფექტურობა. ინტეგრაცია მოიცავს „ნაწილების ერთმანეთთან დაკავშირებას მოვლის ერთ დონეზე, მაგალითად, მრავალპროფილური გუნდების შექმნას (ჰორიზონტალური ინტეგრაცია) ან სხვადასხვა დონის მოვლის, ანუ პირველადი, მეორეული და მესამეული ზრუნვის კავშირს (ვერტიკალური ინტეგრაცია)“. შინმოვლასთან მიმართებაში გამოიყენება ინტეგრაციის ორი ტიპი: (i) ინტეგრირება შინმოვლის სხვადასხვა მომსახურებებში; და (ii) შინმოვლის მომსახურებებსა და ზრუნვის სხვა სექტორებს შორის ინტეგრაცია.

შინმოვლის მომსახურებების ინტეგრირებული მიწოდება

შინმოვლის მომსახურებების ინტეგრირებული მიწოდება, ძირითადად, სამი ძირითადი გზით შეიძლება განხორციელდეს:

ა). პირველი არის ორგანიზაციული ინტეგრაცია, რომლის დროსაც ერთი ორგანიზაცია ან გუნდი უზრუნველყოფს ყველა სახის შინმოვლის მომსახურებებს. სადაც ეს კარგად მუშაობს, იგი ხასიათდება პროფესიონალებისთვის დავალებების მკაფიო დიფერენცირებით და პაციენტებზე მორგებული მომსახურებით.

ბ). მეორე, კოორდინატორის მოდელი, რომლის დროსაც შინმოვლის მომსახურებების კოორდინაცია ხდება სხვადასხვა ორგანიზაციებს შორის, შემთხვევის მმართველების საშუალებით, სხვა ორგანიზაციული სტრუქტურული კავშირების მეშვეობით, შინმოვლის პროფესიონალებს შორის ან ინდივიდუალური მოვლის ფორმულირების გზით. შინმოვლის კოორდინაცია შესაძლებელია მრავალდარგობრივი მოვლის გეგმის საფუძველზე, საჭიროებების ინტეგრირებული შეფასებისა და ინდივიდუალური მოვლის პროცესის დაგეგმვით.

გ). მესამე მოდელი არის ინტეგრაცია ნებაყოფლობით საფუძველზე. ამ შემთხვევაში, პროფესიონალები თავად წყვეტენ, როდის დაუკავშირდნენ სხვა პროფესიონალებს და არ არსებობს მკაფიო ამოცანის დიფერენცირება სხვადასხვა პროფესიონალებს შორის.

პრაქტიკაში, კოორდინატორის მოდელი ევროპაში რამდენიმე ფორმას იღებს. კოორდინაცია შესაძლებელია მხოლოდ დასაწყისში, ან მომსახურების გაწევის მთელი პერიოდის განმავლობაში. გარდა ამისა, შინმოვლის კოორდინაცია შეიძლება იყოს ერთი ადამიანის, გუნდის ან მთელი ორგანიზაციის პასუხისმგებლობა.

როდესაც ერთი პროფესიონალია პასუხისმგებელი სამედიცინო დახმარების კოორდინაციაზე, ის, ჩვეულებრივ, არის სოციალური მუშაკი, ექთანი ან ოჯახის ექიმი. მაგალითად, ოჯახის ექიმები არიან კოორდინატორები ლატვიასა და სლოვაკეთში - პირველ რიგში, ისინი იურიდიულად არიან პასუხისმგებელნი; სოციალური მუშაკები არიან კოორდინატორები ბელგიაში, საბერძნეთში, ირლანდიასა და ლიტვაში; ექთანი - დანიაში, ირლანდიაში, ნიდერლანდებსა და ნორვეგიაში. სპეციალური შემთხვევების მმართველები პასუხისმგებელნი არიან დანიაში, ინგლისში, ისლანდიაში, ირლანდიაში, ნორვეგიაში და, ზოგიერთ კონკრეტულ შემთხვევაში, საფრანგეთსა და პორტუგალიაში. ზოგიერთ ქვეყანაში არსებობს ორგანიზაცია, რომელსაც განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა აქვს შინმოვლის კოორდინაციაზე - ასეთია ბელგია. ეს პროცესი ორგანიზებას უწევს მრავალდარგობრივ კონსულტაციებს პირველადი ჯანდაცვისა და სოციალური შინმოვლის სპეციალისტებთან და ხელს უწყობს მრავალდარგობრივი მოვლის გეგმების შემუშავებას.

ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებები ხასიათდება სამედიცინო და სოციალური მომსახურებების ფრაგმენტაციით. მეტწილად, მომსახურება ფინანსდება სხვადასხვა წყაროებიდან და იმართება სხვადასხვა - ჰორიზონტულ და ვერტიკალურ დონეზე.

სამედიცინო და სოციალური მომსახურებების ჰორიზონტული ინტეგრაცია კარგად განვითარებულია მხოლოდ რამდენიმე ქვეყანაში (მაგ., დანია, ირლანდია, პორტუგალია....), ხოლო ქვეყნების უმეტესობაში ჰორიზონტული დეზინტეგრაცია თანხლებულია ვერტიკალური დაყოფითაც - ქვეყნის, რეგიონისა და ადგილობრივ დონეზე. (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018)

ოჯახის ექიმების და შინმოვლის მიმწოდებლების კოორდინაცია

ფორმალური კოორდინაციის დონე ოჯახის ექიმებსა და შინმოვლას შორის მკაცრად არის დამოკიდებული შინმოვლის ტიპზე - შინმოვლის ჯანდაცვის მიმართულების კოორდინაცია უფრო ძლიერია.

ქვეყანა	ოჯახის ექიმებთან კოორდინაცია III სტრუქტურირებული (სოციალური და ჯანდაცვა) II განსაზღვრულ შემთხვევ. I არ არსებობს	ჰოსპიტალთან კოორდინაცია III არსებობს (ჯანდაცვა და სოციალური) II ზოგიერთ რაიონში I იშვიათად	ხანდაზმულთა სახლებთან ინტეგრაცია III არსებობს (ჯანდაცვა და სოციალური) II ზოგიერთ რაიონში I იშვიათად
ავსტრია	II	I	I
ბელგია	II	III	II
ბულგარეთი	I	I	I
ხორვატია	III (ჯანდაცვა)	I	I (სოციალური)
კვიპროსი	II	I	I ჯანდაცვა III სოციალური
ჩეხეთის რესპ.	II	I	I
დანია	III ჯანდაცვა III სოციალური	III	II
ინგლისი	II	III	II
ესტონეთი	III ჯანდაცვა I სოციალური	III	I
ფინეთი	III	III	III
საფრანგეთი	I	I	I
გერმანია	III	III	II
საბერძნეთი	I	I	
უნგრეთი	III ჯანდაცვა I სოციალური	II	II
ისლანდია	II	I	I
ირლანდია	II	II	II
იტალია	III ჯანდაცვა I სოციალური	II	II
ლატვია	III ჯანდაცვა I სოციალური	III	I
ლიტვა	II ჯანდაცვა I სოციალური	I	III
ლუქსემბურგი	II	II	II
მალტა	III ჯანდაცვა I სოციალური	III ჯანდაცვა I სოციალური	II

ნიდერლანდები	II	III	III
ნორვეგია	I	III	II
პოლონეთი	III ჯანდაცვა I სოციალური	II	I
პორტუგალია	II	II	
რუმინეთი		I	
სლოვაკეთი	III ჯანდაცვა I სოციალური	II	III
სლოვენია	II	II	I
ესპანეთი	III ჯანდაცვა I სოციალური	III	III
შვედეთი	III	III	III
შვეიცარია	II	I	I

წყარო: (Nadine Genet 2012)

ბევრი მთავრობა (მაგალითად, ავსტრიისა და ნიდერლანდების) ცდილობს გააუმჯობესოს კოორდინაცია ოჯახის ექიმებსა და შინმოვლას შორის. კოორდინაცია ხორციელდება მრავალი მიმართულებით; მაგალითად, ოჯახის ექიმი შეიძლება იყოს ოფიციალური გადამამისამართებელი აგენტი - ისინი ექსკლუზიური მეკარიბჭეები არიან თერთმეტი ქვეყნის შინმოვლის საექთნო მომსახურებაში (ბელგია, ბულგარეთი, ესტონეთი, გერმანია, ლატვია, მალტა, რუმინეთი, სლოვენია, ჩეხეთი და პოლონეთი). ოჯახის ექიმი ასევე აშუშავებს ზრუნვის გეგმას (როგორც ბულგარეთში) ან პასუხისმგებელია სამედიცინო დახმარების კოორდინაციაზე (როგორც ლატვიაში, ასევე, რთულ შემთხვევებში, ფინეთში).

კოორდინაციის კიდევ ერთი გზა - გუნდებში/მცირე ორგანიზაციებში ერთად მუშაობა, გვხვდება ათ ქვეყანაში - ინგლისი, ირლანდია, ლატვია, ლიტვა, მალტა, ნიდერლანდები, პოლონეთი, პორტუგალია, სლოვენია და ესპანეთი.

კოორდინაციის სხვა, უფრო იშვიათი, გზა არის შინმოვლის მიმწოდებლებსა და ოჯახის ექიმებს შორის ფორმალური ხელშეკრულებების არსებობა, მაგალითად, ბელგიაში. ასეთი თანამშრომლობა მიზნად ისახავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაცვას და პროფესიონალებს შორის თანამშრომლობას.

კიდევ ერთი მაგალითია ნიდერლანდებში პირველადი ჯანდაცვის ეროვნული შეთანხმებები/სახელმძღვანელო პრინციპები თანამშრომლობისა და დავალების გამიჯვნის სპეციფიკური მოვლის ტიპებისთვის. (Rachel A Kiersey 2017)

კოორდინაცია ჰოსპიტლებსა და შინმოვლას შორის

კოორდინაცია ჰოსპიტლებსა და შინმოვლის მომწოდებლებს შორის შეიძლება განხორციელდეს ორ სხვადასხვა სიტუაციაში: პირველი - საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ შეიძლება საჭირო გახდეს შინმოვლა და საავადმყოფოებმა და შინმოვლის მომწოდებლებმა ითანამშრომლონ შინმოვლაზე შეუფერხებლად გადასვლისა და უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად. მეორე - საავადმყოფოებმა შეიძლება ითანამშრომლონ შინმოვლასთან ჰოსპიტალიზაციის პრევენციის მიზნით, ან პაციენტების სახლში დარჩენის შესაძლებლობით, თუნდაც იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტის მდგომარეობა, ჩვეულებრივ, საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას; ან

საავადმყოფოში გატარებული საწოლდღეების შემცირებით და შემდგომი სახლში გამოჯანმრთელებით შინმოვლის საშუალებით.

ევროპაში შედარებით ძლიერია კოორდინაცია შინმოვლის ჯანდაცვის მიმართულებასა და ჰოსპიტალურ მეთვალყურეობას შორის, პაციენტის საავადმყოფოდან გაწერის შემთხვევაში. ეს კოორდინაცია ძირითადად ხდება ექთნების მეშვეობით, რომლებიც მუშაობენ ან საავადმყოფოში ან შინმოვლის ორგანიზაციაში. სოციალური მუშაკები ასევე შეიძლება იყვნენ პასუხისმგებელი პაციენტის გაწერის შემდეგ შინმოვლის ორგანიზებაზე და სოციალური შინმოვლის მომსახურებებზე. ფინეთში საავადმყოფოებისა და შინმოვლის მომწოდებლებისთვის ხელმისაწვდომია პაციენტების ერთიანი ელექტრონული ჩანაწერები. ასევე, მუნიციპალიტეტს აქვს შესაძლებლობა, დაინახოს პაციენტების გაწერის თარიღი და შეიმუშაოს შესაბამისი ღონისძიებები. (Rachel A Kiersey 2017)

ადამიანური რესურსები

შინმოვლა შრომის ინტენსიური სექტორია. მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე ტექნოლოგიები ანაცვლებენ ადამიანის ზოგიერთ საქმიანობას,, შინმოვლა ძირითადად ადამიანზე დამოკიდებული მომსახურებაა. მაგალითად, რაოდენობრივად და ხარისხობრივად დამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო მოვლის უზრუნველყოფა მოითხოვს მუშაკებს, რომლებიც ხელმისაწვდომი არიან საჭირო დროს, საჭირო ადგილას და შესაბამისი უნარებით. შინმოვლის ხარისხი და ეფექტურობა შეიძლება გაუმჯობესდეს ადამიანური რესურსების კარგი მართვით.

შინმოვლაში ჩართულ პირთა რაოდენობის შესახებ მონაცემები არცერთ ქვეყანაში ფართოდ ხელმისაწვდომი არ არის. ყველაზე მეტად ცნობილია პერსონალური ზრუნვის მომსახურების მომწოდებლების შესახებ - მათი ყველაზე მცირე რაოდენობაა ხორვატიაში, ჩეხეთში, უნგრეთსა და ლატვიაში, ხოლო ყველაზე მეტი - დანიაში, ესტონეთში, იტალიაში, ნორვეგიასა და შვედეთში.

მრავალ ქვეყანაში ხანდაზმულთა მზარდმა რაოდენობამ და მათმა წილმა, სამუშაო ძალის შემცირებამ და არასრულ განაკვეთზე მომუშავეების გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს შინმოვლის მომსახურების დეფიციტი. რამდენიმე ქვეყანაში ფიქსირდება სათანადო კვალიფიკაციის მქონე შინმოვლის კადრის დეფიციტი - ავსტრია, ბელგია, ბულგარეთი, კვიპროსი, ჩეხეთი, ფინეთი, საფრანგეთი, საბერძნეთი, ლიტვა, პორტუგალია და სლოვენია. საფრანგეთში, საბერძნეთში, ლიტვასა და სლოვენიაში ძალიან ცოტა პროფესიონალი ჰყავს შინმოვლის მიმართულებას.

მიუხედავად მაღალი საჭიროებისა და აღიარებისა, მოვლის დარგი დასაქმებულთათვის ნაკლებად მიმზიდველია დაბალი ანაზღაურების, მძიმე და სტრესული სამუშაოს, კარიერული წინსვლის ბუნდოვანების და განვითარების შეზღუდულობის გამო. (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018)

ბულგარეთში მუნიციპალიტეტებმა შექმნეს საკუთარი სოციალური დახმარების სისტემა, როგორც რეაგირება ეროვნული სისტემის სოციალურ ასისტენტთა ნაკლებობაზე. ეროვნული სოციალური დახმარების / შინმოვლის პროგრამებისგან განსხვავებით, პროგრამა კადრებს თითქმის არ უყენებს რაიმე მოთხოვნებს და სთავაზობს მოქნილ სამუშაო დროს და საათებს, რაც შესაძლებელს ხდის, რომ შინმოვლის სპეციალისტმა იმუშავოს არასრულ განაკვეთზე.

PreQual პროექტი (ავსტრიაში, ჩეხეთში, გერმანიაში, უნგრეთსა და იტალიაში) მიზნად ისახავს საექთნო და სოციალური მზრუნველობის სფეროებში მიგრანტი ქალების განათლებით საერთაშორისო განათლების სისტემის დეფიციტის შევსებას.

სლოვენის პენსიონერთა ორგანიზაციების ფედერაციამ შეიმუშავა ნებაყოფლობითი მუშაობის პროგრამა ხანდაზმულებისთვის, საკუთარი და თანატოლების ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად. პროგრამაში ჩართულები არიან ადგილობრივი ორგანიზაციების ქალი მოხალისე წევრები, რომლებიც თავიანთ ადგილობრივ საზოგადოებაში სტუმრობენ 69 წლის და მეტი ასაკის პენსიონერებს სახლში. ისინი ერთად განიხილავენ საჭიროებებს ყოველდღიურ ცხოვრებაში და თუ პენსიონერი დახმარებას ითხოვს, პროგრამის კოორდინატორი შესაბამის ორგანიზაციას აცნობებს ამ საჭიროებებს და ორგანიზებას უწევს მომსახურებების მიღებას. (სოციალური დაცვის ცენტრს, შინმოვლის სამსახურს, კარიტასს ან წითელ ჯვარს).

ნიდერლანდებში შეიქმნა სატელეკომუნიკაციო პროექტები. ვიდეო ქსელები საშუალებას აძლევს შინმოვლის კლიენტებს და შინმოვლის მიმწოდებლებს, დაუკავშირდნენ ერთმანეთს კამერისა და ეკრანის გამოყენებით. შინმოვლის მიმწოდებელთან დაკავშირება შესაძლებელია ნებისმიერ დროს, დღე ან ღამე. ეს ზრდის კლიენტთა უსაფრთხოებისა და დამოუკიდებლობის განცდას და მიზნად ისახავს ნაწილობრივ ჩაანაცვლოს შინმოვლის მიმწოდებლების მიერ ბინაზე ვიზიტები. (Rachel A Kiersey 2017)

მოვლის სფერო დაფარული ეკონომიკის მნიშვნელოვანი ნაწილია ევროპაში, რადგან სწორედ აქ არის არადეკლარირებული მუშაობის (მეტწილად, მიგრანტების) ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი. (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018)

შინმოვლის პერსონალის განათლება

ყველა ქვეყანას აქვს საგანმანათლებლო მოთხოვნები ექთნების მიმართ. ზოგადად, მათ მომზადებას სამიდან ოთხ წლამდე სჭირდება. ქვეყნების დაახლოებით მესამედში ექთნები საჭიროებენ უწყვეტი განათლების მიღებას, რაც გულისხმობს დამატებით ტრენინგს ან ტესტის გავლას რამდენიმე წელიწადში ერთხელ. დამატებითი ტრენინგი ტარდება უმეტეს ქვეყნებში, მაგრამ ეს ნებაყოფლობითია (მაგალითად, გერმანიაში). მოკლე დამატებით კურსებს აფინანსებს შინმოვლის სააგენტოები გერმანიის მხოლოდ ნახევარში. ზოგიერთ ქვეყანაში შესაძლებელია სპეციალიზაცია (ან დიპლომის შემდგომი განათლება) - მაგალითად, კვიპროსის, ინგლისის, პორტუგალიის და შვედეთის ექთნებისათვის. ამასთან, უმეტეს ქვეყანაში სპეციალისტი ექთნები იშვიათად მუშაობენ შინმოვლის მიმართულებით.

ქვეყნების დაახლოებით 60%-ში პერსონალური მოვლის პროფესიონალების მიმართ არსებობს საგანმანათლებლო მოთხოვნები. ამასთან, სწავლის ხანგრძლივობა ბევრად უფრო განსხვავდება, ვიდრე შინმოვლის ექთნებისთვის, მაგალითად სამი წელი ესპანეთში და სპეციალიზებული განათლების არქონა ბულგარეთსა და ჩეხეთში. რამდენიმე ქვეყანაში სოციალური მუშაკები მონაწილეობენ შინმოვლაში, ხშირად, როგორც შემთხვევის მმართველები. უმეტესობას გავლილი აქვს დიპლომის შემდგომი ტრენინგი.

შინამეურნეობაში დამხმარე ადამიანები ასევე საჭიროებენ გარკვეულ ტრენინგებს ქვეყნების დაახლოებით ერთ მეოთხედში. ამასთან, ეს იმიტომ ხდება, რომ ისინი ასევე უზრუნველყოფენ პერსონალურ მოვლას; ამიტომ, ტრენინგი შეიძლება ეხებოდეს მხოლოდ პერსონალურ მოვლას. შინმოვლა საბაზისო სწავლების მხოლოდ ძალიან დაბალ დონეს მოითხოვს საბერძნეთში, მალტასა და პორტუგალიაში; ხოლო მიგრანტები უზრუნველყოფენ შინმოვლის დიდ ნაწილს ავსტრიაში, კვიპროსსა და იტალიაში. ამასთან, მიგრანტებს ხშირად არ აქვთ საჭირო დონის განათლება და რჩებიან სახელმწიფო მარეგულირებელი კონტროლის მიღმა. (Rachel A Kiersey 2017)

ხანგრძლივ შინმოვლაში დენსტიტუციონალიზაციის გამოცდილება

დენსტიტუციონალიზაცია, რომელიც ითვალისწინებს სათემო მომსახურებების განვითარებას, როგორც დაწესებულებაში ზრუნვის ალტერნატივა, გახდა სოციალური და მზრუნველობის მომსახურებების სტრატეგიული ნიშანი ევროპის ქვეყნების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის.

შინმოვლის დენსტიტუციონალიზაციას ამყარებს ორი ძირითადი არგუმენტი: მომხმარებელთა ცხოვრების ხარისხის პრიორიტეტი და ზრუნვის სისტემის მდგრადობის გაზრდა. პირველი არგუმენტი ემყარება რწმენას, რომ ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების დაცვა უნდა იყოს ყველანაირი ზრუნვის სისტემის საფუძველი. საზოგადოებისგან განცალკევებული დაწესებულებები მოსახლეობის ბევრ ძირითად უფლებას უგულებელყოფს მაშინ, როდესაც საზოგადოებაში დამოუკიდებელი ცხოვრება ხელს უწყობს მას. მეორე არგუმენტი ემყარება მზარდ მტკიცებულებებს იმის შესახებ, რომ სათემო ზრუნვით შესაძლებელია უკეთესი შედეგების მიღწევა მომხმარებლებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის უფრო დაბალი ხარჯებით, დაწესებულებაში ზრუნვასთან შედარებით. გარდა ამისა, სათემო ზრუნვა უკეთესად ასახავს ევროპელთა პრიორიტეტებს, რომელთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს საკუთარ სახლში და თემში დარჩენას, მათი ეროვნებისა და კულტურული წარმომავლობის მიუხედავად.

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ევროპის ბევრმა ქვეყანამ შეიმუშავა სათემო მომსახურებების მხარდაჭერის სტრატეგიები, რომლებიც ცდილობს ტრადიციული მოდელების ჩანაცვლებას.

დენსტიტუციონალიზაციის ძირითადი პრინციპები

- 1 მომხმარებელთა უფლებების პატივისცემა და მათი ჩართვა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში
- 2 ინსტიტუციონალიზაციის პრევენცია
- 3 სათემო მომსახურებების შექმნა
- 4 დაწესებულებების დახურვა
- 5 დაწესებულებებში ინვესტიციების შეზღუდვა
- 6 ადამიანური რესურსების განვითარება
- 7 რესურსების ეფექტური გამოყენება
- 8 ხარისხის კონტროლი
- 9 ჰოლისტური მიდგომა
- 10 ინფორმირებულობის უწყვეტი ამაღლება

წყარო: (Stefania Ilinca 2015)

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ შინმოვლის პრიორიტეტულობასთან ერთად, მნიშვნელოვანია ხარისხიანი მოვლის დაწესებულებების განვითარებაც იმ შემთხვევებისთვის, როდესაც შინმოვლის მიწოდება შეუზღუდულია, ანუ როცა არ არსებობს არაფორმალური მხარდაჭერა, ზრუნვის საჭიროებები რთული და კომპლექსურია, ან არ არის ხელმისაწვდომი ე. წ. განტვირთვის მოვლა. ზემოთ აღნიშნული EPSR-ის მე-18 პრინციპის თანახმად, ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებები დაბალანსებულად უნდა განვითარდეს, რათა სხვადასხვა საჭიროების მქონე ადამიანებმა სათანადო მომსახურება მიიღონ. მიუხედავად შინმოვლის და სათემო მომსახურებების პრიორიტეტულობისა, ზრუნვის დაწესებულებები კვლავ ასრულებენ მნიშვნელოვან როლს ხანგრძლივ მოვლაში და ასე იქნება მომავალშიც. ამდენად, მნიშვნელოვანია მათი ხელმისაწვდომობის და ხარისხის უზრუნველყოფა. (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018). ერთი სიტყვით, ცხადია, უპირატესია შინმოვლა, თუმცა, დაწესებულება რჩება მის ალტერნატივად იმ შემთხვევებისთვის, როცა შინმოვლის მიწოდება შეუზღუდული ან ნაკლებად ეფექტურია.

ინოვაციური მიდგომები შინმოვლაში

ინოვაციები ტექნოლოგიაში

ტექნოლოგიების ჩართვა უმნიშვნელოვანესია შინმოვლის სფეროში. სამომავლო მიღწევები შინმოვლის ჯანდაცვის ტექნოლოგიებში არა მხოლოდ გაზრდის შინმოვლის როლს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, არამედ ხელს შეუწყობს თემებზე დაფუძნებული შინმოვლის განვითარებას.

აქტიური და პასიური ტექნოლოგიები

აქტიური და პასიური ტექნოლოგია შეიძლება განასხვავონ იმის მიხედვით, საჭიროა თუ არა მომხმარებელთა ტრენინგი და მათი აქტიური მოხმარება. პასიური ტექნოლოგიებია -კამერები, სენსორები ან საცხოვრებელი ინფრასტრუქტურის სისტემაში ჩასმული სხვა მოწყობილობები, რომელთა საშუალებითაც ხდება ინდივიდუალური მეთვალყურეობა, ამ პიროვნების ან სხვა პირის მოთხოვნის გარეშე. ორივე ტიპის ტექნოლოგიას მრავალფეროვანი ფუნქციები აქვს, მათ შორის მონიტორინგი და დახმარების გაწევა სხვადასხვა მიმართულებით.

ფიზიოლოგიური მონიტორინგი

სახლის ტელემონიტორინგის აქტიურ მოწყობილობებს შეუძლია დააფიქსიროს სასიცოცხლო ნიშნები, წონა ან სიმპტომები და აცნობოს ეს დისტანციურ მიმწოდებელს ან შინმკვლის სააგენტოს. პასიური ტელემონიტორინგის ტექნოლოგიები მოიცავს საწოლის სენსორებს, რომლებიც აღიქვამს მოუსვენრობას, ძილის შეწყვეტას, ან პულსს და სუნთქვას ძილის დროს.

პაციენტის მონიტორინგი და საგანგებო სიტუაციების გამოვლენა

აქტიურ ტექნოლოგიებში შედის მოწყობილობები, რომლებსაც შეუძლია დაცემის ამოცნობა და რომელსაც ადამიანები ატარებენ. მათ შორისაა პერსონალური გადაუდებელი დახმარების რეაგირების სისტემები, რომლებიც ადამიანს ასევე შეუძლია ატაროს და საშუალებას აძლევს გამოიძახოს დახმარება დილაკის დაჭერით დაცემისას. პასიური სისტემები შეიძლება ჩაფლული იყოს ხალიჩაში და შეუძლია დააფიქსიროს ვარდნა ან ჩამოვარდნა.

საფრთხის იდენტიფიცირება

განგაშის სისტემებს შეუძლია აქტიურად დაადგინოს ხანძარი ან წყალდიდობა; პასიურ სისტემებს შეუძლია გამოიყენოს მოძრაობისა და სითბოს სენსორები, მაგალითად, განასხვავოს სითბო, რომელიც ხდება საჭმლის მომზადების დროს და სითბო, რომელიც გროვდება, როდესაც ადამიანი ჩართავს გაზქურას და ივიწყებს მას.

უსაფრთხოება

კამერის სისტემები აწარმოებს საცხოვრებელი ფართებისა და ვიზიტორების დისტანციურ მონიტორინგს; პასიური სისტემები იყენებს სენსორებს აქტივობის დონის დასადგენად და ხდება თუ არა უჩვეულო საქმიანობის ამოსაცნობად.

სოციალური ურთიერთქმედება

სოციალური ურთიერთქმედების განხორციელება შესაძლებელია სოციალური ქსელების აქტიური გამოყენებით, ხოლო პროგრამულ უზრუნველყოფას შეუძლია შეაფასოს სოციალური კავშირი. პასიურ სენსორზე დაფუძნებული სისტემები აკონტროლებს ვიზიტორთა რაოდენობას, სახლში და მის გარეთ გატარებულ დროს და მჯდომარე ქცევას.

შემეცნებითი და სენსორული აქტივობა

აქტიურ ტექნოლოგიებს შეუძლია გაფრთხილებისა და შეხსენებების გამომუშავება, დაკარგული ობიექტების მოძებნაში დახმარება ან მედიკამენტების მიღების შეხსენება. პასიური ტექნოლოგიები ახდენს გაფრთხილებებს და შეხსენებებს ან ანთებს შუქებს.

ტექნოლოგიური ჩარევები ყოველთვის არ უნდა იყოს რთული და დახვეწილი. მარტივი საშუალებები ზოგჯერ შეიძლება ეფექტური იყოს; მაგალითად, ვიდეოკონფერენცია მომვლელების პრობლემების გადასაჭრელად.

მარტივი, დაბალფასიანი ტექნოლოგიები საშუალებას აძლევს ჯანდაცვის მუშაკებს უფრო ეფექტურად მიიღონ ინფორმაცია და ახალი მონაცემები.

პენსიონერთა თემებში მცხოვრები ადამიანებისთვის ჭკვიანი სახლის ტექნოლოგიების კვლევის ერთ-ერთი მაგალითი გულისხმობს ღუმელის სენსორების, მოძრაობის სენსორების და წყლის და ელექტროენერჯის სენსორების გამოყენებას. დახვეწილმა ალგორითმებმა შეიძლება დაადგინოს ინდივიდის ნორმალური რუტინის რიტმი და გადახრები ამ რიტმიდან და კლინიციისტებს შეუძლია წარუდგინონ ეს შეჯამებული მონაცემები.

სატელეფონო ჯანმრთელობის როლი

ტექნოლოგია შეიძლება სასარგებლო იყოს მომვლელების გუნდებისთვის - ექიმები, ექთნები, თერაპევტები, სოციალური მუშაკები და სხვები, რომლებიც ყველა ტიპის ზრუნვას ასრულებენ - სასიცოცხლო კავშირების შექმნით, რაც ხელს შეუწყობს კომუნიკაციას, კოორდინაციასა და თანამშრომლობის გაუმჯობესებას.

სახლის ჯანდაცვა ზრუნავს რთული და მრავლობითი ქრონიკული მდგომარეობის მქონე ადამიანებზე (მაგალითად, გულის უკმარისობა, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, დიაბეტი). ტელემედიცინის პროგრამებს შეუძლია გააუმჯობესოს მაღალი რისკის ჯგუფის მართვა, ყოველდღიური მონიტორინგის საშუალებით (პირისპირ ვიზიტებს შორის), დროული ჩარევით, კლინიკური საჭიროებების განსაზღვრით და მკურნალობისა და გამოსავლის გეგმის დამტკიცებით. თანამშრომლობის უპირატესობებში შედის, მაგალითად, პაციენტებთან ვიზიტებისა და ჩარევების მიზანშეწონილობის შესაძლებლობა და, საჭიროებისას, თვითმართვის ტრენინგისა და სამედიცინო განათლების მორგება როგორც პაციენტებისთვის, ასევე მომვლელებისთვის. (Lustig 2015)

ქვეყნების გამოცდილება

ავსტრია

დეინსტიტუციონალიზაცია

2014 წლის მონაცემებით 65 წელს გადაცილებული მოსახლეობის 18.3%-ით და მომდევნო ათწლეულების განმავლობაში დაბერების პროცესის მზარდი ტენდენციით, ავსტრია ხანგრძლივ ზრუნვაზე სწრაფად მზარდი მოთხოვნის წინაშე დგას. ავსტრიის ხანგრძლივი მოვლის სისტემა ემყარება მომხმარებლებისთვის ფულადი სახსრებისა და ნატურალური სარგებლის კომბინაციას, რომელიც აგებულია ხანგრძლივი დახმარების საყოველთაო სისტემის გარშემო. ეს ე. წ. Pflegegeld ფინანსდება ცენტრალიზებული გადასახადების გზით, რომელიც მიზნად ისახავს დამოუკიდებელი ცხოვრების შესაძლებლობების გაუმჯობესებას ზრუნვის საჭიროების შემთხვევაში. ის შეიძლება გამოყენებული იქნეს ნატურალური მომსახურების ხარჯების ნაწილობრივ დასაფარად ან ოჯახის ბიუჯეტის შესავსებად, როგორც ოჯახის მოვლის არაპირდაპირი აღიარება.

ოჯახური მზრუნველობის პოპულარიზაციამ და მზრუნველთა დახმარების მექანიზმების დანერგვამ ხელი შეუწყო სათემო მზრუნველობას.

ავსტრიაში ხანდაზმული მოსახლეობის ხანგრძლივი შინმოვლა დიდი ხნის განმავლობაში თითქმის მხოლოდ ქალების მიერ იყო უზრუნველყოფილი და ანაზღაურებული. ბოლო პერიოდში ქალთა შრომის ბაზარზე მზარდმა მონაწილეობამ და მობილობის ზრდამ მნიშვნელოვანი ზეწოლა შეუქმნა მოვლის ამ ტრადიციულ მოდელს. 2005 წელს დაახლოებით 400,000 ოჯახის შინმომვლელს, რომლებიც დატვირთულნი იყვნენ თავიანთი პროფესიული, პირადი და მოვლის ამოცანებით, დასჭირდათ შვებულება, მხარდაჭერა და სოციალური დაცვა. ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში შემოტანილი იქნა რამდენიმე დადგენილება, რომლებიც მიზნად ისახავდა ამ საკითხების დარეგულირებას, კერძოდ: სოციალური დაზღვევის შენატანები მომვლელებისთვის, შვებულებები, გაფართოებული დღის მოვლა და დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფა. ამას დაემატა სოციალური დაცვის შენატანების გადახდა მზრუნველისთვის, მაგრამ ეს დახმარება რჩება მხოლოდ მცირე სტიმულად ოჯახის მზრუნველთათვის. 2014 წლიდან დაემატა ღონისძიებები შინმოვლის სტიმულირებისთვის, კერძოდ, ექვს თვემდე შინმომვლელს ეძლევა უმუშევრობის ანაზღაურების სარგებელი წინა ხელფასის 55%-ის ოდენობით. მიუხედავად ამისა, რადგან მოვლის ეპიზოდები ხშირად ამ პერიოდს სცდება, შინმომვლელთა დაახლოებით 15% ამცირებს მუშაობის საათებს ან მთლიანად უარს ამბობს სამსახურზე და ხშირად ექმნებათ მაღალი ბარიერები შრომის ბაზარზე ხელახლა შესასვლელად. ამ შეზღუდვების მიუხედავად, შინმომვლელთა დახმარებამ უამრავ მოხუცს საკუთარ სახლში დარჩენის საშუალება მისცა, რადგან ოჯახების მიერ გაწეულ ზრუნვას შეიძლება დაემატოს სათემო ფორმალური სამედიცინო

მომსახურება. ქვეყანაში შინმოვლის მომსახურებების წილი მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის საშუალო მაჩვენებელს.

ამ გაუმჯობესების მიუხედავად, ავსტრიაში დეინსტიტუციონალიზაციის მთავარ ბარიერად რჩება კოორდინაციის ნაკლებობა ფორმალურ და არაფორმალურ ზრუნვასა და ჯანმრთელობასა და სოციალურ ზრუნვას შორის. იურიდიული და ორგანიზაციული ჩარჩო კვლავ ხასიათდება კომპეტენციების მკაცრი დაყოფითა და დაფინანსებით. დეცენტრალიზაცია ხშირად ხელს უშლის კოორდინირებულ მოქმედებას. პრაქტიკაში, მწვავე დაავადებების შემდგომი მოვლის, შემდგომი მკურნალობისა და ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებების მიმწოდებლებს შორის თანამშრომლობა შეზღუდულია.

კარგი პრაქტიკის მაგალითი:

კარგ კომპანიაში დაბერება (ზალცბურგის რეგიონი)

რეგიონული მთავრობის ინიციატივა ადგილობრივი პროექტების წახალისებისკენ, რომლებიც ხელს უწყობენ საზოგადოებაში დაბერებას ადგილობრივი ქსელების შექმნით, რაც განაპირობებს ამბულატორიულ, სტაციონარულ და საზოგადოებრივ მომსახურებებს შორის კოორდინაციის გაუმჯობესებას (Stefania Ilinca 2015)

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

1993 წელს ამოქმედდა ე. წ. Bundespflegegesetz (ფედერალური აქტი ზრუნვის სარგებლის შესახებ, რომელსაც ასევე უწოდებენ „ზრუნვის ფულს“). მოქმედების ძირითადი პრინციპია „ყველას, ვისაც ზრუნვა სჭირდება, შესაძლებლობა ექნება ორგანიზება გაუწიოს თავის მოვლას საკუთარი საჭიროებების საფუძველზე“. მოვლის სარგებელი განიხილება, როგორც ყველაზე მნიშვნელოვანი წვლილი ამ მიზნის მისაღწევად. ის არის „დაჯავშნილი“ და უნდა ფარავდეს „დამატებით“ საჭიროებას, რომელიც, როგორც წესი, ჩნდება, როდესაც ადამიანი კარგავს ყოველდღიური საქმიანობის მართვის უნარს, დაავადებასა და შესაძლებლობის შეზღუდვასთან დაკავშირებულ ახალ მოთხოვნებთან ერთად. შესაბამისად, მოვლის სარგებელი არ არის გათვალისწინებული საჭიროების მთლიანი მოცულობის დასაფარად და არ ითვლება დამატებით შემოსაღებად, არამედ გამოიყენება დამოუკიდებელ ცხოვრებაში დასახმარებლად. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

შინმოვლის მომსახურებების მიღების შესაძლებლობა

შინმოვლის საექთნო მომსახურება და პერსონალური მოვლა

შინმოვლის საექთნო მომსახურება და პერსონალური მოვლა სხვადასხვა მომსახურებაა. ისინი ანაზღაურდება სხვადასხვა ბიუჯეტით და ექვემდებარება სხვადასხვა რეგულაციებს. 1992 წლიდან მხოლოდ ჯანმრთელობის დაზღვევა

ანაზღაურებს საექთნო მომსახურებას (ეს არის სამედიცინო მომსახურება, რომელიც უზრუნველყოფს ინექციებს, კვებას მიღების საშუალებით, ჭრილობების მოვლას და ა. შ.), შინმოვლის პროგრამაში ჩართვა ხორციელდება მკურნალი ექიმის ან/და ოჯახის ექიმის დასკვნის შემდეგ (მწვავე მდგომარეობების შემდგომი რეაბილიტაცია/მკურნალობა). ასეთი მომსახურება განეკუთვნება ხანმოკლე ტიპის შინმოვლას და გრძელდება 4 კვირის განმავლობაში. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

პერსონალური მოვლა განიხილება, როგორც სოციალური მომსახურება და არ იფარება ჯანმრთელობის დაზღვევით, თუმცა მოვლა ხორციელდება ფედერალური კანონის (Bundespfllegegeldgesetz - BPGG) ან თითოეული შტატის მიერ შემოღებული ერთ-ერთი აქტის შესაბამისად (Landespfllegegeldgesetze - LPGG). მოქალაქეებმა, რომელთაც ეს სარგებელი სჭირდებათ (ან მათი ახლო ნათესავები ან კანონიერი მეურვეები), უნდა მიმართონ შტატს განცხადებით, თუმცა არაფორმალური განცხადებაც საკმარისია. განაცხადის ადრესატი არის დაწესებულება, რომელიც პასუხისმგებელია „ძირითადი შემოსავლისთვის“. თუ ადამიანი იღებს სახელმწიფო პენსიას ან მოხუცებულთა პენსიას, ფედერალური ორგანოები აგებენ პასუხს და BPGG მართავს. ადამიანები, რომელთა პენსიას უზრუნველყოფს (და რეგულირდება) ერთ-ერთი ფედერალური შტატი, უგზავნიან განცხადებას თავიანთი შტატის მთავრობას. ამასთან, პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმები და თანხის ოდენობა თანაბარია, მაგრამ მოვლის მომსახურებები შეიძლება მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდეს.

