

ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების (შინმოვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო
უნივერსიტეტის პროფესორი

ქრონიკული დაავადებები ბევრი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პრობლემას წარმოადგენს. ქრონიკულ ავადმყოფთა მომსახურება მოიცავს ჯანმრთელობის, სოციალურ, საცხოვრებელ, ტრანსპორტირების, და სხვა სერვისებს. ქრონიკულ ავადმყოფთა მოვლის ყველაზე იაფ და ეფექტურ ალტერნატივას წარმოადგენს შინმოვლის სისტემების განვითარება. ბევრ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, ქრონიკულ ავადმყოფთა შინმოვლა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო სისტემების ნაწილი გახდა.

საქართველოში, ისევე როგორც განვითარებად ქვეყნებში ქრონიკულ ავადმყოფთა ხანგრძლივი მოვლის, სამედიცინო და სოციალური მომსახურების სერვისები (სამედიცინო მეთვალყურეობა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, მოვლის ინტერდისციპლინარული თერაპია) განსაკუთრებით ხელმიუწვდომელია მოსახლეობის ღარიბი ნაწილისთვის.

სტატის მიზანია დავადგინოთ რამდენად განვითარებულია საქართველოში შინმოვლის სერვისები, რა საჭიროებების წინაშე დგანან მოვლაზე დამოკიდებული ბენეფიციარები, რა გამოცდილება არსებობს ამ მხრივ მსოფლიოში და რა რეკომენდაციები შეიძლება მივაწოდოთ საზოგადოებას.

შინმოვლის სერვისების საჭიროება იზრდება ხანდაზმულთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად, რადგან რაც უფრო მეტია ადამიანის ასაკი მით მეტია გრძელვადიანი სამედიცინო მეთვალყურეობის საჭიროება. ამ მხრივ, საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდისა და შობადობის შემცირების ფონზე შეინიშნება ხანდაზმული მოსახლეობის პროცენტული წილის ზრდის ტენდენცია.

მსოფლიო გამოცდილება

1990-იან წლებიდან ევროპის ქვეყნებში და აშშ-ში ინტენსიურად ვითარდება შინმოვლის სისტემები. ბევრ ქვეყნებში იგი სახელმწიფო პროგრამებშიც შეიტანეს.

როგორც წესი, ქრონიკულ ავადმყოფთა მომსახურების საჭიროება განისაზღვრება ადამიანის ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობების (ADLs - Activities of daily living: საკვების მიღება, ჩაცმა, ბანაობა, ტუალეტი, საწოლიდან წამოდგომა), ასევე ყოველდღიური ცხოვრების ინსტრუმენტალური აქტივობების (IADLs - Instrumental activities of daily living: სამრეცხაო სერვისები, შინამეურნეობა, საკვების მომზადება, ტრანსპორტირება, მედიკამენტების მიღება, ტელეფონით სარგებლობა) სახით.

შვედეთში ხანდაზმულთა სამედიცინო სერვისების დაფინანსება ხორციელდება სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოების მიერ (1), თუმცა,

წლიდან წლამდე იზრდება შენმოვლის სერვისებში კერძო პროვაიდერების მონაწილეობა. ბენეფიციარს აქვს კერძო და სახელმწიფო შინმოვლის ორგანიზაციების თავისუფალი არჩევანის უფლება.

შინმოვლის სერვისები არის როგორც ფორმალური, ასევე არაფორმალური. ფორმალური ზრუნვა გულისხმობს სპეციალური დაწესებულებების, შინმოვლის პროფესიონალი პერსონალის მიერ გაწეულ მომსახურებას. არაფორმალური მოვლა გულისხმობს ოჯახის, ახლობლების მიერ გაწეულ მომსახურებას. შვედეთში შინმოვლის სერვისებს უმთავრესად ოჯახის წევრები ეწევიან.

