



საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია

**ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული
შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაცია
დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების მეშვეობით**

ხელახლის ანგარიში



დოკუმენტი მომზადდა ევროკავშირის ფინანსური დახმარებით, ბრიტანულ-ქართული პროფესიული ქსელის მიერ განხორციელებული CSEPFM პროექტის ფარგლებში. დოკუმენტის შინაარსზე პასუხისმგებელია საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია. დოკუმენტი არ წარმოადგენს ევროკავშირის ან ბრიტანულ-ქართული პროფესიული ქსელის პოზიციას.

This document has been produced with the financial assistance of the European Union, within the CSEPFM Project implemented by 'UK Georgia Professional Network' (UGPN). The contents of this document are the sole responsibility of **Georgia Mental Health Coalition** and can under no circumstances be regarded as reflecting the position of the European Union or UGPN.

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია იურიდიულად დაფუძნდა 2008 წლის 8 აგვისტოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ. ამჟამად კოალიციის შემადგენლობაში შედის ოთხი ორგანიზაცია: საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია, საქართველოს ფსიქო-სოციალური დახმარების ასოციაცია ნდობა, კავშირი ადამიანებისთვის განსაკუთრებულ ზრუნვას რომ საჭიროებენ და კავშირი ანტისტიგმა.

კოალიციის მიზნებია:

» საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მიმდინარე რეფორმების ხელშეწყობა, როგორცაა დეინსტიტუციონალიზაციასა და თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესებისკენ მიმართული რეფორმები;

» ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის შესაბამისი დახმარების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

მიზნების მისაღწევად კოალიცია ეწევა შემდეგ საქმიანობას:

» აქტიურად მოქმედებს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკისა და შესაბამისი სტრატეგიული გეგმის შემუშავების პროცესის ხელშეწყობისათვის;

» ერთობლივად მოქმედებს კოალიციის საქმიანობაში სახელისუფლებო ორგანოებთან თანამშრომლობის მაღალი ხარისხისა და დაინტერესებული ორგანიზაციების მაქსიმალური მონაწილეობის უზრუნველსაყოფად;

» ლობირებს მიზნების შესაბამის ეფექტურ საკანონმდებლო აქტებს, მონაწილეობს მათ შემუშავებასა და ამოქმედებისთვის საჭირო მექანიზმების დანერგვაში;

» ხელს უწყობს კოალიციის წევრი ორგანიზაციებისა და მათი ეფექტური ფუნქციონირებისათვის ხელსაყრელი გარემოს განვითარებას;

» ქმნის და ახორციელებს საერთო მიზნების შესაბამის კოალიციურ პროექტებს.

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მისამართი:

თბილისი – 0177, ასათიანის ქ.10

ტელ: 31 20 70, 31 10 80, 23 53 14

ვებ-გვერდი - www.gmhc.ge

ს ა რ ჩ ე ბ ა

ენისიბყვამბა.....	5
შესავალი.....	7
ხვლავის მოხლა შეჯამება.....	12
რეკომენდაციები.....	18
ფსიქიკური ჰრობლემების გამო შელუღული შესაქლელბობების მქონე აღმნიანების სოციულური ინტეგრაციის ჰროგრამების მიმოხ- ილვა ავროპის რამდენიმე ქვეყნის მგალითზე.....	21
საქართველოში მოქმედი ხანოგმდებლობის ანელიში ფსიქიკური ჰრობლემების გამო შელუღული შესაქლელბობის მქონე ჰირთა სო- ციულური რეაბილიტაციის ხუთხით.....	37
ხვლავის ჰრცილი ანგარიში:.....	48
მეთოდოლოგია.....	48
მოგსახურების მიმგოღებელი ორგანიზაციების მებარიულ-ტექნიკური რესურსები.....	51
დღის ცენტრების ტარიტორიული ხელმისაწვდომობა ხანეფიციარების და მთი ოჯახის წევრების თვალსაზრისით.....	53
აღმნიანური რესურსები.....	54
სტანდარტები და ინტეგრაციის ხრიტორიუმები დღის ცენტრებისა და სათემო ორ- განიზაციებისთვის.....	56
დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების მიერ მოგსახურების დაგვგვა, განოკციილება და შეფასება.....	60
დღის ცენტრის მუშაობის შეფასება ხანეფიციარებისა და მთი ოჯახის წევრების მიერ.....	63
შგ ჰირთა სოციულური ინტეგრაციის ჰროცისის შემდგომი სრულყოფა და გან- ჰირთარება.....	65
დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების დაფინანსება.....	68
ღანართები:.....	74
1. შგ ჰირთა, ხანდუგმულთა და ოჯახურ გრუნველობას მოქლელბულ გავგვთა სოციულური ინტეგრაციის ხელშეყოების 2010 წღის სახელგნიფო ჰროგრამაში მოანდღელ დღის ცენტრების სი.....	74
2. შგ ჰირთა, ხანდუგმულთა და ოჯახურ გრუნველობას მოქლელბულ გავგვთა სოციულური ინტეგრაციის ხელშეყოების 2010 წღის სახელგნიფო ჰრო- გრამა.....	76

ავტორები: მარინე ჯურატაშვილი
ნატალია ჩირიქაშვილი
მანანა აბზიანიძე
ნატალია ხონელიძე
სანდრო დარახველიძე

მკვლევართა ჯგუფი უდრმეს მადლობას უხდის კვლევის განხორციელებაში შეტანილი წვლილისთვის დარგის ექსპერტებს, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებს

ბატონ დავით ლომიძეს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილეს.

ბატონ ანდრია ურუშაძეს, სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორს.

ბატონ გიორგი ჯაქაჩიას, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური დაცვის პროგრამების სამმართველოს ხელმძღვანელს.

ქალბატონებს: მათა ბუჩუქურს, მარინა ბუღიას, თეონა ყაჭეიშვილს, ნათია ჯიჯაძეს, ნინო ოქროსაშვილს, ყანა ფერაძეს, მათა ბიბილეიშვილს, გუნა ბიბილეიშვილს, ირინა ინასარიძეს, ნინო ჭაბუჯიანს, ნათია მჭედლიშვილს, ნინო გეგელიას, მათა ნუცუბიძეს, ირინა გეგეჭკორს, ნანა შუბითიძეს, ლალი ხანდოლიშვილს, ქეთევან ნატელაძეს, მანანა შარაშიძეს.

ბატონებს: არჩილ ბეგიშვილს, ნიკა ჯვამალს, მახარე მერებაშვილს, გიორგი გელეიშვილს.

მკვლევართა ჯგუფი დიდ მადლობას უხდის კვლევაში მონაწილეობისათვის დღის ცენტრების ბენეფიციარებსა და მათი ოჯახის წევრებს.

დაბეჭდილი და აქინძულია სოციალური თერაპიის სახლში
თბილისი, ძმები უბილაძეების ქ. 8
კომპიუტერული უზრუნველყოფა: ნანა ბარამიძე

წინასიტყვაობა

წინამდებარე კვლევის ანგარიში მომზადდა პროექტის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაცია“ ფარგლებში. პროექტი განახორციელა არასამთავრობო ორგანიზაციამ „საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყოალიცია“ „ქართულ-ბრიტანული პროფესიული ქსელი“ (UGPN)-ს თანადგომით და ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით. პროექტის მიზანი იყო თანამშრომლობის გაძლიერება სამოქალაქო საზოგადოებასა და ხელისუფლების წარმომადგენლებს შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით; ასევე, საზოგადოების შესაძლებლობების გაზრდა საჯარო პოლიტიკის ცვლილებების ლობირებაში, რისთვისაც, პროექტის მიზნებიდან გამომდინარე, ხელისუფლების წარმომადგენლებისთვის უნდა მიგვეწოდებინა კონკრეტულ მონაცემებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები, რომლებიც ხელს შეუწყობდა ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების სოციალურ ინტეგრაციას. საქართველოში შედარებით ახალი მოვლენაა თანამშრომლობა არასამთავრობო ორგანიზაციებსა და სახელმწიფო სტრუქტურებს შორის. აღნიშნული თანამშრომლობის განვითარებას ჩვენს ქვეყანაში მხარს უჭერს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციაც თავის რეკომენდაციებში მოწყვლადი პოპულაციის სოციალური დაცვის სისტემაში რეფორმების გატარების შესახებ¹. ასევე, საქართველოს პარლამენტის მიერ 2008 წლის დეკემბერში მიღებული „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა კონცეფცია“-ში ერთ-ერთ პრობლემად მიჩნეულია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებთან დაკავშირებული პროგრამების სახელმწიფო და საზოგადოებრივი მონიტორინგის პრაქტიკული არარსებობა. წინამდებარე პროექტის ერთ-ერთი ამოცანა იყო „შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის“ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული იმ დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების მიღწევების და პრობლემების შესწავლა, რომლებიც ემსახურებიან უპირატესად ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებს. ასევე, პროექტის ამოცანას შეადგენდა საქართველოში არსებული შშმ პირებთან დაკავშირებული საკანონმდებლო ბაზის ანალიზი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის პრაქტიკისა და გამოცდილების შესწავლა სხვა ქვეყნების მაგალითზე.

წინამდებარე ანგარიში შემდეგი ძირითადი ნაწილებისგან შედგება:

- კვლევის შედეგად მიღებული ძირითადი დასკვნები და რეკომენდაციები;
- საქართველოში არსებული შშმ პირებთან დაკავშირებული საკანონმდებლო ბაზის ანალიზი;
- ევროპის რამდენიმე ქვეყნის გამოცდილება შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის სფეროში;

¹ Humanitarian situation and strategy 2005, Georgia

- ჯვლევის შედეგების ვრცელი ანგარიში.

ვიმედოვნებთ, რომ აღნიშნული ნაშრომი დაეხმარება როგორც გადანყვეტილების მიმღებ პირებს, ასევე მომსახურების მიმწოდებლებს, ბენეფიციარებს და ზოგადად, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების კეთილდღეობით დაინტერესებულ ნებისმიერ ადამიანს, ამ სფეროში არსებული პრობლემების უკეთ გაანალიზებაში და შესაბამისი გადანყვეტილებების მიღებაში.