პროგრამაში ჩართვა და სარგებლის მოცულობა დამოკიდებულია ფიზიკური, გონებრივი, ფსიქოლოგიური ან სენსორული შესაძლებლობის შეზღუდვის გამო დახმარების/ზრუნვის მუდმივ საჭიროებაზე, რომელიც სიმძიმის მიხედვით იყოფა 6 დონედ (იხ. ცხრილი 1). პროგრამაში ჩართვის ერთ-ერთი კრიტერიუმია ის, რომ შინმოვლის საჭიროება უნდა გრძელდებოდეს განაცხადის წარდგენამდე მინიმუმ ბოლო ექვსი თვის განმავლობაში. ჩართვის კრიტერიუმები არ არის დამოკიდებული შემოსავალზე, ასაკზე ან მიზეზზე. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

სარგებლის დონე	ჩართვის კრიტერიუმი - მოვლის საათების რაოდენობა თვეში
პირველი	50
მეორე	75
მესამე	120
მეოთხე	160
მეხუთე	180+ დამატებითი მოვლა საჭიროების შემთხვევაში
მექვსე	180+ დამატებით ერთი ადამიანის მუდმივი მეთვალყურეობა

წყარო: (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

ადამიანური რესურსების ხარისხი და მოთხოვნები

კეთილდღეობის ფედერალურმა ასოციაციამ შეიმუშავა სტანდარტები მობილური მომსახურების პროცესის ხარისხისთვის. ამ სტანდარტებისა და ინდიკატორების დიაპაზონი ვრცელდება ადამიანური რესურსების მართვიდან და გარე და შიდა კომუნიკაციიდან გუნდური მუშაობის განვითარებამდე და მომსახურების გაწევის ხარისხამდე. ეს უკანასკნელი მოიცავს პაციენტების მიღებას, ხელშეკრულებებს მიმწოდებლებსა და პაციენტებს შორის, ზრუნვის პროცესს (შეფასებას, ზრუნვის დაგეგმვას და შეფასებას), ვიზიტებზე ზრუნვას და საჩივრების მართვას. კვალიფიციური მოწვეული ექთნები უფლებამოსილნი არიან შეისწავლონ შინმოვლის მიმდინარეობა და მოვლის ასიგნებების „შესაბამისი გამოყენება“. ეს პროცედურა ყოველწლიურად ტარდება (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

სხვადასხვა პროფესიის ადამიანები (ექთნები, მედლები, სოციალური მომვლელი, სახლში დამხმარეები, სოციალური მუშაკები) უფლებამოსილნი არიან უზრუნველყონ მობილური მომსახურებები. ექთნის განათლება გრძელდება სამი წლის განმავლობაში (2000 საათის თეორია და 2480 პრაქტიკული სწავლება); ის მთავრდება წერიითი და ზეპირი გამოცდებით და ექთნის დიპლომით. ექთნები პასუხისმგებელნი არიან უწყვეტ განათლებასა და ტრენინგზე; მათ განსაკუთრებით უნდა გაითვალისწინონ ნებისმიერი ინოვაცია და განაახლონ ცოდნა. ხუთი წლის განმავლობაში მინიმალურია 40 საათიანი სწავლა, წინააღმდეგ შემთხვევაში, მათ შეუძლიათ დაკარგონ ექთნის დიპლომი. შინმოვლის დამხმარეების განათლებას (შინმოვლის დახმარების მიწოდებას), როგორც წესი, სთავაზობენ ორგანიზაციები, რომლებიც შინმოვლის მომსახურებას ახორციელებენ. სრულ განაკვეთზე სწავლა გრძელდება ოთხი თვის განმავლობაში (400 საათი, როგორც თეორიული, ასევე, პრაქტიკული სწავლება 200 საათი). ნახევარ განაკვეთზე სწავლა გრძელდება შვიდი თვე. შინმოვლის პირობებში ყველა პროფესიისთვის საჭირო კვალიფიკაცია რეგულირდება ფედერალურ მთავრობასა და ფედერალურ შტატებს შორის დადებული სოციალური პროფესიის შესახებ ხელშეკრულებით (მუხლი 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, Wiener Landtag 2005). იგივე ხელშეკრულება არეგულირებს ექთნების, შინმოვლის პერსონალისა და პერსონალური დახმარების სამსახურებრივ დავალებებს (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ხელმისაწვდომობა და საჭიროებების შეფასება

განაცხადის მიღების შემდეგ ხდება განმცხადებლის ფიზიკური გამოკვლევა და შეფასება პასუხისმგებელი ექიმი-ექსპერტის მიერ, რომლის რეკომენდაციის და დასკვნის საფუძველზე ხდება მოსარგებლის პროგრამაში ჩართვა და მოვლის ხარისხის განსაზღვრა. თუ განმცხადებელი უკვე იყენებს შინმოვლის სააგენტოს, საჭიროა მისი თანამშრომლების აზრი. საბოლოო გადაწყვეტილების მიღების ვადა არ უნდა აღემატებოდეს ექვს თვეს. იშვიათად გამოიყენება სტანდარტიზებული

შეფასების ინსტრუმენტები. უფრო ხშირად, გადამწყვეტ როლს თამაშობს შემფასებლის პროფესიული გამოცდილება ან ინტუიცია. ამასთან, ზოგიერთ შტატში საჭიროებების შეფასება დელეგირდება კვალიფიციურ ექთნებზე, რომლებიც იყენებენ ყოვლისმომცველ, სრულად სტანდარტიზებულ შეფასებას (interRAI შინმოვლის შეფასების სტანდარტები)³⁶.

შვედეთი

დენსტიტუციონალიზაცია

შვედეთის მოსახლეობის 19,4% არის 65 წელს გადაცილებული ასაკით (Stefania Ilinca 2015), ამ ქვეყანაში ხანგრძლივი ზრუნვის სახელმწიფო ხარჯების ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი კოეფიციენტია მშპ-თან მიმართებაში - 3,6% 2018 წელს (OECD, 2019). მიუხედავად იმისა, რომ ფინანსური მდგრადობა აქტუალურ პრობლემად იქცა, მდგრადი ინვესტიციების სარგებელი შვედეთის ხანდაზმულ მოქალაქეებს ეკისრებათ, რომლებიც მსოფლიოში პირველ ადგილზე არიან სოციალური და ეკონომიკური კეთილდღეობის თვალსაზრისით. ყოვლისმომცველი სოციალური პროგრამებით აღიარებულ შვედეთს აქვს კარგად განვითარებული, უნივერსალური, საზოგადოებრივი ხანგრძლივი ზრუნვის სისტემა. სისტემის ძირითადი მახასიათებელია ხანდაზმულთა სოციალური და პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის პასუხისმგებლობის გადაცემა მუნიციპალიტეტების დონეზე. ფინანსური პასუხისმგებლობა ხანგრძლივ მოვლაზე გადანაწილებულია ეროვნულ, რეგიონულ და ადგილობრივ მთავრობებს შორის, მაგრამ ხარჯების დაახლოებით 85% (2010 წ.) დაფარულია ადგილობრივი და რეგიონული გადასახადების მეშვეობით.

ინსტიტუციონალიზაციის მაჩვენებელი 80 წელს ზემოთ ასაკის ადამიანებისთვის 1993 წლიდან 2008 წლამდე 24%-დან 15%-მდე შემცირდა; 2000-დან 2008 წლამდე საცხოვრებელ დაწესებულებებში საწოლების რაოდენობა დაახლოებით 20,000 ერთეულით შემცირდა, ხოლო შინმოვლის მიმღებთა რაოდენობა 20,000 ადამიანით გაიზარდა. შვედეთში ინსტიტუციური ზრუნვის დაწესებულებების შემცირებას ხელი შეუწყო წახალისების გადანაწილებამ მიმწოდებლებისათვის ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის განხრით.

ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სისტემებს შორის დაყოფა განიხილეს 1992 წელს განხორციელებული ე. წ. ედელის რეფორმის საშუალებით განხორციელებული სხვადასხვა ღონისძიებების გათვალისწინებით, საავადმყოფოში დაგვიანებული გაწერებისთვის ანაზღაურების სქემის შექმნით და ერთობლივი სამედიცინო გეგმების

³⁶(2013). *Home care across Europe. Case studies. Vol. 2 Home care country-by-country. Ed. by Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman.* WHO European Observatory on Health Systems and Policies

გამოყენებით. რეფორმა, უპირველეს ყოვლისა, მიზნად ისახავდა იმ პაციენტების ხანგრძლივი მოვლის საჭიროებების შესწავლას და უზრუნველყოფას, რომლებიც „აკავებდნენ საავადმყოფოს საწოლებს“ მწვავე მკურნალობის გარეშე. რეფორმამ ადგილობრივი ხელისუფლება ანგარიშვალდებული გახადა იმ პაციენტთა ხარჯებისათვის, რომელთა საავადმყოფოებში მკურნალობა დასრულდა, მაგრამ ვერ გაწერეს, რადგან არსებობდა სათემო ხანგრძლივი მკურნალობის დეფიციტი. ამავდროულად, ერთობლივი მოვლის გეგმა ხაზს უსვამს თანამშრომლობას ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სპეციალისტებს შორის, რომელიც ხელს უწყობს პაციენტების ადეკვატური მომსახურებით უზრუნველყოფას. ეს დებულებები ძლიერი სტიმული იყო მუნიციპალიტეტებისთვის შინმოვლის მომსახურებების უზრუნველსაყოფად, რათა თავიდან აეცილებინათ ჰოსპიტალიზაციის ან დაწესებულებაში ზრუნვის უფრო მაღალი ხარჯები. ამავდროულად, რეფორმამ ხელი შეუწყო ზრუნვის პროფესიონალებს შორის თანამშრომლობის კულტურის ჩამოყალიბებას, ზრუნვის მიზანშეწონილობისა და უფრო უპრობლემოდ მომხმარებელთა გადაადგილებას სხვადასხვა დონის მოვლას შორის.

შვედეთში დენსტიტუციონალიზაციის ერთ-ერთი მთავარი ბარიერი იყო არაფორმალურ მზრუნველთა დამხმარე მომსახურებების განუვითარებლობა. 2010 წელს შვედურმა ოჯახებმა დააფინანსა ხანგრძლივი მოვლის საჭიროებების დაახლოებით 70%, მაგრამ მცირე დახმარება და აღიარება მიიღეს სახელმწიფოსგან. 1998 და 2009 წლების სოციალური მომსახურების შესახებ კანონში შესწორებებმა სულ უფრო და უფრო აღიარა ოჯახის მზრუნველობის უზრუნველყოფის აუცილებლობა, მაგრამ მათ აქვთ აღსრულების სუსტი ინსტრუმენტები, რომელთა მთავარი უფლებამოსილება ადგილობრივ დონეზეა კონცენტრირებული. ამის მაგალითია მოვლის შემწეობა, ფულადი დახმარება, რომელიც ენიჭებათ სამედიცინო მომსახურების მიმღებებს და განკუთვნილია ოჯახის მოვლის ანაზღაურებაზე. ამასთან, მისი ხელმისაწვდომობა შემოიფარგლება იმ მუნიციპალიტეტებით, რომლებიც ნებაყოფლობით იზიარებენ სქემას, რაც იწვევს შეზღუდულ გამოყენებას (Fukushima et al., 2010). ანალოგიურად, შვედ მეურვეებს აქვთ მხარდაჭერისა და საკონსულტაციო მომსახურების უფლება, მაგრამ რადგან არ არსებობს ეროვნული სტანდარტები, მუნიციპალიტეტები განსაზღვრავენ გაწეული მომსახურების ტიპსა და მასშტაბებს (Johansson et al., 2011). თუნდაც შემწეობა, რომელიც არის მზრუნველის ყველაზე გავრცელებული ტიპის დახმარება, უფასოა შვედეთის მუნიციპალიტეტების მხოლოდ ნახევარში, დანარჩენები კი საფასურს იხდიან. ამგვარი გეოგრაფიული განსხვავებები იწვევს სიტუაციებს, როდესაც მომვლელები იღებენ არასაკმარის მხარდაჭერას (Stefania Ilinca 2015).

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

1992 წლიდან ხანდაზმულ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებზე ზრუნვა (გარდა სამედიცინო მომსახურებისა) მუნიციპალიტეტებს ეკისრებათ („ედელის რეფორმა“). იგივე ეხება დამხმარე მოწყობილობებით უზრუნველყოფას.

ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების შესახებ კანონი მოიცავს ჯანდაცვის ფუნდამენტურ რეგულირებას. ამ კანონის მიზანია ყველასთვის კარგი ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობის დაცვა, თანაბარი ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვაზე, ასაკის მიუხედავად. პრიორიტეტულია შინმოვლის მოსარგებლე, რომელსაც ყველაზე სამედიცინო მომსახურების მეტი საჭიროება აქვს. ქვეყნის საბჭო პასუხისმგებელია შინმოვლის ჯანმრთელობის მიმართულებაზე. რეგიონულ საბჭოსთან შეთანხმებით, მუნიციპალიტეტებს შეიძლება ჰქონდეთ პასუხისმგებლობა შინმოვლის ჯანდაცვის მიმართულებაზე. ასეა შვედეთის მუნიციპალიტეტების დაახლოებით ნახევარში.

სოციალური მომსახურების აქტი ასევე წარმოადგენს შვედეთის ხანდაზმულ მოსახლეობაზე ზრუნვის კანონს, რომელიც ავალდებულებს მუნიციპალიტეტებს, უზრუნველყონ სპეციალური საჭიროების მქონე პირებზე ზრუნვა, საყოფაცხოვრებო და პირადი მოვლა და სპეციალური საცხოვრებლის ამწეობა-განახლება. მუნიციპალიტეტებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებმა შეძლონ საზოგადოებაში ინტეგრაცია, გავლენა მოახდინონ საკუთარ ცხოვრებაზე და გრძნობდნენ თავს დაცულად და დამოუკიდებლად, ასაკის მატებასთან ერთად. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უნდა ჰქონდეთ ხარისხიანი ზრუნვა და იყვნენ ინფორმირებულნი მათი მკურნალობის შესახებ (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

შინმოვლის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა

საჯაროდ დაფინანსებული დახმარების გაწევა (სოციალური სახლში მოვლა) არის უნივერსალური უფლება; არ ხდება პაციენტის შემოსავლების შეფასება და ის ხელმისაწვდომია შესაბამისი საჭიროების მქონე პირებისათვის არაფორმალური ზრუნვის არსებობის მიუხედავად. საჯაროდ დაფინანსებული დახმარება მოიცავს საყოფაცხოვრებო, პერსონალურ მოვლასა და პრაქტიკულ დახმარებას (საყოფაცხოვრებო ამოცანები, როგორცაა დასუფთავება და რეცხვა, ბანკთან ურთიერთობა და დახმარება სამზარეულოში ან მზა კერძების მიწოდებაში) და პერსონალური მოვლა (დახმარება ჭამის დროს, ჰიგიენა, ჩაცმა). გარდა ამისა, სოციალური საყოფაცხოვრებო მომსახურება მოიცავს მეთოდებს იზოლირების თავიდან ასაცილებლად. ფუნქციურად დაქვემდებარებულ და შინმოვლის საჭიროების მქონე პირებს საშუალება აქვთ 24 საათის განმავლობაში მიიღონ მომსახურება. არსებობს ვარიანტების სტანდარტული ფორმულა, მაგრამ მუნიციპალიტეტმა უნდა გაითვალისწინონ პირის ფუნქციური სტატუსი და სიტუაცია, რომელშიც ადამიანი ცხოვრობს. სოციალური საყოფაცხოვრებო მომსახურების მიღების კრიტერიუმები შეიძლება ოდნავ განსხვავდებოდეს მუნიციპალიტეტებს შორის.

ადამიანური რესურსების ხარისხი და მოთხოვნები

შვედეთის შინმოვლის პოლიტიკის მიზანია, რომ შინმოვლაში ჩართული პერსონალი იყოს მომზადებული. საგანმანათლებლო პროგრამებს ადგენს განათლების სამინისტრო.

შინმოვლაში მონაწილეობენ შემდეგი სპეციალისტები:

- ექთნის თანაშემწე - სამწლიანი საშუალო სპეციალიზებული განათლება;
- შინმოვლის ასისტენტი - სამწლიანი საშუალო სკოლის განათლება;
- რეგისტრირებული ექთანი (RN) - სამწლიანი განათლება უნივერსიტეტში;
- ექთანი - ოთხწლიანი განათლება საუნივერსიტეტო დონეზე, მათ შორის, ზოგიერთი მედიკამენტის დანიშვნის სერტიფიკატი;
- შინმოვლის ოფიცერი - სამწლიანი განათლება უნივერსიტეტის დონეზე, მართვისა და მომსახურების შეფასების ჩათვლით;
- პირადი ასისტენტი - მინიმუმ, მოკლე კურსი, რომელიც ორიენტირებულია პირადი ასისტენტის როლზე.

თითოეულ მიმართულებას ეროვნული კანონმდებლობით განსაზღვრული აქვს სხვადასხვა სახის დავალებების შესრულება. ექთნები პასუხისმგებელი არიან შინმოვლის ჯანდაცვის მიმართულებაზე, მათ შორის სხვადასხვა ტესტების გაკეთება (სისხლის და შარდის), ინექციური მედიკამენტების მიღება, ტერმინალური მოვლა და ა.შ. შინმოვლის ოფიცერი პასუხისმგებელია შინმოვლის სამსახურის შეფასებაზე და უნდა დარწმუნდეს, რომ განსაზღვრული შინმოვლის მომსახურებები სრულდება ადეკვატურად. დაბოლოს, შინმოვლის თანაშემწეები და პერსონალური თანაშემწეები უზრუნველყოფენ შინმოვლის ისეთ მომსახურებებს, როგორებიცაა, საყოფაცხოვრებო დახმარება და პირადი მოვლა (დაბანა, ჩაცმა და ა.შ.) და ისეთი საქმიანობა, როგორიცაა სოციალიზაცია ან გასეირნება.

დაფინანსების ზოგადი მექანიზმი

დაფინანსების წყაროა ფედერალური ზრუნვის სარგებელი, მუნიციპალური სარგებელი და თემები. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ხელმისაწვდომობა და საჭიროებების შეფასება

შინმოვლისთვის პაციენტს შეუძლია მიმართოს მუნიციპალიტეტში შინმოვლის ოფიცერს. 65 წლამდე ასაკის შემთხვევაში, განაცხადი წარედგინება მუნიციპალურ შინმოვლის ოფიცერებს. სწორედ ეს ოფიცერი აფასებს საჭიროებებს და იღებს გადაწყვეტილებას შინმოვლის მიმღებთან და/ან მის ნათესავებთან კონსულტაციის საფუძველზე. საჭიროებების შეფასება ეფუძნება შინმოვლის მიმღების, ნათესავების,

ექთნის და ოჯახის ექიმებისგან მიღებულ ინფორმაციას. საჭიროების შემთხვევაში, შეიძლება ჩაერთონ ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებიც. შინმოვლის გუნდი ახორციელებს შინმოვლას საჭიროებების შეფასების და ჯანმრთელობის დაცვისა და მომსახურების გეგმების საფუძველზე. შინმოვლის ოფიცერი პასუხისმგებელია შინმოვლის მომსახურების გადაწყვეტილებების უზრუნველყოფაზე.

მომსახურების მიწოდება

შინმოვლის მომსახურებას ძირითადად ახორციელებს მუნიციპალიტეტებისა და კერძო სააგენტოების პერსონალი. მუნიციპალიტეტიდან მომსახურების მიწოდებას უზრუნველყოფს შინმოვლის გუნდი, რომლის ფარგლებშიც სამედიცინო ჩარევა ხდება პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ, ხოლო სახლში საქმიანობის მომსახურებას ახორციელებს სახლში დამხმარე ან ექთანი (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

იტალია

დეინსტიტუციონალიზაცია

იტალია ევროპის ქვეყნებს შორის გამოირჩევა ხანდაზმული მოსახლეობის საკმაოდ მაღალი წილით - საერთო მოსახლეობაში - 21.4% 2014 წელს, რაც საუკუნის შუა პერიოდისთვის 33%-მდე გაიზრდება. დღეისათვის, ხანგრძლივი მზრუნველობის სახელმწიფო ხარჯები მშპ-ის 1,7%-ს შეადგენს ფულადი შემწეობის ფართო სქემების გამო, რაც შეიძლება ინტერპრეტირებული იყოს, როგორც შინამეურნეობებზე მზრუნველობის უზრუნველყოფაში მნიშვნელოვანი წვლილის არაპირდაპირი აღიარება. სათემო მოვლის, დაწესებულებაში მოვლისა და ფულადი შემწეობის უზრუნველყოფისათვის პასუხისმგებლობები გადანაწილებულია მუნიციპალიტეტებზე, რეგიონულ ხელისუფლებებზე, ჯანმრთელობის ეროვნულ სისტემაზე (NHS) და სოციალური უსაფრთხოების ეროვნულ ინსტიტუტზე (NISS) ეს კი იწვევს ფრაგმენტაციის მაღალ ხარისხს და გეოგრაფიულ შეუსაბამობებს.

იტალია არ აღმოჩნდა დეინსტიტუციონალიზაციის გამოწვევების წინაშე, რადგან დაწესებულებებში ზრუნვის სექტორი ტრადიციულად მცირე იყო. ინსტიტუციონალიზაციის ამჟამინდელი მაჩვენებელი დაახლოებით 2%-ია, რაც ევროპის საშუალო მაჩვენებელზე ორჯერ ნაკლებია.

ეს შესაძლებელი გახდა მხოლოდ იმ შინამეურნეობების დიდი წვლილის გამო, რომლებსაც საფუძვლად უდევს ძლიერი კულტურული და ოჯახური ღირებულებები. შვედეთის შემთხვევისგან განსხვავებით, ოჯახების დახმარება (უზარმაზარი ფულადი

სახსრების სახით) იტალიაში ინსტიტუციონალიზაციის დაბალი მაჩვენებლის ძირითადი ინსტრუმენტი იყო. ამასთან, სათემო მოვლისა და ანაზღაურებადი სამუშაოების სირთულეების გამო, უფსკრული მიწოდებასა და მოთხოვნას შორის გაიზარდა, რამაც საჭირო გახდა ინსტიტუციონალიზაციის ამჟამინდელი დაბალი ტემპების შენარჩუნების მიზნით სათემო მომსახურების გაძლიერება.

ეროვნული ფულადი შემწეობის სქემა (indennità di accompagnamento), რომელსაც NISS ახორციელებს და ზოგადი დაბეგვრის გზით, 1980 წლიდან ხელმისაწვდომია ყველა ასაკის მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირებისთვის, მათი ფინანსური მდგომარეობისგან დამოუკიდებლად და გამოყენების შეზღუდვები არ გააჩნია. იგი წარმოადგენს იტალიაში ხანგრძლივი მოვლის სისტემის მთავარ საყრდენს, სადაც ყველაზე მეტი მოსარგებლეა (დაფარვის მაჩვენებელი 12.5% 2010 წელს) და ითვისებს ყველაზე მეტ საზოგადოებრივ რესურსებს (Istituto Nazionale di Statistica, 2014). ადგილობრივი ხელისუფლება ასევე უზრუნველყოფს ფულადი შემწეობის სხვა ფორმებს იმ ოჯახებისთვის, ვისაც ზრუნვა სჭირდება (ოჯახის შემწეობა - „assegni di cura“). ესენი არიან პირები, რომელთაც აქვთ მაღალი დამოკიდებულების ხარისხი და არიან სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ. ნაღდი ფულადი სახსრების გარდა, ზოგიერთ რეგიონში მომვლელების დახმარების მომსახურებებიც შედის, მათ შორის, დღის მოვლის ცენტრები, ხანმოკლე მოვლა და თვითდახმარების ჯგუფები.

იტალიის ხანგრძლივი მოვლის სისტემაში არაფორმალურ ზრუნვაზე ზედმეტმა დამოკიდებულებამ წარმოშვა შრომის ბაზრის მნიშვნელოვანი დამახინჯება, განსაკუთრებით, ქალებისთვის, ასევე, მომვლელების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური პრობლემები. იმისათვის, რომ შეამსუბუქონ არაფორმალური მომვლელების ტვირთი ინსტიტუციონალიზაციის გარეშე, უნდა შეიქმნას სათემო მომსახურება. იტალიის კანონმდებლობის თანახმად, პერსონალური სოციალური მომსახურება, მათ შორის, შინმოვლისა და პერსონალური მოვლის ამოცანები, რომლებიც გათვალისწინებულია მოსარგებლის სახლში, იგეგმება და უზრუნველყოფილია მუნიციპალიტეტების მიერ, ხოლო შინმოვლის ჯანმრთელობის მომსახურებები ექვემდებარება NHS-ს პასუხისმგებლობას. 2012 წელს, იტალიაში ხანდაზმული ადამიანების შინმოვლის მომსახურების დაფარვამ შეადგინა 4% (ევროპული საშუალო მაჩვენებელი 7% -ზე მეტი), დიდი გეოგრაფიული ასიმეტრიით, როგორც ხარისხის, ისე მოწოდებული მომსახურების - ძირითადად, ჩრდილოეთ-სამხრეთის დაყოფის გასწვრივ. შინმოვლის სფეროში დაბალმა ინვესტიციამ გამოიწვია სიტუაცია, როდესაც მოთხოვნა ბევრად აღემატება მიწოდებას და ბევრმა ოჯახმა უნდა აიღოს მზარდი საჭიროებების ფინანსური ტვირთი, თუმცა სამ იტალიურ ოჯახზე ერთზე ნაკლები (27%) ახერხებს გადაიხადოს პროფესიონალური შინმოვლის მომსახურების საფასური (ევროკომისია, 2007). შედეგად, იტალიის შინამეურნეობების დიდი და მზარდი რაოდენობა მიგრანტებზე მომსახურებით ახორციელებს შინმოვლის მომსახურებას. აქედან გამომდინარე, იზრდება რისკი, რომ ოჯახებისათვის არამდგრადი ტვირთი შეიძლება გადაიზარდოს ინსტიტუციონალიზაციის გაზრდილ მაჩვენებლებში მომდევნო ათწლეულების განმავლობაში. (Stefania Ilinca 2015)

კარგი პრაქტიკის მაგალითი:

ოჯახის ექთანი (ვარესის რეგიონი)

საპილოტე პროექტი საზოგადოებაში სუსტი ჯანმრთელობის მქონე პირების მოსავლელად. პროექტის ფარგლებში ტრენინგი ჩაუტარდათ სპეციალისტებს, რომლებიც დაგეგმავენ და გააკონტროლებენ შინმოვლის გზამკვლევს და უზრუნველყოფენ არაფორმალურ და ოჯახის წევრების სამედიცინო განათლებას და მხარდაჭერას (Stefania Ilinca 2015).

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

1990 წლების დასაწყისიდან იტალიის მთავრობის ოფიციალური პოლიტიკაა ხანდაზმულთა იზოლაციის თავიდან აცილება და შინმოვლა. ჯანმრთელობის ეროვნული გეგმა 1998-2000 წლებიდან და საკანონმდებლო განკარგულება ითვალისწინებდა ინტეგრირებული შინმოვლის სქემას. 2000 წლის შემდეგ კანონმდებლობით განისაზღვრა ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების ინტეგრირებული სისტემა და 2006 წელს დოკუმენტში „ექთნების ახალი განმარტება“ განსაზღვრული და განახლებული იქნა სამედიცინო დახმარების არსებითი დონეები (LEA) (ჯანდაცვის სამინისტრო, 2007 წ.). დოკუმენტის თანახმად, შინმოვლის საექთნო მომსახურება დაყოფილია სამ კატეგორიად: პერიოდული, ინტეგრირებული და პალიატიური. შინმოვლა მოიცავს შინმოვლის საექთნო მომსახურებას (SID), ინტეგრირებულ სოციალურ-ჯანმრთელობის მომსახურებას (ADI), სახლში ჰოსპიტალურ მომსახურებას (OD), ტკივილის მართვას (PCA) და შინმოვლის დახმარებას ოჯახის ექიმის მეშვეობით.

მთავარი სამინისტროები, რომლებიც ჩართულნი არიან შინმოვლაში, არის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო საექთნო მიმართულებით და შრომისა და სოციალური პოლიტიკის სამინისტრო შინმოვლის სოციალური მომსახურებების მიმართულებით. შინმოვლის საექთნო მომსახურების დამატებითი მმართველი ორგანიზაციებია: რეგიონული მთავრობა და ადგილობრივი სამედიცინო ცენტრები, ხოლო მუნიციპალიტეტები ჩართულნი არიან შინმოვლის სოციალურ მიმართულებაში. ამასთან, ქალთა შრომის ბაზარზე მზარდმა მონაწილეობამ გამოიწვია მრავალი კერძო დაქირავებული უცხოელი ემიგრანტის მოზიდვა, როგორც ხანდაზმულ იტალიელებზე მზრუნველისა. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

შინმოვლის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა

„შინმოვლის საექთნო მომსახურების განმარტება“ (ჯანდაცვის სამინისტრო, 2007) განსაზღვრავს ჩართვის ერთგვაროვან კრიტერიუმებს. მომსახურებები უფასოა მინიმალური შემოსავლის მქონე და 65 წელს გადაცილებული ადამიანებისთვის, აგრეთვე, მათთვის, ვისაც აქვს ქრონიკული შეზღუდული შესაძლებლობის გამომწვევი

დაავადებები, სიმსივნეები, გარდა ამისა, ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტებისთვის და პაციენტებისთვის პოსტ-მწვავე პერიოდში. სხვა შემთხვევებში, შინმოვლისთვის დადგენილია თანაგადახდა (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

ადამიანური რესურსების ხარისხი და მოთხოვნები

იტალიაში ექთნები უზრუნველყოფენ ტექნიკურ საექთნო მომსახურებას. შინმოვლის სოციალური ნაწილი (საყოფაცხოვრებო დახმარება და პირადი მოვლა) უზრუნველყოფილია სოციალურ-სანიტარული ოპერატორების (ძირითადი თანაშემწე), სახლში დამხმარების, სოციალური მუშაკების და პროფესიონალი პედაგოგების მიერ. ძირითადად, სოციალური მუშაკი ამოწმებს საჭიროებებს, ააქტიურებს პროცედურას და კოორდინაციას უწევს ოპერატორებს (ძირითადი თანაშემწეები), რომლებიც ეხმარებიან საყოფაცხოვრებო და ყოველდღიურ საქმიანობაში (ADL), ფუნქციების მკაფიო გამიჯვნის გარეშე.

შინმოვლის ექთნებისთვის სამედიცინო ფაკულტეტების მიერ უზრუნველყოფილია საუნივერსიტეტო კურსები საექთნო, რეაბილიტაციისა და პროფილაქტიკის განხრით (სამწლიანი ხარისხი, პირველი დონე, ოთხი ხარისხის კლასი). ჯანდაცვის სამინისტრო ადგენს განათლების პროფესიულ პროფილებს, ხოლო პროგრამის შინაარსს განსაზღვრავს უნივერსიტეტისა და სამეცნიერო კვლევების სამინისტრო (საკანონმდებლო განკარგულება, 502/1992) (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

„შინმოვლის საექთნო მომსახურების ახალი განმარტების“ დოკუმენტში აღწერილია შინმოვლის ექთნების ყველა ფუნქცია (ზოგადი და სპეციალური სამედიცინო დახმარება, რეაბილიტაცია, ფუნქციური აღდგენა). შინმოვლის სოციალური მიმართულება (SAD) მოიცავს საყოფაცხოვრებო და პირადი დახმარების გაწევას (ჰიგიენის დაცვა, ადგომა და დასაძინებლად წასვლა, ჩაცმა, ჭამა, ადმინისტრაციული ამოცანები და ა. შ.), თუმცა, ფუნქციების მკაფიო გამიჯვნა არ ხდება. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

დაფინანსების ზოგადი მექანიზმი

ჯანმრთელობის ეროვნული ფონდი 95%-ით ფინანსდება პირდაპირი დაბეგვრის (შემოსავლის) და არაპირდაპირი დაბეგვრის საშუალებით. ჯანმრთელობის ეროვნული ფონდი (NHF) დაყოფილია რეგიონებსა და ადგილობრივ ჯანდაცვის ორგანოებში. დარჩენილი ხარჯები დაფარულია ადგილობრივი ჯანდაცვის შემოსავლებითა და კლიენტების თანაგადახდით. რაც შეეხება საექთნო მომსახურებას, მოსარგებლის თანაგადახდა დაკავშირებულია ასაკთან, შემოსავალთან, დაავადებებთან და განკურნების ფაზასთან. შინმოვლის თანაგადახდა საჭიროა მხოლოდ მაღალი შემოსავლის მქონეთათვის. სოციალური პოლიტიკის ეროვნული ფონდი (FNPS) წარმოადგენს დაფინანსების სპეციფიკურ წყაროს სოციალური დახმარებისა და ინდივიდების და ოჯახების დახმარების

მიზნით. შინმოვლის სოციალური მიმართულება ფინანსდება რეგიონების მიერ, ძირითადად NHF-დან მიღებული სახსრებით (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ხელმისაწვდომობა და საჭიროებების შეფასება

ზოგიერთ რეგიონში გამოყოფილია ცალკეული ე. წ. „წვდომის წერტილები“ შინმოვლის სოციალური და საექთნო მომსახურებებისთვის, სხვა რეგიონებში ან ცალკეულ ადგილობრივ ჯანდაცვის ორგანოებში ფუნქციონირებს ერთიანი დაშვების წერტილი. საექთნო მომსახურებასთან დაკავშირებით ექიმი თავად ან სხვების მოთხოვნით (საავადმყოფოს ექიმი, ოჯახის ექიმი და ა. შ.) ააქტიურებს მომსახურებას და სოციალური მუშაკი ახორციელებს სახლში ვიზიტს რეალური საჭიროებების გადამოწმების მიზნით. შინმოვლის ინტეგრირებული მიმართულების შემთხვევაში (ADI), კლიენტის საჭიროებების შეფასებას ახორციელებს ინტეგრირებული შეფასების განყოფილება (UVD), რომელიც შედგება სოციალური და ჯანდაცვის პროფესიონალებისგან. გუნდი ადგენს ინდივიდუალური მოვლის გეგმას (PAI). შეფასებისთვის გამოყენებულია სოციალური შეფასების ინსტრუმენტები და „მრავალგანზომილებიანი შეფასების ინსტრუმენტები (სტანდარტიზებული და დამოწმებული). არ არსებობს ქვეყნის მასშტაბით ერთიანი დამტკიცებული შეფასების ინსტრუმენტი. რაც შეეხება შინმოვლის სოციალურ ნაწილს, მოსარგებლემ, ოჯახმა ან სოციალურმა სამსახურებმა შეიძლება გაააქტიურონ მომსახურება. თანაგადახდისა და სახელმწიფო დაფინანსების მიღების გამოსათვლელად აუცილებელია ოჯახის ექიმის დასკვნა, რომელიც შეაფასებს პაციენტის დამოკიდებულების დონეს და ცნობა მოსარგებლის ფინანსური მდგომარეობის შესახებ (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

მომსახურების მიწოდება

შინმოვლის სოციალურ მიმართულებაზე პასუხისმგებლობა გადანაწილებულია რეგიონულ და ადგილობრივ მთავრობებს შორის. ადგილობრივი მთავრობები ახდენენ მიმწოდებლების აკრედიტაციას. კანონმდებლობის დონეზე განსაზღვრული დეცენტრალიზაციის მნიშვნელობა არაკომერციული ორგანიზაციების, სოციალური კოოპერატივების, მოხალისეთა ორგანიზაციებისა და სხვა კერძო ორგანიზაციებისათვის, რათა მათ მიაწოდონ მომსახურება მუნიციპალიტეტების ფარგლებში. იტალიაში დელეგირება არის ყველაზე ტრადიციული ფორმა, რომელსაც სახელმწიფო ხელისუფლება იყენებს შინმოვლის მომსახურებების (სოციალური და ჯანდაცვის სექტორი) უზრუნველსაყოფად. კერძო ანაზღაურებადი შინმოვლის სოციალური მიმართულება ძირითადად არაფორმალური ბაზარია და ხშირად არ ექვემდებარება საჯარო რეგულაციას. ასევე, კერძო ექთნები შეიძლება იყვნენ არაფორმალური და არარეგულირებული (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

ჩეხეთი

დენსტიტუციონალიზაცია

65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის 17.4%-ით ჩეხეთი ევროპის საშუალო მაჩვენებელზე დაბალია, მაგრამ ერთ-ერთი ქვეყანაა აღმოსავლეთ ევროპაში ხანდაზმული ადამიანების ყველაზე მაღალი წილით. სიცოცხლის ხანგრძლივობის მკვეთრი ზრდის მიუხედავად, ეს მიღწევა არ გულისხმობს სიბერეში კარგ ჯანმრთელობას. ხანგრძლივი მოვლის სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-ს 0.8%-ს შეადგენს, რაც, სავარაუდოდ, დემოგრაფიული დაბერების გამო გაიზრდება. მომსახურების გაწევაზე პასუხისმგებლობა ამჟამად დაყოფილია ჯანდაცვის სისტემას, სოციალურ სისტემასა და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის და არის ფრაგმენტული. ხანგრძლივი მოვლის საჭიროებების მქონე ადამიანების დახმარება ძირითადად შედგება ფულადი შემწეობისგან, რომელსაც ემატება ნატურალური მომსახურება. საკმაოდ დიდია ბარიერები ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით.

იტალიის მსგავსად, ჩეხეთში ინსტიტუციონალიზაციის მაჩვენებლები ძალიან დაბალია: 2011 წელს დაწესებულებებში ზრუნვა მოიცავდა ხანდაზმული მოსახლეობის მხოლოდ 2%-ს. ეს ტენდენცია ნაწილობრივ აიხსნება ფორმალური ზრუნვის მწირი დაფინანსებით, როგორც დაწესებულებაში ზრუნვის (ხელმისაწვდომია ძირითადად ურბანულ რაიონებში), ასევე, შინმოვლის მიმართულებაში. გარდა ამისა, ინსტიტუციონალიზაციის დაბალ მაჩვენებლებს განაპირობებს ოჯახების მნიშვნელოვანი ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაში - ჩეხეთი არის ევროკავშირის ერთ-ერთი ქვეყანა, რომელსაც ყველაზე მეტი დამოკიდებულება აქვს არაფორმალურ ზრუნვაზე, ოჯახში ზრუნვის საჭიროებების დაახლოებით 80%-ის ოდენობით. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო რეფორმების შემდეგ მზრუნველთა დახმარება გაუმჯობესდა (ფულადი სახსრები), სათემო მომსახურებების განუვითარებლობა კვლავ ბარიერად რჩება იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ხანდაზმული ადამიანების უმეტესობამ მიიღოს საჭირო ზრუნვა საკუთარ სახლებში. (Stefania Ilinca 2015)

2007 წელს სოციალური მომსახურების რეფორმის შემდეგ, ფულადი შემწეობა გადაეცემათ მოსარგებლებებს შეფასებული საჭიროებების საფუძველზე. შემწეობის მიღება დაკავშირებულია ზრუნვის საჭიროების ოთხ დონესთან და მისი ოდენობა შედარებით მეტია ხანდაზმულთებისთვის.. 300,000-ზე მეტი მოსარგებელი (რომელთა აბსოლუტური უმრავლესობა 65 წლის ან უფროსია). შემწეობა ფინანსდება ეროვნული მთავრობის მიერ ზოგადი დაბეგვრის გზით. ის შეიძლება გამოყენებული იქნეს არაოფიციალური მომვლელის ან ოჯახის წევრის ანაზღაურებაზე (რომლებიც ასევე იღებენ საპენსიო კრედიტისა და ჯანმრთელობის დაზღვევის დაფარვის უფლებებს), ხოლო პირდაპირი ფულადი დახმარება მომვლელებს არეძლევათ. (Stefania Ilinca 2015)

ამასთან, შემწეობები უზრუნველყოფს, რომ ინტენსიური თერაპიის საჭიროების მქონე ხანდაზმული ადამიანების თემში მოვლა უფრო ღიბხანს შეიძლება განხორციელდეს.

სათემო ზრუნვა მოიცავს ორი ტიპის მომსახურებას, რომელსაც ექთნები და მოხალისეები ახორციელებენ, ხოლო მათ კოორდინაციას შინმოვლის საქმეთა სააგენტოები უწევენ. შინმოვლის მომსახურებები (მათ შორის პერსონალური დახმარების მომსახურებები და კომუნიკაციური ზრუნვა ყოველდღიურ საქმიანობაში) ექვემდებარება სოციალური დახმარების სისტემას. შინმოვლის საექთნო ნაწილი მოიცავს საექთნო მომსახურებას ან რეაბილიტაციას ექიმის მეთვალყურეობით. გაწეული მომსახურების დიდი ნაწილი იფარება, მაგრამ ხარჯების თითქმის მეოთხედი წარმოდგენილია მომხმარებლების ჯიბიდან გადახდებით. მიუხედავად იმისა, რომ მომსახურების ხელმისაწვდომობა უმჯობესდება, დამორებულ ადგილებში მომსახურების დაფარვა პრაქტიკულად არ არის და მრავალი ხანდაზმული ადამიანისთვის ჯიბიდან გადახდები კვლავ მაღალია. (Stefania Ilinca 2015)

კარგი პრაქტიკის მაგალითი:

ARÉION გადაუდებელი დახმარება

24/7 გადაუდებელი დახმარების მომსახურება საშინაო მონიტორინგის მოწყობილობით - სპეციალური სამაჯურების ან საკიდების დილაკზე ხელის დაჭერით ხდება გადაუდებელ ცენტრთან დაკავშირება. ამ შემთხვევაში არ არის საჭირო დამატებითი ტელეფონის ნომრის აკრეფა და მისამართის მითითება. ცენტრი მოწყობილების საშუალებით ავტომატურად ადგენს მოსარგებლის ვინაობას და ადგილსამყოფელს, ასევე, მეურვე-მზრუნველის შესახებ ინფორმაციას. მომსახურება ხანდაზმულ ადამიანებს საშუალებას აძლევს, გაუმკლავდნენ საგანგებო სიტუაციებს, რითაც მათ ხელს უწყობს ავტონომიის შენარჩუნებაში და ცხოვრების საკუთარ სახლებში გაგრძელებაში (Stefania Ilinca 2015).