აშშ-ში ხანგრძლივ სამედიცინო მომსახურების ხარჯები იფარება მედიქეიდის და მედიქეას სახელმწიფო პროგრამებით და პაციენტების ჯიბიდან პირდაპირი გადახდებით. აშშ-ში ბენეფიციართა უმრავლესობა ხანგრძლივი მოვლის სერვისებს ღებულობს მათი ოჯახის წევრებისგან (**არაფორმალური მზრუნველები**). მოხუცთა თავშესაფრებში ძირითადად ის პირები ცხოვრობენ, რომლებსაც არ ჰყავთ მათი მომვლელი ოჯახის წევრები.

თემზე დაფუძნებული შინმოვლის სერვისები გულისხმობს ისეთი სერვისების მიწოდებას, როგორცაა: შინ მოვლა, დღიური მომსახურება, საკვების მიტანა ბინაზე, დავრდომილთა თავშესაფრები ტერმინალურ სტადიაში მყოფთათვის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები. ბოლო წლებში მოვლის ინსტიტუციონალური ფორმების (საავადმყოფო, მოხუცთა თავშესაფრები) ნაცვლად უპირატესობა მიენიჭა თემზე დაფუძნებულ შინ მოვლას და ჰოსპისებს (დავრდომილთა თავშესაფრები), რომლებიც უზრუნველყოფენ ბინაზე ინტენსიური მოვლის სერვისებს. შედეგად ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურება საავადმყოფოდან გადაინაცვლა ბინაზე.

ქრონიკულ ავადმყოფთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მომსახურება ხორციელდება **მოხუცთა თავშესაფრებში**, სადაც ისინი უზრუნველყოფილნი არიან კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ 24 საათიანი მეთვალყურეობით. თუმცა, მიჩნეულია, რომ მოხუცთა თავშესაფრებში ბენეფიციართა მჭიდროდ განთავსება აქვეითებს მათი ცხოვრების ხარისხს. შედეგად, მოხუცთა სახლების ნაცვლად უპირატესობას ანიჭებენ შინმოვლის და თემზე დაფუძნებული ხანგრძლივი მომსახურების განვითარებას.

შინმოვლის სერვისები საქართველოში

საქართველოში დაბალია შინმოვლისა და ზრუნვის კულტურა. სამედიცინო სერვისების ორგანიზაცია უფრო მეტად ორიენტირებულია დაავადებებათა მკურნალობასა და სტაციონარულ სერვისებზე. შესაბამისად, არ არსებობს ინსტიტუციონალური შინმოვლისათვის დამახასიათებელი მკურნალობის, მოვლისა და პრევენციის კომპონენტების ურთიერთკავშირი.

საქართველოში, ისევე როგორც ღარიბ ქვეყნებში შინმოვლაში პროფესიონალი მომვლელი ძალიან მცირე რაოდენობით მონაწილეობენ და იგი ძირითადად

არაფორმალური მომვლელებისაგან შედგება (2). განვითარებულ ქვეყნებში შინმოვლის სამსახურები უფრო სპეციალიზებული და პროფესიონალიზებულია(2).

შინმოვლის ჯანდაცვითი პროგრამები. საქართველოში 2012 წლიდან მოქმედებს საპენსიო ასაკის მოსახლეობის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამა. პროგრამა მოიცავს ხანდაზმულ ადამიანებზე სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფას. თუმცა, ხანდაზმულთა შინმოვლის ასპექტი ჯანდაცვის არცერთ სახელმწიფო პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული (გარდა პალიატიური ზრუნვის პროგრამისა). პალიატიური ზრუნვის პროგრამა მოიცავს ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას (თვეში არაუმეტეს 8 ვიზიტი პაციენტთან. მომსახურება მიეწოდება არაუმეტეს 6 თვის ვადით), ინკურაბელურ და აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულ ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარულ პალიატიურ მზრუნველობას, ინკურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფას. 2014 წლიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ხანდაზმულები (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) უზრუნველყოფილნი არიან დამხმარე საშუალებებით, რაც ემსახურება მათ ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლებასა და საზოგადოებაში ინტეგრაციას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ კომპონენტებს:

- ა) სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობა;
- ბ) საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფა;
- გ) სმენის აპარატებით უზრუნველყოფა;
- დ) კოხლეარული იმპლანტით უზრუნველყოფა;
- ე) ყავარჯნებით, ხელჯობ-ყავარჯნებით, უსინათლოთა ხელჯობებით და გადასაადგილებელი ჩარჩოებით უზრუნველყოფა.