შესავალი

საჯითხის ისტორია:

მე-20 სუ-ს 70-80-იანი წლებიდან ფსიქიატრიული სამსახურების განვითარების ისტორიაში, დგება ახალი, რეფორმების ეტაპი,¹ რომელსაც პირობითად უწოდებენ ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის პერიოდს. მას წინ უსწრებდა დეინსტიტუციონალიზაციის პერიოდი, როცა დაიწყო დიდი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების (ინსტიტუციების) თანდათანობითი ჩანაცვლება თემზე დაფუძნებული სამსახურებით, ვინაიდან ცხადი გახდა ხანგძლივი სტაციონარული მკურნალობის არაეფექტურობა. ამასთან, პირველი ფსიქოტროპული მედიკამენტების სინთეზირებამ და გამოყენებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა მოთხოვნილება ხანგძლივი ვადით საავადმყოფოში მოთავსებაზე. ამ ეტაპზე ფსიქიკურ აშლილობას უკვე განიხილავენ, როგორც ბიო-ფსიქო-სოციალურ მოვლენას. რეფორმებისათვის უარგი ულიმატის შექმნაში არანაკლები წვლილი მიუძღვის ადამიანთა უფლებების დაცვის საჯითხის გააქტიურებას და ანტიფსიქიატრიულ მოძრაობას. ამ მოძრაობის წარმომადგენლები (როლან ლეინგი, დევიდ ჟუპერი და სხვა) აპროტესტებდნენ ფსიქიკური აშლილობისთვის ავადმყოფობის სახელის მინიჭებას. ფსიქიკურ აშლილობას განიხილავდნენ, როგორც შედეგს სოციალური პროცესისა - უარყოფისა და დისკრიმინაციისა „ნორმალური“ საზოგადოების მხრიდან. მათთვის სამკურნალო დაწესებულებები და დიდი საავადმყოფოები იყო საპყრობილეს მსგავსი „საზოგადოებრივი ნორმების მაკონტროლებელი, მასტიგმატიზირებელი და ხმის უფლების წამრთმევი ტოტალური ინსტიტუცია“. რეფორმის პირველ ეტაპზე უარი ეთქვა იზოლირებულ (ჩაკეტილ) სტაციონარებს, სადაც ავადმყოფები მთელ ცხოვრებას ატარებდნენ და საზოგადოების მხრიდან მისი კონტროლი რთული იყო. რეაბილიტაციის პროცესი დაწყო ჯერ საავადმყოფოს ფარგლებში, ხოლო შემდგომ თანდათან გავრცელდა საავადმყოფოს საზღვრებს გარეთაც. მუდმივად მატულობდა ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ალტერნატიული სამკურნალო დაწესებულებების რიცხვი; ამასთან იზრდებოდა პაციენტთა და მათ პატრონთა ცოდნა საკუთარი უფლებების შესახებ. გაჩნდა საჭიროება, განვითარებულიყო ახალი ტიპის სამკურნალო დაწესებულებათა ურთიერთდაკავშირებული ქსელი, რომელსაც ეწოდა **თემზე დაფუძნებული (კომუნალური) ფსიქიატრიული მომსახურება**.

რეაბილიტაციის პერიოდი ხასიათდება თემზე დაფუძნებული (კომუნალური) მომსახურების სისტემის განვითარებით, სერვისების ახალი, დიფერენცირებული, საჭიროებაზე მორგებული ფორმების დაწესებით და გავრცელებით, რაც საბოლოო ჯამში ხელს უწყობს დარგის მეტ ჰუმანიზაციას და ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების უფლებების უკეთ დაცვას, მათი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. დიდ ინსტიტუციებში ხანგძლივი ვადით იზოლაციის ნაცვლად, სადაც აქცენტი გადატანილი იყო პაციენტთა შენახვაზე, უპირატესობა ეძლევა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების რეაბილიტაციას და საზოგადოებაში რეინტეგრაციას. ვითარდება

¹ Graham Thornicroft, Michele Tansella : Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care overview of systematic evidence

ბალანსირებული მოვლის სისტემა, სადაც თანაბარი მნიშვნელობა ენიჭება როგორც ახალი ტიპის ჰოსპიტალური სერვისების, ასევე დიფერენცირებული, თემზე დაფუძნებული ამბულატორიული სერვისების ქსელის განვითარებას. ასეთი ტიპის სერვისების მნიშვნელოვან რგოლს შეადგენს რეაბილიტაციური მიმართულების დღის ცენტრები ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის.

საქართველოში, დასავლურ ტიპთან მიახლოებული ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის ხელშეწყობი პირველი დღის ცენტრები და სათემო ორგანიზაციები ჩნდება გასული საუკუნის 90-ანი წლებიდან. პრაქტიკულად ყველა ასეთი ტიპის დღის ცენტრი/სათემო ორგანიზაცია წარმოადგენდა სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციის ინიციატივას. მათ მეტწილად ჰქონდათ პილოტური ხასიათი, უპირატესად ფინანსდებოდა უცხოელი დონორების მიერ და მათი მუშაობა მთლიანად ეფუძნებოდა ცალკეული საინიციატივო ჯგუფების გამოცდილებასა და ენთუზიაზმს. უცხოელ დონორზე ფინანსური დამოკიდებულების გამო ვერ ხერხდებოდა განვითარების ხანგძლივადიანი დაგეგმვა და საქმიანობაში წყვეტის საშიშროების თავიდან აცილება. მიუხედავად ამისა, აღნიშნულმა ინიციატივებმა პოზიტიური ზეგავლენა მოახდინა საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურის განვითარებაზე, კერძოდ, დაგროვდა თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული გამოცდილება აღნიშნულ სფეროში, რის საფუძველზეც შეიქმნა სატრენინგო პროგრამები და კურსები, მოხდა დაგროვილი ცოდნის გავრცელება, ახალი სპეციალისტების გაზრდა და ახლი ინიციატივების ხელშეწყობა. რიგმა არასამთავრობო ორგანიზაციებმა შეძლეს დღის ცენტრებისთვის/სათემო ორგანიზაციებისთვის აუცილებელი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შექმნა, შენარჩუნება და უწყვეტი მუშაობის უზრუნველყოფა. დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების რეაბილიტაცია-ინტეგრაციაზე მიმართულმა მრავალწლიანმა მუშაობამ ასევე დადებითი ზეგავლენა მოახდინა საზოგადოებაზე და თავად ბენეფიციარებზე სტიგმისა და თვითსტიგმატიზაციის შემცირების კუთხით.

1997 წ-ს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაიწყო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება, რომელსაც 2005 წლიდან დაემატა დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა. აღნიშნული ქვეპროგრამების დაფინანსება არის ერთმნიშვნელოვნად პოზიტიური მოვლენა, ვინაიდან უკვე არსებულ დღის ცენტრებს/სათემო ორგანიზაციებს საშუალება მიეცათ ბოლო წლებში შემცირებული დონორული დაფინანსების ფონზე, ამ დამატებითი ფინანსური მხარდაჭერის საშუალებით, გაეგრძელებინათ მუშაობა, შენარჩუნებინათ მომსახურების სათანადო ხარისხი; ასევე, აღნიშნული ქვეპროგრამების განხორციელებამ ხელი შეუწყო რამდენიმე ახალი დღის ცენტრის შექმნას, მათ შორის რეგიონებშიც.

შებენიანი შესაძლებლობების მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამა და მისი 2 ქვეპროგრამა: შშმ პირთა დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამები.

2010 წლის პროგრამა მოიცავს 12 ქვეპროგრამას და მისი საერთო წლიური ბიუჯეტია 4 500 000 ლარი. აქედან შშმ პირთა დღის ცენტრების ქვეპროგრამისთვის გამოყოფილია 1 743 000 ლარი, ხოლო სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამისთვის - 328 500 ლარი.

ქვეპროგრამაში მონაწილე დღის ცენტრებს დაწესებული აქვთ გარკვეული შეზღუდვები, კერძოდ: დღის ცენტრს 1 მისამართზე შეუძლია მომსახურება გაუწიოს არანაკლებ 10 და არაუმეტეს 40 ბენეფიციარისა; დღის ცენტრი უნდა ემსახურებოდეს ან მხოლოდ შშმ პირებს (18 წლის ასაკის ზევით), ან მხოლოდ შშმ ბავშვებს (18 წლამდე ასაკის პირებს).

2005 წლიდან დღემდე ქვეპროგრამების დაფინანსება და და მათში მონაწილე ბენეფიციართა რაოდენობა ხასიათდება ცვალებადობით (იხ. ცხრილი 1. და ცხრილი 2.)

ცხრილი 1. დღის ცენტრების ქვეპროგრამაში მონაწილე ბენეფიციართა რაოდენობა წლების მიხედვით

წლები	ბენეფიციართა რაოდენობა
2005	656
2006-2007	1296
2007-2008	562
2009	650
2010	828

ცხრილი 2. პროგრამის დაფინანსება წლების მიხედვით

წლები	სოც. რეაბილიტ. პროგრამების ბიუჯეტი	დღის ცენტრების ქვეპროგრამა	სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა
2005	4 485 000		
2006	3 852 000	1 351 300	120 000
2007	4 237 000	1 490 000	138 258
2008	4 237 000	1 309 000	185 400
2009	4 500 000	1 673 950	256 285
2010	4 500 000	1 743 000	328 500

ასევე იცვლება, მატების ტენდენციით, 1 ბენეფიციარზე გამოყოფილი დღიური ხარჯი (იხ. ცხრილი 3.)

ცხრილი 3. 1 ბენეფიციარზე გამოყოფილი დღიური ხარჯი წლების მიხედვით

წლები	დღის ცენტრები	სათემო ორგანიზაციები
2005	5 ლარი	
2006	7,50 ლარი	5 ლარი
2007	8 ლარი	8 ლარი
2008	10 ლარი	10 ლარი
2009	10 ლარი	15 ლარი
2010	10 ლარი	15 ლარი

2010 წლისთვის შეტანილ იქნა დამატებითი ცვლილებები დღის ცენტრების პროგრამაში: შეიცვალა დაფინანსების ფორმა - გადავიდა დაფინანსების ვაუჩერულ სისტემაზე და გამოყოფილი თანხის რაოდენობა განისაზღვრა სიღარიბის ზღვარის სარეიტინგო ქულებით. კერძოდ, „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრირებულ იმ ოჯახის წევრებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000-ს, განეული მომსახურება დაუფინანსდებათ სრულად, რაც შეადგენს დღიურად 10 ლარს. ხოლო იმ ოჯახის წევრებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა არის 100 001-დან 120 001-მდე, განეული მომსახურება დაუფინანსდებათ 70%-ით, ანუ 7 ლარით დღეში; ბენეფიციარებს, რომლებიც დღის ცენტრის მომსახურებით სარგებლობდნენ 2009 წლის ნოემბრის თვეში და სარეიტინგო ქულა აღემატება 120 000-ს, მომსახურება დაუფინანსდებათ 60%-ით, ანუ 6 ლარით დღეში. ასევე, 2010 წლიდან დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების პროგრამების განხორციელებაზე პასუხისმგებლობა დაეკისრა სოციალური დახმარების სააგენტოს (2009 წლის ჩათვლით ეს პასუხისმგებლობა ეკისრებოდა ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოს).

2010 წლის დღის ცენტრების პროგრამის განხორციელებაში, იანვრის თვის მონაცემებით, მონაწილეობს 27 ორგანიზაცია, 35 დღის ცენტრით. მათგან ბავშვებს ემსახურება 21 დღის ცენტრი, მოზრდილებს - 14. (ორგანიზაციების და დღის ცენტრების ჩამონათვალი იხ. დანართში).

2010 წლის იანვრის თვის მონაცემებით, საქართველოში ირიცხება 140,125 შშმ პირი, რაც ქვეყნის მოსახლეობის დაახლოებით 3%-ს პროცენტს შეადგენს. სახელმწიფო პროგრამით ფინანსდება მხოლოდ 828 ადგილი, რაც შშმ პირთა მხოლოდ 0,59%-ს მოიცავს. უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებული იყო და საარსებო შემწეობას იღებდა 54,899 შშმ პირი, რაც შეადგენს შშმ პირთა საერთო რაოდენობის 39%-ს. შშმ პირთა დღის ცენტრებში დაფინანსებულ ადგილთა რაოდენობა (828 ადგილი) მოიცავს საარსებო შემწეობის მიმღებ შშმ პირთა მხოლოდ 1,5%-ს.