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

1990-იანი წლების დასაწყისში შემუშავდა სოციალური ცვლილებების გეგმა. მისი მიზანი იყო სოციალური უსაფრთხოების გაუმჯობესება ხანდაზმული და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოქალაქეებისთვის, რომელთაც დახმარება სჭირდებათ. პრიორიტეტი მიენიჭა სოციალური მომსახურებების განვითარებას. პოლიტიკის შემქმნელებმა მიიღეს ახალი პრინციპები: მეტი დემოკრატია, ნაკლები ცენტრალიზაცია, დაფინანსების პლურალიზმი და ანაზღაურება, მოსარგებლეთა სტატუსის გაუმჯობესება, საჭიროებების გათვალისწინებით მომსახურების დიფერენციაცია, გამოცდილებისა და პროფესიონალიზმის ზრდა, მომხმარებლებთან კომუნიკაციის შეცვლა.

შინმოვლისთვის მოქმედებს შემდეგი პრინციპები:

- მოსარგებლებების პატივისცემა, მათი სოციალური ჩართულობის და თვითგამორკვევის მხარდაჭერა;
- შინ ყოფნის შესაძლებლობა და არსებული ცხოვრების რაც შეიძლება მეტად გახანგრძლივება;
- მოწყვლადი ჯგუფების დაცვა საკუთარ სახლებში და/ან დაწესებულებებში;
- სოციალური დეზინტეგრაციის პრევენცია. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

შინმოვლის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა

მკვეთრი გამყოფი ხაზი არსებობს შინმოვლის საექთნო მომსახურებებსა და შინმოვლის სოციალურ ნაწილს შორის. შესაბამისად, ორივე მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა განსხვავებულია და გამოიყენება სხვადასხვა კრიტერიუმები, შეფასებები და განაწილების პროცედურები. შინმოვლის საექთნო მომსახურება ორიენტირებულია ჰოსპიტლების გარეთ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე, მათ შორის, ინექციებზე, მძიმე ჭრილობების მართვაზე ან შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტების მოვლაზე, ასევე, პოსტოპერაციულ და ქვემწვავე დაავადებების მოვლაზე იმ პირებისთვის, ვისაც არ სჭირდება საავადმყოფოში დაყოვნება. სიცოცხლის ბოლომდე ზრუნვაც ამ კატეგორიას მიეკუთვნება. საექთნო მომსახურებებს აფინანსებს ჯანმრთელობის დაზღვევა, თუ ოჯახის ექიმმა (GP) დაადასტურა ეს აუცილებლობა. შინმოვლის საექთნო მომსახურება მიზნად ისახავს საავადმყოფოში ყოფნის შემდეგ ან ქრონიკულად დაავადებული პაციენტების მოვლას, რომელთაც არ სჭირდებათ ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ ესაჭიროებათ პროფესიონალი ექთნის კვალიფიციური მოვლა და მკურნალობა. შინმოვლის საექთნო მომსახურება დაზღვევით ფინანსდება დღეში სამ საათამდე. საავადმყოფოს ექიმი უფლებამოსილია, დანიშნოს შინმოვლის საექთნო მომსახურება, მაგრამ ეს დანიშნულება მოქმედებს მხოლოდ საავადმყოფოდან გაწერიდან 14 დღის განმავლობაში. თუ პაციენტი უფრო დიდხანს საჭიროებს მოვლას, საჭიროა ახალი დანიშნულება - ამჯერად GP-ის მიერ.

„არასამედიცინო შინმოვლა“ არის სოციალური მომსახურება იმ პირებისთვის, რომელთაც სჭირდებათ არა სამედიცინო მომსახურებაზე ორიენტირებული საექთნო მომსახურება, არამედ პერსონალური მოვლა და დახმარება ყოველდღიური ცხოვრების ელემენტარულ ან ინსტრუმენტულ საქმიანობაში. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

ადამიანური რესურსები - ხარისხი და მოთხოვნები

კანონი სოციალური მომსახურების შესახებ განსაზღვრავს „სოციალური მომსახურების ხარისხს“ და ხარისხის უზრუნველყოფის პროცედურას. დანერგილია „ხარისხის სტანდარტი“, როგორც კრიტერიუმი პერსონალის, ორგანიზაციისა და ადმინისტრაციისთვის. გარდა ამისა, რეგულირდება ურთიერთობა მიმწოდებლებსა

და მოსარგებლებებს შორის. მოსარგებლებებს აქვთ უფლება გაეცნონ მომსახურების გაწევის რეჟიმს, ხარჯებსა და ფასებს. რეგიონულ ოფისს ან შრომისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შეუძლია შეამოწმოს, არის თუ არა ზრუნვის სააგენტოები ან მათი მფლობელები ლეგიტიმური და ქმედითი მომსახურების მიმწოდებლები. ხშირად ხდება მომსახურების ხარისხის შემოწმება. მომვლელები ვალდებული არიან შეიმუშაონ მომსახურების შიდა და გარე სტანდარტები.

შინმოვლის საექთნო დაწესებულებების დაქირავება ხდება ჯანმრთელობის დაზღვევის ინსტიტუტების მიერ და ისინი პასუხისმგებელი არიან კვალიფიციურ კადრებზე. კანონი მედპერსონალის შესახებ განასხვავებს პროფესიას, რომელსაც ზედამხედველობა სჭირდება, მათგან, ვისაც ზედამხედველობა არ სჭირდება. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

დაფინანსების ზოგადი მექანიზმი

შინმოვლის დაფინანსება რეგულირდება სოციალური მომსახურების შესახებ კანონით. სუბსიდიას იღებენ მხოლოდ წინასწარ რეგისტრირებული მომსახურებები, რომელთა ერთი ნაწილი მიეწოდება დაფინანსების ვალდებულების მქონე რეგიონებს. სუბსიდირების ოდენობა დამოკიდებულია როგორც ფინანსურ გეგმაზე, ასევე რეგიონში მომსახურების ინფრასტრუქტურის განვითარების გეგმაზე. შედეგად, სხვადასხვა არხი გამოიყენება სუბსიდიის განაწილების მიზნით: პირველ რიგში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები სუბსიდირებიდან უშუალოდ სახელმწიფოს მიერ, მეორე რიგში, რეგიონის მიერ, რომელიც სახელმწიფოსგან იღებს ფულს. შინმოვლის საექთნო მომსახურება (პირადი მოვლა და ტექნიკური საექთნო) ფინანსდება ჯანმრთელობის დაზღვევის მიერ, თუ ზოგადი ოჯახის ექიმმა დაადასტურა ეს აუცილებლობა. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ხელმისაწვდომობა და საჭიროებების შეფასება

იმის გამო, რომ შინმოვლა იყოფა ორ მთავარ მიმართულებად, ორი ძირითადი გზა მიდის მომსახურებამდე. პირველი არის პირველადი ჯანდაცვის გავლით, რომელიც ასრულებს მეკარიბჭის როლს და მოიცავს საექთნო მოვლას, რეაბილიტაციას და ჰოსპისის პროგრამას. მეკარიბჭეები ძირითადად ოჯახის ექიმები ან (ჰოსპიტალიზებული კლიენტებისთვის) საავადმყოფოს ექიმები არიან. ამის შემდეგ, შინმოვლის თანამშრომელი სტუმრობს კლიენტს და ატარებს პირველად ინტერვიუს და კლიენტის სოციალური გარემოს შეფასებას.

განსხვავებული გზით მიდის იმ პირთა შინმოვლა, ვისაც სჭირდება არა სამედიცინო მომსახურება, არამედ ფიზიკური და სხვადასხვა სახის დახმარება. ამ პირებს შეუძლიათ შეიტანონ განაცხადი სოციალური მომსახურების მისაღებად, რაც მათ საშუალებას მისცემს, შეინარჩუნონ ცხოვრების დამოუკიდებელი სტილი. განაცხადის შემდეგ, საჭიროა სოციალური შეფასება (სოციალური მუშაკის მიერ) და

ჯანმრთელობის შეფასება (ექიმის მიერ). მუნიციპალიტეტები ნიშნავენ კომისიას, რომელიც პასუხისმგებელია გადაწყვეტილებების მიღებაზე. მისი წევრები არიან: ექიმი, დასაქმებული ჩეხეთის სოციალური დაზღვევის ინსტიტუტში და ამ მუნიციპალიტეტის სოციალური მომსახურების წარმომადგენლები.

კანონი სოციალური მომსახურების შესახებ განასხვავებს დამოკიდებულების ოთხ ხარისხს (იხ. ცხრილი); მაგალითად, კერძების მომზადება/დამუშავება, კვება, პირადი ჰიგიენა, საწოლში გადაადგილება, ტუალეტის გამოყენება, სიარული, მედიკამენტების მართვა, კომუნიკაცია, მონაწილეობა სოციალურ და ყოველდღიური ცხოვრების სხვა მარტივ ინსტრუმენტულ საქმიანობაში. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

ხარისხი	დამოკიდებულების ხარისხი	ADL და IADL რაოდენობა რომელშიც საჭიროებს დახმარებას
პირველი	დაბალი	12
მეორე	საშუალო	18
მესამე	მძიმე	24
მეოთხე	გენერალიზებული	30

წყარო: (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

მომსახურების მიწოდება

შინმოვლას უზრუნველყოფს სახელმწიფო ადმინისტრაცია, ადგილობრივი მთავრობა ან რეგისტრირებული კერძო შინმოვლის სააგენტოები. სოციალურმა სამსახურებმა უნდა შეუწყონ ხელი „არახელსაყრელ სოციალურ სიტუაციებში“ მყოფ პირებს, რათა უზრუნველყონ მათი ღირსების დაცვა, აღიარონ მათი ინდივიდუალური საჭიროებები და შეინარჩუნონ ნებისმიერი ადამიანის სოციალური ინტეგრაცია მის ბუნებრივ სოციალურ გარემოში.

ძირითადი მომსახურება არის სოციალური კონსულტაცია და უფასო ყველასთვის.

ჯერ კიდევ ნაკლებად გავრცელებულია პერსონალური დახმარება იმ პირთათვის, ვისი ავტონომიაც შეზღუდულია სიბერის, ქრონიკული დაავადებების ან ჯანმრთელობის პრობლემების გამო. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

ბელგია

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

შინმოვლა ბელგიაში შედგება საშინაო საქმეებში დახმარებისგან, პერსონალური მოვლისა და საექთნო მომსახურებისგან. ის შეიძლება იყოს პრევენციული,

სამკურნალო და პალიატიური. შინმოვლა პოლიტიკურ დღის წესრიგში 25 წლის წინ გაჩნდა, რაც გამოწვეულია ქრონიკული დაავადებების სიხშირის და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე მოსახლეობის რაოდენობის მატებით. აქვე უნდა აღინიშნოს ხანდაზმულთა უპირატესი სურვილი, რაც შეიძლება მეტხანს დარჩნენ საკუთარ სახლში. 2008 წლის შემდეგ მთავრობა აქტიურად ჩაერთო შინმოვლის მომსახურებების განვითარებასა და ინვესტირებაში.

შინმოვლის პასუხისმგებლობა გადანაწილებულია ფედერალურ მთავრობასა და თემებს შორის; ფედერალური მთავრობა ადგენს ზოგად ჩარჩოსა და წესებს, ხოლო თემებს უწევთ შინმოვლის უზრუნველყოფა და რეგულირება, კერძოდ, ფედერალური მთავრობა არეგულირებს შინმოვლის ექთნების დაფინანსებას და ჯანმრთელობისა და სამედიცინო დახმარების ზოგიერთ პროფესიას, ის პასუხისმგებელია დაავადების და შესაძლებლობის შეზღუდვის დაზღვევაზე; თემები (ფლამანდური, ფრანგული და გერმანული) და ბრიუსელის GGC ('gemeenschappelijke gemeenschapscommissie', საერთო საზოგადოების კომისია) პასუხისმგებელი არიან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და საექთნო შინმოვლის პოლიტიკის შემუშავებაზე. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

ბელგიის კონტექსტში შინმოვლის (1 ექთნის მომსახურება გულისხმობს პერსონალურ მოვლასა და ტექნიკურ საექთნო მომსახურებას, რომელსაც უზრუნველყოფენ კვალიფიციური ექთნები და ექთნის თანაშემწეები. ამ მოვლას თანადაფინანსებას უწევს ფედერალური სოციალური დაზღვევა. (2) საოჯახო მოვლა გულისხმობს პირად მოვლასა და საყოფაცხოვრებო დახმარებას, რასაც ექთნები არ ახორციელებენ. ამ უკანასკნელი მომსახურების თანადაფინანსება და ორგანიზება ხდება თემებისა და მუნიციპალიტეტების მიერ. (3) სახლის ლოგისტიკური მომსახურება არის მესამე ტიპის მოვლა. იგი მოიცავს დასუფთავების დახმარებას, უცნაურ სამუშაოებს (როგორცაა უბრალო საბინაო სამუშაოები, მცირე ფერწერა და ზოგადი ფსიქოსოციალური და პედაგოგიური დახმარება). ეს ასევე ორგანიზებული და თანადაფინანსებულია თემებისა და მუნიციპალიტეტების მიერ. პირადი და საყოფაცხოვრებო დახმარების გაწევა შეუძლიათ როგორც სოციალური კეთილდღეობის საზოგადოებრივ ცენტრებს, ასევე, კერძო მიმწოდებლებს. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

შინმოვლის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა

საექთნო მომსახურება და პერსონალური მოვლა

შინმოვლის მედლების სახელმწიფო დაფინანსების მიღების კრიტერიუმებს ადგენს ჯანმრთელობისა და შესაძლებლობის შეზღუდვის დაზღვევის ეროვნული ინსტიტუტი (NIHDI). შინმოვლის საექთნო მომსახურების მისაღებად საჭიროა ADL დამოკიდებულების გარკვეული დონე, რომელიც იზომება „ADL ინდექსის“ ან ექიმის რეფერალით კონკრეტული საექთნო მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში. პაციენტის ქულა განსაზღვრავს ზრუნვის დონეს, რომელიც დაფარული იქნება ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემით (35 და მეტი ქულის შემთხვევაში პაციენტს აქვს

სახელმწიფო შემწეობის მიღების შესაძლებლობა). ფლამანდიური რეგულაციების თანახმად, პერსონალური ზრუნვა უნდა განხორციელდეს იმ შემთხვევებში, როდესაც ადამიანის შესაძლებლობები გონებრივი ან ფიზიკური შეზღუდვის ან სოციალური გარემოს გამო არასაკმარისია. პრიორიტეტი უნდა ემყარებოდეს საჭიროებებს, თვითდასაქმების შესაძლებლობას და არაფორმალური ზრუნვის ხელმისაწვდომობას. მიმწოდებლები საზღვრავენ პრიორიტეტულ ჯგუფებს კანონის შესაბამისად. თანაგადახდა დამოკიდებულია შემოსავალზე და უძღურების დონეზე. მაგალითად, ქვრივებისთვის, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების, ობლებისა და პენსიონერებისათვის არ არის თანაგადახდა. თანადაფინანსების შემცირებისა და პირადი მოვლის ფულადი სარგებლის დასაშვებობის კრიტერიუმებს ადგენს ფლამანდიის რეგიონი და მუნიციპალიტეტები. პენსიონერებმა ვალონიაში შეიძლება ასევე მიიღონ თანაგადახდის შემცირება. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

ადამიანური რესურსები - ხარისხი და მოთხოვნები

ბელგიაში პრაქტიკაში არ არსებობს ხარისხის კონტროლი შინმოვლის საექთნო მომსახურებაზე, რომელსაც აფინანსებს NIHDI და უზრუნველყოფენ პრაქტიკოსი ექთნები. ფლანდრიაში შეიმუშავეს გარკვეული რეგულაციები პირადი მოვლისა და საყოფაცხოვრებო დახმარების ხარისხის შესახებ, რაც გულისხმობს იმას, რომ მიმწოდებლებმა უნდა დაიცვან ზრუნვის პროცესის ნორმები, მაგალითად, პაციენტებზე ორიენტირებული მუშაობა და უწყვეტი ზრუნვა. ჯერ კიდევ არ არსებობს რეგულაციები შინმოვლის საექთნო მომსახურების ხარისხის შესახებ. საყოფაცხოვრებო დახმარებისა და პირადი ჰიგიენის ფარგლებში ხარისხის უზრუნველყოფა მოიცავს ხარისხის სახელმძღვანელოს, თვითშეფასებას, ხარისხის გეგმასა და წლიური ანგარიშის დაწერას.

რაც შეეხება ბელგიის საექთნო მომსახურებას და ზოგიერთ პირად მოვლას, რომელსაც NIHDI აფინანსებს, ექთნების მიმართ მოქმედი კონტროლი არაპირდაპირია, რადგან ეს ეფუძნება მათი პროფესიული რეგისტრაციის ნომრის არსებობას. ეს კი მოწმდება გადახდის ყველა ოპერაციაში. ზედამხედველობა მოიცავს მხოლოდ შემოწმებას, შესრულებულია თუ არა დეკლარირებული მომსახურება გადახდის მიზნით. მომსახურების შედეგების მიხედვით მონაცემები არ არის ხელმისაწვდომი.

ფლანდრიაში რეგისტრაციისთვის შინმოვლის საექთნო მომსახურების მიმწოდებლებს უნდა ჰქონდეთ პროფესიონალი ექთნის კვალიფიკაცია. პირადი მოვლისა და შინაური დახმარების მომსახურებისთვის, რომელიც არ არის დაფინანსებული NIHDI-ის მიერ, ფლანდრიის მოვლისა და ჯანმრთელობის სააგენტოს მიერ ხდება შემოწმება თავად მიმწოდებლების მიერ დადგენილი ხარისხის კრიტერიუმების საფუძველზე და დგინდება შესაბამისობა.

შინმოვლის მიმწოდებლებისთვის რეგისტრაციის საჭიროების მიუხედავად, აკრედიტაცია არ არსებობს არც ფლანდრიაში, არც ვალონიაში. ზრუნვის ხარისხის

დაცვის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია მოსარგებლების საჩივრების საპასუხო პროცედურები.

შინმოვლის მიწოდებაში მონაწილეობენ შემდეგი პროფესიონალები:

- მოვლის ექსპერტი - საშუალო განათლების შემდეგ ტრენინგი მრავალფუნქციური მზრუნველისთვის და 120-საათიანი კურსის დასრულება. დავალებები: ექთნის მიერ დელეგირებული ზოგიერთი საექთნო ჩარევა, მისი მეთვალყურეობის ქვეშ;
- კვალიფიციური ექთანი (A2 დონე): 3-წლიანი უმაღლესი პროფესიული სწავლება. ამოცანები: ყველა საექთნო მოქმედება, როგორცაა ჭრილობის მოვლა, ინექციები, სტომის მოვლა, კათეტერიზაცია;
- სერტიფიცირებული ექთანი (A1 დონე): 3-წლიანი BA-დონის განათლება. ამოცანები: საექთნო მომსახურება და მოვლა-კოორდინაცია;
- სპეციალიზირებული ექთანი ძალიან იშვიათად მოიაზრება შინმოვლაში; დონე A1 ან A2 პლუს ერთწლიანი საუნივერსიტეტო განათლება. ამოცანები: ყველა საექთნო მოქმედება და სპეციფიკური ჩარევები, როგორცაა დიაბეტის სწავლება და ჭრილობების მოვლის კონსულტაცია (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

დაფინანსების ზოგადი მექანიზმი

შინმოვლის საექთნო მომსახურება ფინანსდება ერთნაირად ფლანდრიასა და ვალონიაში, კერძოდ, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის, წევრობის საფასურის, მოსარგებლეთა თანამონაწილეობის და, სურვილისამებრ, ნებაყოფლობითი დაზღვევის საშუალებით. თანამონაწილეობა ზოგადად შეადგენს მთლიანი ხარჯების 25% -ს, დადგენილია მაქსიმალური ინვოისები. საექთნო მომსახურების გარდა, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა ნაწილობრივ ანაზღაურებს ტექნიკურ დახმარებას (მაგრამ არა სახლის ადაპტაციას). საყოფაცხოვრებო დახმარება და პირადი ზრუნვა შიძირითადად ფინანსდება გადასახადებისა და კლიენტთა თანაგადახდის გზით. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ხელმისაწვდომობა და საჭიროებების შეფასება

შინმოვლის მომსახურებების მისაღებად, განმცხადებელი, მისი ოჯახი ან მესამე პირი (მაგ., საავადმყოფო ან ექიმი) უნდა დაუკავშირდეს შინმოვლის სააგენტოს, რომელიც უზრუნველყოფს საჭირო ზრუნვას. პაციენტები და მათი ოჯახები არიან პირადი მოვლისა და საყოფაცხოვრებო დახმარების ძირითადი განმცხადებლები.

ზოგადი ინფორმაცია შინმოვლის მომსახურებების შესახებ ხელმისაწვდომია სოციალური დაცვის საზოგადოებრივი ცენტრებში (აგრეთვე, შინმოვლის

მიწოდებლებთან). შინმოვლის საექთნო მომსახურების მისაღებად პაციენტები, როგორც წესი, უშუალოდ მიმართავენ შინმოვლის ექთნების ორგანიზაციას ან ექიმს. საექთნო ტექნიკური მომსახურებისთვის (ინექციები, ჭრილობების მკურნალობა, კუჭ-ნაწლავის მოვლა) საჭიროა ექიმის რეფერალი.

შინმოვლის ინდივიდუალური საჭიროებების შეფასება ხორციელდება სააგენტოს ოფიცრის (სოციალური მუშაკი) ან ექთნის მიერ, საჭირო ზრუნვის სახეობიდან გამომდინარე. შეფასების შემდეგ დგება მოვლის გეგმა. საექთნო მომსახურების საჭიროებების შეფასებისთვის გამოიყენება ADL დამოკიდებულების შეფასების ინდექსი (ე. წ. „ADL ინდექსი“). მსგავსი ინსტრუმენტი, მაგრამ მაინც განსხვავებული, გამოიყენება პირადი მოვლისა და საყოფაცხოვრებო დახმარებისთვის. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

მომსახურების მიწოდება

საექთნო მომსახურებას ახორციელებენ არაკომერციული შინმოვლის საექთნო სააგენტოები, რომლებიც მეტნაკლებად დაკავშირებული არიან ჯანმრთელობის ფონდებთან და თვითდასაქმებულ ექთნებთან. ბევრი ექთანი გაერთიანებულია კერძო ექთნების ჯგუფში. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013).

ბულგარეთი

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

სოციალური შინმოვლის მომსახურება შრომისა და სოციალური პოლიტიკის სამინისტროსა და მუნიციპალიტეტების ერთობლივი პასუხისმგებლობაა. სოციალური დახმარების ეროვნული პოლიტიკის განხორციელება სოციალური დახმარების ეროვნული სააგენტოს ხელშია (ეროვნული, რეგიონული და მუნიციპალური განყოფილებებით). ადგილობრივ დონეზე მომსახურების ორგანიზება და მართვა ევალება მუნიციპალიტეტებს.

სამთავრობო პოლიტიკა შინმოვლის შესახებ არის სუსტი და ძირითადად რეაქტიული. არცერთ პოლიტიკურ დოკუმენტში არ არის განხილული მხოლოდ შინმოვლა. არსებული პოლიტიკა შემუშავებულია არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ. როგორც შრომისა და სოციალური პოლიტიკის, ასევე ჯანდაცვის სამინისტრო მიზნად ისახავს დეინსტიტუციონალიზაციას ამბულატორიული და საზოგადოებრივი ღონისძიებების სასარგებლოდ. შინმოვლის სამედიცინო და საექთნო მომსახურება ექვემდებარება ჯანდაცვის სამინისტროს და ხორციელდება ექიმების და პრაქტიკოსი ექთნების მიერ. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმებმა ოფიციალურად უნდა დახარჯონ

დღეში ორი საათი შინმოვლის მომსახურებებზე, პროფილაქტიკაზე და ჯანმრთელობის დაცვაზე, ექიმების (ან მათი ექთნების) მიერ სახლში ვიზიტები იშვიათად ხორციელდება. შინმოვლის საექთნო მომსახურების შესახებ ინფორმაცია ქვეყნის უმეტეს ნაწილში უცნობია, რადგან არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მხოლოდ მცირე მასშტაბით ხდება მომსახურების მიწოდება. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

შინმოვლის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა

საექთნო მომსახურება და პერსონალური მოვლა

სახლში ვიზიტების ჩატარება ექიმების ოფიციალური ამოცანაა, რაც არასაკმარისია ყველა საჭიროების დასაკმაყოფილებლად. ექიმთა სახლში ვიზიტებს მოიცავს ჯანმრთელობის დაზღვევის ძირითადი პაკეტი. ექიმების გადასაწყვეტია, მიიღებენ თუ არა საექთნო მომსახურებას პაციენტები სახლში. გარდა იმ მოთხოვნისა, რომ პაციენტი მწოლიარეა, არ არსებობს ერთიანი ეროვნული კრიტერიუმები. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

პირადი მოვლა, საყოფაცხოვრებო დახმარება და ტექნიკური დახმარება მხოლოდ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის არის ხელმისაწვდომი, რომლებსაც აქვთ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის რეგულირებადი მოწმობა (რაც ნიშნავს, რომ დაკარგა მუშაობის უნარი მინიმუმ 50%-ით). ამას გარდა, თითოეული სქემა იყენებს შესაბამისობის კრიტერიუმებს. ვინაიდან ფინანსური რესურსი არასაკმარისია, ის, ვინც უფლებამოსილია იყოს შინმოვლის მოსარგებლე, ყოველთვის ვერ იღებს მომსახურებას. მუნიციპალური სოციალური დახმარების პროგრამებმა შეიძლება მოსარგებლე ჩართონ პრინციპის გამოყენებით, „ვინც მოდის პირველი, პირველი ერთვება“. ჩართვის კრიტერიუმებია განმცხადებლისა და ოჯახის წევრების ფინანსური შესაძლებლობები, მარტო ცხოვრება, შესაძლებლობის შეზღუდვის დონე (90% ან მეტი) და სახლის საკუთრებაში ფლობა.

შინმოვლის სოციალური ნაწილისთვის მოსარგებლე უნდა იყოს მშმ 65 წელზე უფროსი ასაკის პირი, რომელსაც არ შეუძლია ცხოვრების საჭიროებების ორგანიზება ახლო ნათესავების დახმარების გარეშე და არ აქვს სახლი. სოციალური მომსახურება არის სათემო სოციალური მომსახურების ტიპი, რომელიც ფინანსდება მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტიდან. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან სუბსიდირება არ ხდება.

ზოგადად, შეუძლებელია სხვადასხვა სქემებიდან მომსახურებების გამოყენების კომბინირება; მაგალითად, სოციალური დახმარების მიმღებებს არ შეუძლიათ მიიღონ შინმოვლის სოციალური მომსახურება. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

ადამიანური რესურსები - ხარისხი და მოთხოვნები

სოციალური მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება ახალი სოციალური დახმარების აქტის მთავარი მიზანია. ეროვნული დახმარების პროგრამების ხარისხი შეფასდა

გაეროს განვითარების პროგრამის მიერ შემუშავებული მეთოდით, რომელიც ორიენტირებულია დაწესებულებებზე, პერსონალის კვალიფიკაციაზე, ჯანდაცვაზე, კვების ხარისხზე და ხარისხის კონტროლის მექანიზმებზე; მოსარგებლებების უკუკავშირიც ამ მეთოდის ნაწილია. ხარისხის სტანდარტები მოცემულია სოციალური დახმარების შესახებ კანონის რეგლამენტში. არსებობს საკვების ხარისხის, სამედიცინო მომსახურების და პერსონალის მოთხოვნების ზოგადი სტანდარტი.

ხარისხის კრიტერიუმები მრავალფეროვანი და ფრაგმენტულია. მუნიციპალიტეტების მიერ შემუშავებული და გამოყენებული კრიტერიუმები საკუთარი სოციალური მომსახურებისთვის და სოციალური მოვლის სქემაში დელეგირებული მომსახურებისთვის არ არის ჰარმონიზებული და, როგორც წესი, მკაფიოდ არ არის განმარტებული რეგულაციებში. კერძო მიმწოდებლებს აქვთ საკუთარი ხარისხის მონიტორინგის სისტემა. GP-ისა და მათი ექთნების მიერ მიწოდებული მომსახურებისთვის გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის სფეროში გამოყენებული ხარისხის კრიტერიუმები, სახელწოდებით „ეროვნული სამედიცინო სტანდარტები“. სამედიცინო პრაქტიკის წესები შემუშავებულია GP ასოციაციების მიერ.

სოციალური მომსახურების მიმწოდებლები არ არიან ვალდებული, გააკონტროლონ მათი მომსახურების ხარისხი. ამის ნაცვლად, სტანდარტების შესაბამისობა (დადგენილია სოციალური დახმარების შესახებ კანონის რეგლამენტში) შემოწმებულია სოციალური დახმარების სააგენტოს ინსპექციისა და მუნიციპალიტეტების მიერ. ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფას აკონტროლებენ ჯანმრთელობის რეგიონული ცენტრები. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

მუნიციპალიტეტები ახორციელებენ მიმწოდებლებთან ხელშეკრულებების გაფორმებას, რომლებიც შეიძლება იყვნენ არასამთავრობო ორგანიზაციები. ეს ორგანიზაციები უნდა დარეგისტრირდნენ შრომისა და სოციალური პოლიტიკის სამინისტროში, როგორც სოციალური მომსახურების სააგენტო. რეგისტრაცია საკმაოდ ფორმალურია. მიმწოდებლები წარადგენენ საბუთებს, რომლებიც ეხება მათ დაარსებას, შენობას, რომელშიც ისინი აპირებენ სამსახურის განვითარებას. რეგისტრაციის მომენტში არ განიხილება საკითხი, შეუძლია თუ არა მიმწოდებელს ხარისხის მინიმალური სტანდარტების შესაბამისად მომსახურების მიწოდება. სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტირება შესაძლებელია ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში. რეგისტრაცია აუცილებელია მინიმალური მოთხოვნებიდან გამომდინარე.

ეროვნული პროგრამის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პირადი თანამშენებლები“ მომსახურებას უწევენ უმუშევრები, რომლებსაც გავლილი აქვთ მხოლოდ ორდღიანი ტრენინგი დამხმარე სამუშაოებისთვის. სოციალურ მოვლას ეწევიან პროფესიონალი მუშაკები, როგორცაა სოციალური მუშაკები, საყოფაცხოვრებო დახმარების პროფესიონალები და რეაბილიტოლოგები. ბულგარეთის წითელი ჯვარი ერთადერთი ორგანიზაციაა, რომელსაც გავლილი აქვს დამატებითი ტრენინგი სპეციალურად შინმოვლის შესახებ (შვეიცარიის წითელი ჯვრის მხარდაჭერით).

ბულგარეთის შინმოვლის პროცესში მონაწილეობენ:

- სოციალური ასისტენტი: ძირითადად მონაწილეობს სოციალურ მუშაობაში, მაგრამ ასევე ეხმარება ყოველდღიურ საქმიანობაში (ADL), მედიკამენტების მიღებაში, GP-სთან ურთიერთობაში; ის მართავს მოსარგებლებს. სოციალური ასისტენტები გადიან მოკლე ტრენინგს და მათი კომპეტენციები დეტალურადაა ასახული „სოციალური ასისტენტის სახელმძღვანელოში“;
- საყოფაცხოვრებო ასისტენტი: ჩართულია საყოფაცხოვრებო დახმარებაში, როგორცაა დასუფთავება, სამზარეულო და საყიდლები. საშინაო გარემოში არსებული სოციალური მომსახურების სქემაში, საყოფაცხოვრებო ასისტენტები ასევე უზრუნველყოფენ პერსონალურ ზრუნვას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის, რომელთაც სჭირდებათ დახმარება ADL-სა და IADL-ში. არ არსებობს საგანმანათლებლო მოთხოვნები საყოფაცხოვრებო ასისტენტად გახდომისთვის, მაგრამ ისინი ხშირად გადიან მოკლე სასწავლო კურსს. კურსის შემდეგ ბევრი უმუშევარი ადამიანი დარეგისტრირებულია დასაქმების სააგენტოში. მათი ხელფასი მინიმალურია.
- პირადი ასისტენტი: ზრუნავს მოზრდილებზე ან მუდმივი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებზე, ეხმარება მათ ყოველდღიურ საქმეებში; მისი ამოცანებია საყოფაცხოვრებო დახმარება, დახმარება ჭამასა და გადაადგილებაში, რეაბილიტაცია, ადმინისტრაცია და ა. შ. (სოციალური დახმარების კანონის განხორციელების წესების თანახმად). პირადი ასისტენტები, როგორც წესი, არიან სამუშაო ასაკის პირები. არანაირი სპეციალური განათლება და ტრენინგი არ არის საჭირო.
- სოციალური მომვლელი უზრუნველყოფენ საყოფაცხოვრებო დახმარებას.
- შინმოვლის დამხმარეები, რომლებიც მუშაობენ არასამთავრობო ორგანიზაციებში: ესენი უზრუნველყოფენ საყოფაცხოვრებო დახმარებას და პირად მოვლას. წითელ ჯვარს (BRC) აქვს ეროვნული სასწავლო ცენტრი. ის ტრენინგებს უტარებს საყოფაცხოვრებო ასისტენტებს, სოციალურ ასისტენტებს, ექთნებსა და მოხალისეებს.
- ექთნები: ჩართულები არიან ჯანმრთელობის განათლებასა და ინფორმირებაში, ინექციების გაკეთებაში; ჭრილობის მკურნალობაში და ასე შემდეგ. თუ მუშაობს ექიმთან ერთ გუნდში, ექთნებს ძირითადად ადმინისტრაციული დავალებები აქვთ. ექთნების მხოლოდ ერთი დონეა; ზოგად განათლებას 4 წელი სჭირდება და არის ბაკალავრის დიპლომი. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

დაფინანსების ზოგადი მექანიზმი

ფრაგმენტული ხასიათის გამო, შინმოვლა ფინანსდება მთელი რიგი მექანიზმებით. ძირითადად, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვა ფინანსდება მუნიციპალიტეტის

ბიუჯეტიდან ან ცენტრალური ბიუჯეტიდან. შემოსავლების დაბეგვრის საშუალებით, ეროვნული მთავრობა გამოყოფს ბიუჯეტებს თითო მუნიციპალიტეტში სოციალური მომსახურებისთვის. არასამთავრობო ორგანიზაციების დაფინანსების კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი წყაროა (უცხოური) შემოწირულობები. National Health Insurance Fund-ის მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურების ფარგლებში (თუნდაც კერძო სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, რომლებსაც აქვთ ხელშეკრულება ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნულ სააგენტოსთან), მომსახურების გაწევა შესაძლებელია ოჯახის ექიმის მიერ გაცემული სამედიცინო რეკომენდაციის საფუძველზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში, კერძო ექთნების მოვლის დაფინანსება ხორციელდება ჯიბიდან გადახდით. ცენტრალური ბიუჯეტიდან დაფინანსებული სათემო მომსახურებები ძირითადად კაპიტაციურია, ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინების გარეშე. არანაირი კავშირი არ არსებობს მომსახურების პროდუქტიულობასა და გათვალისწინებულ ფინანსურ რესურსებს შორის. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ხელმისაწვდომობა და საჭიროებების შეფასება

თუ საჭიროა შინმოვლის ექთნის მომსახურება, ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება ერთვება, რადგან შინმოვლის ექთანი მკურნალობის გეგმას იღებს ექიმისგან. ექიმებმა შეიძლება აირჩიონ შინმოვლის ექთნების სხვა მიმწოდებელი (არასამთავრობო ორგანიზაცია ან შინმოვლის სოციალური მოვლა), რომელთაც შეუძლიათ დამატებითი შეფასების ჩატარება ექთანი ან სოციალური მუშაკი), ძირითადად, საკუთარი სტანდარტული ჩართვის ფორმის გამოყენებით. შინმოვლის სოციალური მოვლის შემთხვევაში საჭიროა ადგილობრივი სოციალური დახმარების სააგენტოს (SAA) მიმართვა.

მომსახურების მიწოდება

პერსონალური მოვლისა და საყოფაცხოვრებო დახმარების მიწოდება ძირითადად ხდება არაკომერციული სახელმწიფო ან კერძო ორგანიზაციების მიერ. ხშირად, მუნიციპალიტეტები უშუალოდ ახორციელებენ სოციალურ მოვლას და, ამ მიზნით, ქმნიან მუნიციპალურ ერთეულს. ასევე, არსებობს იურიდიული შესაძლებლობა, რომ ამ ტიპის სამსახურებმა ხელშეკრულება გაუფორმონ კერძო მიმწოდებლებს, ძირითადად, არასამთავრობო ორგანიზაციებს. შინმოვლის მიმწოდებლებს შორის კონკურენცია პრაქტიკულად არ არსებობს. სხვადასხვა მუნიციპალიტეტს აქვთ საკუთარი პრიორიტეტები და პროგრამები და რადგან არასამთავრობო ორგანიზაციები მხოლოდ შეზღუდული მასშტაბის შერჩეულ ადგილებში საქმიანობენ, ხელმისაწვდომი და გაწეული მომსახურების ტიპი გეოგრაფიულად არათანაბრად ნაწილდება.

შინმოვლის საექთნო ფორმალური მომსახურება ძალიან მცირე მასშტაბით ხორციელდება ზოგადი პრაქტიკის ექთნების მიერ, არასამთავრობო ორგანიზაციებში

დასაქმებული ექთნების მიერ და, ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში, სახლში სოციალური მოვლის სქემით. გარდა ამისა, საავადმყოფოს ექთნები უზრუნველყოფენ კერძო ანაზღაურებად საექთნო მოვლას. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

ესტონეთი

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

ესტონეთში ხანდაზმულთა მოვლის პოლიტიკა ფოკუსირებულია ისეთ საკითხებზე, როგორცაა ოჯახი და მისი გარემო, არასამთავრობო ორგანიზაციები და თვითდახმარება. შინმოვლა ესტონეთში საკმაოდ ახალი მომსახურებაა და დაყოფილია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემებს შორის. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე სფეროს მოიცავს სოციალურ საქმეთა სამინისტრო (MoSA), ისინი შედარებით ცალკეა, რაც იწვევს პრობლემებს, როდესაც ადამიანებს სჭირდებათ ერთი სისტემიდან მეორეზე გადასვლა. შინმოვლის საექთნო მომსახურება, გერიატრიული შეფასება, კიბოთი დაავადებულთა შინმოვლა და სტაციონარული საექთნო მომსახურება ხორციელდება ჯანმრთელობის სისტემის მიერ, ხოლო შინმოვლის სოციალური ნაწილი და პერსონალური მოვლა - სოციალური დახმარების სისტემის მიერ. სოციალური მომსახურება განისაზღვრება, როგორც ინდივიდუალური დახმარების გაწევა ყოველდღიური საქმიანობის განხორციელებაში, როგორცაა სახლის დასუფთავება, ტანსაცმლის მოვლა და საკვებისა და საყოფაცხოვრებო საქონლის ყიდვა. პირადი მოვლა ეხმარება ინდივიდს ყოველდღიურ საქმიანობაში, რომელიც დაკავშირებულია ჯანმრთელობასთან და ჰიგიენასთან, მათ შორის, რეცხვა, ჩაცმა, კვება, მოძრაობა და ვარჯიში, ასევე, ზოგადი ჰიგიენის საკითხები. სოციალურ მიმართულებას უზრუნველყოფს მუნიციპალიტეტები. (Stefania Ilinca 2015)

შინმოვლის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა

არ არსებობს შინ საექთნო მომსახურების მიღებისთვის ერთიანი კრიტერიუმი. როგორც წესი, მომსახურების საჭიროებას წყვეტს პაციენტის ოჯახის ექიმი. შინმოვლის საჭიროების შეფასება, ძირითადად, ხდება მუდმივად მწოლიარე პაციენტების ან შეზღუდული გადაადგილების უნარის მქონე პაციენტებისთვის. გარდა ამისა, შინმოვლის მომსახურებებით სარგებლობენ ინკურაბელური პაციენტები. შეთანხმებული კრიტერიუმებით ხდება მხოლოდ გერიატრიული საჭიროებების შეფასება. იგი ემყარება ჯანმრთელობის დაცვის, საექთნო მოვლისა და ქვეყნის სოციალური სისტემების შეფასების ერთიან ჩარჩოს. ჩვეულებრივ, საჭიროებების პირველადი შეფასება ტარდება საავადმყოფოების გერიატრიულ განყოფილებებში, მაგრამ ეს შესაძლებელია აგრეთვე საცხოვრებელ ადგილზეც.

ადამიანური რესურსები - ხარისხი და მოთხოვნები

ექთნების მიერ განხორციელებული მოვლის ხარისხის კრიტერიუმები, ისევე როგორც სხვა სამედიცინო მომსახურებები, დასტურდება სოციალური დაცვის მინისტრის დებულებით. ამ კრიტერიუმებს მენეჯერები და მიმწოდებლები იყენებენ ზრუნვის პროცესის ორგანიზების, საექთნო მომსახურების ხარისხის შენარჩუნებისა და რესურსების ოპტიმიზაციის მიზნით. ამის მიუხედავად, საექთნო მოვლის ხარისხი მნიშვნელოვნად განსხვავდება მოვლის დაწესებულებებში. არ არსებობს ხარისხის კრიტერიუმების საერთო გაგება და გართულებულია მომსახურების ხარისხის შეფასება. მომსახურების ხარისხზე გარკვეულ ზედამხედველობას ახორციელებს ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი (EHIF), მაგრამ, როგორც წესი, შინამოვლის მომსახურებების პროცესს და შედეგს აკვირდებიან მომსახურების მიმწოდებლები.