იმის გამო, რომ მოვლის სერვისები თითქმის არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით, მისი დაფინანსება უმეტესწილად ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ, უცხოური დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით. თუმცა ასეთი დაფინანსება ფრაგმენტულ ხასიათს ატარებს. აქვე აღსანიშნავია, რომ 2012 წლიდან თბილისის მერია უმწეო და გაჭირვებულ მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ახორციელებს სილატაკის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული საწოლს ან სახლს მიჯაჭვული მარტოხელა ბენეფიციარების შინმოვლას, რომლებსაც ფიზიკური თუ ფსიქიკური პათოლოგიის გამო ესაჭიროებათ დახმარება. 2010 წლიდან შინმოვლის სერვისების დაფინანსებაში ჩაერთო ქ. გორის მუნიციპალიტეტი, ხოლო 2014 წლის სექტემბრიდან ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტი.

შინმოვლის მიზანია მოვლაზე დამოკიდებული ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, პაციენტებისა და მათი ახლობლების დახმარება. ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. ექსპერტთა აზრით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი,

საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას, რაც, მათი ოჯახის წევრების გათვალისწინებით, ერთიანობაში დაახლოებით 300 ათას ბენეფიციარს წარმოადგენს (2).

საქართველოში შინმავლის სერვისებს ახორციელებენ შემდეგი არასამთავრობო ორგანიზაციები: „საქართველოს კარიტასი“ და „შინმავლის კოალიცია“ (რომელშიც გაერთიანებულია ფონდი „თაობა“, კავშირი „ადამიანი და ბუნება“, კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი“, ასოციაცია „გენეზისი“). საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი“ შინმავლის სერვისებს ახორციელებს 1995 წლიდან, იგი საერთაშორისო და ევროპის კარიტასების წევრი ორგანიზაციაა. შინმავლის კოალიცია ფუნქციონირებს 2009 წლიდან.

„შინმავლის კოალიცია“ და „საქართველოს კარიტასი“ ხანდაზმულ ბენეფიციარებს შინმავლის თითქმის მსგავს სერვისებს აწვდიან. იგი მოიცავს სხვადასხვა სპეციალისტებით დაკომპლექტებული გუნდის მიერ სამედიცინო, სოციალური და ფსიქო-სოციალური მომსახურების მიწოდებას ბინაზე იმ პირთათვის რომლებიც დროებით ან მუდმივად საწოლს არიან მიჯაჭვულნი. სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ „შინმავლის კოალიციის“ სამსახურში ჩართულია ექიმი, რომელიც ადგენს ინდივიდუალურ სამუშაო გეგმას მოსარგებლისათვის ექთანთან ერთად. „საქართველოს კარიტასის“ სერვისში ექიმი არ არის ჩართული, მაგრამ სოციალური მუშაკი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებში მონაწილე ოჯახის ექიმების მეშვეობით ახერხებს სერვისების მიწოდებას.

„საქართველოს კარიტასი“ ბენეფიციართა საჭიროებების მიხედვით უზრუნველყოფს ექიმი-სპეციალისტების მომსახურებას, „შინმავლის კოალიციის“ ექიმი კი კონსულტაციას უწევს და ამისამართებს პაციენტებს სპეციალისტებთან. ორგანიზაციები ბენეფიციართა აღრიცხვაზე აყვანის კრიტერიუმად იყენებენ მათი სოციალურად დაუცველის სტატუსს.