დღის ცენტრების გეოგრაფიული განაწილებაც არათანაბარია, მათი ძირითადი ნაწილი თავმოყრილია დედაქალაქში, ხოლო საქართველოს მთელი რიგი რეგიონები დარჩენილია სახელმწიფო პროგრამულ დაფინანსებაზე მყოფი დღის ცენტრების გარეშე (იხ. ცხრილი 4.)

ცხრილი 4. შშმ-თა დღის ცენტრების სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული დაწესებულებების განაწილება რეგიონების მიხედვით²

რეგიონი	დღის ცენტრების რაოდენობა	დღის ცენტრი 18 წლამდე პირთათვის	დღის ცენტრი 18 წლის ზემოთ პირთათვის	შშმ-თა საერთო რაოდენობა რეგიონში
თბილისი	21	12	9	28, 647
გურია	1	1		5,150
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვ. სვანეთი				2,090
კახეთი	2		2	11,621
იმერეთი	5	3	2	30,063
მცხეთა-მთიანეთი				3, 103
სამეგრელო-ზემო სვანეთი				15,557
სამცხე-ჯავახეთი				5,721
ქვ. ქართლი	2	1	1	10,093
შიდა ქართლი	2	2		13,060
აჭარა	2	2		15,020
სულ	35	21	14	140,125

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების თანახმად, ამჟამად, მსოფლიო მასშტაბით, ირიცხება დაახლოებით 650 მლნ შშმ პირი, რაც შეადგენს მოსახლეობის დაახლოებით 10%-ს. შეიძლება ითქვას, რომ ისინი წარმოადგენენ უმცირესობათა ყველაზე მრავალრიცხოვან ჯგუფს. ფსიქიკურ და ნევროლოგიურ აშლილობებს უკავიათ წამყვანი ადგილი ინვალიდობის გამომწვევ მიზეზებს შორის. ნეიროფსიქოლოგიურ აშლილობებზე მოდის დაავადებების გლობალური ტვირთის 11,5%.³ ყოველივე ზემოთქმულიდან ჩანს, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები სახელმწიფოსა და ზოგადად, საზოგადოების მხრიდან საჭიროებენ უფრო მეტ მხარდაჭერასა და ყურადღებას, ვინაიდან ამ დაავადებათა შედეგები, სათანადო მხარდამჭერი გარემოს არარსებობის შემთხვევაში, სერიოზულ ტვირთად აწვება მთელ საზოგადოებას.

ვფიქრობთ, რომ საქართველოში ჯერ კიდევ ბევრია გასაყეთებელი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა, განსაკუთრებით კი ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანთა რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის პროცესის განსავითარებლად და გასაუმჯობესებლად.

²შშმ პირთა რაოდენობა ნაჩვენებია 2010 წლის იანვრის მონაცემების მიხედვით (სოციალური ღაცვის სააგენტოს ვებ-გვერდი, www.ssa.gov.ge)

³ВОЗ: Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002

ხელშეწყობის მოხელე შეჯამება

მომსახურების მიმწოდებელი

ორგანიზაციების მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების შესწავლისას ძირითადი ყურადღება მიექცა ამ რესურსებთან დაკავშირებულ პრობლემებს და მათი მოგვარების გზებს.

დადგინდა, რომ დღის ცენტრები, რომელთაც პირად საკუთრებაში არ აქვთ ფართი, ვერ ახერხებენ დასახონ ორგანიზაციის განვითარების გრძელვადიანი გეგმა, ვინაიდან მუდმივად აქვთ ამ ფართიდან გამოსახლების და შესაბამისად, მუშაობის შეწყვეტის საშიშროება; გაირკვა, რომ სათემო ორგანიზაციებს და დღის ცენტრებს შეზღუდული რესურსების გამო უჭირთ საჭირო აღჭურვილობის შეძენა/განახლება; ასევე დადგინდა, რომ ეს ორგანიზაციები უომუნალურ გადასახადებს უომერციული ტარიფებით იხდიან, რაც განსაკუთრებით მძიმე ტვირთად აწვება მათ.

დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების ხელმძღვანელების აზრით, სახელმწიფო უნდა დაეხმაროს მათ ზემოჩამოთვლილი პრობლემების მოგვარებაში. სახელმწიფო მოხელეები უი მიიჩნევენ, რომ არასამთავრობო ორგანიზაციებმა ამ უთხით თავად უნდა იზრუნონ საკუთარი პრობლემების მოგვარებაზე.

დღის ცენტრების ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა

ბენეფიციარების და მათი ოჯახის წევრების თვალსაზრისით

არსებული დღის ცენტრების ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის საკითხის შესწავლისას გამოიკვეთა ორი ტენდენცია: 18 წლამდე ასაკის ბენეფიციართა ოჯახის წევრებისათვის ხელსაყრელია, რომ დღის ცენტრი იმყოფებოდეს ან უშუალოდ იმ სკოლაში, სადაც მისი შვილი დადის, ან ამ სკოლასთან ახლოს, ან მათ საცხოვრებელ სახლთან ახლოს.

ზრდასრულ ბენეფიციართა უმრავლესობისათვის მისაღებია საცხოვრებელი სახლიდან მოშორებით განლაგებულ დღის ცენტრში სიარული, თუმცა აღნიშნავენ, რომ სასურველია ყველა რაიონში იყოს დღის ცენტრი, რათა მათ, ვისაც უჭირს შორ მანძილზე გადაადგილება, შეძლონ საჭირო მომსახურების მიღება.

ადამიანური რესურსები

დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების ხელმძღვანელები დაინტერესებულნი არიან, ჰყავდეთ კვალიფიციური კადრი, თუმცა ჭირს კვალიფიციური კადრის მომზადება და მათი შემდგომი შენარჩუნება დაფინანსების სიმცირის გამო. მიუხედავად ფინანსების სიმცირისა, ორგანიზაციების ხელმძღვანელები ძირითადად ახერხებენ თანამშრომელთა პროფესიული ზრდისთვის ხელშეწყობას. ამ მიზნით ორგანიზაციებში ტარდება შიდა ტრენინგები, დანერგილია თანამშრომელთა გამოცდილების ურთიერთგაზიარების პრაქტიკა; ორგანიზაციაში თანხის არსებობის შემთხვევაში პერსონალი მონაწილეობს

ფასიან ტრენინგებშიც.

მიუხედავად ამ სირთულეებისა, დღის ცენტრებს და სათემო ორგანიზაციებს შესწევთ უნარი, დაინტერესებულ პირებს გაუზიარონ ორგანიზაციაში დაგროვილი პრაქტიკული გამოცდილება. ზოგიერთ მათგანს კი გააჩნია ჩამოყალიბებული და აკრედიტირებული სასწავლო პროგრამები.

სტანდარტები და ინტეგრაციის ურთიერთობები დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციებისთვის

დღის ცენტრების სტანდარტების არსებობა აუცილებლად მიაჩნიათ როგორც სახელმწიფო სტრუქტურების წარმომადგენლებს, ასევე დღის ცენტრების ხელმძღვანელების დიდ ნაწილს. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაგეგმილი აქვს მიმდინარე წლის ზაფხულში შეიმუშავოს და დაამტკიცოს სტანდარტები დღის ცენტრებისათვის, რომელსაც მოგვიანებით გამოიყენებენ დღის ცენტრების მონიტორინგის ინსტრუმენტად.

დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების ხელმძღვანელებს მიაჩნიათ, რომ სტანდარტების შემუშავებისას სახელმწიფომ და არასამთავრობო სექტორმა მჭიდროდ უნდა ითანამშრომლოს ერთმანეთთან კონსტრუქციული დიალოგის ფორმით. მათი აზრით, სტანდარტების შემუშავებისას აუცილებელია გათვალისწინებულ იქნას ბენეფიციარების ასაკი, დიაგნოზი და მათი ინდივიდუალური საჭიროებები. მათ მიაჩნიათ, რომ სტანდარტების მოთხოვნები დაფინანსების შესაბამისი უნდა იყოს.

დღის ცენტრებსა და სათემო ორგანიზაციებს ბენეფიციართა ინტეგრაციის ხარისხის შესაფასებლად შემუშავებული აქვთ შიდა ორგანიზაციული კრიტერიუმები, რომელთაგან ყველაზე მნიშვნელოვანია საზოგადოებისა და ბენეფიციართა ოჯახის წევრების დამოკიდებულების შეცვლა ამ ადამიანების მიმართ.

თავად ბენეფიციარების აზრით, ინტეგრაციის მნიშვნელოვანი საზომია მათთვის დასაქმების შესაძლებლობის გაზრდა და მათ მიმართ ოჯახისა და საზოგადოების მხრიდან დამოკიდებულების შეცვლა, მეტი ნდობით და პატივისცემით მოპყრობა.

დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების მთავარი მომსახურების დაგეგმვა, განხორციელება და შეფასება

» დღის ცენტრებსა და სათემო ორგანიზაციებს ჩამოყალიბებული ჰქონდათ ბენეფიციართა შერჩევის შიდა კრიტერიუმები, რომელმაც ცვლილება განიცადა მას შემდეგ, რაც შემოღებულ იქნა დღის ცენტრების დაფინანსების ვაუჩერული ფორმა. 2010 წლიდან ახალი ბენეფიციარების მიღებისას უპირატესობა ენიჭება 100%-იანი დაფინანსების მქონე ვაუჩერის მფლობელ ბენეფიციარს.

» დღის ცენტრებში და სათემო ორგანიზაციებში პერსონალისა და ბენეფიციართა თანაფარდობა სხვადასხვაა და დიდ ფარგლებში მერყეობს. ეს თანაფარდობა დამოკიდებულია ბენეფიციართა ასაკზე, შეზღუდული შესაძლებლობის სიმძიმესა და ორგანიზაციის დაფინანსების მოცულობაზე. ამიტომ, შეუძლებელია უნივერსალური სტანდარტით განისაზღვროს ბენეფიციარებისა და პერსონალის თანაფარდობა სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზა-

ციებში.

» დღის ცენტრებსა და სათემო ორგანიზაციებში ბენეფიციარების მომსახურების დაგეგმვა, განხორციელება და მიღებული შედეგების შეფასება ხდება მულტიდისციპლინური გუნდის (მდგ) მიერ. მდგ-ს შემადგენლობა, მისი მუშაობის მრავალფეროვნება და ხარისხი დამოკიდებულია ორგანიზაციის დაფინანსების მოცულობაზე და დასახულ მიზანზე.

» ორგანიზაციები ბენეფიციართა ინტეგრაციის შესაფასებლად იყენებენ სხვადასხვა სუბიექტურ თუ ობიექტურ მეთოდებს, როგორცაა, მაგალითად, საუბრის მეთოდი ან/და დაკვირვება სხვადასხვა სიტუაციასა და გარემოში; შეფასებისთვის გამოიყენება ასევე სპეციალური სოციალური და კლინიკური სკალები.

» დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების მიერ ბენეფიციარებთან მუშაობის მეთოდები დამოკიდებულია ბენეფიციართა ასაკზე, შეზღუდული შესაძლებლობის ფორმასა და სიმძიმეზე, ასევე მულტიდისციპლინარულ გუნდში შემავალ სპეციალისტებზე. ფსიქიკური რეგისტრის აშლილობების მქონე ზრდასრულ შშმ პირთა დღის ცენტრებში ძირითადად გამოიყენება ინდივიდუალური და ჯგუფური თერაპიული მუშაობა. გარდა ამისა, დღის ცენტრები მათ სთავაზობენ სტრუქტურირებულ სატრენინგო პროგრამებს დაავადების და მკურნალობის მართვაში, ჯოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებაში, პრობლემების გადალახვის და კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების აღდგენა/დასწავლაში და სხვა. ზრდასრული გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე შშმ პირთა დღის ცენტრებში/სათემო ორგანიზაციებში გამოიყენებული მეთოდები ორიენტირებულია შრომითი და საკუთარი თავის მოვლის უნარ-ჩვევების განვითარებაზე, ეგოიზმის დაძლევის, პასუხისმგებლობის უნარის, ინტერესის განვითარებაზე, ემოციების მოთოკვის დასწავლაზე. 18 წლამდე ასაკის ბავშებს დღის ცენტრებში სთავაზობენ სხვადასხვა თერაპიულ და საგანმანათლებლო პროგრამებს, რაც ხელს უწყობს სოციალურ, თვითმომსახურების, კომუნიკაციურ და სხვა უნარ-ჩვევების განვითარებას.

დღის ცენტრის მუშაობის შეფასება ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების მიერ

ბენეფიციარები და მათი ოჯახის წევრები საკმაოდ მაღალ შეფასებას აძლევენ დღის ცენტრების მუშაობას და უმაყოფილნი არიან მომსახურების ხარისხით.

18 წლამდე ასაკის ბენეფიციართა ოჯახის წევრების აზრით, დღის ცენტრში სიარულის შედეგად მათი შვილები გახდნენ უფრო დამოუკიდებლები, გაუზარდათ თვითშეფასება, ისწავლეს საკუთარი თავის მოვლა, გახდნენ უფრო კონცენტრირებულები და მობილიზებულები, გაუმჯობესდათ კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები. თავად მშობელს გამოუნთავისუფლდა დრო დასაქმებისათვის, გაუმჯობესდა ფსიქოლოგიური მდგომარეობა.

ზრდასრული ბენეფიციარების აზრით, დღის ცენტრის დახმარებით მათ თავი დააღწიეს იზოლაციას, აითვისეს/აღიდგინეს შრომითი უნარ-ჩვევები, იგრძნეს თავი დაცულად და უსაფრთხოდ, აენიათ თვითშეფასება, ისწავლეს საკუთარი თავზე და სხვებზე ზრუნვა, ისწავლეს ასევე საკუთარი პრობლემების უკეთ დაძლევა და სხვა.

შპს ჰირთა სოციალური ინტეგრაციის პროცესის შემდგომი სრულყოფა და განვითარება

შპს ჰირთა ინტეგრაციის პროცესის განვითარებასთან დაკავშირებით შევსწავლეთ როგორც პროფესიონალების, ასევე ბენეფიციარებისა და სახელმწიფო მოხელეების მოსაზრებები.

პროფესიონალებსა და ბენეფიციარებს მიაჩნიათ, რომ აუცილებელია დღის ცენტრების მომსახურების ქსელის გაფართოება და გამრავალფეროვნება. მაგალითად, ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე ჰირთათვის საჭიროა სულ მცირე, ორი ტიპის დღის ცენტრის არსებობა - ერთი აქტიური რეაბილიტაციისთვის, ხოლო მეორე მოვლისთვის. ასევე საჭიროა შპს ჰირთა დასაქმებისთვის დაცული სამუშაო ადგილების, დაცული სახელოსნოებისა და მსგავსი თემზე დაფუძნებული მომსახურების ფორმების განვითარება, სკოლებში შპს ჰირთათვის სახელობო სწავლების ხელშეწყობა მათი შემდგომი დასაქმების პერსპექტივით.

დაცული სახელოსნოებისა და დაცული სამუშაო ადგილების შექმნასთან დაკავშირებით, ერთ-ერთი სახელმწიფო მოხელე განმარტავს, რომ ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე ჰირთა დასაქმება არის სოციალური შინაარსის და არა ეკონომიკური ხასიათის ღონისძიება, ამიტომ მას არ მიაჩნია გამართლებულად ბიზნეს-სექტორისათვის მათი დასაქმების საკითხის დავალება.

ბენეფიციართა ოჯახის წევრებს აქვთ 24-საათიანი მომსახურების განვითარების, მშობლებისათვის სისტემატური ფსიქოლოგიური დახმარების და განათლების საჭიროება.

პროფესიონალებს მიაჩნიათ, რომ აუცილებელია შპს ჰირთა მიმართ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების მიზნით უფრო ქმედითი ღონისძიებების გატარება.

დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების დაფინანსება

დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების დაფინანსებასთან დაკავშირებით შესწავლილ იქნა ისეთი საკითხები, როგორიცაა დაფინანსების ვაუჩერულ სისტემაზე გადასვლის დადებითი და უარყოფითი მხარეები; არსებულ დაფინანსებასთან დაკავშირებული პრობლემები და დაფინანსების განსაზღვრის პრინციპები.

» დაფინანსების ვაუჩერულ სისტემაზე გადასვლა სერვისის პროვაიდერების მხრიდან ზოგადად შეფასდა, როგორც დადებითი მოვლენა, რომელიც უზრუნველყოფს უფრო თანაბარ ყოველთვიურ დაფინანსებას და სავარაუდოდ, ბენეფიციართა ოჯახის წევრების უფრო აქტიურ ჩართულობას. მეორე მხრივ, ამ სისტემის შემოღება შეფასდა, როგორც ნაჩქარევი და ბოლომდე გაუაზრებელი, არ ჩატარებულა წინასწარი უკონსულტაციები სერვისის მიმწოდებლებთან. არასრული დაფინანსების მქონე ბენეფიციართა გადახდისუნარიანობის გამო ორგანიზაციათა უმრავლესობის დაფინანსების საერთო მოცულობა შემცირდა, რაც უარყოფითად აისახა მაღალკვალიფიციური პროფესიონალებით დაკომპლექტებასა და მომსახურების ხარისხზე; შემცირდა ბენეფიციართა ბრუნვის

მაჩვენებელი, რამაც პროგრამა გახადა უფრო მოუქნელი. უარყოფითად და ინვალიდთა უფლებების დარღვევად შეფასდა სიღარიბის ზღვარიდან გამომდინარე მათი დიფერენცირებული პროგრამული დაფინანსება. ყველაზე გამოავლინა, რომ რეგიონებში 100%-იანი დაფინანსების მქონე ბენეფიციარების მოძიება უფრო ნაკლებ პრობლემას წარმოადგენს, ვიდრე თბილისში. ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების უმრავლესობა ვერ ახერხებს დამატებითი თანხის გადახდას და სავალდებულო თანაგადახდის შემთხვევაში, იძულებული იქნება, უარი თქვას მომსახურების მიღებაზე.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების განცხადებით, უახლოეს მომავალში დაფინანსების ვაუჩერული სისტემა ძალაში დარჩება და სახელმწიფოსგან სრულ დაფინანსებას მიიღებენ მხოლოდ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი შშმ პირები. შეზღუდული ბიუჯეტის პირობებში პირველ რიგში დახმარება გაეწევა იმას, ვინც ამ დახმარებას ყველაზე მეტად საჭიროებს. აღინიშნა, რომ დღის ცენტრებმა/სათემო ორგანიზაციებმა მეტი ინიციატივა და დამოუკიდებლობა უნდა გამოიჩინონ დამატებითი ფინანსური რესურსების მოძიების საქმეში და არ იყვნენ მხოლოდ სახელმწიფო დაფინანსების იმედად, ვინაიდან ეს ხელს უშლის მათ განვითარებას. სამინისტრო მზად არის, ვაუჩერებთან დაკავშირებულ საკითხებზე ითანამშრომლოს სერვისის მიმწოდებლებთან.

» გამოვლინდა, რომ არსებული დაფინანსება (მაქსიმალური ზღვარი დღის ცენტრებისათვის-10 ლარი, სათემო ორგანიზაციებისათვის 15 ლარი დღეში) ვერ ფარავს ხარისხიანი მომსახურებისათვის საჭირო ხარჯებს, აიძულებს ორგანიზაციებს, შეკვეცოს პერსონალი და მომსახურების სახეები. შედარებით უკეთეს მდგომარეობაში არიან ის ორგანიზაციები, რომელთაც აქვთ თანადაფინანსება სხვა წყაროებიდან. სასურველ, ოპტიმალურ დაფინანსებად დასახელდა 20-45 ლარი დღეში ერთ ბენეფიციარზე. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებიც ეთანხმებიან იმ აზრს, რომ ამჟამად არსებული დაფინანსება არასაკმარისია და ვერ ფარავს რეალურად არსებულ ხარჯებს, მაგრამ შეზღუდული ბიუჯეტი მეტის საშუალებას არ იძლევა.

» გამოითქვა მოსაზრება, რომ დაფინანსების გამოთვლა უნდა ხდებოდეს სერვისის მიმწოდებლების და ამ დაფინანსებაზე პასუხისმგებელი სახელმწიფო სტრუქტურების თანამშრომლობის შედეგად. დაფინანსების გამოთვლისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ორგანიზაციის გამოცდილება, მისი ადამიანური და მატერიალური რესურსები, ადგილმდებარეობა, ფასების ზრდა, მომსახურების უწყვეტობის და ორგანიზაციული განვითარების შესაძლებლობა, დამატებითი თანხის გამოყოფა კომუნალური ხარჯებისთვის, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეკეთებისათვის, ინფრასტრუქტურის განვითარებისთვის და მშენებლობისთვის, უცხოური გამოცდილება ამ სფეროში. სამინისტროს წარმომადგენლების განცხადებით, დაფინანსების განსაზღვრისას არ გაკეთებულა რაიმე სპეციალური გამოთვლები, ძირითადად გათვალისწინებულ იქნა საბიუჯეტო რესურსები და მოთხოვნილება აღნიშნულ სერვისებზე. გამოითქვა აზრი, რომ სასურველია სერვისის რეალური ფასის

დათვლა.

» რიგი სხვა ქვეყნების მსგავსად, სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან სასურველად იქნა მიჩნეული დაფინანსების გადანაწილება სხვადასხვა სამინისტროსა და უწყებას შორის, ასევე სასურველია დაფინანსება ხდებოდეს როგორც ცენტრალიზებულად, ასევე ადგილობრივი (მუნიციპალური) ბიუჯეტით. სამინისტროს წარმომადგენელთა განცხადებით, დაფინანსების სისტემაში ხელშესახები ცვლილებების გატარება, მათ შორის დეცენტრალიზებული დაფინანსების სისტემის შემოღება, დაკავშირებულია არა მხოლოდ ჯანდაცვის, არამედ ქვეყნის ზოგად პოლიტიკასთანაც. აღინიშნა, რომ საქართველოში, სოციალური სერვისების დაფინანსების სფეროში, სხვა ქვეყნის გამოცდილების პირდაპირ გადმოტანა ვერ მოხერხდება.