მომსახურების ხარისხი

შინამოვლის ექთნების პასუხისმგებლობა და საექთნო მომსახურებების აღწერა განისაზღვრება სოციალური დაცვის მინისტრის დებულებით. შინამოვლის ექთნის განმარტება შემუშავდა ესტონეთის ექთნების ასოციაციის მიერ და მიღებულ იქნა EHIF– ის მიერ 2005 წელს. მასში ნათქვამია: „სახლის ექთანი არის ექთანი, რომელმაც გაიარა 3,5 წლიანი პროფესიული ტრენინგი, გაიარა სავალდებულო უწყვეტი ტრენინგი შინ საექთნო საქმიანობაში და აქვს მინიმუმ 3-წლიანი სამუშაო გამოცდილება. ექთანს უნდა შეეძლოს ყველა საექთნო პროცედურის ჩატარება. შინამოვლის ექთნების გარდა, დამხმარე მედლები (1-2 წლიანი პროფესიული მომზადებით) შეიძლება ჩაერთონ შინამოვლის მომსახურებების უზრუნველყოფაში, განსაკუთრებით, პირადი ჰიგიენისა და მარტივი პროცედურების ჩატარებაში. უფროსი ექთნები (უმაღლესი პროფესიული სწავლების ან უნივერსიტეტის სამაგისტრო დონეზე) მონაწილეობენ საქმის მმართველებაში.

დაფინანსების ზოგადი მექანიზმი

ვინაიდან შინამოვლა ნაწილობრივ ჯანმრთელობის დაცვაა და ნაწილობრივ სოციალური ზრუნვა, დაფინანსება ხდება ამ ორი წყაროდან. ჯანმრთელობის მომსახურებების გადახდა ხდება სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემიებიდან, რომლებსაც იხდიან დამსაქმებლები (13% თანამშრომლების ხელფასიდან). ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანებს ზოგიერთი ჯგუფისთვის ფარავს სახელმწიფო ან მუნიციპალიტეტი (მაგ., უმუშევარი). სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემას მართავს EHIF. დაზღვეულ პირებს უფლება აქვთ უფასოდ მიიღონ შინამოვლის სამედიცინო მომსახურება. ამასთან, პაციენტები იხდიან მედიკამენტების და ზოგიერთი საექთნო მასალების ხარჯების ნაწილს. (Saltman, Home Care across Europe, Case studies 2013)

შინამოვლის განვითარებაში ესტონეთმა მიიღო მნიშვნელოვანი დახმარება ევროკავშირისგან. 2014-2020 წლებში ევროკავშირის ფონდების მეშვეობით

ფინანსდებოდა შინმოვლის მომსახურების დეფიციტი. მთავრობის გადაწყვეტილებით, 49 მილიონი ევრო გამოიყო არაფორმალური მომვლელების მხარდასაჭერად, ხოლო 2016 წელს ევროპის სოციალური ფონდის მიერ გამოყოფილ 28.3 მილიონი ევროს მთავრობისგან დაემატა 5.3 მილიონი ევრო და დაფინანსება გადაეცა ადგილობრივ თვითმმართველობებს სოციალური მომსახურებების განვითარებისთვის. (Slavina Spasova, R. B. Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies. European Social Policy Network, 2018)

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ხელმისაწვდომობა და საჭიროებების შეფასება

მომხმარებლის საჭიროებებს შინმოვლის საექთნო მომსახურების, პირადი მოვლისა და საყოფაცხოვრებო დახმარების შესახებ, ჩვეულებრივ, აფასებს ოჯახის ექიმი, სხვა ექიმი ან სოციალური მუშაკი. საექთნო მოვლა და პირადი ზრუნვა, როგორც წესი, ეკუთვნით ხანდაზმულებს რამდენიმე ქრონიკული დაავადებით, რომელთაც დახმარება სჭირდებათ სამკურნალო პროცედურებში და ყოველდღიურ საქმიანობაში, ასევე, მრავლობითი დაავადებების მქონე ზრდასრულებს ყოველდღიური საქმიანობის ნაწილობრივი შეზღუდვებით. არსებობს ჯანმრთელობის დაცვის, საექთნო მოვლისა და ქვეყნის კეთილდღეობის სისტემების შეფასების ერთიანი სისტემა. საჭიროებების პირველადი შეფასება, ჩვეულებრივ, ტარდება საავადმყოფოების გერიატრიულ განყოფილებებში, მაგრამ ეს შესაძლებელია აგრეთვე პიროვნების საცხოვრებელ ადგილზე.

გერმანია

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

გერმანიის სოციალური დაცვის სისტემა ერთ-ერთი უძველესია და შედგება 5 „სვეტისგან“:

1. ჯანმრთელობის დაზღვევა (1883);
2. უბედური შემთხვევის დაზღვევა (1884);
3. საპენსიო დაზღვევა (1889);
4. უმუშევრობის დაზღვევა (1927);
5. მოვლის დაზღვევა (1995).

წყარო: <https://www.iamexpat.de/expat-info/social-security>.

1994 წლის 26 მაისის კანონით დადგენილია სოციალური დაცვის პროგრამის სავალდებულო ნაწილი - ხანგრძლივი ზრუნვა. დაწესებულებაში ზრუნვასთან შედარებით პრიორიტეტი ენიჭება შინმოვლას.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის და უძლური მოხუცებისთვის გადახდილი თანხა ფიქსირებულია და არ არის მიბმული შემოსავლებზე და აქტივებზე, მაგრამ განსხვავდება უძლურების დონის მიხედვით; იმ შემთხვევაში, თუ საფასური აღემატება გამოყოფილ თანხას, ადრესატი პასუხისმგებელია სხვაობის გადახდაზე, მაგრამ თუ პაციენტისთვის შეუძლებელია სხვაობის დაფარვა, სოციალური დახმარება (მუნიციპალიტეტების მეშვეობით) ფარავს სხვაობას.

კანონი მოიცავს შეზღუდული შესაძლებლობის არსებობის ყველა ფორმას, ასაკის მიუხედავად. 2013 წლის იანვრიდან იგი გამოყოფს დამოკიდებულების ოთხ დონეს, რომლის მიხედვითაც საჭიროა მომსახურება (პირადი მოვლა, სახლის მოვლა). სახელმწიფო დაფინანსებით მოსარგებლებმა შეიძლება აირჩიონ ნატურალური სარგებელი - სახლში ან დაწესებულებაში - ან ფულადი სარგებელი, ან ამ ორიდან მიიღონ კომბინაცია. ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის სარგებლის მიღება ნებადართულია იმ შემთხვევაში, თუ განმცხადებელი დაზღვევით სარგებლობს მინიმუმ ორი წლის განმავლობაში. ამასთან, დაზღვეულებს კერძო ფონდის საშუალებით შეუძლიათ მოიპოვონ დაფინანსება კონკრეტული მომსახურებისთვის.

შეზღუდული უნარების ოთხი დონე:

- დონე 0: ადამიანები, რომლებიც დემენციის, გონებრივი შეზღუდვის ან ფსიქოლოგიური აშლილობის გამო, შეზღუდულნი არიან ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობაში (ADL);
- I დონე: მათ, ვისაც დღეში ერთხელ მაინც სჭირდება მოვლა სხეულის მოვლის, კვებისა და მობილობისთვის;
- II დონე: ადამიანები, რომელთა დამოკიდებულებაც მძიმეა და დღეში სამჯერ მაინც სჭირდებათ დახმარება ძირითადი მოვლისთვის დღის სხვადასხვა მონაკვეთში;
- III დონე: ისინი, ვისი დამოკიდებულებაც აბსოლუტური და მუდმივია და ვისაც დახმარება 24/7 სჭირდება.

იმ პირებს, რომლებიც სარგებლობენ შინმოვლის მომსახურებით და რომელთა ზოგადი ADL განსაკუთრებით შეზღუდულია, შეიძლება ჰქონდეთ დამატებითი შემწეობა თვეში 100 ევრომდე (ძირითადი თანხა) ან თვეში 200 ევრომდე (მაღალი თანხა). 2013 წლიდან შეიძლება მომსახურება მიიღონ ასევე იმ პირებმა, რომელთა შშმ დონე არის 0. (Bocquaire 2016)

გარდა ამისა, ხანგრძლივი მოვლის ფონდები აფინანსებენ სპეციალიზირებულ აღჭურვილობას (მაგალითად, ფუნქციური საწოლები), სახლის მოდიფიკაციასთან დაკავშირებულ ხარჯებს. მოსარგებლეთა ორი მესამედი ირჩევს ნაღდ ანგარიშსწორებას და ცხოვრობს სახლში. მათგან ერთი მესამედი კერძო მიმწოდებლებისგან იღებს მომსახურებას, ხოლო დანარჩენებს ეხმარება შინმოვლის

სპეციალისტი, რომელთა მომსახურებაც ნაწილობრივ ფინანსდება ხანგრძლივი დაზღვევის საშუალებით. (Bocquaire 2016)

ადამიანური რესურსები - ხარისხი და მოთხოვნები

შინმოვლის მომსახურებების ეროვნული სტანდარტები

ხანგრძლივი დაზღვევის (LTCI) კანონს თან ახლავს ხარისხის სტანდარტები, რაც გულისხმობს ხარისხის სამ განზომილებას: სტრუქტურას, პროცესს და შედეგს. ეს ძირითადი კრიტერიუმები განისაზღვრება შემდეგნაირად:

1. მთავარი ექთნისა და სხვა ექთნების ტექნიკურ და საგანმანათლებლო კომპეტენციებთან დაკავშირებული სტრუქტურული კრიტერიუმები, აგრეთვე, ხანგრძლივი მოვლის საშუალებების მართვის ძირითადი კრიტერიუმები;
2. პროცესის კრიტერიუმები, რომლებიც დაკავშირებულია მომსახურების აღწერასთან, საექთნო პროცესთან, გაწეული მომსახურების დოკუმენტაციასთან და თანამშრომლობასთან მოსარგებლის ოჯახის წევრებთან, აგრეთვე, სხვა პროფესიებთან ან დაწესებულებებთან;
3. შედეგების კრიტერიუმები, რომლებიც დაკავშირებულია მომსახურების მომხმარებლების მიერ მიღებული მომსახურებით კმაყოფილებასთან და ზრუნვის შეფასებასთან, მათი ზრუნვის გეგმებში მითითებული მიზნების შესაბამისად.

ხარისხის სტანდარტები რეგულირდება ეროვნულ დონეზე კანონით „საცხოვრებელი სახლების შესახებ“ (Heimgesetz) და „ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის შესახებ“ აქტით; შინმოვლა რეგულირდება სოციალური კოდექსით. სხვა შესაბამისი კანონმდებლობა, რომელიც განაპირობებს ხარისხის სტანდარტებს შინმოვლაში, მოიცავს ჯანმრთელობის დაცვის დაზღვევის შესახებ აქტს და სოციალური დახმარების აქტს სამედიცინო დახმარების მიზნით.

ასევე, შემუშავებულია საექთნო მოვლის მიმართ უფრო სპეციფიკური საექსპერტო სტანდარტები:

- ნაწოლების პრევენცია;
- სტაციონარიდან გამოწერის შემდგომი მართვა;
- ტკივილის მართვა;
- დაცემის პრევენცია;
- შარდის ბუშტის კათეტერის მოვლა;
- ქრონიკული ჭრილობების მოვლა;
- კვების მართვა.

2008 წლის პოლიტიკის რეფორმებმა დაამკვიდრა ყოველწლიური შემოწმება, ასევე, შემუშავებული იქნა მარეგულირებელი ჩარჩო, რომელიც განსაზღვრავს კონკრეტულად გამოვლენილ შესრულების ინდიკატორებს. ეს ჩარჩო ამოქმედდა 2011 წელს და შესრულების ინდიკატორები ცნობილია, როგორც „გამჭვირვალობის

კრიტიკუმიები”, ინსპექტირების ზოგადი სახელმძღვანელოდან აღებული პუნქტებისა და კითხვების საფუძველზე.

იმისათვის, რომ მიმწოდებლებმა მიიღონ ავტორიზაცია შინმოვლის ბაზარზე საქმიანობისთვის, ისინი უნდა აკმაყოფილებდნენ გარკვეულ სტრუქტურულ სტანდარტებს. სტრუქტურული სტანდარტები მოიცავს შემდეგ მნიშვნელოვან ფაქტორებს:

1. პერსონალის კომპეტენცია: მათი ტრენინგი და მოსარგებლების შეფასების, მკურნალობისა და კომუნიკაციის უნარი;
2. დროულობა: დროული წვდომა ზრუნვაზე;
3. უწყვეტობა: კოორდინაცია.

შინმოვლის მომსახურებების რეგისტრაცია / ლიცენზირება და / ან აკრედიტაცია და მისი პროცესი

გერმანია ახორციელებს შინმოვლის მიმწოდებლების აკრედიტაციას LTCI (ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის) სახსრების საშუალებით, ხოლო შინმოვლის სტანდარტები გარკვეულწილად ნაკლებად მკაცრია, ვიდრე დაწესებულებაში მოვლის სტანდარტები. აკრედიტაცია მჭიდრო კავშირშია სტრუქტურული ხარისხის სტანდარტებთან და მოითხოვს, რომ შინმოვლის სამსახურებში დასაქმებული იქნეს სათანადო კვალიფიკაციის მქონე პერსონალი, რომლებიც სათანადო ხელფასს მიიღებენ. LTCI-ის სახსრები აფინანსებს ასევე სასწავლო კურსებს შინმოვლაში არაფორმალური მომვლელისთვის ოჯახში.

ხარისხის მართვის სისტემები (QMS), როგორც წესი, ეხება პროცედურებისა და სტანდარტიზაციის გზით მიღებულ ზოგადი სერტიფიკაციის მოდელს, რომლებიც განსაზღვრულია სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის (ISO) მიერ. ISO 9001 არის ყველაზე გავრცელებული QMS, რომელსაც იყენებენ გერმანიის შინმოვლის სამსახურები. არსებობს ხარისხის მართვის რვა პრინციპი, რომლითაც ხელმძღვანელობს ISO 9000 და ISO 9001:

1. მომხმარებელზე ფოკუსირება;
2. ლიდერობა;
3. მოსახლეობის მონაწილეობა;
4. პროცესის მიდგომა;
5. სისტემური მიდგომა მენეჯმენტში;
6. უწყვეტი გაუმჯობესება;
7. ფაქტობრივი მიდგომა გადაწყვეტილების მიღებისადმი;
8. მიმწოდებლის ურთიერთსასარგებლო ურთიერთობები.

მომსახურებები, რომლებიც დარეგისტრირდება ISO 9001 QMS-ის ფარგლებში, ჩვეულებრივ, ექვემდებარება ყოველწლიურ აუდიტს, რომელსაც ატარებს გარე აუდიტორი.

შინმოვლის მიმწოდებლისა და პერსონალის ტრენინგის მოთხოვნები, კომპეტენციები და შეფასება

2003 წლიდან შინმოვლის პერსონალის კვალიფიკაციისა და ტრენინგის დონე განისაზღვრება გონივრულად მაღალ დონეზე. შინმოვლის სერტიფიკატის ასაღებად საჭიროა ორიდან სამ წლამდე პროფესიული ტრენინგი, ასევე, არსებობს რეგიონული ინიციატივები, რომლებიც მიზნად ისახავს კვალიფიკაციის დონის ამაღლებას სექტორში. გერმანიაში საგრძნობლად გაზრდილია შინმოვლის სექტორში მომუშავე კვალიფიკაცირებულ პირთა რიცხვი. როგორც წესი, გერმანიის შინმოვლის მომსახურებებში საექტონო მოვლას ახორციელებენ კვალიფიციური ექთნები; პერსონალურ მოვლას ახორციელებენ ხანდაზმულებთან მუშაობის კვალიფიკაციის მქონე ექთნები; შინმოვლის ყოველდღიურ მომსახურებებში მონაწილეობენ პირები, რომლებიც საჭიროებენ გადამზადებას სამ თვიდან ერთ წლამდე.

შინმოვლის ადეკვატური უზრუნველყოფის მიზნის მისაღწევად და შავი ბაზრის მოვლის ეკონომიკის დარეგულირებისა და ფორმალიზების მიზნით, დაინერგა არაკვალიფიციური მინი სამუშაო ადგილები (თვეში 450 ევრომდე) და საშუალო დონის სამუშაო ადგილები (თვეში 800 ევრომდე), რაც ახლა წარმოადგენს შინმოვლის საყოფაცხოვრებო დახმარების მნიშვნელოვან ნაწილს. მინი სამუშაოები გულისხმობს არასრულ განაკვეთზე დასაქმების კონკრეტულ ხელშეკრულებებს, რომლებიც დომინირებს ბაზარზე შიდა მომსახურების გაწევაზე და, როგორც წესი, ივსება ქალებისა და მიგრანტების მიერ, ხშირად, სამუშაო ადგილზევე/ოჯახში ცხოვრების საშუალებით და შეიძლება იყოს არაფორმალურად და უკანონოდ დაკავებული ასეთი საქმიანობით. ეს სამუშაო ადგილები შეიქმნა ქალებისა და მიგრანტი მუშაკების დასასაქმებლად, რათა მათი მეშვეობით შეივსოს შინმოვლის, მეტწილად, საყოფაცხოვრებო მომსახურების დეფიციტი. ეს გარკვეულწილად პრობლემურია, რადგან ლეგიტიმაციას უკეთებს ანაზღაურების დაბალ დონეს ძირითადად ქალებისა და მიგრანტი მუშაკებისთვის.

ინსპექტირება და რუტინული მონიტორინგი

ხარისხის მართვა და უზრუნველყოფა არსებითად უკავშირდება LTCI (ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის) კანონს. MDK (ჯანმრთელობის დაზღვევის სამედიცინო საბჭო) აკონტროლებს ხარისხის უზრუნველყოფის პროცედურას. შინმოვლის მიმწოდებლები ვალდებული არიან, უზრუნველყონ შიდა ხარისხი. MDK იკვლევს, შესრულებულია თუ არა მოთხოვნები. MDK ადრე ორმაგი კონტროლის როლს ასრულებდა: პირველი იყო კლიენტების საჩივრებზე პასუხის გაცემა, ხოლო მეორე - წინასწარი გაფრთხილების გარეშე შინმოვლის სააგენტოების შემთხვევითი შემოწმების ჩატარება. ამის შემდგომ ეს შეიცვალა MDK-ის მიერ წლიური შემოწმებებით, შინმოვლის მომსახურებების ხარისხის გასაჩივრების პარალელურად. შინმოვლის სამსახურს ეძლევა ქულა ინსპექტირების შედეგების საფუძველზე. ქულა მერყეობს 1-დან (შესანიშნავი) 5-მდე (არასაკმარისი).

2011 წლის ცვლილებებმა, რამაც გამოიწვია მომსახურების შემოწმების ზრდა (ახლა ყოველწლიურად), ასევე შემოიღო გამჭვირვალობის კრიტერიუმები. ეს კრიტერიუმები

ემყარება პუნქტებს და კითხვებს MDK-ის ინსპექტირების ზოგადი სახელმძღვანელოდან და მათზე შეთანხმებულია ყველაზე მნიშვნელოვანი დაინტერესებული მხარეები. დაწესებულებისგარე მომსახურებების, მათ შორის, შინმოვლის ხარისხის შემოწმება ემყარება 49 კრიტერიუმის შეფასებას, რომელიც მოიცავს ოთხ ხარისხის სფეროს:

1. საექთნო მოვლის მომსახურებები - 17 კრიტერიუმი;
2. სამედიცინო დანიშნულებით განსაზღვრული საექთნო მოვლის მომსახურებები - 10 კრიტერიუმი;
3. მომსახურების გაწევა და ორგანიზება - 10 კრიტერიუმი;
4. მომხმარებლებთან ინტერვიუები - 12 კრიტერიუმი.

ამ კრიტერიუმებიდან 37 გამოიყენება გამჭვირვალობისთვის, რათა გაითვალისწინონ საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომი ქულები მომსახურებისთვის. მომხმარებლებთან ინტერვიუები არ არის გამჭვირვალობის კრიტერიუმების ნაწილი და, შესაბამისად, გავლენას არ ახდენს საბოლოო ქულაზე. ამიტომ, გამჭვირვალობის კრიტერიუმებად გამოიყენება საექთნო მოვლის 17 კრიტერიუმი, GP-ის მიერ დადგენილი 10 საქმიანობა და მომსახურების ორგანიზაციის 10 კრიტერიუმი. როგორც წესი, ყოველწლიურ შემოწმებას ატარებს გუნდი, რომელიც მოიცავს კვალიფიცირებულ სათემო მუშაკს, რეგისტრირებულ ექთანს და ადმინისტრაციის თანამშრომელს. გუნდი ამოწმებს ძირეული/პერსონალური და საექთნო მოვლის, ასევე, საყოფაცხოვრებო დახმარების ხარისხს; პარალელურად, ფასდება მოვლის დოკუმენტაცია. გაუთვალისწინებელი შემოწმების დროს, რომელიც გრძელდება ერთი ან ორი დღე, მომსახურების შესრულება ფასდება როგორც თითოეულ ცალკეულ სფეროში, ასევე საერთო ხარისხით. ინსპექტირების ჯგუფმა შეიძლება შეიმუშაოს რჩევები შინმოვლის მიმწოდებლის საქმიანობის ხარისხის გასაუმჯობესებლად.

მიდგომა ფინანსურ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით და ფინანსების მართვა

მას შემდეგ, რაც 1995 წელს გერმანიამ დაიწყო ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის სქემა, იგი ორიენტირებულია ბაზრის პრინციპებზე, საჯარო მმართველობის ახალი იდეოლოგიის შესაბამისად. რადგან არსებობს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის კულტურა, ზოგადად, ადამიანებს აქვთ მოლოდინი, რომ მათ უნდა გადაიხადონ ამ სფეროში მომსახურებისთვის. LTCI (ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევა) ორგანიზებულია ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის პრინციპის საფუძველზე, რომელიც მოიცავს ზრუნვის ზოგიერთი ხარჯის დაფარვას.

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ხელმისაწვდომობა და საჭიროებების შეფასება

შინმოვლასთან დაკავშირებული სარგებლის მიღება დამოკიდებულია მინიმუმ ექვსი თვის განმავლობაში ძირითადი ADL (ყოველდღიური საქმიანობები) და

გარკვეულწილად IADL (ყოველდღიური ინსტრუმენტული საქმიანობები) შესრულების შეუძლებლობაზე. ასევე, პირს უნდა ჰქონდეს გადახდილი მინიმუმ ექვსთვიანი შენატანი LTCI-ში, სანამ მიიღებს სარგებელს. შინმოვლის უზრუნველყოფა გერმანიაში მოიცავს დახმარებას ADL-ში და ზოგიერთ IADL-ში, საექთნო მომსახურებას და ძირითადი მკურნალობის მსუბუქ მეთვალყურეობას.

შინმოვლის საჭიროებას აფასებს MDK (სამედიცინო დაზღვევის სამედიცინო საბჭო) მუნიციპალური Pflegestützpunkte ცენტრებიდან, რომლებსაც აქვთ სოციალური LTCI ან ეკვივალენტური ორგანიზაცია კერძო LTCI-ისთვის, კვების, მობილურობისა და ჰიგიენის ძირითადი ზრუნვის საჭიროებების გათვალისწინებით, ასევე, მხედველობაში მიიღება საყოფაცხოვრებო საჭიროებები - დასუფთავება, საკვების შექმნა და მომზადება. შეფასებებს ახორციელებენ MDK-ის თანამშრომლები; ისინი MDK-ის ანგარიშის საფუძველზე აანალიზებენ მოვლის საჭიროებას, შემდეგ კი ჩამოაყალიბებენ სარგებლის გაცემის გეგმას და ზრუნვაზე დაფუძნებულ სოციალურ დახმარებას. შეფასების დასრულების შემდეგ მომხმარებელს ენიჭება ზრუნვის დონე. 1995-2016 წლებში მოვლის დონე მერყეობდა I ზრუნვის დონიდან (ზრუნვის მნიშვნელოვანი საჭიროება) III დონემდე (ზრუნვის უკიდურესი საჭიროება). შესაბამისი დაფინანსება და გრაფიკი განისაზღვრება საჭიროების შესაბამისად, მაგალითად:

- მოვლის I დონე - მოსარგებლე ყოველდღე მოითხოვს მინიმუმ 90 წუთიან დახმარებას.
- მოვლის II დონე - მოსარგებლე მოითხოვს დახმარებას დღეში სამჯერ, მინიმუმ 180 წუთის განმავლობაში,
- მოვლის III დონე - მოსარგებლე მოითხოვს ყოველდღე 24-საათიან დახმარებას.

შინმოვლის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა

2016 წელს LTCI-ის რეფორმით ფიზიოლოგიურ უძღურებაზე დაფუძნებული ზრუნვის დონეები შეიცვალა ხუთი ხარისხით/დონით, რაც განისაზღვრება ფიზიკური, ფსიქიკური და ფსიქოლოგიური შესაძლებლობების შეზღუდვის საფუძველზე. შეფასების ახალი კრიტერიუმები განსაზღვრავს მოვლის საჭიროებას ექვს სფეროში დამოუკიდებლობის ან ქმედუნარობის შეზღუდვის გაზომვით, რომელთაგან თითოეულს აქვს სპეციფიკური წონა:

1. მობილობა;
2. შემეცნებითი და კომუნიკაციური შესაძლებლობები;
3. ქცევის წესები და ფსიქოლოგიური პრობლემები;
4. დამოუკიდებლობის ხარისხი;
5. ჯანმრთელობის შეზღუდვები, მოთხოვნები და სტრესი თერაპიების გამო;
6. ყოველდღიური ცხოვრების სტრუქტურა და სოციალური კონტაქტები.

შეწონილი ქულები დაემატება საერთო შედეგს 0-დან 100 ქულამდე, სადაც ზრუნვის 1-ლი დონე იქნება სპექტრის ქვედა ბოლოს, 12,5-დან 27 ქულამდე და მიუთითებს დამოუკიდებლობის მცირე დაქვეითებაზე. სპექტრის ზედა ნაწილში, ზრუნვის მე-5 დონე, 90-დან 100 ქულით, ასახავს მკვეთრად გამოხატულ დარღვევებს. ახალი

კრიტიკურობით მოვლის დონეებისთვის დროის მისადაგება ადარ არის აქტუალური. ზრუნვის საჭიროება ფასდება რეგულარულად, ჩვეულებრივ, ყოველ ექვს თვეში ერთხელ და შემფასებლებმა უნდა განსაზღვრონ, უზრუნველყოფილია თუ არა სათანადო მომსახურების მიწოდება. ეს ასევე მნიშვნელოვანია ზრუნვის დონის მეცვლის შემთხვევაში. (Rachel A Kiersey 2017)

მომსახურების კალათა

მომსახურების კალათა, რომელიც ხელმისაწვდომია მათთვის, ვისაც შინმოვლა სჭირდება, შეიძლება განისაზღვროს, როგორც მომხმარებლის არჩევანზე ორიენტირებული სისტემა. სარგებლის მიმღებებს შეუძლიათ აირჩიონ სასურველი მიწოდება ნაღდი ფულის ან მომსახურების სახით, შინმოვლის სახელმწიფო, კომერციული ან არამომგებიანი მიმწოდებლების ფართო არჩევანიდან. შესაძლებელია, მიმღებებმა ისარგებლონ კომბინირებულად - მომსახურებებით და ფულადი სახსრებით. მიღებული სარგებლის ოდენობა იზომება ზრუნვის მიმღებისთვის მინიჭებული ზრუნვის ხარისხის მიხედვით და, როგორც წესი, შინმოვლა, სავარაუდოდ, გრძელდება მინიმუმ ექვსი თვის განმავლობაში.

ქვემოთ ჩამოთვლილია კონკრეტული მომსახურებების სახეები, რომლებიც გათვალისწინებულია LTCI-ში შინმოვლის პროგრამის საშუალებით:

- პირადი ჰიგიენა, როგორცაა შხაპი და დაბანა, პირის ღრუს ჰიგიენა, დავარცხნა, გაპარსვა და დახმარება ტუალეტით სარგებლობაში;
- კვებაში დახმარება;
- დახმარება გადაადგილებაში, როგორცაა საწოლში დაწოლა და ადგომა, წამოდგომა, კბეუბზე ასვლა-ჩამოსვლა, სახლიდან გასვლა და დაბრუნება;
- დახმარება სახლის საქმეებში, როგორცაა საყიდლები, საკვების მომზადება, დასუფთავება, ჭურჭლის გარეცხვა, ტანსაცმლის გამოცვლა და გარეცხვა, სახლის გათბობა;
- ორგანიზებული მოვლა, როგორცაა განტვირთვის (ხანმოკლე - 3 კვირამდე) მოვლა, დღის მოვლა და ღამის მოვლა;
- სხვადასხვა სახის დახმარება, როგორცაა საექთნო და ტექნიკური დახმარება. (Rachel A Kiersey 2017)

დაფინანსების ზოგადი მექანიზმი

სავალდებულო ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევა შედის ჯანმრთელობის დაზღვევის სოციალური დაცვის პროგრამაში. ამრიგად, ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული გეგმის ან კერძო დაზღვევის გეგმასთან დაკავშირებული ნებისმიერი პირი ავტომატურად არის დაკავშირებული მისი სოციალური დაზღვევის ჯანმრთელობის დაზღვევის დაფარვასთან.

ხანგრძლივი მოვლის ხაზი ფინანსდება სამემოსავლო გადასახადებიდან 2.05%-ით (2013 წლის იანვრის მდგომარეობით), რომელიც თანაბრად ნაწილდება დასაქმებულებსა და დამსაქმებლებს შორის. ადამიანები, რომლებსაც არ ჰყავთ შვილები, დამატებით იხდიან 0,25%-ს (სულ 2.3%), პენსიონერები მონაწილეობენ ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის დაფინანსებაში, მათი აქტივების პროპორციული შენატანით.

სოციალური მომსახურების დაფინანსებას ახორციელებენ მუნიციპალიტეტები. (Bocquaire 2016)

ჯანმრთელობის დაზღვევის დადგენილი სქემა სავალდებულოა და მოიცავს სოციალური LTCI-ის ხარჯების დაფარვას, ისევე, როგორც კერძო LTCI-ის დაფინანსებას მაღალშემოსავლიანი პირებისთვის. სოციალური LTCI ხელმისაწვდომია ყველა იმ პირთათვის, ვინც ზრუნვას საჭიროებს, რომლებიც დაზღვეულები არიან ჯანმრთელობის დაზღვევის კანონით და, შესაბამისად, ისინი ფინანსდებიან თითქმის მხოლოდ მათივე გადასახადებით. უმუშევარი ადამიანების შემთხვევაში, LTCI-ში შენატანები ჩამოიჭრება მათი უმუშევრობის დაზღვევიდან. კერძო სექტორის შინმოვლის მომსახურებები ხელმისაწვდომია ყველა მათგანისთვის, ვისაც მზრუნველობა სჭირდება და დაზღვეულია კერძო კომპანიებში. სრული კერძო სამედიცინო დაზღვევის მქონე პირები იღებენ LTCI-ის მომსახურებასაც. ორივე სქემაში სარგებელი ერთნაირია: დაფინანსება ფარავს საჭირო მომსახურების მხოლოდ ნაწილს და საჭიროებს თანაგადახდას. შინმოვლის მომსახურების ღირებულების დაახლოებით 33% იფარება მოსარგებლეების მიერ. (Rachel A Kiersey 2017)

ფინანსების მართვა

გერმანული LTCI სისტემის ორგანიზება ხელს უწყობს როგორც ფასებზე, ასევე ხელშეკრულებების პირობებზე მოლაპარაკებას LTCI-ს და შინმოვლის მიმწოდებლების ადგილობრივ თუ რეგიონულ წარმომადგენლებს შორის. შინმოვლის მიმწოდებელსა და LTCI-ს შორის ფორმდება ხელშეკრულება. ჯანდაცვის ფედერალური სამინისტროს როლი არის ფასების ჩამონათვალის დადგენა ხანგრძლივი მოვლის სხვადასხვა ასპექტებისთვის, განსაკუთრებით კი შინმოვლის სპეციფიკური მომსახურებებისთვის. ფასები შეიძლება განსხვავდებოდეს რეგიონების მიხედვით. (Rachel A Kiersey 2017)

LTCI სქემის საყოველთაობისა და ხანდაზმულ ასაკში დახმარების მიღების უფლების აღიარების მიუხედავად, სისტემა იყენებს შეზღუდულ სადაზღვევო სახსრებს და არ არის გამიზნული ზრუნვის მიმღები პირის ყველა საჭიროების დასაფარად. ზრუნვის პაკეტით მოცული სარგებელი ფასდება და გაიცემა მოვლის საჭიროების ხუთი დონის საფუძველზე და მიმღებებმა უნდა აირჩიონ, თუ მომსახურების რა ნაწილის დაფარვა სურთ LTCI-ის სახსრებით. სისტემა რჩება თანაგადახდაზე დამოკიდებული, რათა უზრუნველყოს სათანადო ზრუნვა. (Rachel A Kiersey 2017)

დამატებით, რამდენიმე მონაცემი გერმანიის შინმოვლის შესახებ:

- ხანგრძლივი მოვლის პროგრამაში ჩართული 3.5 მლნ ადამიანიდან 2.6 მლნ (75%) არის შინმოვლის მოსარგებლე (2017).
- მოსარგებლეთა 80% მომსახურების მიღებას არჩევს ფულად სარგებელს, რაშიც ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის ფონდიდან იხარჯება 31 მილიარდი ევრო, ბიუჯეტის 64% (2016).
- სხვაობა დაზღვევის თანხასა და ღირებულებას შორის იფარება მოსარგებლის მიერ; თუმცა, დაბალშემოსავლიანი მოქალაქეების გადასახდელი სუბსიდირდება მუნიციპალიტეტების სოციალური ფონდებიდან. ასეთია 450 ათასზე მეტი ადამიანი (2015).
- შინმოვლის მიმწოდებლების რაოდენობაა 13,300, რომელთა 65% კომერციული ორგანიზაციაა. ზრუნვის სახლების რაოდენობაა 13,600, რომელთა 42% არამომგებიანია. მთლიანად, ხანგრძლივი მოვლის სისტემა ასაქმებს 1 მილიონ ადამიანს (2017).
- ყველა მიმწოდებელი (სახელმწიფო, კომერციული, არამომგებიანი) აფორმებს ხელშეკრულებას დაზღვევის ფონდთან და ადგილობრივ სოციალურ ადმინისტრაციასთან. ყველასთვის სავალდებულოა კანონით დადგენილი სტანდარტების დაცვა.

წყარო: Federal Ministry of Health, Germany. Peer Review on “Germany’s latest reforms of the long-term care system” - Host Country Discussion Paper, 2018

ისრაელი

პოლიტიკა და რეგულაციები შინმოვლის შესახებ

შინმოვლის მართვა

ხანგრძლივი მოვლა განიხილება, როგორც დახმარება ყველა ასაკის ადამიანებისთვის, რომელთაც აქვთ ხანგრძლივად გამოხატული შეზღუდული უნარები და სჭირდებათ ფუნქციური, გონებრივი ან სოციალური დახმარება ყოველდღიური საქმიანობისთვის. ასეთი დახმარება მოიცავს სოციალური და სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფას, ჯანმრთელობისა და ფუნქციონირების დამატებითი გაუარესების პრევენციით ან რემისიით, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. (Dov Chernichovsky 2017)

ბუნებრივია, ძალიან მაღალი კორელაციაა სიბერესა და ხანგრძლივი მოვლის საჭიროებას შორის. დაბერება, განსაკუთრებით, 75 წელს ზემოთ, ზრდის დაავადებების გაჩენის და ადრე არსებული დაავადებების გამწვავების რისკს. ხანდაზმულ ასაკში ჩნდება ახალი დაავადებები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ფუნქციური სტატუსის დაქვეითებასა და დამოუკიდებელი ცხოვრების დაკარგვაზე, რაც, თავის მხრივ, იწვევს შესაბამის დაწესებულებებში ხანგრძლივი

პოსპიტალიზაციის ან სახლში მოვლის საჭიროებების გაზრდას. (Dov Chernichovsky 2017)

ისრაელის დემოგრაფიული პროგნოზით, 2035 წლისათვის 70 წელს გადაცილებული მოსახლეობა 103 პროცენტით გაიზრდება, დანარჩენი მოსახლეობა კი - 31 პროცენტით. ეს ნიშნავს, რომ 70 წლის და უფროსი ასაკის ჯგუფი ორ ათწლეულის განმავლობაში გაორმაგდება, 2017 წელს დაახლოებით 610,000-დან დაახლოებით 1.24 მილიონამდე 2035 წელს.

ვარაუდით, რომ 70 წელზე უფროსი ასაკის პირების ჯანმრთელობის მდგომარეობა არსებითად არ გაუმჯობესდება, დემოგრაფიულ პროცესს თან ახლავს ფუნქციური დაქვეითების ინდექსის 43 პროცენტიანი ზრდა, რაც ავადობის ტვირთია. ფუნქციური დაქვეითების ზრდის ტემპი და, შესაბამისად, ხანგრძლივი მოვლისა და ჯანდაცვის საჭიროებები, 16 პროცენტით მეტი იქნება, ვიდრე მოსახლეობის ზრდის ტემპი. მიუხედავად იმისა, რომ ეს დადებითი ცვლილებაა, რომელიც უკავშირდება გაუმჯობესებულ სიცოცხლის ხანგრძლივობას, ის ხაზს უსვამს ხანგრძლივი მოვლისა და ჯანდაცვის სისტემების შემდგომი მომზადების აუცილებლობას. (Dov Chernichovsky 2017)

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ისრაელში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ხანდაზმულთა ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მომსახურებების სისტემა უაღრესად განვითარდა. ხანდაზმულთა აბსოლუტური უმრავლესობა სახლში ცხოვრობს, მხოლოდ 3.5% ცხოვრობს რაიმე სახის ინსტიტუციურ გარემოში (დაახლოებით 2.5% ზრუნვის სახლებში). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ხანდაზმულ ადამიანებშიც კი თითქმის 80% კვლავ ცხოვრობს თემში, ოჯახების მიერ განხორციელებული მრავალფეროვანი მოვლისა და ოფიციალური მომსახურებების დანერგვის გამო (ზოგი საკმაოდ ინოვაციურია), რომელიც მიზნად ისახავს ამ სოციალური დახმარების განმტკიცებას, რომ ოჯახებმა დაძლიონ მზრუნველობის ტვირთი.

საზოგადოების ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევის კანონი (CLTCI კანონი)

შინმოვლის მოდელებიდან ისრაელმა აირჩია სოციალური დაზღვევის საშუალებით არაპროფესიონალური შინმოვლის მიდგომა. 1980 წელს დაქირავებულებმა შეიტანეს NII-ში (National Insurance Institute) 0.2%-იანი წვლილი სარეზერვო ფონდის შესაქმნელად, CLTCI კანონის განხორციელების მიზნით. 1986 წლისთვის ქნესეთმა დაასრულა CLTCI კანონის ამოქმედება და სრული განხორციელება დაიწყო 1988 წელს. ძირითადი უფლება არის ნატურალური მომსახურება, ე. წ. „მომსახურების კალათა“, რასაც, როგორც წესი, ოჯახი უზრუნველყოფს - პერსონალური მოვლა და საყოფაცხოვრებო დახმარება. სარგებელი ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნეს სხვადასხვა მიზნით: დღის მოვლის მომსახურებების, რეცხვის, საფენების ან 24/7 გადაუდებელი ზარის სისტემის წევრობისთვის შესაძენად.

ფაქტობრივი მომსახურება ხორციელდება შეზღუდვის დონის მიხედვით (კვირაში 10, 16 ან 18 საათის შინმოვლის ეკვივალენტი). სარგებლის მიღება დამოკიდებულია

შესაძლებლობის შეზღუდვაზე და გავლენას არ ახდენს ხანდაზმული ადამიანის არაფორმალური დახმარების არსებობაზე.

ნაკლებად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ხანდაზმულებს შეუძლიათ მიიღონ შინმშობლის მომსახურებები სოციალური კეთილდღეობის სისტემისგან, შეზღუდული ბიუჯეტით და შემოსავალზე დამოკიდებულებით. მომსახურების მიმწოდებლის არჩევა ხდება ადგილობრივი კომიტეტის მიერ, რომელიც პასუხისმგებელია ზრუნვის დაგეგმვაზე, კლიენტთან და მის ოჯახთან კონსულტაციის შედეგად.