შინმავლის სერვისების დაფინანსება. საქართველოში მოქმედი ორგანიზაციები შინმავლის სერვისებს ახორციელებენ საზღვარგარეთის ქვეყნების ფინანსური და ინტელექტუალური მხარდაჭერის მეშვეობით. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში N 4 წარმოდგენილია ერთ-ერთი ასეთი ორგანიზაციის „საქართველოს კარიტასის“ დაფინანსების წყაროები. როგორც ცხრილიდან ვხედავთ, 2013 წელს დაფინანსების წყაროებს შეადგენდნენ: უცხოური ქველმოქმედება (82.8%), სახელმწიფო დაფინანსება (14.8%) და ჯიბიდან გადახდები (2.4%). საყურადღებოა, რომ ამ მონაცემებში შედის მხოლოდ სოციალურად დაუცველი ბენეფიციარები. თუ გავითვალისწინებთ სხვა მოსარგებლებს, ჯიბიდან გადახდების წილი მკვეთრად მოიმატებს.

1 ხანდაზმულის მოვლის საშუალო ღირებულება 100 ბენეფიციარის შემთხვევაში კვების გარეშე შეადგენს 382 ლარს, ხოლო 1000 ბენეფიციარზე - 188 ლარს (შინმავლის კოალიცია). იგი მოიცავს, როგორც მოვლის საშუალებების, ასევე მედიკამენტების, სამედიცინო პერსონალის მომსახურების, ადმინისტრაციული, საკომუნიკაციო და ა.შ. ხარჯებს (4).

საქართველოში ჩატარებული კვლევის შედეგები ადასტურებენ, რომ საქართველოში დაბალია ქრონიკულ ავადმყოფთა მიერ მედიკამენტებზე და ჰიგიენურ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობა (4). კვლევის მიხედვით, ბენეფიციართა 49.1%-ს საჭიროების მიუხედავად მედიკამენტზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი, ხოლო 2.8% საერთოდ ვერ შეიძინა დანიშნული მედიკამენტები. ასევე, მიუხედავად იმისა, რომ კარიტასი ბენეფიციარებს აწვდის ჰიგიენურ საშუალებებს, გამოკითხულთა 43.1%-მა აღნიშნა, რომ საჭიროების მიუხედავად ჰიგიენურ საშუალებებზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი. დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უმთავრესი მიზეზებია რესპოდენტთა ოჯახის წევრების დასაქმების დაბალი დონე და დაბალი შემოსავლები. გამოკითხულთა უმეტესი ნაწილის ოჯახში მხოლოდ ერთი წევრია დასაქმებული (35.7%), ხოლო არავინაა დასაქმებული 32.2%-ში. გამოკითხულთა ოჯახების 32.2 %-ის საშუალო თვიური შემოსავალი 300 ლარზე ნაკლებია, მაშინ როდესაც გამოკითხულთა 7.1%-ის მედიკამენტებზე ყოველთვიური დანახარჯები 300 ლარს აღემატება. კატასტროფულ დანახარჯებს კიდევ უფრო ამძიმებს ბენეფიციართა ჰიგიენურ საშუალებებზე, აგრეთვე ექიმი-სპეციალისტის ვიზიტისათვის დანახარჯები.

კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობას ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად სჭირდება დახმარება (50.5%), ხოლო გარკვეული ნაწილი საერთოდ მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებენ ხანგრძლივ მოვლას (8.5%). რესპოდენტები სარგებლობენ როგორც სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით, ასევე კერძო, არამომგებიანი ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული სერვისებით. კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ გამოკითხულთა მეტი ნაწილი (73.1%) უფრო ხშირად სარგებლობს არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული შინ მოვლის სერვისებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით. თუმცა, ხანდაზმული ადამიანები, რომლებიც საჭიროებენ ზრუნვას უფრო მეტად დამოკიდებული არიან მათი ახლობლების მიერ გაწეულ დახმარებაზე. იგი ეხება მოვლის როგორც რთულ ასევე შედარებით იოლ სერვისებს, როგორც ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად საჭირო დახმარებას, ასევე ისეთი პირის დახმარებას, რომელიც მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას.