რეკომენდაციები

» შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის საკითხი უნდა იქცეს ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სტრატეგიულ მიმართულებად

» ქვეყანაში დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციებისათვის უნდა არსებობდეს რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის ერთიანი სტანდარტები, რომელიც ერთის მხრივ, განსაზღვრავს რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის ზოგად მიმართულებებს და მეორეს მხრივ, გაითვალისწინებს ბენეფიციართა შეზღუდული შესაძლებლობების სხვადასხვა ხარისხს და ტიპს.

» ფსიქიკური პრობლემების მქონე შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის პროცესის შემდგომი განვითარებისა და სრულყოფისათვის საჭიროა შექმნას თემზე დაფუძნებული სხვა ტიპის სერვისებიც, როგორცაა დაცული სამუშაო, დაცული საცხოვრებელი, კლუბები და სხვა.

» ფსიქიკური პრობლემების მქონე შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობის მიზნით, მათ საჭიროებაზე მორგებული, დიფერენცირებული სერვისების განვითარების ჰარალტელურად, მუდმივად უნდა მიმდინარეობდეს მუშაობა სტიგმის შემცირებაზე შესაბამისი საზოგადოებრივი განწყობების შექმნის გზით.

» სახელმწიფომ ხელი უნდა შეუწყოს შშმ პირთა რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის სფეროში დასაქმებული კადრის პროფესიულ განვითარებას შესაბამისი სასწავლო პროგრამების შექმნისა და მათი ფინანსური უზრუნველყოფის გზით; გამოყენებულ უნდა იქნას თავად ამ სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციებში დაგროვილი თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული გამოცდილება.

» დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების დაფინანსების ვაუჩერული სისტემა საჭიროებს მნიშვნელოვან დახვეწას, რათა გახდეს უფრო მოქნილი და რეალურ საჭიროებებზე მორგებული.

» შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ინტეგრაციის პროცესის გაფართოების და განვითარების მიზნით სასურველია ხდებოდეს „შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა“-ს დაფინანსების ყოველწლიური, ეტაპობრივი ზრდა.

» დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების დაფინანსების გამოთვლა უნდა ხდებოდეს შესაბამისი სახელმწიფო სტრუქტურებისა და სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციების ურთიერთანამშრომლობით, გამომდინარე მოცემულ მომენტში არსებული შესაძლებლობებიდან, მოთხოვნებიდან და სტანდარტებიდან.

» საურველია, სახელმწიფო დაეხმაროს სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციებს სხვა წყაროებიდან (დაფინანსება დონორებიდან, ბიუჯეტის სხვა მუხლებიდან, შეღავათების დაწესება და სხვა) დაფინანსების მოძიებაში, რათა შეივსოს დეფიციტი არსებულ პროგრამულ დაფინანსებასა და რეალურად საჭირო დაფინანსებას შორის.

» დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების განვითარებისა და ამ ტიპის ახალი ორგანიზაციების შექმნის ხელშეწყობის მიზნით სასურველია ამოქმედდეს ახალი სახელმწიფო პროგრამები.

რეკომენდაციები, დაავაზირებული შშმ პირთა შესახებ საანონსო ბაზასთან

1. საქართველოს ჯანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“:

რეკომენდაცია:

» საქართველოს ჯანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ ეტაპობრივად უნდა გადავიდეს სამედიცინო მიდგომიდან სოციალურ-ფუნქციონალურ მიდგომაზე;

» ჯანონში განვირილ ტონისძიებებს უნდა მიეცეს რეალური და შესრულებადი ხასიათი;

» საჭიროა ჯანონში ისეთი მექანიზმების განერა, რომელიც ხელს შეუწყობს შშმ პირთა დასაქმებას;

» აუცილებელია შემუშავდეს შინ მოვლის სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს ბენეფიციართა ბინაზე მომსახურებას.

2. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის სახელმწიფო პონცეფცია:

რეკომენდაცია:

» საჭიროა ეონცეფციაში გაინეროს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთათვის მხარდამჭერი გარემოს შექმნა მათი სოციალური ინტეგრაციის მიზნით.

3. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა:

რეკომენდაცია:

» სამოქმედო გეგმაში საჭიროა გაინეროს თვისობრივად ახალი ტიპის ტონისძიებები, რომელიც უზრუნველყოფს შშმ პირთა სოციალურ ინტეგრაციას.

» სამოქმედო გეგმაში საჭიროა გაინეროს სპეციფიკური ტონისძიებები ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა

სოციალური ინტეგრაციის მიმართულებით.

» სამოქმედო გეგმაში მოცემული აქტივობების შესრულების ინდიკატორებს და შედეგებს უნდა მიეცეს რეალური და გაზომვადი სახე.

» რეზიდენტული დანესებულებების დეინსტიტუციონალიზაციისა და ალტერნატიული სერვისების განვითარებისას საჭიროა გათვალისწინებულ იქნას ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საჭიროებები.

4. შუალედური შედეგების მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მხარდაჭერას მოქალაქეულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის 2010 წლის სახელმწიფო პროგრამა.

რეკომენდაცია:

» დღის ცენტრების მომსახურების მიმღებ ბენეფიციართა დაფინანსების განსაზღვრის დროს სიღარიბის ზღვარი არ უნდა იყოს აბსოლუტური და უპირობო კრიტერიუმი;

» დასაქმების პროგრამების შექმნისას საჭიროა გათვალისწინებულ იქნას ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთათვისაც დასაქმების პირობების შექმნა.

ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების სოციალური ინტეგრაციის პროგრამების მიმოხილვა ევროპის რამდენიმე ქვეყნის მაგალითზე

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის პროექტის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების სოციალური ინტეგრაცია“ - ფარგლებში გაკეთდა ლიტერატურის მიმოხილვა რამდენიმე ევროპულ ქვეყანაში არსებული სოციალური პროგრამებისა და ამ სფეროში არსებული გამოცდილების შესწავლის მიზნით. შერჩეულ იქნა ნიდერლანდები, ლიტვა და ჩეხეთი: ნიდერლანდები, როგორც ერთ-ერთი მატალგანვითარებული სოციალური დაცვის სისტემის მქონე ქვეყანა; ჩეხეთი, როგორც პოსტსოციალისტური წარმატებული ქვეყნის მაგალითი და ლიტვა, როგორც პოსტსაბჭოთა ქვეყანა, რომელთანაც საქართველოს მსგავსი წარსული გამოცდილება გააჩნია სოციალური და ჯანდაცვის სისტემების სფეროში.

ზოგადი ინფორმაცია ქვეყნების შესახებ

ნიდერლანდების მოსახლეობა დაახლოებით 16 მილიონია. ეროვნული შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 37 940 საერთაშორისო დოლარს. ჯანმრთელობის დაცვაზე ქვეყანა ხარჯავს საერთო ეროვნული შემოსავლის 9,3%, რაც ერთ სულ მოსახლეზე სამი ათას საერთაშორისო დოლარზე მეტს შეადგენს.

ნიდერლანდებში ტერმინის - „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანები“-ს ქვეშ გულისხმობენ ადამიანებს, რომლებიც შეზღუდულები არიან ფუნქციონირებაში, როგორც შედეგი მათი ფიზიკური ან ინტელექტუალური დაზიანებებისა. ამ დაზიანებებს აქვთ ხანგრძლივი ან პერმანენტული ხასიათი და საფრთხეს უქმნის ადამიანის პიროვნული განვითარების უნარს. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანები ნიდერლანდების 16 მილიონიანი მოსახლეობის დაახლოებით 3,6 %-ს შეადგენს. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა 30% ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებზე მოდის, საერთო ჯამში 84 000 ადამიანი. ფსიქიკური აშლილობების ჯამური ხარჯები შეადგენს ნიდერლანდების საერთო ეროვნული პროდუქტის 3-4%-ს. აქედან ადამიანები ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობით 103 000-დან 110 000-მდე მოქალაქეა, მათ შორის ზომიერი უნარშეზღუდულობით 40700, ხოლო მძიმე უნარშეზღუდულობით 53600. ფსიქიკური აშლილობების მართვა და, შესაბამისად, ასეთი აშლილობებით გამოწვეული უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებზე ზრუნვა ნიდერლანდების ჯანმრთელობის, სოციალური უზრუნველყოფისა და სპორტის სამინისტროს მიერ მიჩნეულია ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად.

ლიტვის მოსახლეობა 3 408 ათასია, ხოლო ეროვნული შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 14 550 საერთაშორისო დოლარს. ჯანდაცვაზე იხარჯება ქვეყნის საერთო ეროვნული შემოსავლის 6,2%, რაც ვალუტაში შეადგენს ერთ

სულ მოსახლეზე 1041 საერთაშორისო დოლარს.

ლიტვის სოციალური დაცვისა და შრომის სამინისტროს მონაცემებით, 2006 წელს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების რაოდენობა, რომლებიც ღებულობდნენ პენსიას, შეადგენდა 251 243, და შეადგენდნენ ლიტვის მოსახლეობის 7%-ს. განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ადამიანების რაოდენობა შეადგენდა 15 293. აქედან 60%-ს წარმოადგენდა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანები 30-40 %-იანი სამუშაო უნარით (უნარშეზღუდულობის მეორე ჯგუფი); ადამიანები 0-25 %-იანი სამუშაო უნარით, (უნარშეზღუდულობის პირველ ჯგუფი) შეადგენდნენ 13 %-ს. ხოლო ადამიანები 45-55 %-იანი სამუშაო უნარით (უნარშეზღუდულობის მესამე ჯგუფი), შეადგენდნენ 19 %-ს. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვები 7%-ს შეადგენენ. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების 58% არიან სამუშაო ასაკის პირები.

ჩეხეთის რესპუბლიკაში მოსახლეობა 10 მილიონზე ცოტა მეტია. ამ ქვეყნის ეროვნული შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე 20 920 საერთაშორისო დოლარია. ქვეყნის საერთო ეროვნული შემოსავლის 6,8% იხარჯება ჯანმრთელობის დაცვაზე, რაც შეადგენს ერთ სულ მოსახლეზე 1490 საერთაშორისო დოლარს.

ჩეხეთის შრომისა და სოციალური საქმეების სამინისტროს თანახმად, ქვეყანაში 1999 წელს არსებობდა სოციალური მოვლის 929 სერვისი 71 977 ადგილით. აქედან 5 ინსტიტუცია ქრონიკული ფსიქოზური და ფსიქოპათიური აშლილობების მქონე პაციენტებისათვის.

ზოგიერთი საანონმდებლო რეგულაცია

ნიდერლანდებში ტარდება სპეციალურად შემუშავებული პოლიტიკა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის. ამ პოლიტიკის ძირითადი ელემენტებია: უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების მიერ საკუთარი როლის სრულად შესრულება საზოგადოებაში და საზოგადოებამ არ უნდა შექმნას ბარიერები ამ გზაზე; საჭიროა არსებობდეს რესურსები და დაწესებულებები ამ ადამიანების შეზღუდულობის კომპენსაციისათვის; არ უნდა არსებობდეს მათთვის განკუთვნილი იზოლირებული დაწესებულებები ან საცხოვრებელი პირობები, თუ ეს აუცილებელი არ არის; უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების უფლება, გამოთქვან საკუთარი აზრი მათთვის არსებული დაწესებულებებისა და მათი მუშაობის ხარისხის შესახებ.