CLTCI კანონის პირველი შედეგი იყო სათემო მზრუნველობისათვის გამოყოფილი რესურსების უზარმაზარი ზრდა. ამ გადაწყვეტილებამ გამოიწვია საჯარო რესურსების უფრო დაბალანსებული განაწილება დაწესებულებაში და სათემო ზრუნვას შორის. კანონის ამოქმედებამდე, სათემო მომსახურების ხარჯები შეზღუდული იყო და შეადგენდა LTC-ის სახელმწიფო სახსრების მხოლოდ 17%-ს. ამასთან, 1994 წლისთვის (კანონის ამოქმედებიდან ექვსი წლის შემდეგ), სათემო ზრუნვის სახელმწიფო სახსრები გაიზარდა და შეადგენდა LTC-ის სახელმწიფო დაფინანსების ნახევარს. ამ კანონმდებლობამ დრამატულად იმოქმედა საზოგადოებაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოხუცი ადამიანების ჯანმრთელობის დაცვაზე. მაგალითად, ხანდაზმულთა წილი, რომლებიც კანონის ამოქმედებამდე იღებდნენ შინმშობლას, ხანდაზმული მოსახლეობის 2%-დან გაიზარდა 18%-მდე.

ხელშემწყობი უბნები

ბოლო წლების სათემო მზრუნველობის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი და ინოვაციური განვითარება იყო ხელშემწყობი უბნების პროგრამა, რომელიც მიზნად ისახავდა ხანდაზმულების უზრუნველყოფას უსაფრთხოების შეგრძნებით და მომსახურებების ხელმისაწვდომობით. ხანდაზმული ადამიანები, რომლებიც ცხოვრობენ მხარდამჭერ უბნებში, ქალაქად თუ სოფლად, სარგებლობენ მომსახურებით კალათით, რომელიც მოიცავს:

- უბანში დამხმარე პირის არსებობას, რომელიც ზრუნავს მათ პირად უსაფრთხოებაზე, მათი სახლების დაცულობაზე და, ასევე, უზრუნველყოფს სახლის შეკეთებას;
- გადაუდებელი ზარის ღილაკის მომსახურებას;
- ექიმის / სასწრაფო დახმარების გამოძახებას 24 საათის განმავლობაში;
- სოციალური აქტივობებს.

მოხუცები იხდიან გადასახადს პროგრამაში გაწევრიანებისთვის, რომელსაც სუბსიდირებას უწევს სოციალური დაცვის სამინისტრო დაბალი შემოსავლის მქონე პირებისთვის. 2015 წელს ისრაელის მასშტაბით 230-ზე მეტი დამხმარე უბნების პროგრამა იყო, რომლებიც ემსახურებოდა დაახლოებით 48,000 ხანდაზმულს (ქვეყნის ხანდაზმული მოსახლეობის დაახლოებით 6%).

სხვა სათემო მომსახურებები

ზემოთ ჩამოთვლილი მომსახურებების გარდა, ხანდაზმულებზე ზრუნვის ქსელში შედის:

- ტელემედიცინის მომსახურება დაუძღვრებული მოხუცებისათვის, ჯანმრთელობის გეგმის მიხედვით;
- სოციალური მუშაკები, ქვეყნის მასშტაბით დაახლოებით 400 სოციალური მუშაკი, რომლებიც ზრუნავენ მუნიციპალიტეტში მცხოვრებ ხანდაზმულებზე (კონსულტაცია, შემთხვევის მართვა და დამხმარე საქმიანობა);
- სახლის შეკეთება და ადაპტაცია;
- დაცული სახელოსნოები;
- სამედიცინო აღჭურვილობა და მოწყობილობები ფუნქციურად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის;
- ინფორმაციისა და საკონსულტაციო ცენტრები;
- მოხალისეების სახლში ვიზიტები.

მომსახურება არაფორმალური მომვლელებისთვის

არაფორმალური ზრუნვა გულისხმობს აუნაზღაურებელი დახმარების გაწევას, როგორც წესი, ოჯახის წევრის მიერ, იმ პირისთვის, რომელიც დახმარებას საჭიროებს ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობაში.

ისრაელში არაფორმალური ზრუნვა ფართო მასშტაბით დარჩა, ფორმალური მომსახურების სისტემის დაჩქარებული განვითარების მიუხედავად. არაფორმალური მომვლელების დაახლოებით ორი მესამედი უზრუნველყოფს დახმარებას 60 წლის ან უფროსი ასაკის ნათესავისთვის. მომვლელების უმეტესობა ცხოვრობს ხანდაზმულ ნათესავთან ან მათ სიახლოვეს. არაფორმალური მომვლელები დახმარებას უწევენ სხვადასხვა მიმართულებით, მაგალითად:

- ყოველდღიური საქმიანობა (მაგალითად, დაბანა და ჩაცმა): 43%;
- ყოველდღიური ინსტრუმენტული საქმიანობა (სახლის საქმეები, მაგალითად, კერძების მომზადება და საყიდლები): 25%;
- საგარეო საქმეები (მაგ., ბანკში და ფოსტაში წასვლა, მედიკამენტების შეძენა და პაციენტის თანხლება სამედიცინო დაწესებულებებში): 71%; და
- სოციალური მხარდაჭერა: 86%.

არაფორმალური მომვლელების მნიშვნელოვანი რაოდენობა (ნახევარდან ორ მესამედამდე, მოსახლეობის მიხედვით) აფიქსირებს, რომ თავს დატვირთულად გრძნობს. სხვადასხვა კვლევების თანახმად, მომვლელთა ორ მესამედზე მეტი აცხადებს, რომ აქვს ფიზიკური სირთულეები (მათ შორის ის, რომ მოვლა მოითხოვს ძალიან დიდ ფიზიკურ ძალისხმევას და უარყოფითად მოქმედებს მათ ჯანმრთელობაზე). ორ მესამედზე მეტი აცხადებს, რომ მათმა სოციალურ საქმიანობას და დასვენებას მიაღმა ზიანი. მომვლელთა 90% -ზე მეტი აღნიშნავს ემოციურ სტრესს.

არაფორმალურ მოვლას ასევე აქვს გავლენა მომვლელის მონაწილეობაზე სამუშაო ბაზარზე და დასაქმებაზე. სულ მომვლელთა 58% არის დასაქმებული; ეს პროცენტი იმ მომვლელებს შორის, რომლებსაც ჯერ არ მიუღწევიათ საპენსიო ასაკისთვის, 66%-ზე მეტია. მომვლელთა მნიშვნელოვანი ნაწილი, რომლებიც დასაქმებულნი არიან (19%), აცხადებენ, რომ დაკარგეს სამუშაო დღეები გასული თვის განმავლობაში.

ზოგადად, არაფორმალური მომვლელების ტვირთის შემსუბუქების ორი გზა არსებობს:

- ხანდაზმულთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის ფორმალური მომსახურებების მიწოდება (მაგ., სახლის მომვლელი, დღის მოვლის ცენტრი);
და / ან
- მომვლელების მხარდაჭერა (მაგალითად, ფულადი ან ემოციური დახმარება).

ფორმალური მომსახურებების მიწოდება მიზნად ისახავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ცხოვრების ხარისხის ამაღლებას და არაფორმალური აღმზრდელების დახმარებას. საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ადრე სახელმწიფო სააგენტოების მიერ გაწეული ოფიციალური სუბსიდირებული დახმარება ფოკუსირებული იყო ხანდაზმულებზე, რომელთაც არ ჰყავდათ მზრუნველი ოჯახის წევრები ან საერთოდ არ ჰქონდათ ოჯახი. დღეს მომსახურების დაფარვა უფრო ფართოა.

არაფორმალური მომვლელების სტატუსი ისრაელში: კანონები, პროგრამები და პოლიტიკა

მომსახურების სისტემა ოჯახს ხანდაზმული ადამიანის კარგად ყოფნისა და კეთილდღეობის მთავარ ფაქტორად მიიჩნევს. უფრო მეტიც, ისრაელში ოჯახის წევრები იურიდიულად არიან ვალდებულნი თავიანთი მოხუცი ნათესავების მიმართ; ის ერთ-ერთია იმ იშვიათ ქვეყნებს შორის, სადაც შვილების ვალდებულება ასაკოვანი მშობლების მიმართ კანონით არის გამყარებული. არა მხოლოდ მოხუცს აქვს უფლება მოითხოვოს საარსებო მინიმუმი მისი ნათესავებისაგან, არამედ, საჯარო სამსახურებმა შეიძლება ასევე მოითხოვონ მოხუცი ნათესავის მოვლა, სანამ ისინი შეთანხმდებიან ოფიციალური მომსახურების მიწოდებაზე. სანამ მოხუცი საზოგადოებაში რჩება, მთავრობა იშვიათად იყენებს თავის უფლებას, მოსთხოვოს მის ოჯახს ზრუნვა. ამასთან, მთავრობა ითხოვს, რომ ოჯახებმა შეასრულონ თავიანთი იურიდიული ვალდებულება, დააფინანსონ LTC დაწესებულებაში ხანდაზმული ნათესავის საცხოვრებელი ადგილი.

არაფორმალურ მზრუნველთა კანონიერი უფლებები ფოკუსირდება ფინანსებსა და დასაქმებაზე. ოთხი კანონი არეგულირებს ნათესავის მოვლას:

- ფიზიკური პირი უფლებამოსილია გააცდინოს სამუშაო დღეები მშობლის ან მეუღლის ავადმყოფობის გამო, რაც ითვლება „ავადმყოფობის დღედ“;

- ფიზიკური პირი უფლებამოსილია კომპენსაცია მიიღოს მისი დამსაქმებლისგან, თუკი ის უნდა გათავისუფლდეს სამსახურიდან ნათესავის ცუდი ჯანმრთელობის გამო;
- ფიზიკურ პირს ეძლევა საგადასახადო შეღავათი, თუ ის აფინანსებს მშობლის ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში ცხოვრებას;
- ფიზიკურ პირს აქვს შემოსავლის დანამატის მიღება დასაქმების ტესტის ჩაბარების გარეშე, თუ ის ზრუნავს ავადმყოფ ნათესავზე. (Merkur 2015)

შინმოვლის ორგანიზება და მიწოდება

ინსტიტუციურ-ორგანიზაციული თვალსაზრისით, ისრაელის ხანგრძლივი მოვლის სისტემა შეიძლება დაიყოს მოვლის ოთხ ძირითად ტიპად:

1. სახლში ან სათემო სამედიცინო დახმარება. მოიცავს სამედიცინო დახმარების გაწევას თემის ფარგლებში ჯანმრთელობის ფონდების კლინიკებში. ეს დახმარება სპეციფიკური არ არის ხანდაზმულთათვის, თუმცა მათ უფრო მეტად სჭირდებათ, ასაკის მატებასთან დაკავშირებული ქრონიკული მდგომარეობების გამო.
2. სათემო ფუნქციური დახმარება ანუ შინმოვლა. შინმოვლის მიზანია დაეხმაროს დაქვეითებული ფუნქციის მქონე მოხუცებს, განახორციელონ ყოველდღიური საქმიანობა საკუთარ სახლებში. დახმარება ხორციელდება მომვლელების მიერ და არ მოიცავს სამედიცინო მომსახურებას. შინმოვლის დაფინანსებას ახორციელებს ეროვნული დაზღვევის ინსტიტუტი, დამოკიდებულების შეფასების საფუძველზე და მომსახურებას უწევს ხანგრძლივი მოვლის სამედიცინო კომპანიები (და, ნაწილობრივ, უცხოელი მომვლელები). ასეთი დახმარება მიეწოდება 65-ზე მეტი ასაკის მოსახლეობის 20 პროცენტს, ყოველ მოსარგებელზე ყოველკვირეული 10-20 საათის განმავლობაში.
3. ფუნქციური დახმარება დაწესებულების პირობებში - ხორციელდება ავადმყოფობის ან უბედური შემთხვევის გამო მწოლიარე ან ინვალიდის ეტლით მოსარგებლე პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ყოველდღიური ცხოვრების ერთი ან მეტი საქმიანობის შეზღუდვა (დაბანა, ჩაცმა, შეუკავებლობა, დამოუკიდებელი ჭამა), ასევე, სირთულეები ნივთების გამოყენებაში. ამ ტიპის მოვლა ასევე მოიცავს ჰოსპიტალიზაციას „ფსიქიკურად დაუძღვრებულ“ პაციენტებში, რომლებსაც ალცჰაიმერის დაავადება ან დემენცია აქვთ. ამ სამედიცინო დახმარების სუბსიდირება განსხვავებულად ხდება ჯანდაცვის სამინისტროს ბიუჯეტიდან, მხედველობაში მიიღება პაციენტისა და მისი შვილების შემოსავლები, აგრეთვე, პაციენტის მიერ ნებისმიერი კერძო ხანგრძლივი მოვლის დაზღვევა
4. სტაციონარული კომპლექსური საექთნო მომსახურება - ჰოსპიტალიზაციის ეს ფორმა არის მძიმე პაციენტებისთვის, რომელთაც ხანგრძლივ მოვლის

სტატუსთან ერთად აქვთ რთული სამედიცინო პრობლემები, როგორცაა თირკმლის ბოლო ეტაპის დაავადება, ნაწილობრივი ან სრული ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის საჭიროება, ტერმინალური დაავადება. (Dov Chernichovsky 2017)

დაფინანსების ზოგადი მექანიზმი

ხანგრძლივი მოვლის სისტემა (ისევე როგორც ყველა სოციალური მომსახურების სისტემა, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სფეროში) მოიცავს სამ ძირითად ფუნქციას:

დაფინანსება: ჯიბიდან გადახდა, დაზღვევა ან საჯარო დაფინანსება;

მომსახურების გაწევა: მომსახურების მიწოდება;

მომსახურების გამოყენების ორგანიზება და მართვა: ფონდის ფლობა.

ფონდის მფლობელი არის დაწესებულება ან ორგანიზაცია, რომელიც ბიუჯეტს იღებს სახელმწიფოსგან ან რომელიც აგროვებს სახსრებს სახელმწიფოს სახელით, ორგანიზებას უწევს მომსახურებას და ქსელის ჩამოყალიბებას და მიმწოდებლებთან კონტრაქტებს - ყველაფერი იმისთვის, რომ უზრუნველყოს საზოგადოების სამედიცინო მომსახურებით ადეკვატური და ეფექტური დაცვა.

ისრაელში ხანგრძლივი მოვლის დაფინანსება სხვადასხვა წყაროდან ხორციელდება. ძირითადი დაყოფა ხორციელდება სახელმწიფო და კერძო დაფინანსებას შორის.

სახელმწიფო დაფინანსება გამოიყენება სამი ძირითადი ტიპის მოვლისთვის: ინდივიდუალური შინმოვლა, მხარდაჭერილი საცხოვრებელი და სტაციონარული კომპლექსური საექთნო მომსახურება. ეროვნული დაზღვევის ინსტიტუტი არის ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებების მთავარი დამფინანსებელი. იგი სუბსიდირებს 160,000 მოხუცის მოვლას, რაც შეადგენს მთლიანი სახელმწიფო დაფინანსების 64%-ს ხანგრძლივი მოვლისთვის, ხოლო დანარჩენი დაფინანსებულია შინამეურნეობების მიერ.

კერძო დაფინანსება გამოიყენება სამი ძირითადი ტიპის მოვლისთვის: ინდივიდუალური შინმოვლა (სახელმწიფო დაფინანსების დამატება), მხარდაჭერილი საცხოვრებელი და კერძო სადაზღვევო პრემიები.

კერძო დაზღვევა ხანგრძლივი მოვლისთვის

კერძო დაზღვევის ხარჯები ხანგრძლივ მოვლაზე სახელმწიფო ხარჯების ნახევარზე ოდნავ ნაკლებია. კერძო დაზღვევა ხანგრძლივი მოვლისთვის იყოფა რამდენიმე კატეგორიად.

1. ინდივიდუალური კომერციული დაზღვევა. ამ პაკეტის შეძენა ხდება ინდივიდუალური შეხედულებისამებრ. დაზღვეულს შეუძლია აირჩიოს დაფარვის ზომა და ხანგრძლივობა, ხოლო პრემია განისაზღვრება დაფარვის ხასიათისა და პირადი რისკის დონის შესაბამისად. ეს რისკი, რა თქმა უნდა,

იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად, რაც იმას ნიშნავს, რომ უფროსი ასაკის გაწევრიანების პრემია შედარებით მაღალია. პაკეტი შეიძლება მოქმედებდეს დაზღვეულის მთელი ცხოვრების განმავლობაში, თუ სხვა რამ არ არის სასურველი.

2. **ჯგუფური კომერციული დაზღვევა.** პაკეტს ყიდულობენ ორგანიზაციები, მაგალითად, მუშათა კავშირი. ორგანიზაციის წარმომადგენლები არიან პოლისების მფლობელები, ხოლო დაზღვევის დაფარვა და პრემიები, როგორც წესი, შეფასებულია თემის მიერ. პრემიები განისაზღვრება ჯგუფის საშუალო რისკის აქტუარული გაანგარიშებით - ანუ არსებობს ჯვარედინი სუბსიდიები ფიზიკურ პირებს შორის (დაბალი რისკის მქონე აფინანსებს უფრო მაღალი რისკის მქონეს). პოლისები შეზღუდულია ხანგრძლივობით და როდესაც დაზღვეული წევრი ტოვებს ჯგუფს, დაზღვევა უქმდება.
3. **ჯანმრთელობის ფონდის დაზღვევა.** ეს არის პოლისები, რომლებსაც სადაზღვევო კომპანიები ჯანმრთელობის ფონდების საშუალებით ყიდიან. ფონდი არის პოლისის მფლობელი და პასუხისმგებელია დაზღვევის სააგენტოს არჩევაზე და პოლისის პირობებზე. პოლისი ერთგვაროვანია და პრემია დამოკიდებულია ასაკობრივ ჯგუფზე. (Dov Chernichovsky 2017)

ადამიანური რესურსები - ხარისხი და მოთხოვნები

შინმოვლაში ჩართულ ექთნებს, როგორც წესი, აქვთ უმაღლესი განათლება. ზოგად სასწავლო გეგმაში შედის გერიატრიული დახმარების ტრენინგი, ასევე, რეგისტრირებული ექთნები გადიან პოსტ-საბაზო ერთწლიან ტრენინგს გერიატრიაში, რის შემდეგაც მათ უნდა გაიარონ სიმულაციაზე დაფუძნებული სარეგისტრაციო გამოცდა.

შინმოვლაში ჩართულ არასამედიცინო პერსონალს არ აქვს მოთხოვნა სპეციალიზებულ განათლებაზე, ხოლო ექთნებს ევალებათ მინიმუმ ბაკალავრის დიპლომის ქონა.

ექთნის მოვალეობებია:

- ფსიქოლოგიური დახმარების გაწევა საუბრის ან/და ხმამაღლა კითხვის საშუალებით;
- ზრუნვის მიმღების და მისი ოჯახის წევრების კითხვებზე პასუხის გაცემა;
- მკურნალობის ან ზრუნვის გეგმაზე რეაგირების მონიტორინგი;
- ზრუნვის მიმღების ფიზიკური აქტივობის ან კვების ჩვევების მონიტორინგი;
- სამედიცინო დახმარების მიმღების ტკივილისა და დისკომფორტის მონიტორინგი;
- ინფორმაციის განახლება სამედიცინო მომსახურების მიმღების მდგომარეობისა და ჩატარებული მკურნალობის შესახებ;

- ზრუნვის მიმღებთა მკურნალობისა და მოვლის გეგმების შემუშავება და განხორციელება;
- ზრუნვის მიმღებთა ზედამხედველობა და კოორდინაცია;
- მედიკამენტების და სხვა მკურნალობის ადმინისტრირება, მათ შორის, პირველადი სამედიცინო დახმარება
- ჭრილობების დამუშავება და ქირურგიული სახვევების გამოცვლა.

პერსონალური მომვლელის მოვალეობებია:

- პოზის შერჩევა, აყენება და სიარულში დახმარება;
- ტრანსპორტირება (ინვალიდის ეტლით, მოძრავი საწოლით ან/და ავტომობილით);
- სამედიცინო დახმარების მიმღებთა პირადი ჰიგიენის დაცვა, კვება და ჩაცმა;
- გარემოს ჰიგიენის სტანდარტების დაცვა;
- კერძების დაგეგმვა, შექმნა, მომზადება ან მიწოდება (OECD 2020).

შინმოვლის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა

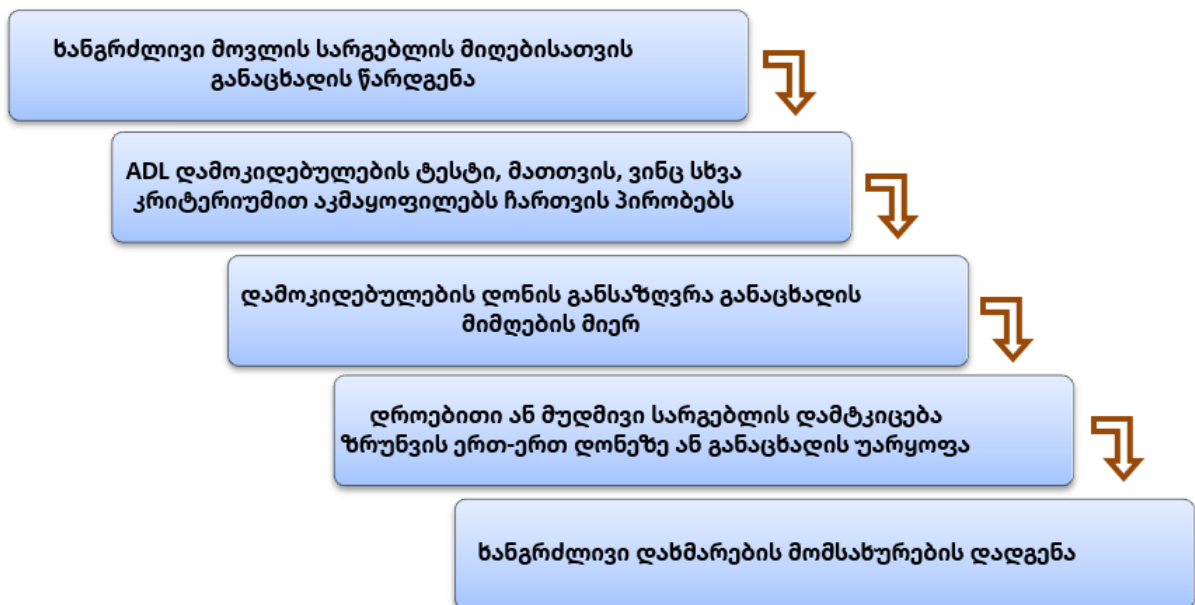
ხანგრძლივი მოვლის მოსარგებლედ აღიარების პირობები:

იმისათვის, რომ მიიღონ ხანგრძლივი მოვლის სარგებელი, განმცხადებელმა უნდა დააკმაყოფილოს შემდეგი პირობები:

- იყოს ისრაელის მკვიდრი, რომელმაც მიაღწია საპენსიო ასაკს;
- იცხოვროს თემში (სახლში ან მხარდაჭერილი საცხოვრებლის დამოუკიდებელ განყოფილებაში).
 - ისინი, ვინც დაწესებულებაში ცხოვრობენ, უფლებამოსილნი არიან მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იმყოფებიან დამოუკიდებელ განყოფილებაში (მათ, ვინც საექთნო განყოფილებაში, ფსიქიკურად დაუცველ, გერიატრიულ საავადმყოფოში ან დაწესებულებაში ცხოვრობს, რომელთა ხარჯების უმეტესობა დაფინანსებულია საჯარო დაწესებულების მიერ, მაგალითად, მთავრობის ოფისი ან ადგილობრივი ხელისუფლება, არ აქვთ უფლება);
 - ჯანმრთელობის დაცვის, სოციალური დაცვისა და სოციალური მომსახურების სამინისტროს მიერ ლიცენზირებულ ხანდაზმულთა სახლში ცხოვრება შეიძლება იყოს დისკვალიფიკაციის საფუძველი, მაგრამ არა აუცილებლად;
 - ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების მიმღებს, რომელიც საავადმყოფოშია მოთავსებული, საავადმყოფოში ჰოსპიტალიზაციის პირველი 30 დღის განმავლობაში მიეწოდება ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებები;

- ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების მიმღებს, რომელსაც უფლებამოსილება შეუჩერდა ჰოსპიტალიზაციის ან ინსტიტუციონალიზაციის გამო, კვლავ უფლება აქვს, აღიდგინოს მომსახურება ჰოსპიტლის დატოვების შემდეგ.
- მოსარგებლემ შეიძლება ვერ ისარგებლოს ხანგრძლივი პროგრამით შემდეგ შემთხვევებში:
 - სპეციალური მომსახურებების სარგებელი - მიეწოდებათ ეროვნული დაზღვევის ინსტიტუტის იმ მოსარგებლებს 18 წლის და 3 თვის ასაკიდან, რომლებიც მნიშვნელოვან დახმარებას საჭიროებენ ყოველდღიური საქმიანობის განხორციელებაში (როგორცაა ჩაცმა, ჭამა, დაბანა, გადაადგილება სახლში და გამონაყოფების კონტროლი), ან ვისაც სჭირდება მუდმივი მეთვალყურეობა;
 - განსაკუთრებული სარგებელი მათთვის, ვისაც უძღურების მაღალი ხარისხი აქვს საწარმოო ტრავმის გამო;
 - ორმაგი სარგებელი თავდაცვის სამინისტროსგან; საჭიროებს მნიშვნელოვან დახმარებას ან ზედამხედველობას (დახმარება განისაზღვრება ADL დამოკიდებულების ტესტის ჩატარების შემდეგ);
- მოითხოვს მნიშვნელოვან დახმარებას ყოველდღიური საქმიანობის შესრულებაში - ჩაცმა, დაბანა, კვება, ტუალეტში შესვლა, გადაადგილება სახლში, საკვების მომზადება;
- აკმაყოფილებს ყოველთვიური შემოსავლის მოთხოვნებს. შემოსავლის საფუძველზე ჩართვის კრიტერიუმად გამოიყენება ეროვნული დაზღვევის ინსტიტუტის კალკულატორი.

ხანგრძლივი მოვლის სარგებლის მიღების პროცესი გამოიყურება შემდეგნაირად



შესაძლებელია ხანგრძლივი ზრუნვის გადაწყვეტილების გასაჩივრება.

ADL დამოკიდებულების ტესტი

ხანგრძლივი მოვლის განაცხადის წარდგენის შემდეგ და თუ განმცხადებელი აკმაყოფილებს კრიტერიუმების ძირითად პირობებს, ეროვნული დაზღვევის ინსტიტუტის სახელით უფლებამოსილი პირი ეწვევა განმცხადებლის სახლს, რათა შეაფასოს მისი ყოველდღიური საქმიანობა.

ADL დამოკიდებულების ტესტი ემყარება შეფასების ფორმას, რომელიც მოიცავს სექციების ჩამონათვალს.

ტესტი იკვლევს ყოველდღიურ საქმიანობას: გადაადგილებას, ჩაცმას, დაბანას, კვებასა და პირად მოვლას. განმცხადებლებს აფასებენ დავალებების შესრულების უნარის გათვალისწინებით: არანაირი დახმარება = 0 ქულა; ნაწილობრივი დახმარება = 1/2 ქულა; დავალების შესრულება შეუძლებელია = 1 ქულა.

ამასთან, ინსტრუქტორი შეაფასებს განმცხადებლის ზედამხედველობის საჭიროებას (აღქმა, გარემოში ორიენტაცია, ნათესავების იდენტიფიკაციის უნარი და წარსული მოვლენები და ეპიზოდები).

გარკვეულ შემთხვევებში, შესაძლებელია, მხოლოდ სამედიცინო დოკუმენტაციის საფუძველზე განისაზღვროს სარგებლის მიღების შესაძლებლობა. მაგალითად, ეს ეხება მათ, ვისი სამედიცინო მდგომარეობა ძალიან მძიმეა, უსინათლოები, რომლებიც მარტო ცხოვრობენ, ისინი, ვინც იტარებენ დიალიზს ან ქიმიოთერაპიას. ასეთ პირებს შეუძლიათ მიმართონ დროებითი ან მუდმივი მოვლის განცხადებით ჯანმრთელობის ეროვნულ ინსტიტუტს დამოკიდებულების ტესტის გარეშე (ADL). (თიბა) 2021)

საქართველოში შინმოვლის განვითარების რეკომენდებული მოდელი

შესავალი

საერთაშორისო პრაქტიკით შინმოვლის მომსახურებას აქვს როგორც შინაარსის, ასევე ორგანიზების, ინსტიტუციური მოწყობის, დაფინანსების და მიწოდების ვარიანტების ფართო დიაპაზონი. ქვეყნების მიხედვით განსხვავებები დამოკიდებულია ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სისტემების მოწყობა-ორგანიზებაზე, ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების დაფინანსების მოდელზე, ადმინისტრაციულ-პოლიტიკურ მოწყობაზე, საზოგადოების კულტურულ ღირებულებებსა და ტრადიციებზე. თუმცა, ყველა ქვეყნისა და მომსახურებისთვის მაინც არსებობს გარკვეული ჩარჩო, რომლის მიხედვითაც შინმოვლა არის ხანგრძლივი ან დროებითი სამედიცინო და სოციალური მოვლის მომსახურება საცხოვრებელ ადგილზე იმ პირთათვის, რომლებსაც ფიზიოლოგიური თუ ფიზიკური და/ან ფსიქიკური მდგომარეობის გამო არ შეუძლიათ თვითმოვლა. მისი მიზანია მოსარგებლეთა ცხოვრების, სოციალური ფუნქციონირების და ყოველდღიური აქტივობების დამოუკიდებლად განხორციელების ხარისხის გაუმჯობესება/შენარჩუნება.

შინმოვლის კომპოზიტიური ხასიათი და მისი ორგანიზების, დაფინანსებისა და მიწოდების ფორმების მრავალგვარობა იძლევა შესაძლებლობას, მოხდეს შინმოვლის მოქნილი, კონკრეტულ ქვეყანაზე მორგებული მოდელის დანერგვა, ადაპტირება და განვითარება.

საქართველოში შინმოვლის მოდელის ჩვენ მიერ წარმოდგენილი ხედვა ეყრდნობა საერთაშორისო და საქართველოში შინმოვლის მომსახურებაში

დაგროვილ გამოცდილებას და ქვეყნის ჯანდაცვისა და სოციალური სისტემების არსებულ თავისებურებებს.

აღსანიშნავია, რომ სამართლებრივად შინმოვლის განხორციელება არ წარმოადგენს ხელისუფლების რომელიმე დონის უპირატეს უფლებამოსილებას ან ვალდებულებას, შესაბამისად, ის შეიძლება განხორციელოს/დააფინანსოს როგორც ცენტრალური, ასევე ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებმა.

მოდელის აღწერა

ძირითადი პრინციპები

ძირითადი პრინციპები, რომელსაც ეფუძნება შინმოვლის მომსახურება, შემდეგია:

- **გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა და მომსახურების უწყვეტობა:** საერთაშორისო პრაქტიკისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის გათვალისწინებით, რომელიც გულისხმობს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის აქტიურ ჩართულობას მომსახურების მიწოდებაში, მიზანშეწონილად ჩაითვალოს შინმოვლის საყოველთაო ჯანდაცვაში, კერძოდ კი, პირველად ჯანდაცვაში ინტეგრაცია;
- პროგრამა არ უღუდავს შინმოვლის მომსახურების ალტერნატიული მიმწოდებლების არსებობა-განვითარებას. როგორც ადგილობრივი სიტუაციის მიმოხილვიდან ჩანს, დღეის მდგომარეობით, საქართველოში შინმოვლის მომსახურებას ახორციელებს სულ 14 მიმწოდებელი, რომელიც შინმოვლის სხვადასხვა შინაარსის მომსახურებებს აწვდის საქართველოს 28 მუნიციპალიტეტში. შესაბამისად, პროგრამამ განსაზღვრა მიმწოდებლის მინიმალური კრიტერიუმები და, ამ კრიტერიუმების დაკმაყოფილების შემდეგ, მიმწოდებელს შესაძლებლობა ექნება პროგრამით განსაზღვრული მომსახურება შესთავაზოს მოსარგებლეს საქართველოს ნებისმიერ მუნიციპალიტეტში. მოსარგებლის **არჩევანის უფლება** და, შესაბამისად, კონკურენციის არსებობა კი უზრუნველყოფს მომსახურების ხარისხს;
- ორგანიზება და მიწოდება ითვალისწინებს ზრუნვაში **ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაზე** დაფუძნებულ **ინტეგრირებული ზრუნვის პრინციპებს**, რაც გულისხმობს საჭიროებების ფართო სპექტრზე მაქსიმალურად მორგებული, ერთიანი, უწყვეტი და სრული მომსახურების მიწოდებას და შესაბამის სისტემებთან და მომსახურებებთან კოორდინაციას;

- ხელს უწყობს ადამიანის სოციალური ფუნქციონირების, დამოუკიდებლობისა და ინკლუზიის, ასევე მიკრო-სოციალური გარემოს რესურსის გამოვლენასა და მაქსიმალურ გამოყენებას;
- ხელს უწყობს მოსარგებლის **აქტიურ მონაწილეობას** მომსახურების დაგეგმვაში, განხორციელებაში და მასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში; უზრუნველყოფს მის უსაფრთხოებას, დამოუკიდებლობას, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობას, ეთიკური ნორმების და პირადი ინფორმაციის კონფიდენციალურობის უფლების დაცვას.

პროგრამით გათვალისწინებული შინმოვლის მომსახურება გამორიცხავს მოსარგებლეთა რაიმე ნიშნით დისკრიმინაციას, მათ შორის, ხანდაზმულების დისკრიმინაციას ასაკის ნიშნით, სოციალური სტატუსისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, შინმოვლის სისტემები, მათი მდგრადობის უზრუნველსაყოფად, საჭიროა შენარჩუნდეს რაც შეიძლება მარტივი სახით. არ არის საჭირო გადაჭარბებული აქცენტი სამედიცინო ასპექტებზე ან ზეპროფესიონალიზმი. განსაკუთრებით იქ, სადაც ოჯახები და საზოგადოებრივი ქსელი უკვე აწვდიან მომსახურებას, არ უნდა მოხდეს ამგვარი ქსელის ჩანაცვლება, არამედ მათ უნდა გაეწიოთ დახმარება, სპეციალისტების კონსულტაციები და სწავლება.

მომსახურების ტიპები

საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით, უმეტეს ქვეყნებში, შინმოვლის მომსახურება იყოფა ხანმოკლე და ხანგრძლივ შინმოვლად. ანალოგიურად, პროგრამაში განისაზღვრა მომსახურების ორი ძირითადი ტიპი:

- **ხანმოკლე შინმოვლა**, რომელიც მოიცავს მაქსიმუმ 4 კვირას, გათვალისწინებულია იმ მოსარგებლეთათვის, ვინც ჰოსპიტლიდან გაწერის შემდეგ საჭიროებს შინმოვლას და მოიცავს მხოლოდ სამედიცინო და ძირეული საექთნო მოვლის კომპონენტს;
- **ხანგრძლივი შინმოვლა**, რომელიც მოიცავს როგორც სამედიცინო და ძირეულ საექთნო მოვლას, ასევე, სოციალური და, საჭიროების შემთხვევაში, საყოფაცხოვრებო-ტექნიკურ კომპონენტებს.

მომსახურების კატეგორიები

მოსარგებლისთვის კატეგორიის მინიჭება ხდება უძღურების შეფასების ბართელის ინდექსის გამოყენებით. სხვადასხვა კატეგორიისა და სიმძიმის მოსარგებლე სხვადასხვა ინტენსივობის მოვლას საჭიროებს. შესაბამისად, პროგრამაში ჩართვამდე მოხდება მოსარგებლეების შეფასება და მათი შემდგომი კატეგორიზაცია:

- **მსუბუქი** - შეესაბამება ბართელის ინდექსის 85-95 ქულას;
- **საშუალო** - შეესაბამება ბართელის ინდექსის 70-80 ქულას;
- **მძიმე** - შეესაბამება ბართელის ინდექსის 0-65 ქულას.

გლობალური პრაქტიკისა და სტატისტიკის გათვალისწინებით, შინმოვლის მომსახურების მსუბუქი კატეგორიის მოსარგებლეები საერთო რაოდენობის 50%-ს შეადგენენ, საშუალო კატეგორია - 30%-ს, ხოლო მძიმე - 20%-ს.

აღსანიშნავია, რომ ხანმოკლე მოვლის ტიპში პროგრამით განსაზღვრულია მომსახურება მხოლოდ საშუალო და მძიმე კატეგორიისთვის, რომელთა პროპორცია არის შესაბამისად 60% და 40%.

მომსახურების კომპონენტები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, შინმოვლის განვითარების მიზნით მნიშვნელოვანია მისი ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. კერძოდ, მომსახურების თანმიმდევრული და რაციონალური მიწოდების მიზნით, ზრუნვის მომსახურების მიწოდება კოორდინირებული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე³⁷. საქართველოში არსებულ პროგრამებში პირველადი ჯანდაცვის ჩართულობის ხარისხი მინიმალურია, განსაკუთრებით, რეგიონების დონეზე, ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის შინმოვლის თანადაფინანსების პროგრამაში კი პირველადი ჯანდაცვის ჩართულობა მხოლოდ რიგი პოლიკლინიკების მიერ ბართელის ინდექსით მოსარგებლეების შეფასებით შემოიფარგლება.

სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მომსახურების დაფინანსების შემთხვევაში, მოხდება შინმოვლაში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების როლისა და მონაწილეობის გაზრდა, რაც ხელს შეუწყობს შინმოვლის ძირითადი პრინციპების განხორციელებას, მომსახურების განვითარებას და პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებას.

მომსახურების ორგანიზაციული მოდელების და დაფინანსების სქემების განხილვისთვის მნიშვნელოვანია მკაფიოდ იყოს განსაზღვრული შინმოვლის კომპონენტები და მათში შემავალი პროცედურები - იხ. ცხრილი:

³⁷ საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარების კონცეფცია, „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა“, 2014

შინმოვლის კომპონენტი	კომპონენტის მოკლე აღწერა	პერსონალი
სამედიცინო	<ul style="list-style-type: none"> - შეფასება ბართელის სკალით - ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგადი შეფასება, დიაგნოსტიკა, პროფილაქტიკა - სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი - ინექცია, ინფუზია, კათეტერის გამოცვლა - საექთნო და პერსონალური მოვლისთვის აუცილებელი მასალებით უზრუნველყოფა - პირველადი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა - დამხმარე საშუალებების მიწოდება 	ექიმი, ექთანი
ძირული მოვლა და ყოველდღიურ საქმიანობებში დახმარება	<ul style="list-style-type: none"> - ჰიგიენური პროცედურები (სხეულის დაბანა, სახის მოვლა, ფრჩხილების მოვლა, მობილიზაცია, გამოყოფა) - გადაადგილება, - ჩაცმა/გახდა - კვება (საკვების მიღებაში დახმარება) - ოჯახის წევრებისთვის უნარ-ჩვევების სწავლება - რეკომენდაციების მიცემა მ.შ. ოჯახის წევრებისთვის 	ექთანი
სოციალური დახმარება, გარემოცვის ფსიქო-სოციალური დახმარება	<ul style="list-style-type: none"> - გარემოს, მდგომარეობისა და საჭიროებ(ებ)ის (მ. შ. საყოფაცხოვრებო- ტექნიკური) შეფასება - ინფორმირება - რესურსების მობილიზება - დოკუმენტაციის მოწესრიგებაში დახმარება - სხვა საჭირო მომსახურებებში რეფერირება/მიღებაში დახმარება - ადვოკატირება - მედიაცია - ფსიქოლოგიური დახმარება - განათლება, მ. შ. ოჯახის წევრები 	სოციალური მუშაკი/ასისტენტი
საყოფაცხოვრებო მხარდაჭერა	<ul style="list-style-type: none"> - საყიდლები - ბინის/სახლის დალაგება - საკვებით უზრუნველყოფა - საკვების მომზადება - ჭურჭლის და სარეცხის გარეცხვა - ნივთების და ხელსაწყოების გამოყენებაში დახმარება - ადაპტაცია 	საყოფაცხოვრებო ასისტენტი
ტექნიკური დახმარება	<ul style="list-style-type: none"> - ბინაზე არსებული ტექნიკური პრობლემების მოგვარება (მ. შ. შესაკეთებელი სამუშაოების ჩატარება) - ფიზიკური გარემოს ადაპტაცია - საჭირო მასალებით უზრუნველყოფა 	ტექნიკური ასისტენტი

ხანმოკლე მომსახურება მოიცავს სამედიცინო/ძირეული მოვლის კომპონენტს, ხოლო ხანგრძლივი მომსახურება მოიცავს როგორც სამედიცინო/ძირეული მოვლის კომპონენტს, ასევე სოციალურ კომპონენტსა და, საჭიროების შემთხვევაში, საყოფაცხოვრებო-ტექნიკურ კომპონენტს.