კვლევამ აჩვენა, რომ ბენეფიციართა უმრავლესობა (61.5%) შინმოვლის სერვისების გაწევისას, როდესაც ეს შესაძლებელია, უპირატესობას ანიჭებს საკუთარი ოჯახის წევრების, ან ნათესავების მიერ გაწეულ ზრუნვას თავიანთ სახლში. გამოკითხულთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს შინმოვლას (84.1%), ვიდრე ინსტიტუციურ (სპეციალიზებულ კლინიკაში) ზრუნვას (15.9%). ამასთან, რაც უფრო იზრდება ზრუნვის სირთულე, მით უფრო მეტად ურჩევნიათ მოხუცთა თავშესაფრებში ან სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში მომსახურების გაწევა. ეს შეიძლება აიხსნას იმ გარემოებით, რომ ბენეფიციართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის დამძიმების დროს შინმოვლის სერვისები არაეფექტურია.

რადგანაც ახლობლები წარმოადგენენ ხანდაზმულთა ზრუნვის სერვისების ძირითად მიწოდებლებს საკუთარ სახლებში, მნიშვნელოვანია, მათთვის

შესაფერისი ფორმალური მხარდაჭერის მიცემა, განსაკუთრებით, როდესაც იზრდება ზრუნვაზე პასუხისმგებლობა. ზოგ ქვეყნებში (მაგ., შვედეთში) ოჯახის წევრების მიერ გაწეულ ზრუნვაზე კანონმდებლობით გამოყოფილია სპეციალური მიზნობრივი გრანტები, რომლებსაც გასცემს მთავრობა ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებზე. იგი მიმართულია ზრუნვის არაფორმალური მიმწოდებლების სტიმულირებისა და განვითარების მხარდასაჭერად. აქედან გამომდინარე, არასამთავრობო ორგანიზაციები, ასევე სახელმწიფო უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის მიერ გაწეულ სერვისებს და შესაბამისად, მიზანშეწონილია ოჯახის წევრების ჩართვა არასამთავრობო ფონდების სერვისებში და სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში. როგორც არასამთავრობო ფონდებმა, ისე სახელმწიფომ უნდა შეიმუშავოს გეგმა ოჯახის მიერ გაწეული სერვისების მხარდასაჭერად. ოჯახის, როგორც არაფორმალური მიმწოდებლის კომპონენტის ჩართვა შინმვლის ფორმალურ სერვისებში ამაღლებს ხანდაზმულთა ზრუნვის მოტივაციას. ეს ეხება როგორც მამაკაცებს, ასევე ქალებს, რადგან ზრუნვის საჭიროების ბენეფიციართა უმრავლესობა დახმარებას ღებულობს მათი მეუღლეებისა და შვილებისაგან და წარმოადგენენ ზრუნვის მნიშვნელოვან არაფორმალურ პროვაიდერებს. საკუთარ სახლში მცხოვრებთა მიმართ გაწეული მოვლის სერვისები საგრძნობ დხმარებას გაუწევენ როგორც ხანდაზმულებს, ასევე მათ ოჯახებს და რაც მთავარია, შეამცირებს ინსტიტუციონალურ მომსახურებაზე მოთხოვნას.

ბიბლიოგრაფია

1. Elderly care in Sweden. 2014. <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>
2. კოალიცია შინმვლა საქართველოში, 2010. *საქართველოს შინმვლის პოლიტიკა*.
3. საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2013. *სტრატეგიული ხედვის დოკუმენტი*
4. თენგიზ ვერულავა, ია ადეიშვილი. ხანდაზმულთა შინმვლის სერვისები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. N 1. 2015 წ.

ციტირება:

თენგიზ ვერულავა. ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების (შინმვლის) განვითარების პრობლემები საქართველოში. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. 25.02.2016.

<http://georgia2020blog.org/2016/02/25/ხანგრძლივი-სამედიცინო-მო/>