ნიდერლანდებში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებისთვის სოციალური პროგრამების მიწოდების ძირითადი საანონმდებლო უზრუნველყოფა ხორციელდება კანონით, რომელიც ამოქმედდა 2003 წელს. თავიდან ეს კანონი ეხებოდა პროფესიულ განათლებას, ხოლო მოგვიანებით გაფართოვდა და შეეხო საზოგადოებრივი ტრანსპორტით სარგებლობასაც. კანონის მიზანია ინკლუზიური და მინიმალური იზოლაციური პირობების შექმნა სპეციალური სერვისების განვითარების გზით, დევიზით - „სტანდარტული ყველგან, სადაც შესაძლებელია და სპეციალური, სადაც აუცილებელია“. თანაბარი მოპყრობის

აქტის შემოღებამ გაზარდა ჯანონიერი ღონისძიებების გატარების შესაძლებლობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების დისკრიმინაციის წინააღმდეგ დასაქმებისა და პროფესიული განათლების სფეროებში. უფლებების დარღვევის დროს კლიენტს შეუძლია მიმართოს ორგანოს - თანაბარი მოპყრობის კომისიას და მისი შემთხვევა შესაძლოა გადაეგზავნოს სასამართლოს. ეს ჯანონი ხელს უწყობს აგრეთვე განათლებისა და ჯანდაცვის სამინისტროების მხრიდან ერთობლივი პოლიტიკის გატარებას, რათა 5-დან 16 წლამდე ბავშვებს შეეძლოთ მონაწილეობა მიიღონ სტანდარტულ განათლებაში, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. ჯანონის თანახმად, ყველა ბავშვს, მისი ინტელექტის დონის მიუხედავად, შეუძლია განათლების უფლების მოთხოვნა. ამ მიზნით საგანმანათლებლო და მოვლის ინსტიტუტებს შორის მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობა არსებობს.

ნიდერლანდების მთავრობის ერთ-ერთი საზრუნავს, სახელმწიფო პოლიტიკიდან გამომდინარე, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების დაწესებულებებითა და სერვისებით უზრუნველყოფა და ტერიტორიულად და ფინანსურად ხელმისაწვდომი და მაღალი ხარისხის სერვისების სპექტრის გაფართოება წარმოადგენს. ამ კატეგორიის ადამიანებისათვის შესაფერისი სერვისების განვითარების მიზნით ქვეყანაში ტარდება მრავალი ჯვლევა. მუშაობენ კონსულტაციებისა და ექსპერტიზის ცენტრები, სადაც ფიზიკური და ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის, აგრეთვე ტვინის დაზიანებისა და აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე ადამიანებისათვის საჭირო სპეციალური მოვლის მოთხოვნებს სწავლობენ.

1967 წლიდან ნიდერლანდებში მოქმედებს **გამონაკლისი სამედიცინო ხარჯების აქტი**, რაც წარმოადგენს ხანგრძლივი მოვლისათვის განკუთვნილი დაზღვევის ეროვნულ სქემას. იგი მოიცავს როგორც ზოგადად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე, ასევე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებს. ყველა, ვისი მდგომარეობაც აკმაყოფილებს ამ ჯანონში აღნიშნულ კრიტერიუმებს, ექვემდებარება ავტომატურ დაზღვევას და ვალდებულია გადაიხადოს შენატანი. ამ აქტს ახორციელებენ ჯანმრთელობის დამზღვევი ორგანიზაციები. ისინი ახდენენ სერვისის მიმწოდებლების კონტრაქტირებას, პაციენტის შენატანის მოყრებას და რეგიონული კონსულტაციების ორგანიზებას რეგიონული ჯანდაცვის ოფისებისათვის. სანამ ადამიანი დაექვემდებარება გამონაკლისი სამედიცინო ხარჯების აქტით სერვისის მიღებას, მანამდე განისაზღვრება, რამდენად საჭიროა ასეთი მოვლა მისთვის, ან რა ტიპის და რა მასშტაბის მოვლა სჭირდება. სერვისის ჩვენება განისაზღვრება დამოუკიდებელი ორგანიზაციის მიერ. კლიენტს აქვს უფლება საჭირო მოვლა მიიღოს ფიზიკურად, ან პერსონალური მოვლის ბიუჯეტით, ან ამ ორის კომბინაციით. 2008 წლის მონაცემებით, 85 000 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და 50 000 ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანი სარგებლობს პირველი სახის მოვლით, შესაბამისად 19 000 და 32 000 სარგებლობს პერსონალური ბიუჯეტით, ხოლო ორივეთი 9 000 და 2 000. მოვლის ეს ტიპი 18 წლის ასაკის ზემოთ კლიენტებისგან მოითხოვს შესაბამის ხარჯებში პერსონალურ შენატანს, რომლის ზომა დამოუკიდებელია კლიენტის ასაკზე, მის დასაბეგრ შემოსავალზე და ყოფით პირობებზე.

ლიტვის რესპუბლიკა, როგორც ევროკავშირის წევრი ქვეყანა, ცდილობს თანაბარი შესაძლებლობები შეუქმნას განურჩევლად ყველა მოქალაქეს. ერთ-ერთი საკვანძო საკანონმდებლო აქტი, რომელიც 2005 წლის 1 იანვრიდან ამოქმედდა, არის „**ლიტვის რესპუბლიკის თანაბარი შესაძლებლობების კანონია** (მიღებული იყო 2003 წელს). ეს კანონი მოიცავს დისკრიმინაციის აკრძალვას, მათ შორის შუბლედული შესაძლებლობების საფუძველზეც. თანაბარი შესაძლებლობების გარანტი არის სახელმწიფო. ასევე კანონში მკვეთრადაა განსაზღვრული იმ მხარეების ქმედებები, რომლებიც თანაბარი შესაძლებლობების პრინციპების ყველაზე მნიშვნელოვან პოტენციურ დამრღვევებს წარმოადგენენ. ასეთი მხარეებია: მუნიციპალიტეტები (რომლებიც ავითარებენ და ახორციელებენ კანონებს, პროგრამებს, ღონისძიებებს და ა.შ.), პედაგოგიური დაწესებულებები, სამეცნიერო და აკადემიური წრეები (რომლებიც არჩევენ სტუდენტებს, ადგენენ მათთვის საგანგებო სასწავლო კურიკულუმებს), დამსაქმებლები (რომლებიც ასაქმებენ, ქმნიან სამუშაო პირობებს და უზრუნველყოფენ პროფესიულ ზრდას, გასცემენ ხელფასებს). ადამიანს, რომელიც თვლის, რომ მისი უფლებები აღნიშნული კანონის მიხედვით დაირღვა, შეუძლია მიმართოს თანაბარი შესაძლებლობების ომბუდსმენს და შემდეგ სასამართლოს. ამჟამად ქვეყანაში ხოციელდება მორიგი ანტიდისკრიმინაციული ეროვნული პროგრამა 2008-2010, რომელიც შუბლედული შესაძლებლობების საფუძველზე დისკრიმინაციის აღმოფხვრას ეძღვნება. პროგრამა ფინანსდება ქვეყნის ბიუჯეტითა და ევროკავშირის თანადაფინანსებით.

2005 წლიდან ლიტვაში მოქმედებს **შუბლედული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების სოციალური ინტეგრაციის კანონი**, რომელიც უზრუნველყოფს რა ასეთი ადამიანების თანაბარ უფლებებს, განსაზღვრავს ინტეგრაციისათვის აუცილებელ წინაპირობებს და პირობებს, აგრეთვე პასუხისმგებელ პირებს, აფასებს 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და სამუშაო ასაკის პირების დასაქმების უნარებს, განსაზღვრავს სპეციალური საჭიროებების შეფასების პროცედურებს და მათი დაქმდობის გზებს. ამ კანონით ხდება უნარშუბლედულობის დონის შეფასება. კანონის მიხედვით 18 წლამდე ასაკის ბავშვების უნარშუბლედულობის დონე შეიძლება იყოს მაღალი, საშუალო და დაბალი. დონე განისაზღვრება ჰოლისტური მიდგომით - მხედველობაში მიიღება პიროვნების ჯანმრთელობა, დამოუკიდებლობისა და განვითარების უნარები, აგრეთვე გარემო და სხვა ფაქტორები. კანონის საბოლოო მიზანია, ამაღლოს შუბლედული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების დასაქმების დონე და დაეხმაროს მათ დამოუკიდებელ ცხოვრებაში. სოციალური ინტეგრაციის კანონი აგრეთვე განსაზღვრავს, რომ სოციალური ინტეგრაციის სისტემა შედგება სამედიცინო, პროფესიული და სოციალური რეაბილიტაციის სერვისებისაგან და აქმაყოფილებს შუბლედული შესაძლებლობების მქონე პირთა სპეციალურ საჭიროებებს, მათთვის დაცულ დასაქმებას, სოციალურ მხარდაჭერას, განსაზღვრავს პენსიებისა და შელავათების დაწესებასა და გადასახადს სოციალური დაზღვევის ფონდში, გადასახადს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდში, უზრუნველყოფს მონაწილეობის თანაბარ შესაძლებლობებს კულტურულ, სპორტულ და საზოგადოებრივი ცხოვრების სხვა სფერო-

ოებში.

ჩეხეთში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის განუთვნილი სოციალური სერვისების მიწოდება რეგულირდება სხვადასხვა საკანონმდებლო აქტებითა და დეკრეტებით. მაგალითად, ხანგრძლივი მოვლის სოციალური სერვისები მიეწოდება **სოციალური დაცვის აქტის** ფარგლებში, რომელიც განმარტავს, რომ ასეთი მოვლა განუთვნილია ადამიანებისათვის, რომელთაც არ შეუძლიათ საკუთარი ბაზისური საჭიროებების დაქმნა ფიზიკურად ასაკის ან უნარშეზღუდულობის გამო. ასეთი სერვისებია ინსტიტუციური მოვლა ან დღის ცენტრები. სხვა სერვისები არანაირი სტატუსით არ რეგულირდება. აგრეთვე არ არის რეგულირებული სოციალური სერვისების ხარისხის კონტროლი. ამჟამად ჩეხეთში მზადდება ახალი აქტი, რომელიც ამ საკითხებსაც ითვალისწინებს. ჩეხეთში უნარშეზღუდულობის შეფასებას ახდენს სოციალური დაცვის ადმინისტრაციის ექიმი. შეფასება არ წარმოადგენს გადაწყვეტილებას, რომელსაც იღებს სპეციალური ორგანო, თუ რა შეტავათი ან სერვისი სჭირდება ბენეფიციარს ექიმის შეფასების გათვალისწინებით. გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს ზემდგომ ორგანოებში ან სასამართლოში. ამ შემთხვევაში ჯანმრთელობის შეფასებას სასამართლოსთვის ახდენს ჯანდაცვის სამინისტროს ექსპერტი. უნარშეზღუდულობის საფუძველზე ბენეფიციარებს ენიშნებათ სხვადასხვა შეტავათი, მაგალითად, მშობლის ხელფასი ენიშნება ხანგრძლივი ან მძიმე უნარშეზღუდულობის 7 წლამდე ასაკის ბავშვის მშობლებს.