სამედიცინო/ძირეული მოვლის მიწოდება ხდება ექიმი/ექთნის გუნდის მიერ. სოციალურ კომპონენტში ჩართულია სოციალური ასისტენტი, რომელიც შეიძლება იყოს სოციალური მუშაკი ან სხვა სპეციალობის გადამზადებული კადრი, ხოლო საყოფაცხოვრებო-ტექნიკურ კომპონენტს აწვდის მინიმუმ საშუალო განათლების მქონე, შინმოვლაში მომზადებული კადრი.

შინმოვლის პროცესი მოიცავს გუნდის მიერ სამედიცინო, სოციალური და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური საჭიროებების დეტალურ შეფასებას, საექთნო მოვლის ინდივიდუალური გეგმის, სოციალური მხარდაჭერის გეგმისა და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური ჩარევების გეგმის შედგენას, შინმოვლის გეგმითა და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური ჩარევების გეგმით განსაზღვრული ჩარევების/მანიპულაციების/პროცედურების განხორციელებას და მეთვალყურეობას. შინმოვლის პროცესის დაგეგმვისას გუნდი ხელმძღვანელობს ეროვნული გაიდლაინით/პროტოკოლით და პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებებით, ასევე, პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მოცულობით.

შეფასების ეტაპზე გამოიყენება სამი ტიპის შეფასების ინსტრუმენტი:

- პაციენტის მდგომარეობის, საჭიროებებისა და უძღურების შეფასება ხდება ბართელის ინდექსის გამოყენებით (დანართი 1).
- სოციალური და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური საჭიროებების შეფასება ხდება სოციალური და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური კითხვარების გამოყენებით (დანართი 5, დანართი 6.).

არსებობს მოსაზრება, რომ შეიძლება უპრიანი იყოს ცალკეული მკვეთი პროგრამებისა და მომსახურების (მაგ., ინკურაბელურ პაციენტთა მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამის,³⁸ აივ-ინფექციის შიდსის ამბულატორიული კომპონენტის, განვითარების მძიმე და ღრმა შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მომსახურების, პირველადი ჯანდაცვა სოფლად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ამბულატორული და მობილური მომსახურების, ასევე, სამომავლოდ, განვითარების კვალდაკვალ, პერსონალური ასისტენტის მომსახურების) საერთო ორგანიზაციული/პროგრამული ქოლგის ქვეშ გაერთიანება და მოსარგებლეებისთვის მათი მომსახურების ტიპების შესაბამისი პაკეტების მიხედვით მიწოდება და დაფინანსება. ასეთი მიდგომა, გარკვეულწილად, თანხვედრაშია ინტეგრირებული ზრუნვის პროგრესულ კონცეფციასთან, თუმცა, ამ ეტაპზე, საქართველოსთვის ეს გზა არაპერსპექტიულად გვესახება, რადგან:

³⁸ ამ პროგრამის მოსარგებლედ ვერ დარეგისტრირდებიან ამავდროულად ქ. თბილისის მერიის შინმოვლის თანადაფინანსების პროგრამის მოსარგებლეები.

- შინმოვლის ძირითადი, წამყვანი მომსახურების კომპონენტების ჩამოყალიბებლობის, განუვითარებლობის და იდენტობის დეფიციტის პირობებში, არის რისკი, რომ სხვა მომსახურების ფონზე დაიჩრდილოს/გადაიფაროს და გაუფერულდეს მისი მნიშვნელობა;
- ამ ეტაპზე თავად ეს მკვეთი მომსახურებებიც არის ჩამოყალიბების ეტაპზე, აქვთ ფინანსური ბარიერები და მოსალოდნელია, რომ მათი ერთიან კონცეპტუალურ ჩარჩოში მოქცევაზე დისკუსიის დაწყება გამოიწვევს გარკვეულ წინააღმდეგობას თავად ამ მომსახურებებით დაინტერესებული ჯგუფებისგან, შესაბამისად, ძირითადი საკითხის - შინმოვლის სახელმწიფო დონეზე განვითარების პერსპექტივის სხვა დისკურსში გადატანას.

მომსახურების დაფინანსება

მიზანშეწონილია, რომ შინმოვლის დაფინანსების/თანადაფინანსებისას ხდებოდეს სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მაჩვენებელი სარეიტინგო ქულის გამოყენება, როგორც მიღებულია უმეტეს ქვეყნებში.

შინმოვლის მოსარგებლეთა ძირითადი ნაწილი - ხანდაზმულები და შშმ პირები ერთ-ერთი ყველაზე მოწყვლადები არიან სოციალურ-ეკონომიკური თვალსაზრისით. საქართველოში მათი 84%-ის შემოსავლის ძირითადი წყარო არის სახელმწიფო პენსია³⁹, რომლის ოდენობა ხანდაზმულებისათვის (2021 წლის პირველი იანვრიდან 70 წლამდე ასაკის პენსიონერებისათვის განისაზღვრა 240 ლარით, ხოლო 70 წლისა და მეტი ასაკის პენსიონერებისათვის - 275 ლარით) მცირედით აღემატება ოფიციალურ საარსებო მინიმუმს (2022 წლის 1 იანვრიდან განსაზღვრულია პენსიის 70 წლისა და მეტი ასაკის პენსიონერებისათვის 300 ლარი, ხოლო 70 წლამდე ასაკის პენსიონერებისათვის - 260 ლარი, მაღალმთიან დასახლებებში 70 წლისა და მეტი ასაკის პენსიონერებისათვის - 360 ლარი, ხოლო 70 წლამდე ასაკის პენსიონერებისათვის - 312 ლარი). შეზღუდული შესაძლებლობის გამო სოციალური პაკეტის ოდენობა 220 ლარია მკვეთრი შეზღუდვის, ხოლო 140 ლარი - მნიშვნელოვნად შეზღუდვის მქონე შშმ პირებისთვის.

შინმოვლის მომსახურების საჭიროებაც თავისთავად მოწყვლადობის მაღალი ხარისხის მაჩვენებელია. ამდენად, პროგრამის ფარგლებში მიზანშეწონილია:

- ვაუჩერით შინმოვლის მომსახურების 100% დაუფინანსდეს იმ პირებს, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 100,000 და ნაკლები სარეიტინგო ქულა;
- ვაუჩერით შინმოვლის მომსახურების 75% დაუფინანსდეს იმ პირებს, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 100,000-დან 200,000-მდე სარეიტინგო ქულა;

³⁹ http://census.ge/files/results/publication/ge/2.%20Ageing_GEO_Print%20_F_0.pdf

- ვაუჩერით შინმოვლის მომსახურების 50% დაუფინანსდეს იმ პირებს, რომელთა ოჯახებს აქვთ წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები შემოსავალი და არ აქვთ მინიჭებული სარეიტინგო ქულა.

თუნდაც მცირე თანადაფინანსების არსებობა ხელს შეუწყობს მოსარგებლეთა მხრიდან მომსახურების მაღალი ხარისხის მოთხოვნას და რაციონალურ გამოყენებას. აღსანიშნავია, რომ საქართველოს კარიტასის შინმოვლის მოსარგებლეთა კვლევის მონაცემებით (ვერულავა, 2016), შინმოვლის მოსარგებლე ხანდაზმულთა 32%-ს ექიმის ან სპეციალისტის ვიზიტისთვის გადაუხდია 21-30 ლარი და 31%-ს გადაუხდია 51-70 ლარი.

მიზანშეწონილად ჩაითვალა მომსახურების მიწოდება/დაფინანსება/ანაზღაურება ვაუჩერული პრინციპით, რაც მოსარგებლეს მეტ თავისუფლებას ანიჭებს მომსახურების მიმწოდებლის არჩევა-ცვლილებისას. ვაუჩერის ღირებულება უნდა შეესაბამებოდეს ქვეყანაში ჯანმრთელობისა და სოციალურ სექტორში არსებული საშუალო ხელფასის, საქონელსა და მომსახურებაზე მიმდინარე ფასების, მომსახურების მოცულობის, ასევე, არსებული მომსახურების ხარჯთაღრიცხვების ანალიზს.

აღნიშნულის გათვალისწინებით, პროგრამის პროექტში განისაზღვრა ხანმოკლე და ხანგრძლივი მომსახურებისთვის ვაუჩერის ღირებულება:

- ხანმოკლე შინმოვლის მომსახურების 1-კვირიანი ვაუჩერის ღირებულება განისაზღვრება:
 - ა) 120 ლარით საშუალო კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - ბ) 257 ლარით მძიმე კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის.
- ხანგრძლივი შინმოვლის მომსახურების 1-თვიანი ვაუჩერის ღირებულება შრომისუნარიანი ოჯახის წევრიანი მოსარგებლისთვის განისაზღვრება:
 - ა) 280 ლარით მსუბუქი კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - ბ) 485 ლარით საშუალო კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - გ) 1,000.50 ლარით მძიმე კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის.
- ხანგრძლივი შინმოვლის მომსახურების 1-თვიანი ვაუჩერის ღირებულება ერთწევრიანი, მარტო ან შრომისუნარო შშმ, საპენსიო ასაკის ან 18 წლამდე ოჯახის წევრთან ერთად მცხოვრები მოსარგებლეებისთვის განისაზღვრება:
 - ა) 412 ლარით მსუბუქი კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - ბ) 617 ლარით საშუალო კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის და
 - გ) 1,132.50 ლარით მძიმე კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის.

მომსახურების მახასიათებლები (1 პაციენტთან მიმართებაში) - იხ. ცხრილები:

ხანმოკლე შინმოვლა (დროის ერთეული - კვირა)

კატეგორია	ბართელის ინდექსი	ექიმის ვიზიტი	საექთნო/ძირეული ჩარევა (კვირაში)	სოც./საყოფ.-ტექნ. ჩარევა	ვაუჩერის ღირებულება (კვირა)
საშუალო	70-80	სულ 3-ჯერ: • დასაწყისში • შუაში • ბოლოში	ექთანი: • მინიმუმ 3 ვიზიტი • მაქსიმუმ 3 საათი	-	120
მძიმე	<70		ექთანი: • მინიმუმ 6 ვიზიტი • მაქსიმუმ 7.5 საათი	-	257

ხანგრძლივი შინმოვლა (დროის ერთეული - თვე)

კატეგორია	ბართელის ინდექსი	ექიმის კონსულტ.* (თვეში)	სამედიცინო /ძირეული ჩარევა (თვეში)	სოციალური/საყოფაცხ.-ტექნიკური ჩარევა (თვეში)		ვაუჩერის ღირებულება (თვე)	
				I**	II***	I	II
მსუბუქი	85-95	1	ექთანი: • მინ. 8 ვიზ. • მაქს. 6 სთ		სოც. ასისტ.: • მაქს. 4 სთ	280	412
საშუალო	70-80	2	ექთანი: • მინ. 13 ვიზ. • მაქს. 13 სთ	სოც. ასისტ.: • მაქს. 4 სთ	საყოფ. ასისტ.: • მაქს. 4 სთ ტექ. ასისტ.: • მაქს. 2 სთ	485	617
მძიმე	<70	3	ექთანი: • მინ. 26 ვიზ. • მაქს. 32.5 სთ			1,000.5	1,132.5

* ექიმის კონსულტაცია - ვიზიტი ან დისტანციური;

** I - შრომისუნარიანი ოჯახის წევრიანი;

*** II - ერთწევრიანი, მარტო ან შრომისუნარო შშმ, საპენსიო ასაკის ან 18 წლამდე ოჯახის წევრთან ერთად მცხოვრები.

პროგრამის დაფინანსება არ გაზრდის ჯანდაცვის ბიუჯეტის საერთო ტვირთს, რადგან აღნიშნული თანხის ეკონომია (და რეალოკაცია) მოხდება მოსარგებლეთა მიერ სხვა მომსახურებების მოხმარების შემცირებით - ჰოსპიტალიზაცია, გადაუღებელი დახმარებისა და სოფლის ექიმის გამოძახება. აქვე გასათვალისწინებელია თანაგადახდის წილიც.

სამიზნე ჯგუფი

პროგრამის მოსარგებლებად განისაზღვრა 18 წლის ზემოთ საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც საჭიროებენ ხანმოკლე ან ხანგრძლივ ზრუნვას, გააჩნიათ

ბართელის ინდექსით 100 ქულაზე ნაკლები შეფასება და მიეკუთვნებიან დაბალშემოსავლიან შინამეურნეს ან სოციალურად დაუცველთა კატეგორიას.

OECD ქვეყნებში შინმოვლის მიმდებ მოსარგებლეთა ყველაზე დაბალი მაჩვენებლის (0,1%) მქონე ლატვიის ანალოგიით, საქართველოში შინმოვლის მოსარგებლეთა სავარაუდო რაოდენობა იქნებოდა 3,720 ხოლო ამ ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით - 72,480.

ვინაიდან ყველა შემთხვევაში საქართველოსთვის ეს მათალი რიცხვებია, დასაწყისში შესაძლოა მომსახურება მიეწოდოს ყველაზე მოწყვლად კატეგორიებს. მაგალითად, სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემებით, სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული სხვადასხვა მოწყვლადი კატეგორიის პირთათვის, რომლებიც პოტენციურად უნდა წარმოადგენდნენ შინმოვლის მომსახურების მოსარგებლეთა ყველაზე პრიორიტეტულ კატეგორიებს. ამ მონაცემების მიხედვით, იმ პირთა რაოდენობა, რომელთა სტატუსი მონაცემთა ბაზაში დაფიქსირებულია, როგორც სარეცელს მიჯაჭვული/ ლოგინად ჩავარდნილი, შეადგენს 3,175-ს, აქედან 70,000 სარეიტინგო ქულის მქონეა 1,553 პირი, 70,000-დან 100,000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონეა 767, ხოლო 100,000-დან 200,001-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე არის 855 პირი. იმ პირთა რაოდენობა, რომელთა სტატუსი მონაცემთა ბაზაში დაფიქსირებულია, როგორც დაუხმარებლად გადაადგილება არ შეუძლია და/ან საჭიროებს მომვლელს, შეადგენს 23,176-ს. აქედან 70,000 სარეიტინგო ქულის მქონეა 11,947 პირი, 70,000-დან 100,000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონეა 5,827, ხოლო 100,000-დან 200,001-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე არის 5,393 პირი. **ჯამში, მხოლოდ აღნიშნული ორი კატეგორიის პირთა რაოდენობა შეადგენს 26,342-ს.**

გასათვალისწინებელია პროგრამაში სავარაუდო მოსარგებლეთა ჩართვის შემაფერხებელი ფაქტორები:

- მთავარი - კვალიფიციური ექთნების დეფიციტი;
- პოტენციურ მოსარგებლეთა რაოდენობის შემცირება - კოვიდ-პანდემიას ჯამში საქართველოში 2021 წლის დეკემბრის მდგომარეობით ემსხვერპლა დაახლოებით 13,000 კაცი, რომელთაგან უმრავლესობა ხანდაზმული/ქრონიკული დაავადებების მქონე პირი იყო;
- საზოგადოებაში შინმოვლასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ნაკლებობა;
- ზოგადი ხასიათის უნდობლობა;
- ოჯახის წევრის გარეშე პირის მიერ მოვლასთან დაკავშირებული სტიგმა (განსაკუთრებით, დასავლეთ საქართველოში);
- მოვლასთან ასოცირებული ქონების დაკარგვის საფრთხე (გაძარცვის, ქონების გადაფორმების პრეცედენტები);
- პროზელიტიზმის ხასიათის ეჭვები (მაგ., იელოველთა აქტიურობასთან გაიგივება);

- პოტენციური მოსარგებლის დეპრესია (ხშირ შემთხვევაში - მდგომარეობის გაუმჯობესების სურვილის არქონა);
- თანაგადახდის არსებობა.

აღნიშნულის გათვალისწინებით, სავარაუდოდ, პროგრამის ამოქმედების პირველ-მეორე წელს იქნება მოსარგებლეთა მცირე, ნელა მზარდი რაოდენობა - პერმანენტულად, ხანმოკლე მომსახურებაში 250-1,000, ხოლო ხანგრძლივ მომსახურებაში - 1,000-4,000, შესაბამისად, როტაციის გათვალისწინებით, სულ წელიწადში პროგრამა მოემსახურება 4,300-დან 17,400-მდე ადამიანს ხანმოკლე კომპონენტში, ხოლო 1,200-დან 4,800-მდე მოსარგებლეს ხანგრძლივ კომპონენტში.

მიმწოდებლები და მათი კრიტერიუმები

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის, საერთაშორისო პრაქტიკისა და ჯანდაცვის მსოფლიო რეკომენდაციის გათვალისწინებით, მომსახურების მიმწოდებლად განისაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ტერიტორიული პრინციპის გათვალისწინებით და/ან მარეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, მუნიციპალური პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება.

მომსახურების მცირე პერიოდიდან გამომდინარე, ხანმოკლე მომსახურების მიმწოდებელია პირველადი ჯანდაცვის რგოლი.

ხანგრძლივი შინმოვლის მომსახურების მიმწოდებლად, გარდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლისა, შესაძლებელია მომსახურება მიაწოდოს მუნიციპალიტეტში არსებულმა ალტერნატიულმა, ნებისმიერმა მიმწოდებელმაც, რომელსაც აქვს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილი, შეუძლია სამედიცინო, ძირეული მოვლის, სოციალური და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური მომსახურების განხორციელება და ჰყავს მრავალდარგობრივი გუნდი, რომლის შემადგენლობაში შედის:

- **ექიმი**, რომელიც ფლობს ოჯახის ექიმის სერტიფიკატს და გააჩნია მუშაობის, სულ მცირე, 2 წლის გამოცდილება;
- **ექთანი** (ექთნის დიპლომი, ფერშლის დიპლომი, ბებიაქალის დიპლომი), რომელიც ფლობს შინმოვლაში გადამზადების სერტიფიკატს და გააჩნია მუშაობის, სულ მცირე, 3 თვის გამოცდილება;
- **სოციალური ასისტენტი**, რომელიც შეიძლება იყოს სოციალური მუშაკი ან სხვა სპეციალობის გადამზადებული კადრი;
- **საყოფაცხოვრებო ასისტენტი**, რომელიც აწვდის საყოფაცხოვრებო კომპონენტს და არის მინიმუმ საშუალო განათლების მქონე, შინმოვლაში მომზადებული კადრი;
- **ტექნიკური ასისტენტი**, რომელიც აწვდის ტექნიკურ კომპონენტს და არის მინიმუმ საშუალო განათლების მქონე, შინმოვლაში მომზადებული კადრი.

პერსონალის თანაფარდობა მოსარგებლებთან - იხ. ცხრილი:

პერსონალი	პაციენტთა რაოდენობა	
	ხანმოკლე	ხანგრძლივი
ექიმი	52	102
ექთანი	6	11.5
სოციალური ასისტენტი	-	38
საყოფაცხოვრებო ასისტენტი	-	38
ტექნიკური ასისტენტი	-	77

პერსონალს არ უნდა ჰქონდეს შემდეგი გადამდები დაავადებები: ტუბერკულოზი (მწვავე) ნებისმიერი ლოკალიზაციის, ინფექციის გამავრცელებელი ფორმით; შინაგანი ორგანოების დაავადებები დეკომპენსაციის სტადიაში; ნერვული სისტემის, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის მნიშვნელოვნად გამოსატული დაავადებები და დაზიანებები, რაც გამოიწვევს მოძრაობისა და კოორდინაციის მნიშვნელოვან დარღვევას; ნარკომანია, ტოქსიკომანია, ალკოჰოლიზმი; ინფექციური დაავადებები მათი დისპანსერული აღრიცხვიდან მოხსნამდე, რაც დასტურდება რეგისტრაციის მომენტისთვის ბოლო 6 თვის მანძილზე გაცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობით (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა);

პერსონალი არ უნდა იყოს ნასამართლევ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 109-ე და 112-ე მუხლებით, 126-ე მუხლის 1^{ნაწილი} და მე-2 ნაწილის „დ“ ქვეპუნქტით, 126¹ მუხლის მე-2 ნაწილის „ა“ ქვეპუნქტით, 137-ე, 138-ე, 139-ე, 140-ე, 141-ე, 142², 143¹, 143², 144¹, 144², 144³, 171-ე, 172-ე, 172¹, 253-ე, 255¹ და 255² მუხლებით გათვალისწინებული დანაშაულისთვის, ასევე, არ უნდა იყოს მსჯავრდებული სასამართლოს მიერ მძიმე ან განსაკუთრებით მძიმე დანაშაულისთვის საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXIV თავით გათვალისწინებული დანაშაულისთვის და არ უნდა ჰქონდეს მოხსნილი ნასამართლობა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ასევე, არ უნდა იყოს ნასამართლევ „სქესობრივი თავისუფლებისა და ხელშეუხებლობის წინააღმდეგ მიმართულ დანაშაულთან ბრძოლის შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრულ ჩადენილ დანაშაულზე.

შინმოვლის 2022 წლის სახელმწიფო პროგრამის პროექტი

მუხლი 1. პროგრამის მიზანი

პროგრამის მიზანია პაციენტისთვის ჩვეულ საცხოვრებელ გარემოში ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება, გაუმჯობესება და ხელშეწყობა, ადაპტაციური შესაძლებლობების განვითარება და დამოუკიდებელი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება შინმოვლის მომსახურების მიწოდების გზით.

პროგრამის ამოცანებია:

1. ჯანმრთელობის ყოველდღიურ პრობლემებში დახმარება;
2. დახმარება დამოუკიდებელი ცხოვრების დაბრუნებაში;
3. დამოუკიდებელი თვითმოვლის ხელშეწყობა;
4. ნორმალური ცხოვრების წესის შენარჩუნება;
5. ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა.

პროგრამა ხელს უწყობს ქვეყანაში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული შინმოვლის მომსახურების ინტეგრირებას საყოველთაო ჯანდაცვაში, მომსახურების დროულობას და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას; შეესაბამება ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელს და ეფუძნება ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომას.

მუხლი 2. პროგრამის მოსარგებლეები

პროგრამის მოსარგებლეები არიან 18 წლის ზევით ასაკის საქართველოს მოქალაქეები, რომლებსაც გააჩნიათ პროგრამაში მონაწილეობის სურვილი და აკმაყოფილებენ ქვემოთ მითითებულ კრიტერიუმებს:

1. საჭიროებენ ხანმოკლე ან ხანგრძლივ მოვლას:
 - ა) მწვავე მდგომარეობის მქონე პაციენტები, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ საჭიროებენ ხანმოკლე (არაუმეტეს 4 კვირისა) შინმოვლას, გააჩნიათ შესაბამისი ჰოსპიტლის რეკომენდაცია შინმოვლის საჭიროებასთან დაკავშირებით და ბართელის ინდექსით (დანართი 1) მინიჭებული აქვთ 80 ან ნაკლები ქულა.
 - ბ) პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ ხანგრძლივ მოვლას და მათი უძღურება ბართელის ინდექსით შეფასებულია 100 ქულაზე ნაკლებით.
2. არ აღენიშნებათ ქცევითი დარღვევები, რომლებიც ხელს შეუშლის შინმოვლის განხორციელების პროცესს და/ან რისკის ქვეშ დააყენებს საკუთარ თავს ან სხვებს.
3. არ არიან მსგავსი პროგრამის/მომსახურების მოსარგებლეები.

მუხლი 3. პირის მოსარგებლედ ცნობა/რეგისტრაცია შინმოვლის ხანმოკლე მომსახურების პროგრამაში

1. პროგრამის ფარგლებში პირის მოსარგებლედ ცნობა ხდება შემდეგი ეტაპების გავლით:
 - ა) პაციენტის გამოწერის დროს ჰოსპიტლის მიერ ხორციელდება პაციენტის შინმოვლის საჭიროების შესახებ შეტყობინების დაფიქსირება სამინისტროს ელექტრონულ მოდულში;
 - ბ) სამინისტროს მოდულში შეტყობინების დაფიქსირებასთან ერთად, იტვირთება ფორმა №IV-100/ა, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი, უძღურების შეფასება ბართელის ინდექსით, შინმოვლის პირველადი/ზოგადი ინდივიდუალური გეგმა მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული ფორმის შესაბამისად (დანართი 2) და პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა.
2. ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობაში (ფორმა NIV-100/ა), მოქმედი კანონმდებლობის („ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის შევსების წესისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის ფორმის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 9 აგვისტოს №338/ნ ბრძანება) მოთხოვნათა გათვალისწინებით, დიაგნოზი ფორმულირებული უნდა იყოს ქვეყანაში დადგენილი კლასიფიკატორის (ICD -10) შესაბამისად. ასევე, სავალდებულოა პროცედურების (ჩარევების) კოდების მითითება „სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებისას სამედიცინო კლასიფიკატორების გამოყენების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 12 აპრილის №92/ნ ბრძანების მიხედვით.
3. პროგრამის განმახორციელებელმა უნდა უზრუნველყოს პროგრამის მოსარგებლედ აღიარება ჰოსპიტლის მიმართვის დაფიქსირებიდან/განაცხადის მიღებიდან არაუგვიანეს 24 საათის განმავლობაში, ან, არასრულყოფილი დოკუმენტაციის წარდგენის შემთხვევაში, განმახორციელებელი უგზავნის შეტყობინებას ჰოსპიტალს დამატებითი დოკუმენტაციის წარდგენის თაობაზე, რასაც ჰოსპიტალი უზრუნველყოფს არაუგვიანეს მომდევნო დღისა.
4. პროგრამის განმახორციელებელი მარეგისტრირებელ დაწესებულებას/სოფლის ექიმს არაუგვიანეს 24 საათისა გადასცემს პაციენტის შესახებ 3 მუხლის 1 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტში მითითებულ ინფორმაციას. თუ პაციენტი არსად არ არის რეგისტრირებული, ტერიტორიული პრინციპის გათვალისწინებით ხდება მომსახურების მიმწოდებლის შერჩევა განმახორციელებლის მიერ.
5. პროგრამის განმახორციელებელი უზრუნველყოფს შესაბამის დაფინანსებაზე თანხმობის წერილის/შეტყობინების გაცემას და/ან შემაფერხებელი გარემოებების შესახებ წერილობით აცნობებს პაციენტს.
6. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება ვალდებულია, განმახორციელებლისგან შეტყობინების მიღებიდან 24 საათის განმავლობაში

მომსახურების გამწევი გუნდი (ექიმი, ექთანი) მიავლინოს პაციენტის ბინაზე, სადაც ადგილზე მოხდება მისი ინფორმირება და, ჰოსპიტლიდან წარმოდგენილი დანიშნულების შესაბამისად, მოვლის დეტალური გეგმა-გრაფიკის შედგენა (ნიმუში დანართი 3), საჭიროების შემთხვევაში, პირველადი/ზოგადი გეგმის კორექტირება.

მუხლი 4. პირის მოსარგებლედ ცნობა/რეგისტრაცია ხანგრძლივი შინმოვლის მომსახურების დროს

1. პროგრამის ფარგლებში საჭიროების დაფიქსირება და პირის მოსარგებლედ ცნობა ხდება:
 - ა) პაციენტის გამოწერის დროს ჰოსპიტლის მიერ შესაბამისი შეტყობინების დაფიქსირებით სამინისტროს შესაბამის მოდულში;
 - ბ) პაციენტის ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის მიერ ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოში განაცხადის წარდგენით შინმოვლის საჭიროების თაობაზე (განაცხადის ფორმა მტკიცდება მინისტრის ბრძანებით);
 - გ) ოჯახის ექიმის (მარეგისტრირებული დაწესებულების) მიერ ხანგრძლივი შინმოვლის საჭიროებაზე სამინისტროს მოდულში განაცხადის გაკეთებით;
 - დ) ხანმოკლე მოვლის დასრულებისას, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების შემთხვევაში, ოჯახის ექიმის განაცხადის დაფიქსირების შემდგომ, სამინისტროს მოდულში, ბართელის შეფასების განხორციელებიდან 12 საათის განმავლობაში.
2. განაცხადის წარდგენა შესაძლებელია როგორც ელექტრონულად, სამინისტროს მოდულში, ასევე ფიზიკურად, მომსახურების ეროვნულ სააგენტოში.
3. 4 მუხლის 1 პუნქტის „ა“, „გ“ და „დ“ ქვეპუნქტების შემთხვევაში, პირის მოსარგებლედ ცნობისთვის საჭიროა, სამინისტროს ელექტრონულ მოდულში ჰოსპიტლის ან მარეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მიერ აიტვირთოს ბართელის შეფასება, ფორმა №IV-100/ა-ი, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი, მომსახურების მიღების თაობაზე პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული ფორმის მიხედვით.
4. 4 მუხლის 1 პუნქტის „ა“, „გ“ ქვეპუნქტების შემთხვევაში, ჰოსპიტლის ან მარეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მიმართვიდან 5 სამუშაო დღის განმავლობაში, ხოლო „დ“ პუნქტის შემთხვევაში ინფორმირებიდან 24 საათის განმავლობაში განმხორციელებელი განიხილავს განაცხადს და, კრიტერიუმების დაკმაყოფილების შემთხვევაში, აწვდის პაციენტს ინფორმაციას პროგრამის მოსარგებლედ ცნობის შესახებ (დაფინანსებაზე თანხმობის წერილს და მომსახურების კატეგორიას), ასევე, გეოგრაფიულ არეალში მოქმედი მომსახურების მიმწოდებლების ნუსხას.

5. შემაფერხებელი გარემოებების შესახებ განმახორციელებელი წერილობით აცნობებს განმცხადებელს.
6. პროგრამის მოსარგებლე ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი მიმართავს სასურველ მომსახურების მიმწოდებელს სამინისტროსგან შეტყობინების მიღებიდან 1 თვის განმავლობაში, რის საფუძველზეც მომსახურების მიმწოდებელი პროგრამის განმახორციელებელს უგზავნის ინფორმაციას განმცხადებლის რეგისტრაციის შესახებ. მომსახურების მიმწოდებელი, განმცხადებლის მიმართვიდან არაუმეტეს 48 საათის განმავლობაში ახორციელებს პაციენტის სახლში ვიზიტს, აფორმებს მომსახურების ხელშეკრულებას, ასევე, ადგენს მოვლის ინდივიდუალურ გეგმას და ტვირთავს სამინისტროს მოდულში ხელშეკრულების გაფორმებიდან 24 საათის განმავლობაში.
7. 4 მუხლის 1 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის შემთხვევაში, პროგრამით განსაზღვრული კრიტერიუმების დაკმაყოფილების შემთხვევაში:
 - ა) განმახორციელებელი მიმართავს განმცხადებლის ტერიტორიული პრინციპის გათვალისწინებით პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებას, პირის ბარათლის ინდექსით შეფასების მიზნით. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება/ოჯახის ექიმი ვალდებულია, მიმართვიდან 24 საათის განმავლობაში უზრუნველყოს განმცხადებლის ბინაზე ვიზიტი ბარათლის ინდექსით შეფასების მიზნით. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება/ოჯახის ექიმი შეფასებიდან 12 საათის განმავლობაში განმახორციელებლის მოდულში ტვირთავს ფორმა №IV-100/ა-ს, ბარათლის შეფასებას, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლს და პაციენტის ინფორმირებულ თანხმობას;
 - ბ) დოკუმენტაციის წარდგენიდან არაუმეტეს 48 საათის განმავლობაში განმახორციელებელი განიხილავს განაცხადს და, ყველა კრიტერიუმის დაკმაყოფილების შემთხვევაში, უგზავნის განმცხადებელს ინფორმაციას პროგრამის მოსარგებლედ ცნობის შესახებ, ასევე, გეოგრაფიულ არეალში მოქმედი მომსახურების მიმწოდებლების ნუსხას;
 - გ) პროგრამის მოსარგებლე მიმართავს სასურველ მომსახურების მიმწოდებელს სამინისტროს შეტყობინებიდან 1 თვის განმავლობაში, რის საფუძველზეც მომსახურების მიმწოდებელი პროგრამის განმახორციელებელს აცნობებს განმცხადებლის რეგისტრაციის შესახებ;
 - დ) მომსახურების მიმწოდებელი გუნდი, განცხადებლის მიმართვიდან არა უმეტეს 48 საათის განმავლობაში ახორციელებს პირველად ვიზიტს განმცხადებელთან სახლში, აფორმებს მომსახურების ხელშეკრულებას, ასევე, ადგენს ინდივიდუალური ჩარევის გეგმას და ტვირთავს სამინისტროს მოდულში ხელშეკრულების გაფორმებიდან 48 საათში.
8. პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, შესაძლებელია მოვლის გეგმის ცვლილება.
9. პროგრამის მოსარგებლის ჰოსპიტალიზაციის ან მოვლის დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში, მიმწოდებელი ვალდებულია, გააკეთოს შეტობინება განმახორციელებელთან მომსახურების მიწოდების შეჩერებასთან

დაკავშირებით; 3 თვის პერიოდის გასვლის შემდეგ უქმდება პროგრამის მოსარგებლის სტატუსი.

10. ჰოსპიტლის ან მოვლის დაწესებულების დატოვების შემდგომ ხდება პაციენტის ხელახალი შეფასება ბართელის ინდექსის გამოყენებით და ახალი მოვლის გეგმის შედგენა/არსებული მოვლის გეგმის კორექტირება.
11. პაციენტის გარდაცვალების შემთხვევაში ხდება პროგრამის ტერმინაცია, რის თაობაზეც მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება ვალდებულია აცნობოს განმახორციელებელს დაუყოვნებლივ; ამ შემთხვევაში ანაზღაურება განხორციელდება მიმდინარე თვეში შესრულებული სამუშაოს მიხედვით.
12. მოსარგებლეს მიმწოდებლის შეცვლა შეუძლია მომსახურების დაწყებიდან არაუადრეს 1 თვისა და წელიწადში არაუმეტეს ორჯერ.
13. მოსარგებლის ნებით მიმწოდებლის ცვლილების შემთხვევაში მოსარგებლე ატყობინებს არსებულ მიმწოდებელს თავისი სურვილის შესახებ არანაკლებ ერთი თვით ადრე, ამავდროულად, მომსახურების დაწყებიდან გასული უნდა იყოს მინიმუმ 1 თვე. მომსახურების მიმწოდებლის ცვლილება ხორციელდება არაუადრეს საანგარიშგებო თვის დასრულებისა. მომსახურების მიმწოდებელი მოსარგებლის სურვილს მიმწოდებლის ცვლილების თაობაზე აფიქსირებს სამინისტროს შესაბამის მოდულში მოსარგებლის მიმართვიდან 12 საათის განმავლობაში, ამასთან, მომსახურების მიწოდებელი ვალდებულია მოსარგებლეს გაუწიოს მომსახურება საანგარიშგებო თვის დასრულებამდე. არსებულ მიმწოდებელთან რეგისტრაციის გაუქმების შემდეგ მოსარგებლეს შეუძლია მიმართოს ახალ მიმწოდებელს იმავე დღეს, რომელიც ახორციელებს მოსარგებლის რეგისტრაციას და მომსახურების მიწოდებას უკვე განსაზღვრული მოვლის გეგმით.
14. თუ მომსახურების მიმწოდებელი წყვეტს საქმიანობას, ამის შესახებ ატყობინებს განმახორციელებელს მინიმუმ 1 თვით ადრე. განმახორციელებელი ატყობინებს მოსარგებლეს ამის შესახებ და მეორდება მომსახურების დაწყების პროცესი 4 მუხლის 6 პუნქტის შესაბამისად.

მუხლი 5: პირის პროგრამიდან ამორთვის (სტატუსის შეჩერების) კრიტერიუმები

პროგრამიდან ამორთვის კრიტერიუმებია:

- ა) გამოჯანმრთელება (ბართელის ინდექსით შეფასება);
- ბ) გარდაცვალება;
- გ) ჰოსპიტალიზაცია ან მოვლის დაწესებულებაში (მათ შორის, პალიატიური/ჰოსპისი) გადაყვანა 3 თვეზე მეტი ხნით;

- დ) მიმწოდებლის მხრიდან მოსარგებლის მიმართ გამოთქმული დასაბუთებული უარის შემთხვევა მომსახურების გაწევის გაგრძელების თაობაზე, რომელიც დადასტურდება განმახორციელებლის მიერ;
- ე) პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის სურვილი;
- ვ) საცხოვრებლად გადასვლა ისეთ გეოგრაფიულ არეალში, სადაც მომსახურება არ წარმოებს.

მუხლი 6. ხანმოკლე შინმოვლის მომსახურების მოცულობა

1. შინმოვლის მომსახურებაში ჩართულია ოჯახის ექიმისა და ექთნის გუნდი.
2. ექთანი ახორციელებს საექთნო მოვლის მომსახურებას დეტალური გეგმა-გრაფიკის მიხედვით, რომელიც მოიცავს არაუმეტეს 4-კვირიან პერიოდს, საშუალოდ, არაუმეტეს 6 დღისა კვირაში და დღეში არაუმეტეს 75 წუთისა. ჩარევების ჩამონათვალი და ხანგრძლივობა განსაზღვრულია დანართი 4-ით.
3. ექიმის ვიზიტი ხორციელდება შინმოვლის მიმდინარეობისას 3 ჯერ: 1. საწყის - მეთვალყურეობის დაწყების/შეფასების ეტაპზე, დეტალური გეგმა-გრაფიკის მომზადების მიზნით, 2. დაგეგმილი მომსახურების შუა პერიოდში, გეგმა-გრაფიკის კორექტირების მიზნით ან მოვლის ნაადრევად დასრულების შემთხვევაში (რა დროსაც მოსარგებლე ფასდება ბართელის ინდექსით) და 3. შინმოვლის დასრულებისას (12 საათით ადრე), რომლის დროსაც ხორციელდება ბართელის ინდექსით შეფასება და ექიმი გასცემს დასკვნას პაციენტის შინმოვლის დასრულების ან გაგრძელების საჭიროების თაობაზე.
4. ხანმოკლე შინმოვლის მომსახურების მოცულობა ექთნის ვიზიტების მიხედვით იყოფა ორ კატეგორიად:
 - ა) საშუალო - კვირაში 3 ვიზიტი, 60-წუთიანი დაყოვნებით - შეესაბამება ბართელის ინდექსის 70-80 ქულას;
 - ბ) მძიმე - კვირაში 6 ვიზიტი, 75 წუთიანი დაყოვნებით - შეესაბამება ბართელის ინდექსის <70 ქულას.
5. პოსტ-ჰოსპიტალური შინმოვლის პროცესის დაგეგმვისას გუნდი ხელმძღვანელობს ეროვნული გაიდლაინით/პროტოკოლით და პაციენტის ინდივიდუალური სამედიცინო საჭიროებებით, ჰოსპიტლის ექიმის დანიშნულებით, ასევე, პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მოცულობით.
6. გეგმის ცვლილების შესახებ გადაწყვეტილება მიიღება ექიმის მიერ შინმოვლის კურსის შუაში, მოსარგებლის საჭიროებიდან გამომდინარე, რის შესახებაც 24 საათის განმავლობაში დადგენილი წესით ეცნობება განმახორციელებელს.

მუხლი 7. ხანგრძლივი შინმოვლის მომსახურების მოცულობა

1. შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული გუნდის შემადგენლობაში შედის ექიმი, ექთანი და სოციალური ასისტენტი. საჭიროების შემთხვევაში, მომსახურების მიწოდებაში ერთვება საყოფაცხოვრებო და ტექნიკური ასისტენტი, რომელთა საჭიროებას განსაზღვრავს სოციალური ასისტენტი საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური საჭიროების შეფასების საფუძველზე.
2. შინმოვლის პროცესი მოიცავს გუნდის მიერ სამედიცინო, სოციალური და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური საჭიროების დეტალურ შეფასებას, საექთნო მოვლის ინდივიდუალური გეგმის, სოციალური მხარდაჭერის გეგმის და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური ჩარევების გეგმის შედგენას და ამ გეგმებით განსაზღვრული ჩარევების/მანიპულაციების/პროცედურების განხორციელებას და მეთვალყურეობას.
3. პაციენტის მდგომარეობის, საჭიროებებისა და უძღურების შეფასება ხდება ბართელის ინდექსის გამოყენებით (დანართი 1).
4. სოციალური და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური საჭიროებების შეფასება ხდება სოციალური და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური კითხვარების გამოყენებით (დანართი 5, დანართი 6).
5. შინმოვლის პროცესის დაგეგმვისას გუნდი ხელმძღვანელობს ეროვნული გაიდლაინით/პროტოკოლით და პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებებით, ასევე, პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მოცულობით.
6. ბინაზე ვიზიტების ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს ჩარევის ხანგრძლივობას.
7. ხანგრძლივი შინმოვლის მომსახურების მოცულობა იყოფა სამ კატეგორიად:
 - ა) მომსახურების პირველი კატეგორია (მსუბუქი): მომსახურების ლიმიტი განისაზღვრება ექთნის თვეში არანაკლებ 8 ვიზიტით, ჯამში არაუმეტეს 6 საათით - შეესაბამება ბართელის ინდექსის 85-95 ქულას;
 - ბ) მეორე კატეგორია (საშუალო) - შესაბამისად, თვეში არანაკლებ 13 ვიზიტი, ჯამში არაუმეტეს 13 საათი - შეესაბამება ბართელის ინდექსის 70-80 ქულას;
 - გ) მესამე კატეგორია (მძიმე) - თვეში არანაკლებ 26 ვიზიტი, ჯამში არაუმეტეს 32.5 საათი - შეესაბამება ბართელის ინდექსის <70 ქულას.
8. სამივე კატეგორიის მოსარგებლისთვის გათვალისწინებულია:
 - ა) ექიმის მომსახურება, ვიზიტის ან დისტანციური კონსულტაციის სახით, საშუალოდ, მსუბუქი კატეგორიისთვის თვეში ერთხელ, საშუალოსთვის - თვეში ორჯერ, მძიმესთვის - თვეში სამჯერ;
 - ბ) სოციალური ასისტენტის მომსახურება თვეში საჭიროების მიხედვით ერთ მოსარგებელზე საშუალოდ 4 საათი, ბინაზე ვიზიტისა და სავლელ სამუშაოს ჩათვლით;

- გ) საყოფაცხოვრებო ასისტენტის მომსახურება თვეში ერთ მოსარგებლეზე საშუალოდ 4 საათი (მარტო მცხოვრები ან შრომისუნარო ოჯახის წევრიანი მოსარგებლის შემთხვევაში);
 - დ) ტექნიკური ასისტენტის მომსახურება თვეში ერთ მოსარგებლეზე საშუალოდ 2 საათი (მარტო მცხოვრები ან შრომისუნარო ოჯახის წევრიანი მოსარგებლის შემთხვევაში).
9. პროგრამის მოსარგებლე მომსახურებას იღებს საექთნო მოვლის გეგმით, სოციალური ჩარევების გეგმითა და საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური ჩარევების გეგმით განსაზღვრული მოცულობითა და ვადებით. პროცედურების მოცულობა უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის საჭიროებებს და მოიცავს დანართით განსაზღვრულ მომსახურებებს (დანართი 7, დანართი 8).

მუხლი 8. მოსალოდნელი შედეგები

1. შინმოვლის პროცესის შედეგად, პაციენტებში გაუმჯობესებულია ცხოვრების ხარისხი:
 - ა) გაზრდილია დამოუკიდებლობის ხარისხი ყოველდღიურ საქმიანობაში, გაზრდილია დარღვეული ფუნქციური უნარების - როგორცაა სისუსტე, კოორდინაცია, საუბარი, მხედველობა, ადქმა - გაუმჯობესების შემთხვევები;
 - ბ) შემცირებულია პაციენტებში თანდართული სამედიცინო პრობლემების განვითარების რისკები და, შესაბამისად, თანმდევი დაავადებების შემთხვევები;
 - გ) გაზრდილია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაუმჯობესდა ფუნქციური უნარები;
 - დ) გაუმჯობესებულია პაციენტთა სოციალური ინტეგრაციის/რეინტეგრაციის ხარისხი;
2. გაზრდილია ქვემწვავე და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც დანიშნულების მიხედვით ისარგებლეს შინმოვლის მომსახურებით;
3. გაზრდილია კოორდინირებული და ორგანიზებული მრავალპროფილური შინმოვლის უტილიზაცია;
4. შემცირებულია სხვა მომსახურებების უტილიზაცია (მაგ., გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება);
5. გაზრდილია შინმოვლის მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა, შესაბამისად, შემცირებულია შინამეურნეობების მხრიდან ამ მიზნით გაწეული ჯიბიდან გადახდები;
6. შემსუბუქებულია შინმოვლასთან დაკავშირებული სოციალური და ეკონომიკური ტვირთი, რაც აისახება შემცირებული სოციალური საბიუჯეტო დანახარჯებით

პოსტპოსპიტალური მოვლის შედეგად შშმ სტატუსის მქონე პირების რაოდენობისა და დამხმარე საშუალებების უტილიზაციის შემცირების ხარჯზე;

7. შემცირებულია რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი.

მუხლი 9. პროგრამის განმახორციელებელი დაწესებულება

პროგრამის განხორციელებას უზრუნველყოფს საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში „სამინისტრო“) სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო (შემდგომში ტექსტსა და დანართებში „განმახორციელებელი“).

მუხლი 10. პროგრამის მიმწოდებელი

1. ხანმოკლე შინმოვლის მიმწოდებელია ტერიტორიული პრინციპის გათვალისწინებით მარეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, რაიონული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, სოფლის ექიმი-ექთნის გუნდი, ხოლო ხანგრძლივი შინმოვლის მიმწოდებელი, დამატებით, შეიძლება იყოს სხვა სუბიექტიც, რომელიც მომსახურების მიმწოდებლად დარეგისტრირდება განმახორციელებლის მიერ.
2. პროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიმწოდებელია პირი (შემდგომში – მიმწოდებელი), რომელიც აკმაყოფილებს დანართი 9-ით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება ვაუჩერის პირობებს, ხელშეკრულებისა და დადგენილების პირობებს და ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით ადასტურებს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს დადგენილ ვადაში და წესით.
3. პროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციისთვის მსურველი პირი (შემდგომში „მიმწოდებელი“) მიმართავს განმახორციელებელს, რისთვისაც წარუდგენს განაცხადს და ინფორმაციას შეთავაზებული მომსახურების შესახებ, მარეგისტრირებული ორგანოს მიერ გამოცემული ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის მოთხოვნათა შესაბამისად.
4. მარეგისტრირებული ორგანო პროგრამის ფარგლებში პირის მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრირების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების მიზნით, უფლებამოსილია, მოითხოვოს დამატებითი ინფორმაცია და გადაამოწმოს წარმოდგენილი ინფორმაციის მოთხოვნებთან შესაბამისობა.
5. მარეგისტრირებული ორგანო განიხილავს განაცხადს, წარდგენილ ინფორმაციას და იღებს გადაწყვეტილებას პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად პირის რეგისტრაციის შესახებ.

6. დაწესებულება ვალდებულია განმახორციელებელს წარუდგინოს მომსახურების გაწევისათვის საჭირო მოთხოვნებთან შესაბამისობისა (დანართი 9-ის გათვალისწინებით) და სიმძლავრის შესახებ ინფორმაცია.
7. ეს პროგრამა და თანდართული დანართები, ამავე პროგრამის შესრულების უზრუნველსაყოფად გამოცემული შესაბამისი სამართლებრივი აქტები, ასევე, სამედიცინო ვაუჩერის პირობებთან დაკავშირებული სხვა მარეგულირებელი აქტები და მიმწოდებლის წერილობითი დასტური პროგრამაში მონაწილეობის თაობაზე ერთობლივად წარმოადგენს შეთანხმებას პროგრამის განმახორციელებელსა და მიმწოდებელს შორის და, შესაბამისად, მხარეები თავისუფლდებიან რაიმე დამატებითი ხელშეკრულების გაფორმების ვალდებულებისაგან.
8. პირს, რომელიც ამ პროგრამის მიმწოდებლად რეგისტრირებულია 2022 წლის 31 დეკემბრამდე, რეგისტრაცია უგრძელდება ავტომატურად, თუ მარეგისტრირებელი ორგანოს მიერ გამოცემული ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით სხვა რამ არ არის განსაზღვრული.
9. რეგისტრირებული მიმწოდებელი უფლებამოსილია, უარი განაცხადოს პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდებაზე. ასეთ შემთხვევაში, იგი ვალდებულია, გააგრძელოს შესაბამისი მომსახურების მიწოდება რეგისტრაციის გაუქმების მოთხოვნით მიმართვიდან 1 (ერთი) თვის განმავლობაში, მიმდინარე რეგისტრირებული პაციენტებისთვის მომსახურების დასრულებამდე (ხანმოკლე მომსახურება) და მიმდინარე რეგისტრირებული პაციენტებისთვის საანგარიშგებო თვის დასრულებამდე (ხანგრძლივი); ისეთი მომსახურების ანაზღაურება, რომელიც შესრულდა ამ ვადის ამოწურვამდე იმ მოსარგებლეთათვის, რომელთა საანგარიშგებო თვის დაფარვა ვერ ხდებოდა ამ 1 თვის განმავლობაში, მოხდება ფაქტობრივად შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, 1 თვის ვაუჩერის ღირებულების გათვალისწინებით, ფაქტობრივად განხორციელებული მომსახურების ღირებულების პროპორციულად.
10. იმ შემთხვევებში, როდესაც მომსახურების მიმწოდებელი ვერ უზრუნველყოფს აღებული ვალდებულებების შესრულებას, პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე, მიმწოდებელი ვალდებულია, მოახდინოს პროგრამის განმახორციელებლის ინფორმირება და ასევე მოსარგებლეთა გაფრთხილება შესაბამისი მომსახურების მიწოდების შეწყვეტის თარიღის თაობაზე, პრობლემის დაფიქსირებიდან არაუგვიანეს 24 საათისა.
11. მარეგისტრირებელი ორგანო უფლებამოსილია, გააუქმოს რეგისტრირებული მიმწოდებლის რეგისტრაცია ამ მიმწოდებლის მიერ რეგისტრაციის ან/და შესაბამისი მომსახურების მიწოდების პირობათა არაჯეროვანი შესრულების შემთხვევაში.
12. რეგისტრაციის გაუქმება არ ათავისუფლებს მიმწოდებელს შესაბამისი მომსახურების მიწოდების/საანგარიშგებო პერიოდში აღებული ვალდებულებების შესრულებისაგან.

13. მარეგისტრირებული ორგანო მიმწოდებლის რეგისტრაციის ან რეგისტრაციის გაუქმების შესახებ ინფორმაციას აწვდის პროგრამის მიმწოდებელს არაუგვიანეს შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღებიდან 5 (ხუთი) სამუშაო დღისა.

მუხლი 11. პროგრამის დაფინანსების წყარო და ბიუჯეტი

1. შინმოვლის 2022 წლის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს „საქართველოს 2022 სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“ საქართველოს კანონით „შინმოვლის“ (პროგრამული კოდი: 27 03 03 12) პროგრამისათვის განსაზღვრული ასიგნება;
2. პროგრამის ბიუჯეტია ლარი. ბიუჯეტის დეტალური აღწერა მოცემულია დანართში 1.10.

მუხლი 12. პროგრამის დაფინანსების მექანიზმი

1. პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება ვაუჩერის მეშვეობით.
2. მოსარგებლე ამ პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას იღებს სახელმწიფო დახმარების სახით.
3. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-19 მუხლის გათვალისწინებით, სამედიცინო ვაუჩერი წარმოადგენს ამ პროგრამის მოსარგებლეებისათვის მომსახურების ანაზღაურების ფინანსურ ინსტრუმენტს.
4. ვაუჩერის მოსარგებლეთა ფიზიკური პირი (შემდგომში „ვაუჩერის მოსარგებლე“).
5. ვაუჩერის მოსარგებლეს უფლება აქვს, შესაბამისი სამედიცინო ვაუჩერით გათვალისწინებული მომსახურება მიიღოს ტერიტორიული პრინციპის გათვალისწინებით პროგრამის ნებისმიერი მიმწოდებლისაგან, თუ პროგრამით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.
6. პროგრამის დაფინანსება ხორციელდება არამატერიალიზებული ვაუჩერის მეშვეობით, რომელიც არ წარმოადგენს მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტს.
7. არამატერიალიზებული ვაუჩერის ფორმა მტკიცდება საქართველოს კანონით საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის (შემდგომში „მინისტრი“) ინდივიდუალური სამართლებრივი აქტით.
8. მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება სამი კატეგორიის მიხედვით. კატეგორიები კვოტირებულია შემდეგნაირად:
 - ა) ხანმოკლე შინმოვლა:
 - ა.ა) საშუალო კატეგორია - საერთო მოსარგებლეთა 60%;
 - ა.ბ) მძიმე კატეგორია - საერთო მოსარგებლეთა 40%.

- ბ) ხანგრძლივი შინმოვლა
 - ბ.ა) მსუბუქი კატეგორია - საერთო მოსარგებლეთა 50%;
 - ბ.ბ) საშუალო კატეგორია - საერთო მოსარგებლეთა 30%;
 - ბ.გ) მძიმე კატეგორია - საერთო მოსარგებლეთა 20%.
- 9. ხანმოკლე შინმოვლის მომსახურების 1-კვირიანი ვაუჩერის ღირებულება განისაზღვრება:
 - ა) 120 ლარით საშუალო კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - ბ) 257 ლარით მძიმე კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის.
- 10. ხანგრძლივი შინმოვლის მომსახურების 1-თვიანი ვაუჩერის ღირებულება ერთწევრიანი/მარტოხელა ან მხოლოდ შრომისუუნარო (18 წლამდე ბავშვი, შშმ პირი, საპენსიო ასაკის პირი) წევრიანი მოსარგებლისთვის განისაზღვრება:
 - ა) 412 ლარით მსუბუქი კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - ბ) 617 ლარით საშუალო კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - გ) 1,133.50 ლარით მძიმე კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის.
- 11. ხანგრძლივი შინმოვლის მომსახურების 1 თვიანი ვაუჩერის ღირებულება შრომის უნარიანი ოჯახის წევრიანი მოსარგებლისთვის განისაზღვრება:
 - ა) 280 ლარით მსუბუქი კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - ბ) 485 ლარით საშუალო კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის;
 - გ) 1,000.50 ლარით მძიმე კატეგორიის მოსარგებლეებისთვის.
- 12. ვაუჩერით შინმოვლის მომსახურება უფინანსდებათ:
 - ა) 100%-ით პირებს, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 100,000 და ნაკლები სარეიტინგო ქულა;
 - ბ) 75%-ით პირებს, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 100,000-დან 200,000-მდე სარეიტინგო ქულა;
 - გ) 50%-ით პირებს, რომელთა ოჯახებს აქვთ წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები შემოსავალი და არ აქვთ მინიჭებული სარეიტინგო ქულა.

მუხლი 13. ანაზღაურება

1. მე-6 მუხლის მეორე პუნქტით განსაზღვრული მომსახურებისათვის, მიმწოდებელი დაწესებულებისთვის ასანაზღაურებელი თანხის მოცულობა განისაზღვრება საანგარიშო თვის ბოლო რიცხვის მდგომარეობით, დასრულებული შემთხვევის შესაბამისად.

2. მე-7 მუხლის მეორე პუნქტით განსაზღვრული მომსახურებისათვის, მიმწოდებელი დაწესებულებისთვის ასანაზღაურებელი თანხის მოცულობა განისაზღვრება საანგარიშო თვის ბოლო რიცხვის მდგომარეობით.
3. მე-6 მუხლის მეორე პუნქტით განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია, განაცხადის თანახმად განმახორციელებელთან წარადგინოს დანართი №1.10-ით, განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების შესაბამისი ღირებულებები ელექტრონული ფორმატით, სამედიცინო დაწესებულებების საინფორმაციო პორტალზე, ხოლო შემდგომ - დოკუმენტური ფორმით. ამასთან, ეს ღირებულებები არ უნდა აღემატებოდეს ამავე დანართით განსაზღვრულ ღირებულებას.
4. მე-6 მუხლის მეორე პუნქტით განსაზღვრული მომსახურების ანაზღაურება ხდება დანართი №1.10-ით, დადგენილ ზღვრული ღირებულებებით.
5. მე-7 მუხლის მეორე პუნქტით განსაზღვრული მომსახურების ანაზღაურება ხდება დანართი №1.10-ით, დადგენილ ზღვრული ღირებულებებით.
6. პროგრამის მოსარგებლის გარდაცვალების შემთხვევაში, დაწესებულება უფლებამოსილია მოითხოვს მე-6 მუხლის მეორე პუნქტით და მე-7 მუხლის მეორე პუნქტით განსაზღვრული ფაქტობრივად გაწეული მომსახურების შესაბამისი ხარჯის ანაზღაურება, მაგრამ არაუმეტეს პროგრამით დადგენილი საანგარიშგებო კვირის ღირებულებისა.
7. თუ მე-7 მუხლის მეორე პუნქტით განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებელი განმახორციელებელს მომსახურებას სთავაზობს ფილიალების მეშვეობით, ამ მუხლის მე-4 პუნქტით განსაზღვრული პირობებით განაცხადი (წერილობითი დასტური პროგრამაში მონაწილეობის შესახებ) და პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების ასანაზღაურებადი შემთხვევები/ვაუჩერები უნდა წარადგინოს ცალ-ცალკე.

მუხლი 14. ანგარიშგება

1. სამედიცინო ვაუჩერის ფარგლებში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფინანსება ხდება ვაუჩერული პრინციპით პროგრამის განხორციელების დადგენილი წესის შესაბამისად.
2. დადგენილი ფორმითა და ვადებში მიმწოდებელი უზრუნველყოფს განმახორციელებელთან საანგარიშგებო დოკუმენტაციის წარდგენას ნაბეჭდი და/ან ელექტრონული სახით, ამავე მუხლში მოყვანილი პირობებით.
3. საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ნუსხა მოიცავს შემდეგ სავალდებულო ინფორმაციას:
 - ა) შემთხვევათა რეესტრი (დადგენილი ფორმის შესაბამისად, ნაბეჭდი და ელექტრონული სახით) – გაწეული სამედიცინო მომსახურების თვიური დეტალური ანგარიში, რომელიც, თავის მხრივ, მოიცავს მოსარგებლის

სახელს, გვარს, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლს, ფაქტობრივი საცხოვრებლის მისამართს;

ბ) შინმშოვლის გეგმით დადგენილი ჩარევების/პროცედურების, გაწეული მომსახურების ჩამონათვალს;

გ) ბართელის ინდექსით შეფასებას.

4. საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ჩაბარებისას ხდება აღნიშნული დოკუმენტაციის პირველადი შემოწმება და მისი შედარება საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ნუსხასთან, რის საფუძველზეც შედგება ჩაბარებული დოკუმენტაციის რეესტრი, ორმხრივი ხელმოწერით. წარდგენილი დოკუმენტაციის შეუსაბამობის აღმოჩენისას საანგარიშგებო დოკუმენტაცია ითვლება არასრულყოფილად და არ ხდება მისი მიღება. მიმწოდებელს ეძლევა 2 (ორი) სამუშაო დღე აღმოჩენილი ხარვეზების აღმოსაფხვრელად და პაკეტის ხელახლა წარსადგენად, ერთ საანგარიშგებო პერიოდში ერთჯერადად.
5. მიმწოდებელი ვალდებულია შესაბამისი საანგარიშგებო დოკუმენტაცია წარადგინოს განმახორციელებელთან არაუგვიანეს შესრულებული სამუშაოს თვის მომდევნო თვის 10 (ათი) რიცხვისა.
6. განმახორციელებელი უფლებამოსილია, ვადაგადაცილებით წარდგენილი დოკუმენტაცია განიხილოს შემდეგი თვის დოკუმენტაციასთან ერთად, დადგენილი წესით. ამასთან, ვადაგადაცილებით წარდგენილი დოკუმენტები არ განიხილება, თუ პროგრამით განსაზღვრული პირობებით გაწეული მომსახურების დასრულებიდან გასულია 3 (სამი) საანგარიშგებო თვეზე მეტი.
7. განმახორციელებელთან წარდგენილი დოკუმენტების ასლი (მათ შორის, განმახორციელებლის მიერ განსაზღვრული ელექტრონული ფორმითაც, ასეთის არსებობის შემთხვევაში) აუცილებლად უნდა ინახებოდეს მიმწოდებელთან კანონმდებლობით დადგენილი ვადითა და წესით.
8. შესრულებულ მომსახურებად უნდა ჩაითვალოს ხანმოკლე შინმშოვლის მომსახურების მოსარგებლისთვის მოვლის დაწყებიდან არანაკლებ ერთი კვირის და ხანგრძლივი შინმშოვლის მომსახურების მოსარგებლის მოვლის დაწყებიდან არანაკლებ 1 თვის დასრულების და ამ პერიოდში გაწეული მომსახურების მოცულობა და ღირებულება, რომელიც ამ პროგრამის მიზნებისთვის შემდგომში ასევე განიხილება, როგორც ამ შემთხვევების ვაუჩერის ღირებულება და ფაქტობრივი ხარჯი.
9. მოსარგებლის გარდაცვალების შემთხვევაში მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება ფაქტობრივად შესრულებული სამუშაოს მიხედვით.
10. ხანმოკლე შინმშოვლის მომსახურების მოსარგებლისთვის მოვლის დაწყებიდან არანაკლებ ერთი კვირის და ხანგრძლივი შინმშოვლის მომსახურების მოსარგებლის მოვლის დაწყებიდან არანაკლებ ერთი თვის დასრულების საანგარიშო თვეში მიმწოდებელი მოსარგებლისთვის გაწეული მომსახურების მოცულობასა და ღირებულებას წარუდგენს პროგრამის განმახორციელებელს ანაზღაურების მისაღებად.

11. პროგრამის განმახორციელებელი განიხილავს მიმწოდებლის მიერ წარდგენილ დოკუმენტაციას ასანაზღაურებლად და წარდგენიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში ახორციელებს შესაბამისი მომსახურების ანაზღაურებას.

მუხლი 15. პროგრამის შედამხედველობა

1. მიმწოდებლის მიერ მომსახურების მიწოდებისთვის განსაზღვრული პირობების შესრულებაზე შედამხედველობას ახორციელებს პროგრამის განმახორციელებელი.
2. შედამხედველობა მოიცავს:
 - ა) პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურების შესაბამისობის დადგენას პროგრამით და/ან პროგრამის განმახორციელებლის მიერ განსაზღვრულ პირობებთან (მოცულობასთან);
 - ბ) პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლის ვალდებულების შესრულების დამადასტურებელი დოკუმენტ(ებ)ის/ინფორმაციის პროგრამის განმახორციელებელთან წარდგენილ ინფორმაციასთან შესაბამისობის შემოწმებას.
3. ამ დადგენილებაში მითითებული პროგრამის შედამხედველობისთვის გამოყენებული წესები, ფორმები და მათი შევსების ინსტრუქცია მტკიცდება პროგრამის ადმინისტრირებაში მონაწილე სახელმწიფო დაწესებულებების მიერ, საკუთარი კომპეტენციების ფარგლებში.
4. შედამხედველობა ხორციელდება შერჩევითი შემოწმების გზით. ამასთან, შედამხედველობის განხორციელების ვადა არ უნდა აღემატებოდეს პროგრამის დასრულებიდან 1 (ერთი) კალენდარულ წელს.
5. შედამხედველობის განხორციელებისას ხდება მიმწოდებელთან არსებული დოკუმენტაციის (მათ შორის, ფინანსური) და/ან მიმწოდებლის მიერ განმახორციელებელთან დაფიქსირებული ინფორმაციის გადამოწმება. პროგრამის განმახორციელებელი უფლებამოსილია, მოითხოვოს მიმწოდებლისაგან მომსახურებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაცია და დოკუმენტაცია, ასევე, ახსნა-განმარტებები, საჭიროებისამებრ, განახორციელოს პროგრამის მოსარგებლესთან, მის კანონიერ წარმომადგენელთან, ოჯახის წევრებთან და მიმწოდებლის პერსონალთან გასაუბრება.
6. შედამხედველობის განხორციელებისას განმახორციელებლის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ დგება შემოწმების აქტი პროგრამის განმახორციელებლის მიერ განსაზღვრული ფორმის შესაბამისად, რომელსაც შემოწმების დასრულებისას ხელს აწერენ აქტის შემდგენელი და მიმწოდებლის წარმომადგენელი. იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებლის წარმომადგენელი უარს აცხადებს აქტის ხელმოწერაზე, აქტში უნდა გაკეთდეს შესაბამისი შენიშვნა.

7. შემოწმების აქტი უნდა აკმაყოფილებდეს საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტისათვის დადგენილ მოთხოვნებს.

მუხლი 16. საჯარიმო სანქციები

1. ზედამხედველობის შედეგად გამოვლენილი დარღვევების გამო მიმწოდებელს, საჯარიმო სანქციის სახით, დაეკისრება გამოვლენილი კონკრეტული პროგრამის ფარგლებში შესაბამის თვე(ებ)ში ზედმეტად/არასწორად ანაზღაურებული მომსახურების (საქონლის) თანხის უკან დაბრუნება.
2. საჯარიმო სანქცი(ებ)ის გამოყენებასთან ერთად, შესაძლებელია განიხილოს ორგანიზაციის მიმწოდებლად რეგისტრაციის შეწყვეტის საკითხი.
3. საჯარიმო სანქციის სახით დაკისრებული თანხის გადახდის/დაბრუნების ვადა აითვლება შესაბამისი აქტის გამოცემის შემდეგი თვიდან.
4. პროგრამიდან გასვლა ან პროგრამაში მონაწილეობაზე უარი არ ათავისუფლებს მიმწოდებელს საჯარიმო სანქციის შესრულებისაგან.
5. პროგრამის პირობების შეუსრულებლობა არ გამოიწვევს საჯარიმო სანქციების გამოყენებას, თუ პირობების შესრულების შეფერხება ან ვალდებულებების შეუსრულებლობა არის ფორსმაჟორული გარემოების შედეგი. „ფორსმაჟორი“ ნიშნავს მხარეებისათვის გადაუღალახავ და მათი კონტროლისაგან დამოუკიდებელ გარემოებებს, რომლებიც არ არის დაკავშირებული მხარეების შეცდომებსა და დაუდევრობასთან და რომლებსაც აქვს წინასწარ გაუთვალისწინებელი ხასიათი. ასეთი გარემოება შეიძლება გამოწვეული იყოს ომით, სტიქიური მოვლენებით, ეპიდემიით, კარანტინით, საქონლის მიწოდებაზე ემბარგოს დაწესებით და სხვა. ფორსმაჟორი დადასტურებული უნდა იყოს კომპეტენტური ორგანოს მიერ.
6. მხარეთა შეთანხმებით, თანხის დაბრუნების ვადა აითვლება შესაბამისი აქტის გამოცემის შემდეგი თვიდან და დაბრუნდება ყოველ თვეში დასაბრუნებელი თანხის არანაკლებ 20%-ის ოდენობით, მის სრულ დაბრუნებამდე.

მუხლი 17. მონიტორინგი

1. მონიტორინგი ხორციელდება პროგრამის განმახორციელებლის მიერ შერჩევის პრინციპით.
2. მონიტორინგის განხორციელებისას ხდება მიმწოდებელთან განმახორციელებლის უფლებამოსილი პირის ვიზიტი და შეტყობინებისას მიწოდებული ინფორმაციის გადამოწმება, მიმწოდებლისაგან მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაციისა და დოკუმენტაციის მოთხოვნა, საჭიროებისამებრ, პაციენტთან, მისი ოჯახის წევრებთან და შემთხვევასთან დაკავშირებულ სხვა პირებთან გასაუბრება.

3. საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია, მიმწოდებელთან განხორციელდეს განმეორებითი ვიზიტი.
4. თუ მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ მოსარგებლის საიდენტიფიკაციო მონაცემები ან შემთხვევის შესახებ ინფორმაცია არ ემთხვევა შეტყობინების სისტემაში მიწოდებულ შესაბამის ინფორმაციას (განმახორციელებლის მიერ განსაზღვრული მონიტორინგის წესის გათვალისწინებით) ან შემთხვევის შესახებ შეტყობინების დაფიქსირების დროს დარღვეულია ამ დანართის მე-11 მუხლის 1-ლი და მე-2 პუნქტებით განსაზღვრული პირობები, ასეთი შემთხვევები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
5. ამ მუხლის მე-4 პუნქტით გათვალისწინებულ შემთხვევებში, მონიტორინგის განმახორციელებელი ადგენს ოქმს 2 ეგზემპლარად, რომლის ფორმაც განისაზღვრება პროგრამის განმახორციელებლის მიერ. ოქმს ხელს აწერენ ოქმის შემდგენი და მიმწოდებლის წარმომადგენელი. იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებლის წარმომადგენელი უარს აცხადებს ოქმის ხელმოწერაზე, ოქმში უნდა გაკეთდეს შესაბამისი შენიშვნა. ოქმის ერთი ეგზემპლარი ეძლევა მიმწოდებელს, ხოლო მეორე ეგზემპლარი რჩება განმახორციელებელთან.

მუხლი 18. საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირება

1. საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირებისას ხდება:
 - ა) მოსარგებლის საიდენტიფიკაციო მონაცემების შედარება ფორმა №IV-100/ა-სა (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და შემთხვევათა რეესტრთან;
 - ბ) შემთხვევათა რეესტრსა და ხარჯის დამადასტურებელ დოკუმენტში ჯამური ფინანსური მონაცემების სისწორის გადამოწმება;
 - გ) წარდგენილი დოკუმენტაციის შედარება მიმწოდებლის მიერ შეტყობინებისას დაფიქსირებულ მონაცემებთან და მონიტორინგის შედეგებთან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).
2. საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირების ვადაა საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ჩაბარებიდან არაუმეტეს 60 სამუშაო დღისა.

მუხლი 19. შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურება ან ანაზღაურებაზე უარი

1. შემთხვევები შეიძლება კლასიფიცირდეს ორ ჯგუფად:
 - ა) ასანაზღაურებელი შემთხვევა;
 - ბ) შემთხვევა, რომელიც არ ექვემდებარება ანაზღაურებას.
2. ანაზღაურებას არ ექვემდებარება შემთხვევები, როდესაც:
 - ა) წარდგენილ შემთხვევაზე არ არის დაფიქსირებული შეტყობინება;
 - ბ) თუ გაწეული მომსახურება არ ემთხვევა სამინისტროს ერთიან ელექტრულ სისტემაში ასახულ დაწესებულების მომსახურების ნუსხას;

- გ) წარდგენილი შემთხვევის მონაცემები არ ემთხვევა პროგრამის განმახორციელებლის მიერ ზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე დადგენილ ფაქტებს, მათ შორის:
- გ.ა) თუ შეტყობინების სისტემაში გადაცემული დიაგნოზი და მისი დაზუსტება და ჩარევა არ ემთხვევა პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ მონაცემებს;
 - გ.ბ) პირის საიდენტიფიკაციო მონაცემები შეტყობინებასა და წარდგენილ დოკუმენტაციაში ერთმანეთს არ ემთხვევა;
- დ) პირის დამადასტურებელი მონაცემები არ ემთხვევა საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემებს;
- ე) წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირების შედეგად, განმახორციელებელი მიიჩნევს, რომ მიწოდებული ინფორმაცია არ ემთხვევა შეტყობინებაში არსებულ ინფორმაციას და/ან არ აკმაყოფილებს პროგრამით განსაზღვრულ სამედიცინო მომსახურების პირობებს;
- ვ) საანგარიშგებო დოკუმენტაცია არ არის შევსებული დადგენილი წესის შესაბამისად;
- ზ) ადგილი აქვს კალკულაციაში წარდგენილი ფინანსური ინფორმაციის შეუსაბამობას მოთხოვნილ ჯამურ თანხასთან ან ჩატარებული მომსახურების მოცულობასთან;
- თ) პაციენტი, თავისი ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის სურვილით, იცვლის/ტოვებს მომსახურების მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებას, მიუხედავად სამედიცინო პერსონალის გაფრთხილებისა (რაც დადასტურებული უნდა იყოს პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერით); მეორე დაწესებულებაში გაგრძელებული შემთხვევის დაფინანსება სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში არ ხორციელდება.
3. განმახორციელებელი უფლებამოსილია, საჭირო ვადით შეაჩეროს შემთხვევის კლასიფიცირების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება, თუ გადაწყვეტილების მისაღებად აუცილებელია შემთხვევის შესახებ მონაცემების დამატებით შესწავლა, მათ შორის, რეგულირების სააგენტოს მხრიდან.
4. შემთხვევების კლასიფიცირება (შემთხვევა ასანაზღაურებელია, არ ექვემდებარება ანაზღაურებას) ხორციელდება განმახორციელებლის მიერ, თანხის ანაზღაურებამდე ზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე. ამასთან:
- ა) ხარვეზით წარდგენილი შემთხვევები მიმწოდებელს ელექტრონულად ეგზავნება მთლიან შესრულებასთან ერთად. ხარვეზის აღმოსაფხვრელად და, საჭიროების შემთხვევაში, ნაბეჭდი სახით დოკუმენტაციის განმეორებით წარსადგენად, მიმწოდებელს ეძლევა 5 სამუშაო დღე. დადგენილ ვადაში ხარვეზის აღმოფხვრის შემთხვევაში, შემთხვევები განიხილება როგორც ანაზღაურებას დაქვემდებარებული, ხოლო მითითებულ ვადაში ხარვეზის აღმოუფხვრელობისას, შემთხვევა არ ანაზღაურდება;

- ბ) ინსპექტირების დასრულების შემდგომ, შემთხვევებზე, რომლებიც ექვემდებარება ანაზღაურებას, მიმწოდებელსა და პროგრამის განმახორციელებელს შორის ფორმდება მიღება-ჩაბარების აქტი 2 ეგზემპლარად, რომელთაგან ერთი ეგზემპლარი ეძლევა მიმწოდებელს, ხოლო მეორე ეგზემპლარი რჩება განმახორციელებელთან. მიღება-ჩაბარების აქტზე სააგენტოსა და მიმწოდებლის უფლებამოსილ წარმომადგენელთა ხელმოწერების ორმხრივად დაფიქსირებიდან არაუმეტეს 3 სამუშაო დღის ვადისა მონაცემები აქტის შესახებ შეიტანება/რეგისტრირდება შესაბამის რეესტრში;
 - გ) შემთხვევებზე, რომლებიც არ ექვემდებარება ანაზღაურებას, ფორმდება განმახორციელებლის მიერ დადგენილი ფორმის ოქმი, რომლის ერთი ეგზემპლარი ეძლევა მიმწოდებელს, ხოლო მეორე ეგზემპლარი რჩება განმახორციელებელთან. შემთხვევ(ებ)ის ანაზღაურებაზე უარის თქმის წერილობითი გადაწყვეტილება გამოიცემა ამ პუნქტით გათვალისწინებული ოქმის მიმწოდებლისათვის გაცნობიდან არაუგვიანეს ერთი თვის ვადაში.
5. მიმწოდებელთან საბოლოო ანგარიშსწორება მოხდება ამავე მუხლის მე-4 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული აქტების რეესტრში რეგისტრაციიდან 5 (ხუთი) სამუშაო დღის ვადაში.

მუხლი 20. პროგრამის განხორციელების ვადები

პროგრამის განხორციელების ვადაა 2022 წლის პროგრამის ამოქმედებიდან 2022 წლის 31 დეკემბრის ჩათვლით პერიოდი.

დანართი 1 - უძღურების შეფასება ბართელის ინდექსით

202... წლის -

ინსტრუქტორი:

სახელი, გვარი: ასაკი

შეფასება:	
<p>100 ქულა – მაქსიმუმი (ნორმა): დამოუკიდებლად ჯამს, იცვამს, ღებავს საწოლიდან და სკამიდან, ბანაობს, ღაღის (სულ მცირე, ერთ კვარტალს), ადის და ჩამოდის კიბეზე;</p> <p>75-95 – ამჟამს შეზღუდვები და საჭიროებს ბარკვეულ დახმარებას;</p> <p>70 ქულა და ქვემოთ – საჭიროებს მნიშვნელოვან ზედამხედველობას და დახმარებას მზრუნველისგან, ან ღლის წესრიგში ღებავს მისი გადაყვანის საკითხი სპეციალურ დაწესებულებაში.</p> <p>0 ქულა – ენობაა ძველებას, როდესაც ვერც ერთი აღნიშნული პირობა ვერ სრულდება.</p>	
კვება –	
10	დამოუკიდებელია. შეუძლია იკვებოს თავისით ლანგრიდან ან მაგიდიდან, როცა ვინმე დადებს საჭმელს მისაწვდომ ადგილას. უნდა შეძლოს საჭირო საგნების დაწყოება, საკვების დაჭრა, მარილისა და პილპილის მოყრა, სითხის დასხმა, კარაქის წასმა და ა. შ.
5	კვებისას საჭიროებს გარკვეულ დახმარებას.
გადაადგილება ინვალიდის ეტლიდან საწოლში და უკან ან საწოლში დაწოლა და აღბრუნება (საპარკელში დაჯდომა და აღბრუნება) ინვალიდის ეტლის გარეშე –	
15	დამოუკიდებელია ამ ქმედების ყველა ფაზაში: შეუძლია, უსაფრთხოდ მიუახლოვდეს ლოგინს თავისი ეტლით, ჩაკეტოს მუხრუჭები, ასწიოს ფეხსადგამი, უსაფრთხოდ გადაჯდეს ლოგინზე, დაწვეს, შემდეგ წამოჯდეს ლოგინის კიდეზე, შეცვალოს ეტლის პოზიცია (თუ ეს აუცილებელია მასზე უსაფრთხოდ დასაბრუნებლად), დაბრუნდეს ეტლზე.
10	სჭირდება მინიმალური დახმარება ზოგიერთ ქმედებაში ან საჭიროებს მცირე ფიზიკურ დახმარებას გადაადგილებისთვის.
5	შეუძლია წამოჯდეს დამოუკიდებლად, მაგრამ გადაადგილებისთვის სჭირდება ფიზიკური დახმარება.
პირადი ჰიგიენა –	
5	შეუძლია დაიბანოს ხელები და სახე, დაივარცხნოს თმა, გაიხეხოს კბილები. შეუძლია გამოიყენოს საპარსი, ამასთან, გამოცვალოს სამართებელი და, ასევე, მოძებნოს ეს ნივთები. ქალებმა უნდა შეძლონ მაკიაჟის გაკეთება (არ იგულისხმება სტილისტური ვარცხნილობა).
ტუალეტი –	
10	შეუძლია შევიდეს ტუალეტში და გამოვიდეს, შეიკრას და გაიხსნას ღილები, არ დაისველოს ტანსაცმელი, გამოიყენოს ტუალეტის ქაღალდი. ნებადართულია გამოიყენოს ხელის მოსაჭიდი ან რაიმე უძრავი საყრდენი (თუ აუცილებელია ტუალეტის ნაცვლად ღამის ქოთნის გამოყენება, უნდა შეძლოს მისი დადგმა სკამზე, შემდეგ დაცლა და გარეცხვა).
5	სჭირდება დახმარება წონასწორობის შენარჩუნებაში, ტანსაცმელთან დამოკიდებულებაში ან ტუალეტის ქაღალდის გამოყენებაში.
დაბანა –	
5	დახმარების გარეშე შეუძლია აბაზანის ან შხაპის გამოყენება, ან მთლიანი დაბანა.

სიარული –

15	შეუძლია სიარული დახმარებისა და ზედამხედველობის გარეშე. შეიძლება გამოიყენოს პროთეზი, არტაშნები, ყავარჯენი ან ჯოხი (მაგრამ არა ჩოჩიალა).
10	საჭიროებს დახმარებას ან ზედამხედველობას, მაგრამ შეუძლია გაიროს, სულ მცირე, 50 მეტრი მცირედი დახმარებით.
5	შეუძლია გაიროს მოკლე დისტანცია (<50მ) ფიზიკური დახმარებითა და ზედამხედველობით.
5	იყენებს ჩოჩიალას, თუ არ შეუძლია დამოუკიდებელი სიარული; უნდა შეძლოს კუთხეებთან მისვლა, მობრუნება და ჩოჩიალას მანევრირება მაგიდასთან, საწოლთან, ტუალეტში და ა. შ.; შეუძლია ჩოჩიალათი არანაკლებ 50 მეტრის გავლა ან თვითმავალი სავარძლის გამოყენება (არ შეაფასოთ ეს გრაფა, თუ პაციენტს უკვე აქვს ქულა მინიჭებული სიარულში).

კიბეზე ასვლა და ჩამოსვლა –

10	შეუძლია ავიდეს და ჩამოვიდეს კიბის საფეხურებზე უსაფრთხოდ, დახმარებისა და ზედამხედველობის გარეშე. ნებადართული და რეკომენდებულია სახელურების, ჯოხის, ყავარჯენის გამოყენება, თუ ეს საჭიროა.
5	პაციენტს სჭირდება დახმარება ან ზედამხედველობა ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილში.

ჩაცმა და ბახლა –

10	შეუძლია ჩაიცვას და გაიხადოს ტანსაცმელი და ფეხსაცმელი, შეიკრას ღილები და ნებისმიერი სამაგრი, ფეხსაცმლის ზონრები. ეს ქმდება ასევე მოიცავს სპეციალური სამოსის ან არტაშნების ჩაცმა-გახდას, თუ ის მათ იყენებს. თუ აუცილებელია, შეიძლება გამოიყენოს ისეთი სპეციალური ტანსაცმელი, როგორცაა აჭიმები, მოშვებული ფეხსაცმელები ან ტანსაცმელი, რომელიც წინ იკვრება.
5	საჭიროებს დახმარებას ჩაცმისა და გახდაზე, ასევე, ღილების შეკვრაზე (სულ მცირე, ნახევარი საშუალო თვითონ უნდა შეასრულოს). ქალებში ქულების მინიჭებისას არ უნდა გავითვალისწინოთ ბიუსტბალეტერის ან სარტყელის გამოყენება, თუ ეს არ არის დანიშნული ექიმის მიერ.