ქვეყნებში მოქმედი ზოგიერთი სახელმწიფო პროგრამა

ამჟამად ლიტვაში ხორციელდება 2003-2013 წლის **შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების სოციალური ინტეგრაციის პროგრამა**, რაც ეფუძნება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების სოციალური ინტეგრაციის ჯანონს. ამ პროგრამის მიხედვით სოციალური ინტეგრაციის სისტემა ისე უნდა იყოს ორგანიზებული, რომ მან უზრუნველყოს თანაბარი უფლებები, თანაბარი შესაძლებლობები, დისკრიმინაციის პრევენცია, უზრუნველყოს არჩევანის დამოუკიდებლობა და თავისუფლება, ხელმისაწვდომობა, შეზღუდული შესაძლებლობების კომპენსაცია, დეცენტრალიზაცია და დესტიგმატიზაცია. პროგრამის საკვანძო პრიორიტეტებია: შეიქმნას პიროვნული ყოველმხრივი შეფასების სისტემა - რეაბილიტაციის უკვე გამოყენებული, ან დაგეგმილი ღონისძიებების ობიექტული შეფასება დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის პიროვნების უნარების გათვალისწინებით; შეიქმნას ყოველმხრივი რეაბილიტაციის სისტემა - გაუმჯობესდეს სამედიცინო, ოკუპაციური, სოციალური და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარ-ჩვევების ტრენინგთან ერთად; შეიქმნას თანაბარი შესაძლებლობები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის - გაუმჯობესდეს სატრენინგო და პროფესიული მომზადების სისტემები და ა.შ. 2005 წლიდან ამ პროგრამის ფარგლებში ლიტვის მთავრობამ სოციალური დაცვისა და შრომის სამინისტროს ეგიდით შექმნა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების საქმეთა დეპარტამენტი. ქვეყანაში ასევე არსებობს შრომის გაცვლის ტერიტორიული ოფისები, შეზღუდული შესაძლებლობებისა და დასაქმების უნარის შეფასების ტერიტორიული ოფისები, პრო-

ფესიული რეაბილიტაციის ცენტრები.

სოციალური სისტემის რეფორმის ფარგლებში ამჟამად ლიტვაში მიმდინარეობს **სოციალური სერვისების განვითარების პროგრამა**, რაც მიზნად ისახავს ამ სერვისების ინფრასტრუქტურის განვითარებას და მოიცავს რეგიონული სოციალური სერვისების დაფინანსებას სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ტენდერების სახით, სოციალური დაცვისა და შრომის სამინისტროს უგიდით. პროგრამის ძირითადი მიზნებია: სოციალური სერვისების სისტემის გაძლიერება ყველა არსებული ადამიანური, ფინანსური და მატერიალური რესურსების გამოყენებით; მუნიციპალიტეტების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, რელიგიური თემების ინიციატივებისა და ურთიერთთანამშრომლობის წახალისება; პროგრამის მიზნებისათვის სახელმწიფო და მუნიციპალური ბიუჯეტების მისადაგება, ასევე საერთაშორისო ფონდებიდან და კერძო პირებიდან თანხების მოზიდვა; ადგილობრივი თემებისა და ბენეფიციარების ინიციატივების წახალისება; სერიოზული სოციალური პრობლემის წარმოშობის პრევენცია მუნიციპალიტეტებისა და არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვის სპეციალური პროექტების მომზადებისა და უკონკურსის გზით საუკეთესოს შერჩევასა და ბიუჯეტური თანადაფინანსების შესაძლებლობების შექმნის გზით. 1989-2005 წლებში აღნიშნული პროგრამა დაფინანსდა 34.52 მლნ ლიტით. პროგრამის ფარგლებში განხორციელდა 161 პროექტი და სერვისები მიეწოდა საშუალოდ თვეში 6 162 ბენეფიციარს. 2005 წელს 9 600 ბენეფიციარმა მიიღო მოვლის სერვისები სახლში, აქედან ორი მესამედი იყო შუბლუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანი.

1 700 შუბლუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვმა და 34 600 მოზრდილმა მიიღო დღის ცენტრების მომსახურება. 2007 წელს **პროფესიული რეაბილიტაციის სისტემის განვითარებისათვის შეიქმნა პროფესიული რეაბილიტაციის სერვისების განვითარების სტრატეგიის** სამუშაო ვარიანტი 2007-2012 წლებისათვის. ამ დოკუმენტში ჩამოყალიბებულია სისტემის განვითარების ხანგრძლივი მიზნები, მაგალითად, საკანონმდებლო გაუმჯობესება, ხელმისაწვდომობის გაზრდა, სერვისების მრავალფეროვნებისა და ხარისხის გაზრდა.

ჩებუთში შუბლუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებს, მათ შორის ფსიქიკური უნარშეზღუდულობის მქონეთ, მინიჭებული აქვთ შრომის ბაზარზე დაცულობის მაღალი ხარისხი. ამისათვის ქვეყანაში ხორციელდება სხვადასხვა პროგრამები, როგორცაა **პროფესიული რეაბილიტაცია** - რომლის მიზანია შუბლუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანის მიერ შესაფერისი სამუშაოს მოძენა და შენარჩუნება. ამ პროგრამას პირადი განცხადების საფუძველზე აწვდის და აფინანსებს შრომის ოფისი, რომელიც ბენეფიციართან ერთად ადგენს პროფესიული რეაბილიტაციის ინდივიდუალურ გეგმას; **ტრენინგი სამუშაოსათვის** - პირველადი ტრენინგი შუბლუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანისათვის შრომის ოფისთან შეთანხმებული შესაფერისი სამუშაოსათვის. ასეთი ტრენინგი ტარდება ასისტენტის დახმარებით და გრძელდება მაქსიმუმ 24 თვე; არსებობს აგრეთვე **სპეციალიზირებული რეტრენინგების კურსები**; **დაცული სამუშაო ადგილები** - მათ ქმნის დამსაქმებელი შუბლუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანისათვის შრომის ოფისთან შეთანხმების საფუძველზე. ასეთი სამუშაო ადგილები დამსაქმებელმა უნდა შეინარ-

ჩუნოს სულ ცოტა, 2 წლის განმავლობაში; **დაცული სახელოსნოები** - დამსაქმებლის მიერ შექმნილი სამუშაო, სადაც დასაქმებულთა მინიმუმ 60%-ს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანები შეადგენენ. შრომის ოფისმა შესაძლოა შენატანი გაიღოს, რათა დამსაქმებელმა შექმნას დაცული სამუშაო ადგილები და დაცული სახელოსნოები. დამსაქმებლებს უნაზღაურებენ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის ჩატარებულ ტრენინგებს. თუ უნარშეზღუდული ადამიანები საერთო დასაქმებულთა 50%-ზე მეტი იქნებიან, დამსაქმებელი იღებს შესაბამის დაფინანსებას. აგრეთვე, თუ დამსაქმებელი 25 პიროზე მეტს დაასაქმებს, აქედან 4%-ს მაინც უნდა შეადგენდნენ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანები.

შეზღუდული შესაძლებლობების ამონა აღამიანებისთვის განუთვნილი სარვისები

ნიდერლანდებში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისათვის გათვალისწინებული სერვისების ჩამონათვალს განსაზღვრავს გამონაკლისი სამედიცინო ხარჯების აქტი და მასთან დაკავშირებული საჯანონმდებლო აქტები. სერვისების მოწყობა ორი ძირითადი პრინციპით ხორციელდება: იგი უნდა იყოს ბენეფიციარის საჭიროებებზე მორგებული და ხელს უნდა უწყობდეს ბენეფიციარის დამოუკიდებლად საკუთარ სახლში ცხოვრების გახანგრძლივებას. განასხვავებენ ექვს ფუნქციას, რის მიხედვითაც ხდება სერვისების შერჩევა: პერსონალური მოვლა (პირადი ჰიგიენის დაცვა, ჩაცმა, ტუალეტით სარგებლობა, ყვება და ა.შ.); საექთნო მოვლა (ჭრილობების მოვლა, მედიკამენტების მიცემა, ინექციების გაკეთება და ა.შ.); მხარდამჭერი გაძღოლა (ყოველდღიური ცხოვრების ორგანიზებაში დახმარება, დღის აქტივობების განხორციელება, საკუთარი საცხოვრებლის მოვლა და ა.შ.); გამააქტივებელი გაძღოლა (კლიენტისთვის დახმარების განევა ქვევის მოდიფიცირებაში, როცა ფსიქოლოგიური და ქვევითი პრობლემები არსებობს); მკურნალობა (არსებული დაავადების მართვაზე მიმართული მოვლა); საცხოვრებელი (დაცული საცხოვრებელი, ინსტიტუცია და ა.შ.). მოვლა ბენეფიციარს მიენიჭება „პროდუქტის“ სახით, რომელიც შედგება სხვადასხვა ფუნქციონალური ფორმების კომბინაციისაგან. აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში დიდ პრობლემას წარმოადგენს ამ სერვისებით სარგებლობის ლოდინის დრო. ამიტომ ხდება იმ ადამიანების რეგისტრაცია, რომლებიც ელოდებიან დახმარებას. შექმნილია ეროვნული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და გარემოს დაცვის ინსტიტუტის ვებ-გვერდი, სახელწოდებით „ეროვნული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ატლასი.“ არსებობს მოვლის ოფისები, რომლებიც შესაფერისი სერვისების შერჩევასას მაკოორდინირებელ როლს ასრულებენ.

ნიდერლანდების მოსახლეობის 16%-ს ხანგრძლივი ფსიქიკური აშლილობა აღენიშნება. ვარაუდობენ, რომ დაახლოებით ნახევარი, ვისაც ასეთი სახის ქრონიკული აშლილობა აქვს, მნიშვნელოვან პრობლემებს განიცდის. 80-იანი წლების ბოლოს სახელმწიფომ და საზოგადოებამ მზარდი ყურადღება მიაქციეს ქრონიკული აშლილობის მქონე ადამიანების პრობლემებს და მათთვის შესაფერისმა მოვლამ გადაინაცვლა თემში, აგრეთვე ყურადღების ფოკუსმა დაავადებიდან ამ დაავადების მქონე ადამიანზე გადაინაცვლა, რომელსაც შესა-

ძლებლობა მიეცა იცხოვროს დამოუკიდებლად და შესაბამისი მოვლა მიიღოს საკუთარ საცხოვრებელში. 2008 წლის მონაცემებით, უნარშეზღუდულობის მქონე 66 000 ადამიანი და ფსიქიკური აშლილობების მქონე 23 000 ადამიანი სარგებლობდა რეზიდენციული სერვისებით, ხოლო შინ მოვლა მიეწოდა შესაბამისად 47 000 და 61 000 ადამიანს. 2001 წლის ბოლოსთვის დაწესებულებები ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანებისათვის მოიცავდა შემდეგს: **ხანგრძლივი და ხანმოკლე რეზიდენციული სერვისები** (ინტრამურალური); ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის მქონეთათვის 35 346 საწოლი/ადგილი, ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის მქონე ახალგაზრდებისათვის (2 545 ადგილით); სერვისები რეზიდენციული ფუნქციებით (სემიმურალური); **ოჯახის ჩანაცვლების სახლები** ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის მქონეთათვის (18 418 ადგილით); დღის ცენტრები; დღის **ცენტრები** ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის მქონე ხანდაზმული პირებისათვის (12 980 ადგილით), დღის ცენტრები ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის მქონე ბავშვებისათვის (4 506 ადგილით).