კუჭის მოქმედება –

10	შეუძლია კუჭის მოქმედების კონტროლი და არ აქვს შეუკავებლობის შემთხვევები.
5	აქვს იშვიათი შეუკავებლობის შემთხვევები.

შარდვა –

10	აკონტროლებს შარდვას დღის და ღამის განმავლობაში. თუ ატარებს შარდმიმდებს, უნდა გაიკეთოს, გადაღვაროს და გაწმინდოს ის დამოუკიდებლად, უნდა იყოს მშრალი დღისა და ღამის განმავლობაში.
5	აქვს იშვიათი შეუკავებლობის შემთხვევები, ან არ შეუძლია დაელოდოს ღამის ქოთანს, ან ვერ ასწრებს ტუალეტამდე, ან სჭირდება დახმარება შარდმიმდების მოსაუვლელად.

ქულათა ჯამი

შენიშვნა:

.....

.....

.....

.....

.....

დანართი 2 - ჩარევის ინდივიდუალური ზოგადი გეგმა

კატეგორია	საქმიანობის ჯგუფი		შენიშვნა
საექთნო დახმარება	პროფილაქტიკა		
	პროცედურები		
	სასიცოცხლო მანქანების კონტროლი		
	სწავლება		
	სხვა		
ძირეული მოვლა	მთლიანი დაბანა		
	ნაწილობრივი დაბანა		
	სახის მოვლა		
	ფრჩხილების მოვლა		
	ლობინის მოვლა		
	მობილიზაცია		
	ბამოჭოვა		
	კვება		
	სხვა		
საყოფაცხოვრებო დახმარება	საქილგები		
	ღალაგება, ბარეცხვა, საკვების მომზადება		
	ბინის ალაატაცია		
	მატირიალურ-ტექნიკური დახმარება		
	სხვა		
სოციალური დახმარება	მორალურ-ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა		
	სამართლებრივი და ბარემოქო დახმარება		
	საინფორმაციო-საბანანათლებლო დახმარება		
	სხვა		

მოსარგებლედ: წარმომადგენელი:

შინმოვლის კოორდინატორი: ექთანი:

შენიშვნა:

202 .. წლის -

დანართი 3 - შინმოვლის დეტალური გეგმა (ექსელის ფაილი)

კატეგორია	საქმიანობის ჯგუფი	1	2	3	4	5	6	31	
საექთნო დახმარება	პროფილაქტიკები	პირის ღრუს სოკოვანი დაავადების							
		კონტრაქტურების							
		თრომბოზების							
		ნაწოლების							
	პროცედურები	პნევმონიის							
		ჭრილობის მოვლა							
		ინექცია კანქვეშ							
		ინექცია კუნთში							
		ვენის კათეტერის მოვლა							
		გლუკოზის გაზომვა სისხლში							
		ნაზოგასტრალური ზონდის მოვლა							
		სეკრეტის და ლორწოს ამოქაჩვა							
		ინჰალაცია							
		შეზღვევა							
		სამკურნალო აბაზანები							
		საფენები და სახვევები							
	საცივცხლო მაჩვენებლების კონტროლი	მედიკამენტების მიწოდება და კონტროლი							
		წნევის გაზომვა							
		სუნთქვაზე დაკვირვება							
		ცნობიერებაზე დაკვირვება							
პულსის დათვლა									
სწავლება	ტემპერატურის გაზომვა								
	პაციენტებისა და ოჯახის წევრებისთვის კონსულტაციის გაწევა								
	მოვლის ელემენტების								
	რისკ ფაქტორების, დადემის პროფილაქტიკის დახმარება ტექნიკური საშუალებების გამოყენებაში								
სხვა									
ძირული მოვლა	მთლიანი დაბანა	საწოლში დაბანა							
		აბაზანაში დაბანა							
		მხაპის მიღება							
		აბაზანის მიღება							
	ნაწილობრივი დაბანა	ხელის და სახის დაბანა							
		თავის დაბანა, დავარცხნა, თმის შეჭრა							
		სხეულის ზედა ნაწილის დაბანა							
		ინტიმური ადგილების დაბანა							
		ფეხის დაბანა							
	სახის მოვლა	გაწმენდა							
		პირის ღრუს, კბილების, პროთეზის, ტუჩების							
		ცხვირის							
ყურების									
თვალის									
ფრჩხილების მოვლა	გაპარსვა								
	ჯანსაღი ხელის ფრჩხილების								
	სოკოვანი ან გარქოვანებული ხელის ფრჩხილების								
	ჯანსაღი ფეხის ფრჩხილების								
	სოკოვანი და გარქოვანებული ფეხის ფრჩხილების								

დანართი 4 - საექტონო და ძირეული მოვლის პროცედურები და ხანგრძლივობა

პირეული
 მათ შორის, მარტივი პირეული
 სამქონო

კატეგ.	აქტის სახელი	№	საქმიანობა	დრო
				სულ
ა	მიწიანი დაბანა	1	საწოლში დაბანა	60 წთ
		2	აბაჯანაში დაბანა	60 წთ
		3	შხაის მიღება	60 წთ
		4	აბაჯანის მიღება	60 წთ
ბ	ნაწილობრივი დაბანა	5	ხელების და სახის დაბანა	7 წთ
		6	თავის დაბანა, დავარცხნა, თმის შეჭრა	33 წთ
		7	სხეულის ზედა ნაწილის დაბანა	20 წთ
		8	ინტიმური ადგილების დაბანა	13 წთ
		9	ფეხების დაბანა	13 წთ
		10	გაწმენდა	10 წთ
ბ	სახის მოვლა	11	პირის ღრუს, კბილების, პრთქისა და ტუჩების მოვლა	13 წთ
		12	ცხვირის მოვლა	7 წთ
		13	ქუჩების მოვლა	7 წთ
		14	თვალების მოვლა	7 წთ
		15	ბაბარცვა	20 წთ
დ	ფრჩხილების მოვლა	16	ჯანსაღი ხელის ფრჩხილების მოვლა	10 წთ
		17	სოკოვანი ან ბარძოვანაგული ხელის ფრჩხილების მოვლა	13 წთ
		18	ჯანსაღი ფეხის ფრჩხილების მოვლა	13 წთ
		19	სოკოვანი ან ბარძოვანაგული ფეხის ფრჩხილების მოვლა	20 წთ
ე	ლობინის მოვლა	20	მწიფიარე აკციენტის თეთრეულის გამოცვლა	10 წთ
		21	თეთრეულის გამოცვლა	10 წთ
ვ	მობილიზაცია	22	მონავალი ადამიანის წამოყვანება-დაწმენა	10 წთ
		23	ელასტიური სახვევის დახვევა-მოხსნა, წინდის ჩაცმა-გახლევა	7 წთ
		24	ჩაცმა-გახლევა	7 წთ
		25	აქტიური და პასიური სარეაბილიტაციო ვარჯიშები	13 წთ
		26	სამკურნალო ვარჯიშები	20 წთ
		27	სკამზე ან ეტლზე გადასმა-გაღმოსმა	7 წთ
		28	სიარულში დამხმარე საშუალებების გამოყენება	20 წთ
		29	კიბეზე სიარულში ვარჯიშ-დახმარება	7 წთ
		30	წოდითი მღვრეობის შემრევა-შეცვლა	7 წთ
		ზ	გამოყოფა	31
32	ტუალეტში გაწმენა			10 წთ
33	სკამ-ტუალეტის გამოყენება			13 წთ
34	გამოყოფა მწიფიარე მღვრეობაში (სუდიო-ს გამოყენებით)			10 წთ
35	ოყნის გაკეთება			40 წთ
36	პამპრის ან საფენის გამოცვლა			3 წთ
37	კათეტერის ჩაღება ან გამოცვლა			10 წთ
38	კათეტერისა და შარდმომღების მოვლა			3 წთ
39	სტომისა და განავლის მიღების მოვლა			13 წთ
40	სპეციალური ვარჯიშები შეკვების ბასაქლიმრეგლად			7 წთ
41	დაკვირვება და დახმარება ღებინებისას			10 წთ
42	შარდისა და განავლის აღება ლაბორატ. გამოკვლევებისათვის			13 წთ
თ	კვება			43
		44	წოდითი კვება	13 წთ
		45	კიბინური ღონისძიებები ჰამამდე და ჰამის შემდეგ	10 წთ

კატეგ.	აქტივობა	№	საქმიანობა	დრო
0	პროფილაქტიკები	46	პირის ღრუს სოკოვანი დაავადების პროფილაქტიკა	7 წთ
		47	კონტრაქტურების პროფილაქტიკა	13 წთ
		48	თრომბოზების პროფილაქტიკა	13 წთ
		49	ნაწოლების პროფილაქტიკა	13 წთ
		50	პნევმონიის პროფილაქტიკა	10 წთ
კ	პროცედურები	51	ჭრილობის მოვლა	20 წთ
		52	ინექცია კანძვევ	7 წთ
		53	ინექცია კუნთში	7 წთ
		54	ინექცია ვენაში	10 წთ
		55	ინტრავენური გაღასხმა	80 წთ
		56	ვენის კათეტერის მოვლა	7 წთ
		57	შაქრის გავუმჯობესების სისხლში	3 წთ
		58	ნაზობასტრალური ზონდის ჩაღმა და მოვლა	13 წთ
		59	დაბროვილი სეპრატისა და ლორწოს ამოქანვა	13 წთ
		60	ინჰალაცია	10 წთ
		61	შანგაღის მიწოდება	3 წთ
		62	შეხვევა	10 წთ
		63	სამკურნალო აბაზანები	20 წთ
		64	საუნები და სახვევები	20 წთ
65	მედიკამენტების მიწოდება და მათი მიღების კონტროლი	7 წთ		
ლ	სასიცოცხლო მანქანების კონტროლი	66	წნევის გაზომვა	3 წთ
		67	სუნთქვაზე დაკვირვება	3 წთ
		68	ცნობიერებაზე დაკვირვება	7 წთ
		69	კულის დათვა	3 წთ
		70	ტიმპანომეტრიის გაზომვა	7 წთ
მ	სწავლება	71	კონსულტაციის გაწევა პაციენტისა და ოჯახის წევრებისთვის	20 წთ
		72	მოვლის ელემენტების სწავლება	40 წთ
		73	რისკ-ფაქტორების, დანების პროფილაქტიკის სწავლება	13 წთ
		74	დახმარება ტექნიკური საშუალებების გამოყენების სწავლება	13 წთ

დანართი 5 - საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური ჩარევის კითხვარი

202 . . წლის ინსტრუქტორი:

სახელი, გვარი: ასაკი

I. სანიტარიულ-ჰიგიენური და კვების საჭიროებები

კო	არა	კონს.	დახმარების საჭიროება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	გარემოს პირველადი დალაგება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	გარემოს პერიოდული დალაგება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	თეთრეულის, ტანსაცმლის დარეცხვა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	დაუთოვება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	მცირე შესყიდვები (საკვები პროდუქტები და საყოფაცხოვრებო საშუალებები)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	საკვების მიწოდება (ადგილზე მომზადება ან მზა საკვების მიტანა)

II. ოთახის მიკროკლიმატი

კო	არა	კონს.	დახმარების საჭიროება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ოთახის შერჩევაში დახმარება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	საწოლის მოწყობა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	საწოლის მიმდებარე გარემოს მოწყობა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ფანჯრის ჰერმეტიკის უზრუნველყოფა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ოთახის ბუნებრივი და ხელოვნური განათების უზრუნველყოფა

III. უსაფრთხოება და დაცემის პრევენცია

კო	არა	კონს.	დახმარების საჭიროება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	სიარულისთვის უსაფრთხო ზედაპირის უზრუნველყოფა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	სახიფათო ადგილებში დაბრკოლებების დაყენება ჩავარდნის ან გადავარდნის რისკის შესამცირებლად
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ავეჯის გადაადგილება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	მოსაჭიდებლების დაყენება

IV. ქმედებაში დამოუკიდებლობა, ხელმისაწვდომობა და მოხერხებულობა

კო	არა	კონს.	დახმარების საჭიროება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ეტილით ან ჩოჩილით გადაადგილებისთვის სივრცის მოწყობა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	დამხმარე საშუალებების (ეტილი, ჩოჩილა) მცირე შეკეთება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ავეჯის მისადაგება პაციენტის საჭიროებებზე (შემოსასვლელში, სამზარეულოში, საძინებელში)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	სააბაზანო ოთახის მოწყობა პაციენტის საჭიროებების მიხედვით
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	საკომუნიკაციო საშუალებების გამართვა

V. საცხოვრებელი გარემოს ადაპტაცია დემენციით დაავადებულისთვის

პ0	არა	კონს.	დახმარების საჭიროება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ზარის ან ხმოვანი მანიშნებლის დამონტაჟება გასასვლელ კარებზე
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	დამატებითი ჩამკეტების (მაგ., ჯაჭვის) დამონტაჟება გასასვლელ კარებზე
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	გასასვლელი კარების შენიღბვა ფარდით
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	გარემოს გამარტივება – დამაბნეველი ობიექტების მოცილება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	საძინებლიდან ტუალეტამდე გზის მკაფიოდ მონიშვნა საორიენტაციო ფერით
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	მკეთრად განსხვავებული ფერის უნიტაზის საჯდომის გამოყენება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	აბაზანის და უნიტაზის კიდეების მონიშვნა ფერადი წებოვანი ლენტით
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	მხედველობის არიდან ისეთი თავდია ჭურჭლის ამოღება, რომელიც შეიძლება აღქმული იქნეს უნიტაზად
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ტუალეტის ღამის განათებით უზრუნველყოფა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	უსაფრთხო სიარულისათვის ბილიკის შექმნა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ავეჯის განლაგება კედლის გასწვრივ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	დაბალი ავეჯის და სადგამების მოშორება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	სარკეების ჩამოღება ან შენიღბვა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ფანჯრის შენიღბვა ღამით
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	მინის მაგიდების მოცილება ან შენიღბვა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	საფეხურების მონიშვნა მკვეთრი ფერის საღებავით ან წებოვანი ლენტით
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ზოგიერთ ოთახში შესვლის შეზღუდვა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	დამხმარე სათავსოებში (სარდაფი, საკუჭნაო) შესვლის შეზღუდვა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	სიარულის დამაბრკოლებელი ნივთების მოცილება ოთახებიდან და დერეფნიდან
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	სადენების დამაგრება და საიმედოდ იზოლირება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ბასრი საგნების, მომწამვლელი ნივთიერებების, მედიკამენტების შენახვა უსაფრთხო, პაციენტისთვის ხელმიუწვდომელ ადგილას
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ელექტროჩასართავების იზოლირება დამცავებით
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ღია ცეცხლის შესაძლებლობის შემცირება
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	აბაზანის კარებზე ჩამკეტის დემონტაჟი ან პაციენტისათვის მიუწვდომელ ადგილზე გადატანა
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ნიჟარიდან, აბაზანიდან საცობის ამოღება

შენიშვნა:

.

.

.

.

.

.

.

.

.

დანართი 6 - სოციალური კითხვარი (ექსელის ფაილი)

სფერო	დასახელება	პარამეტრი	აღწერა	პირობითი აღნიშვნა	N	P1	P2	P3	შენიშვნა
				მდგომარეობის შეფასება	ნორმა	უმნიშვნელო კომპენსირებული პრობლემა	მნიშვნელოვანი პრობლემა, რომელიც ექვემდებარება ჩარევას	ისეთი სახის ან სიმძიმის პრობლემა, რომელზეც ზემოქმედებას ვერ ვახდენთ	
				ჩარევის გადაწყვეტილება	საჭირო არ არის	საჭირო არ არის	საჭიროა	საჭირო არ არის	
მატერიალური	საკვები	რაოდენობა	უღუფების რაოდენობა (დღეში 3-ჯერ), ჰყოფნის თუ არა უღუფა.						
		შემადგენლობა	ხორცი, თევზი, რძის პროდუქტები, ხილი, ბოსტნეული						
		ხარისხი	ნორმალური/უსაფრთხო ან დაბალი/საეჭვო						
		წონის ცვლილება	<input type="checkbox"/> იმატებს <input type="checkbox"/> იკლებს						
		არის თუ არა ცვლილებები	<input type="checkbox"/> დადებითი <input type="checkbox"/> უარყოფითი						
	პირველადი მოხმარების საგნები	ტანსაცმელი	სეზონურობის და მდგომარეობის გათვალისწინებით						
		პირადი ნივთები	საწოლი, თეთრეული, ჭურჭელი, სხვა						
		ჰიგიენის საშუალებები	სახეობის, რაოდენობის და ხარისხის გათვალისწინებით						
		არის თუ არა ცვლილებები	<input type="checkbox"/> დადებითი <input type="checkbox"/> უარყოფითი						
	საცხოვრებელი პირობები	საყოფაცხოვრებო პირობები	ელექტროენერგია, წყალი, კანალიზაცია, გაზი, თბოიზოლაცია, ვენტილაცია, განათება, გათბობა, საცხოვრებელი ფართი ოჯახის ერთ წევრზე						
		საცხოვრებელი ადგილი	მუდმივი, დროებითი, საკუთრება, გადახდისუნარიანობა						
		კომუნალური გადასახადები	ადეკვატური, დროულად გადახდისუნარიანობა						
		ექსპლუატაცია	მიმდინარე შეკეთება, დალაგება-დასუფთავება						

		ადაპტაცია	უსაფრთხო, მოხერხებული, მდგომარეობასთან მისადაგებული						
		არის თუ არა ცვლილებები	<input type="checkbox"/> დადებითი <input type="checkbox"/> უარყოფითი						
	შემოსავალი	ოჯახის შემოსავალი	სტაბილური, ადეკვატური						
		პირადი შემოსავალი	სტაბილური, ადეკვატური						
		არის თუ არა ცვლილებები	<input type="checkbox"/> დადებითი <input type="checkbox"/> უარყოფითი						
უფლებრივი	შეღვათები	ხელმისაწვდომობა	იღებს თუ არა კუთვნილ შეღვათებს						
		არის თუ არა ცვლილებები	<input type="checkbox"/> დადებითი <input type="checkbox"/> უარყოფითი						
	ძალადობა	ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, ფინანსური, მიტოვება	უხდება თუ არა საკუთარი ნების წინააღმდეგ ქმედება						
			აყენებენ თუ არა სიტყვიერ შეურაცხყოფას						
			აყენებენ თუ არა ფიზიკურ შეურაცხყოფას						
	არის თუ არა ცვლილებები	<input type="checkbox"/> დადებითი <input type="checkbox"/> უარყოფითი							
			გრძნობს თუ არა თავს მიტოვებულად, ზრუნვის გარეშე						
სოციალიზაცია	კონტაქტები	მიკროსოციალური	ოჯახის წევრებთან						
			ნათესავებთან, მეგობრებთან, მეზობლებთან						
		მაკროსოციალური	რომელიმე სოციალურ, პროფესიულ, კულტურულ, საგანმანათლებლო ან რელიგიურ ორგანიზაციასთან						
		არის თუ არა ცვლილებები	<input type="checkbox"/> დადებითი <input type="checkbox"/> უარყოფითი						
	ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა	სამედიცინო	შეუძლია თუ არა საკუთარი ჯანმრთელობისათვის საჭირო ინფორმაციის მიღება						
		სოციალური	არის თუ არა ინფორმირებული თავისი შეღვათების შესახებ						
		სამართლებრივი	იცის თუ არა თავისი უფლებები						
საჯარო		აქვს თუ არა ტელევიზორი, რადიო, ეცნობა თუ არა პრესას							
არის თუ არა ცვლილებები		<input type="checkbox"/> დადებითი <input type="checkbox"/> უარყოფითი							

დანართი 7 - სოციალური ჩარევის გეგმა

მოსარგებლე: პასუხისმგებელი:	მომსახურების დაწყების თარიღი: - - 202 .
გეგმის შეღებვის მოტივი: <input type="checkbox"/> პირველადი <input type="checkbox"/> პერიოდული <input type="checkbox"/> ვადამდელი ცვლილება	გეგმის შეღებვის თარიღი: - - 202 .

№	პრობლემა / საჭიროება	მიზანი	მეთოდი / საქმიანობა	მოსალოდნელი შედეგი	დაწყების თარიღი	დასრულების თარიღი

№	პრობლემა / საჭიროება	მიზანი	მეთოდი / საქმიანობა	მოსალოდნელი შედეგი	დაწყების თარიღი	დასრულების თარიღი

მიღებული შედეგი:

.....

.....

.....

.....

.....

ხელმოწერა:

დანართი 8 - საყოფაცხოვრებო-ტექნიკური ჩარევის გეგმა

<p>მოსარბებელი:</p> <p>პასუხისმგებელი:</p> <p>მომსახურების დაწყების თარიღი: - - 202</p> <p>გეგმის შეღებვის თარიღი: - - 202</p>	<p>საყოფაცხოვრებო ასისტენტი: <input type="checkbox"/> ვეთანხმები <input type="checkbox"/> არ ვეთანხმები <input type="checkbox"/> შენიშვნა - ხელმოწერა</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ტექნიკური ასისტენტი: <input type="checkbox"/> ვეთანხმები <input type="checkbox"/> არ ვეთანხმები <input type="checkbox"/> შენიშვნა - ხელმოწერა</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>გეგმის შეღებვის მოტივი: <input type="checkbox"/> პირველადი <input type="checkbox"/> პერიოდული <input type="checkbox"/> გადამდელი ცვლილება</p>	

№	საყოფაცხოვრებო პრობლემა / საჭიროება	მიზანი	მეთოდი / საქმიანობა	მოსალოდნელი შედეგი	დაწყების და დასრულების თარიღი ან პერიოდულობა

№	ტექნიკური პრობლემა / საჭიროება	მიზანი	მეთოდი / საქმიანობა	მოსალოდნელი შედეგი	დაწყების და დასრულების თარიღი ან პერიოდულობა

მიღებული შედეგი:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ხელმოწერა:

დანართი 9. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების მინიმალური სტანდარტი

შინმოვლის ორგანიზაცია - საკვალიფიკაციო მოთხოვნები

მოსალოდნელი შედეგი - ორგანიზაცია აკმაყოფილებს შინმოვლის საკვალიფიკაციო მოთხოვნებს, რაც უზრუნველყოფს მომსახურების ხარისხს და ეფექტიანობას.

მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს:

- ✓ ორგანიზაციის რეგისტრაცია საჯარო ან კერძო სამართლის იურიდიულ პირად არანაკლებ 1 წლის განმავლობაში;
- ✓ ორგანიზაციის იურიდიულ სარგებლობაში არსებული ოფისი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვით;
- ✓ სერვისის მიმწოდებელი ჯგუფის სრული შემადგენლობის შეკრებისა და მუშაობის შესაძლებლობა, სათანადო ინვენტარით და აღჭურვილობით;
- ✓ ტელეფონი, ელ-ფოსტა, ინტერნეტი, ვებ-გვერდი;
- ✓ ორგანიზაციის შინმოვლის მომსახურების მიწოდებისა და ხარისხის მართვის შიდა სისტემა - მენეჯმენტის მიერ დამტკიცებული პროცედურების სახელმძღვანელო და დოკუმენტაციის ფორმები; ამასთან, შინმოვლის მომსახურების მიწოდების ხარისხის მართვის შიდა სისტემაში ჩართულ ერთ პირს მაინც უნდა ჰქონდეს შინმოვლის სფეროში მუშაობის არანაკლებ 2 წლის გამოცდილება.
- ✓ ყველა დაინტერესებული პირისთვის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია ორგანიზაციის შესახებ, კერძოდ:
 - მარეგულირებელი დოკუმენტები (წესდება, შინაგანაწესი);
 - პერსონალის კვალიფიკაციის დამადასტურებელი დოკუმენტები (მოთხოვნები - იხ. სტანდარტი 13).
- ✓ ზემოხსენებული სპეციფიკური საკვალიფიკაციო მოთხოვნების გარდა ორგანიზაციისაგან სერვისის შესყიდვისას შეიძლება მოთხოვნილი იყოს ზოგადი საკვალიფიკაციო მონაცემები (მაგალითად, მონაცემები, რომლითაც დასტურდება, რომ არ ხორციელდება იურიდიული პირის რეორგანიზაცია და/ან ლიკვიდაცია, ორგანიზაციის ქონებაზე არ არსებობს ყადაღა და სხვა).
- ✓ მიმწოდებელთა გაერთიანების შემთხვევაში განიხილება თითოეული მოქმედი წევრი ორგანიზაციის საკვალიფიკაციო მოთხოვნები.

მოთხოვნები პერსონალის მიმართ

მოსალოდნელი შედეგი - შინმოვლის პერსონალი ფლობს მოსარგებლებთან მუშაობისთვის საჭირო ცოდნას და უნარებს.

მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია:

- ✓ უზრუნველყოს შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული პერსონალის კვალიფიკაციის შესაბამისობა ცხრილი 1-ით განსაზღვრულ მოთხოვნებთან;
- ✓ ხელი შეუწყოს შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული პერსონალის უწყვეტ განათლებასა და პროფესიულ განვითარებას;
- ✓ უზრუნველყოს თანამშრომელთა საქმიანობაზე, უწყვეტ განათლებასა და პროფესიულ განვითარებაზე რეგულარული ზედამხედველობა და შეფასება.

ცხრილი 1: შინმოვლის მომსახურებაში ჩართული პერსონალის საკვალიფიკაციო მოთხოვნები;

მომსახურების კატეგორია	თანამდებობა	განათლება	ლიცენზია/ სერტიფიკატი	პროფესიული და/ამ მოხალისეობრივი გამოცდილება შინმოვლის სფეროში***
ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა	ექიმი	ექიმის დიპლომი	ოჯახის ექიმის სერტიფიკატი	1 წელი
	ექთანი	ფერშლის დიპლომი; ექთნის დიპლომი	შინმოვლაში გადამზადების სერტიფიკატი*	2 თვე
		ბებიუქალის დიპლომი	შინმოვლაში გადამზადების სერტიფიკატი**	3 თვე

* გადამზადების პროგრამა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ პირობებს:

1. ორგანიზატორი (ან-ან):
 - ✓ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
 - ✓ აჭარის ა/რ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

- ✓ მუნიციპალიტეტი;
 - ✓ უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება;
 - ✓ შესაბამისი დარგის პროფესიული ასოციაცია ან მათი გაერთიანება;
 - ✓ შინმოვლის მიმწოდებელთა გაერთიანება;
 - ✓ საერთაშორისო ორგანიზაცია ან საერთაშორისო პროგრამის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი ორგანიზაცია, რომელსაც აქვს შესაბამისი კომპეტენცია და გამოცდილება.
2. ხანგრძლივობა ფერშლებისა და ექთნებისთვის არანაკლებ 120, ხოლო ბებიაქალებისთვის 144 აკადემიური საათი;
3. სავალდებულო თემები:
- ✓ შინმოვლის კონცეფცია;
 - ✓ კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები;
 - ✓ პაციენტის განათლება;
 - ✓ შინმოვლასთან დაკავშირებული ეთიკური და სამართლებრივი საკითხები;
 - ✓ მოვლის ზოგადი უნარ-ჩვევები;
 - ✓ შინმოვლის სტანდარტები;
 - ✓ პალიატიური მზრუნველობა;
 - ✓ გერიატრიული მზრუნველობა;
 - ✓ ფიზიკური შეზღუდვის მქონე პაციენტის მოვლა;
 - ✓ ფსიქიკურად დაავადებული პაციენტის მოვლა;
 - ✓ მოვლა ფიზიოლოგიური შეზღუდვისას;
 - ✓ მოვლა მწვავე მდგომარეობების დროს, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება;
 - ✓ სოციალური მუშაობა;
 - ✓ ოკუპაციური თერაპია;
 - ✓ შინმოვლის დოკუმენტაციის წარმოება
- ** ბებიაქალებისთვის დამატებით:
- ✓ საექთნო კლინიკური ჩვევები.
- *** შინმოვლის მომსახურების მიწოდების ხარისხის მართვის შიდა სისტემაში ჩართულ ერთ პირს მაინც უნდა ჰქონდეს შესაბამისი გამოცდილება (იხ. სტანდარტი 2, „შინმოვლის ორგანიზაცია - საკვალიფიკაციო მოთხოვნები“).

ხანმოკლე საექთნო მოვლის ღირებულება

კატეგორია	საშუალო	მძიმე	სულ/ საშუალო	
წილი	60%	40%	100%	
ექიმის ვიზიტი მომსახურების პერიოდში	3	3	3.0	
ექთნის ვიზიტი კვირაში	3	6	4.2	
ექთნის ვიზიტის ხანგრძლივობა (წთ)	60	75	66.0	
სულ მომსახურება კვირაში (სთ)	3	7.5	4.8	
1 საათის ღირებულება	30	30	30.0	
მოსავლელი მასალების ღირებულება კვირაში	5	7	5.8	
ერთეულის ხარჯი კვირაში	120	257	174.8	
ერთეულის ხარჯი 4 კვირაში	480	1028	699.2	
ერთეულის ნომინალური ხარჯი წელიწადში	6,261	13,410	9,121	
პაციენტების რაოდენობა პერმანენტულად	სულ მომსახურების მიმღები	ხარჯი (საშუალო)	ხარჯი (მძიმე)	სულ ხარჯი წელიწადში
250	4,348	939,214	1,340,989	2,280,204
500	8,696	1,878,429	2,681,979	4,560,407
750	13,045	2,817,643	4,022,968	6,840,611
1,000	17,393	3,756,857	5,363,957	9,120,814

შენიშვნა:

ა). პაციენტების სრული რაოდენობა გამოთვლილია 3-კვირიანი საშუალო დაყოვნებით;

ბ). საშუალოდ, 1 პაციენტზე გაწეული ხარჯი შეადგენს 525 ლარს.

ხანგრძლივი საექთნო მოვლა

კატეგორია	მსუბუქი	საშუალო	მძიმე	სულ/ საშუალო	
წილი	50%	30%	20%	100%	
ექიმის კონსულტ. (ვიზ./დისტანც.) თვეში	1.0	2.0	3.0	2.40	
ექთნის ვიზიტი კვირაში	1.8	3.0	6.0	4.2	
ექთნის ვიზიტი თვეში	8	13	26	18.2	
ექთნის ვიზიტის ხანგრძლივობა (წთ)	45	60	75	66.0	
ექთნის მომსახურება თვეში (სთ)	6	13	32.5	20.8	
მოსავლელი მასალების ღირებ. თვეში	10	20	28	23.2	
1 საათის ღირებულება	25	25	25	25.0	
ერთეულის ხარჯი თვეში	180	385	900.5	591.2	
ერთეულის ნომინალური ხარჯი წელიწადში	2,160	4,620	10,806	4,627	
პაციენტების რაოდენობა პერმანენტულად	სულ მომსახურების მიმღები	ხარჯი (მსუბუქი)	ხარჯი (საშუალო)	ხარჯი (მძიმე)	სულ ხარჯი წელიწადში
1,000	1,200	1,080,000	1,386,000	2,161,200	4,627,200
2,000	2,400	2,160,000	2,772,000	4,322,400	9,254,400
3,000	3,600	3,240,000	4,158,000	6,483,600	13,881,600
4,000	4,800	4,320,000	5,544,000	8,644,800	18,508,800

შენიშვნა:

ა). პაციენტების სრული რაოდენობა გამოთვლილია წლიური 20%-იანი როტაციის გათვალისწინებით;

ბ). საშუალოდ, 1 პაციენტზე გაწეული ხარჯი შეადგენს წელიწადში 3,856 ლარს.

საყოფაცხოვრებო-სოციალური დახმარება

კატეგორია	ერთწევრიანი/ შრომისუნარო	შრომისუნარიანი ოჯახის წევრით	სულ/ საშუალო
წილი	50%	50%	100%
სოციალური მუშაკის მომსახ. თვეში (სთ)	4	4	4
1 საათის ღირებულება	25	25	25
ტექნიკოსის მომსახურება თვეში (სთ)	2	0	1
1 საათის ღირებულება	20	20	20
საყოფაცხ. ასისტენტის მომსახ. თვეში (სთ)	4	0	2
1 საათის ღირებულება	18	18	18
საყოფაცხოვრებო მასალების ხარჯი თვეში	20	0	10
ერთეულის ხარჯი თვეში	232	100	166
ერთეულის ხარჯი წელიწადში	2,784	1,200	1,992
პაციენტების რაოდენობა პერმანენტულად	ხარჯი წელიწადში		
1,000	1,392,000	600,000	1,993,000
2,000	2,784,000	1,200,000	3,986,000
3,000	4,176,000	1,800,000	5,979,000
4,000	5,568,000	2,400,000	7,972,000

შენიშვნა: საშუალოდ, 1 პაციენტზე გაწეული ხარჯი შეადგენს წელიწადში 1,161 ლარს (როტაციის გათვალისწინებით).

ხანგრძლივი შინმოვლის (საექთნო + საყოფაცხოვრებო-სოციალური) ქვეპროგრამის ღირებულება

პაციენტების რაოდენობა პერმანენტულად	ხარჯი თვეში	ხარჯი წელიწადში
1,000	551,683	6,620,200
2,000	1,103,367	13,240,400
3,000	1,655,050	19,860,600
4,000	2,206,733	26,480,800

შენიშვნა:

საშუალოდ, 1 პაციენტზე გაწეული ხარჯი შეადგენს წელიწადში 5,517 ლარს (როტაციის გათვალისწინებით).

ვაუჩერის დირეზულება

ხანმოკლე საექტონო მოვლა				
კატეგორია	-	საშუალო	მძიმე	
წილი	-	60%	40%	
კვირა	-	120.00	257.00	
4 კვირა	-	480.00	1,028.00	
ხანგრძლივი მინმოვლა				
კატეგორია	მსუბუქი	საშუალო	მძიმე	
წილი	50%	30%	20%	
ერთწევრიანი/ შრომისუნარო	თვე	412.00	617.00	1,132.50
	წელიწადი	4,944.00	7,404.00	13,590.00
შრომისუნარიანი ოჯახის წევრით	თვე	280.00	485.00	1,000.50
	წელიწადი	3,360.00	5,820.00	12,006.00

შენიშვნა:

საშუალოდ, პროგრამის 1 მოსარგებლელზე გაწეული ხარჯი შეადგენს წელიწადში 2,027 ლარს, დღეში 5.55 ლარს.

ლიტერატურა

1. World Bank. (2019). Why should we care about care? Supply and demand assessment of care services in Georgia.
2. United Nations Economic Commission for Europe. 2015. Road Map for Mainstreaming Ageing Georgia.
3. European Commission: Long-Term Care in the European Union, 2008.
4. სოციალური დაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული ხედვა. © 2021. ეკონომიკური პოლიტიკის კვლევის ცენტრი (EPRC).
5. „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა“, „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრი“ (CTC) 2018. საქართველოს ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში.
6. „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა“ 2014. საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარების კონცეფცია.
7. შინმოვლის მომსახურების დანერგვის მიზანშეწონილობის კვლევა „Start – Business Solutions“ 2018.
8. საერთაშორისო ფონდი კურაციო „ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში“ (ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, ტალდა 10) http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf.
9. „საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს პარლამენტის დადგენილება (N5146-III) 2016 წ.
10. ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტით გათვალისწინებული სოციალური დაცვის ქვეპროგრამების განხორციელების წესების დამტკიცების შესახებ ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის საკრებულოს დადგენილება N52-9. 24.01.2020.
11. სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება N218. 09.12.2009.
12. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2019წ ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო.
13. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2020წ.

14. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სამედიცინო მომსახურების ძირითადი მაჩვენებლები საქართველოს რეგიონებში. კოალიცია შინმოვლა საქართველოში. 2016წ. შინმოვლის მუნიციპალური პროგრამების სამოქალაქო მონიტორინგის ანგარიში.
15. ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვა ხანდაზმულებისთვის საქართველოში – არსებული მომსახურებები და ძირითადი საჭიროებები (CTC. 2020).
16. მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. 2014 წლის მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის შედეგებზე დაფუძნებული მიმოხილვა. ბარტ დე ბრუნი, მაკა ჭითანავა.
17. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი, მარტო მცხოვრები პენსიონერების ზოგადი მდგომარეობა COVID-19-ის პერიოდში. MPTF, UNFPA, საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება.
18. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2020.
19. ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვა ხანდაზმულებისთვის საქართველოში – არსებული მომსახურებები და ძირითადი საჭიროებები.
20. ხანდაზმულთა შინმოვლა. (თ.ვერულავა, ი.ადეიშვილი) 2015.
21. http://census.ge/files/results/publication/ge/2.%20Ageing_GEO_Print%20_F_0.pdf.
22. <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/683/dasakmeba-umushevroba>.
23. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30143#>.
24. http://census.ge/files/results/publication/ge/2.%20Ageing_GEO_Print%20_F_0.pdf.
25. <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/55/sotsialuri-uzrunvelqofa>.
26. <https://eqe.ge/ka/page/static/779/gzamkvlebebi>.
27. Bocquaire, Edith. 2016. Long-Term Care Coverage in Europe.
28. Dov Chernichovsky, Avigdor Kaplan, Eitan Regev, and Jochanan Stessman. 2017. Long-Term Care in Israel: Funding and Organization Issues. Jerusalem: TAUB CENTER.
29. Education, Committee on the Role of Human Factors in Home Health Care Board on Human-Systems Integration Division of Behavioral and Social Sciences and. 2011. „Health Care Comes Home: The Human Factors.“ THE NATIONAL ACADEMIES PRESS.
30. Lustig, Victoria Weisfeld and Tracy A. 2015. The Future of Home Health Care: Workshop Summary. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315926/>.

31. Merkur, Bruce Rosen Ruth Waitzberg Sherry. 2015. „Israel Health system review .“ Health Systems in Transition. World Health Organization.
32. Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman. 2012. Home care across Europe. Current structure and future challenges.
33. OECD. 2020. oecd-ilibrary. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/9cb80d6e-en/index.html?itemId=/content/component/9cb80d6e-en>.
34. Rachel A Kiersey, Alan Coleman. 2017. Approaches to the regulation and financing of home care services in four European countries. Dublin.
35. Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, George A. Wharton. 2020. International Health Care System Profiles Israel. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/israel>.
36. Saltman, Nadine Genet Wienke Boerma Madelon Kroneman Allen Hutchinson Richard B. 2012. „Home Care across Europe Current structure and future challenges.“ World Health Organization.
37. —. 2013. Home Care across Europe, Case studies. European Observatoru on Health Systems and Policies.
38. Stefania Ilinca, Kai Leichsenring and Ricardo Rodrigues. 2015. „From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care.“ EuropEan CEntrE. <http://www.euro.centre.org/ilinca>.
39. Tsouros, Rosanna Tarricone and Agis D. 2008. „Home care in Europe. The solid facts.
40. זכות), Kol Zchut (2021. כל. Long-Term Care Benefit Conditions of Eligibility.

კვლევაში მონაწილეობისთვის მადლობას ვუხდით რესპონდენტებს:

პირი	ორგანიზაცია
თეა გვარამაძე ქეთევან გოგინაშვილი	საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
ურჩა ვახანია	კოალიცია შინმოვლა საქართველოში
მაია მიქაძე გაიოზ ყუბანეიშვილი ეკა დიასამიძე	საქართველოს კარიტასი
ნინო დიდბერიძე ეკა გახოკიძე	საქართველოს წითელი ჯვარი
ირინა კლდიაშვილი	სამარიტელთა კავშირი - ASB
თამარ კვიციანიძე	საქართველოს საპატრიარქოს ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული მოწყალეების ცენტრი ბავშვთა ჰოსპისი-ციცინათელები
მადონა ურკევიჩი	ევანგელიურ ლუთერული ეკლესია
ნონა პირაევა	„ერთად მოყვასისათვის“
ნანა ლომაძე	ერთად რეალური ცვლილებებისთვის
თამუნა ზაალიშვილი ნინო ჯღარკავა	ფონდი „პირველი ნაბიჯი“
ლალი ზაუტაშვილი	ადამიანი და ბუნება
მართა ბიბილაშვილი	PIN ადამიანი გაჭირვებაში
იულია ხარაშვილი	იძულებით გადაადგილებულ ქალთა ასოციაცია „თანხმობა“
ზაზა გოჩელაშვილი	„ტყიბულის რაიონის განვითარების ფონდი“
მაია შიშნიაშვილი	„ხელი ხელს“
ლია ტაბატაძე	დაუნის სინდრომის ასოციაცია
დავით გუბელიძე მაკა კავთიაშვილი	ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერია
ნინო სხულუხია თამარ სოსელია გოგი რევია	ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის მერია
მაია გოგაშვილი ქეთევან გარსევანიშვილი	საქართველოს ექთნების ასოციაცია