ნიღერლანდებში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის არსებული დღის ცენტრები ზოგადად შეიძლება შემდეგნაირად დახასიათდეს: ისინი წარმოადგენენ არასახელმწიფო ორგანიზაციებს. ცალკეა სერვისები ფსიქიკური აშლილობებისა და ცალკეა ინტელექტუალური შეფერხების მქონე პირებისათვის. სერვისებში მომართვა ხდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლიდან (ოჯახის ექიმი) ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა სერვისიდან. ამ სერვისებში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ოჯახურ გარემოსთან მიახლოებას. მნიშვნელოვანი/უმეტესი წილი უკავია **დასაქმების სერვისებს**, ამასთან ბენეფიციარები ანაზღაურებას არ იღებენ. პერსონალი მუშაობს მულტიდისციპლინარული გუნდის შემადგენლობაში, ძირითადად დასაქმებული არიან მედდები და სოციალური ან ორთოპედագოგები. დღის ცენტრებში უზრუნველყოფენ ტრანსპორტირებას, ვისთვისაც ეს საჭიროა, დანარჩენი ბენეფიციარები თავად მგზავრობენ. ყოველ მომხმარებელზე მულტიდისციპლინარული გუნდი ადგენს ინდივიდუალურ გეგმას. გეგმის მიხედვით ხდება მიღწევების სავალდებულო გადამოწმება, რომლის უნიფიცირებული ფორმა არ არსებობს. დაფინანსება მიბმულია მომხმარებელზე (ეერძო სავალდებულო დაზღვევა) და საათობრივია.

ნიღერლანდებში დიდი სამუშაო გასწიეს ფსიქიკური პრობლემების გამო შშმ პირებისათვის არსებული სერვისების სპექტრის გაფართოებისათვის, ამ მიზნით აშენდა მცირე ზომის საცხოვრებლები და ნება დართეს ადამიანებს, შეეძინათ მათთვის საჭირო სერვისი კლიენტთან დაკავშირებული ბიუჯეტით. გაიზარდა შინ ზრუნვის მასშტაბები, რომელსაც ეწევიან პროფესიონალები და ნაწილობრივ ადამიანები კლიენტის უშუალო გარემოცვიდან (ფორმალური და არაფორმალური მოვლა). ამ სერვისებს ადამიანები მიმართავენ საკუთარი სამედიცინო დამზღვევისა ან ადგილობრივი ხელისუფლების მეშვეობით. აგრეთვე დიდი ყურადღება ექცევა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების მხარდაჭერას ადგილობრივ თემში. ამისათვის იქმნება სპეციალური მცირე ზომის საცხოვრებელი დაწესებულებები. სულ უფრო ხშირად ამბობენ

უარს საზოგადოებიდან განცალკევებულ დიდ ინსტიტუციებზე, ან ფართო ოჯახური ტიპის ჩანაცვლებით სახლებზე. სულ უფრო მეტი ალტერნატიული საცხოვრებელი იქმნება შუბლედული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებისათვის, რათა მათ არ იცხოვრონ საზოგადოებიდან განცალკევებით, თუ ასეთი სურვილი არა აქვთ. ეს მოიცავს საცხოვრებლებს, სადაც ადამიანები დამოუკიდებლად ცხოვრობენ, თუმცა მათზე ხორციელდება სუპერვიზია; ბინების კომპლექსები, სადაც ხდება დახმარება გამოძახებით და სახლები, რომლებიც ადაპტირებულია ოჯახებისათვის შუბლედული შესაძლებლობის მქონე წევრით. ასეთი საცხოვრებლების განვითარების პროცესში უკეთ უკორდინირების მიზნით ნიდერლანდების ჯანდაცვის და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო მუშაობს მშენებლობისა და სივრცის დაგეგმარების სამინისტროსთან ერთად.

ნიდერლანდებში მეტად მნიშვნელოვანია კლიენტისთვის მხარდაჭერის აღმოჩენა, რათა მათ საკუთარი გადაწყვეტილება მიიღონ სერვისებისა და მოვლის ტიპის არჩევაში და გამოხატონ ეს გადაწყვეტილებები. ამ მიზნით 2005 წელს ამოქმედდა ახალი ორგანიზაცია MEE, რომელიც წარმოადგენს ახალი სტილის მიდგომას, რაც აღრე ცნობილი იყო სოციალური პედაგოგიის სამსახურის სახელით. ეს დაწესებულება მხარდაჭერას აღმოუჩენს ყველა ადამიანს ფიზიკური ან ინტელექტუალური უნარშუბლედულობით. ადამიანები MEE-ს მიმართავენ კითხვებით და რჩევისა და მხარდაჭერის თხოვნით ყოველგვარი ტოლინის დროის გარეშე. ეს შეკითხვები შეიძლება შეეხებოდეს განათლებას, საცხოვრებელს, სამუშაოს, სოციალურ უზრუნველყოფას, შემოსავალს, ტრანსპორტს ან დასვენებას. ნიდერლანდებში უზრუნველყოფილია შუბლედული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებისათვის ობიექტური და დამოუკიდებელი ინფორმაციის მიწოდება, რათა მათ სასურველი სამედიცინო დაწესებულება შეარჩიონ. ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროსთან შექმნილია საინფორმაციო ცენტრი, რომელიც კლიენტებს უარგად ორგანიზებულ ინფორმაციას აწვდის სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ. ამასთან, მოვლის უზრუნველყოფის საბჭო გამოსცემს სამედიცინო დაწესებულებების კომპასს მომხმარებლებისათვის.

სერვისები შუბლედული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის, ქრონიკული ფსიქიატრიული პაციენტებისათვის და ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის მონყობილია ისე, რომ გაუმჯობესდეს დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო მათი უნარები. ეს სერვისები მოიცავენ დღის ცენტრებს, საკვებით მომარაგებას, მონიტორინგის სასიგნალო სისტემას, ტრანსპორტს და ა. შ. ეს სერვისები 2006 წლამდე რეგულირდებოდა აქტით „სერვისები შუბლედული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის“ განსაჯერებული სამედიცინო ხარჯებისა და სოციალური უეთილდღეობის აქტებით, ხოლო 2006 წლიდან რეგულირდება სოციალური მხარდაჭერის აქტით.

ფსიქიკური პრობლემების გამო შუბლედული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებს აგრეთვე შეუძლიათ ისარგებლონ ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირებისათვის არსებული სხვა სერვისებითაც. საერთოდ, ნიდერლანდებში ცდილობენ შეამცირონ ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტების მი-

მართვა სპეციალიზებულ ინსტიტუციებში პირველადი ჯანდაცვის როლის გაძლიერებით (ოჯახის ექიმები, ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები) ფსიქიკური აშლილობების გამოვლენასა და მკურნალობაში. პრიორიტეტულადაა მიჩნეული ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტების სოციალიზაცია, რათა მათ შეეძლოთ იცხოვრონ და იმუშაონ თემში. ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემა ნიდერლანდებში იყოფა ზოგად, კატეგორიულ და სპეციალიზებულ ინსტიტუციებად. მოქმედებს აგრეთვე დამოუკიდებელი ფსიქოლოგიური, ფსიქოთერაპიული და ფსიქიატრიული სამსახურები. სექტორში გამოყოფენ მკურნალობას (გამოჯანმრთელებაზე მიმართულს) და მოვლას (ქრონიკული აშლილობების მქონე პაციენტებისათვის).

სადღეისოდ **ლიტვაში** შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის არსებობს შემდეგი ზოგადი სოციალური **სერვისები**: ნიშნების ენაზე თარგმნა, კომპენსატორული მონყობილობებით მომარაგება, დამხმარეები, ხელმძღვანელები, ასეთი პირების სპეციალური საჭიროებებისათვის ყოფითი პირობების ადაპტაცია, ტრანსპორტი, ინფორმაციითა და კონსულტაციებით უზრუნველყოფა, ყოველდღიურ ყოფაში დახმარება, მოვლის სახლები, ფინანსური, მატერიალური და საკვებით დახმარება და სხვა. როცა ზოგადი სოციალური სერვისები არაეფექტურია, მაშინ სერვისები მიეწოდებათ სტაციონარული და სტაციონარგარეშე სოციალური მოვლისა და რეაბილიტაციის ინსტიტუციებით. ეს ინსტიტუციები არსებობენ სხვადასხვა იურისდიქციის დონეებზე - რეგიონული სოციალური მოვლის ინსტიტუციები ფსიქიკური უნარშეზღუდულობის მქონე მოზრდილების, ბავშვებისა და ახალგაზრდებისათვის, აგრეთვე არსებობენ მუნიციპალური და არასამთავრობო მოვლის ინსტიტუციები და დღის ცენტრები. სოციალური სერვისების ძირითადი ორგანიზება ეყრდნობა მუნიციპალიტეტებს, რომლებიც განავითარებენ სოციალურ ინფრასტრუქტურას თემში, უზრუნველყოფს მათთვის ფინანსურ წყაროებს, აგრეთვე აფასებს ბენეფიციარების სპეციალურ საჭიროებებს შესაფერისი სერვისების შერჩევისათვის. ამ მიზნით მუნიციპალიტეტები თანამშრომლობენ სხვა მუნიციპალიტეტებთან, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რელიგიურ თემებთან და კერძო პირებთან, რომლებიც სერვისის მიმწოდებლებს წარმოადგენენ.

ლიტვაში არსებული სერვისები, რომლითაც სარგებლობენ ფსიქიკური უნარშეზღუდულობის მქონე პირებიც, შესაძლებელია მოკლედ შემდეგნაირად დახასიათდეს: **მხარდაჭერა სახლის პირობებში/შინ ზრუნვა** - მოიცავს ბენეფიციარის მიერ საკუთარი სახლის მოვლას, პირად ჰიგიენას, საკვების შექმნასა და მომზადებას, გადასახადების გადახდას, ექიმის გამოძახებას, მედიკამენტების შექმნას, სამრეცხაო და მსგავს საქმიანობებს. ყოველი მუნიციპალიტეტი განსაზღვრავს შინ ზრუნვის პროცედურებს, ამტკიცებს სერვისების ჩამონათვალსა და ტარიფებს. სერვისების განფასება ძირითადად დაჯავშირებულია შემოსავალსა და ოჯახის შემადგენლობაზე, ბენეფიციარის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, სერვისის სახეობასა და ხანგრძლივობაზე. საჭირო თანხას გამოყოფს მუნიციპალიტეტი. **დღის მოვლის სერვისები** - მიეწოდებათ **დღის ცენტრებში**, სადაც უტიენტები იმყოფებიან დღის განმავლობაში, ჩართულები

არჩან სატრენინგო პროგრამებში, ისვენებენ ან შრომითი აქტივობებით არჩან დაჯავებულები. თუ აუცილებელია, პერსონალური ჯანმრთელობის დაცვა, საცხოვრებელი და სხვა სერვისები ასევე შესაძლოა დღის ცენტრებში მიენოდოს; სოციალური რეაბილიტაციის სერვისები - მიენოდებათ უშეზღუდელი შესაძლებლობების მქონე ადამიანებს დღის ცენტრებში, ბავშვთა განვითარების ცენტრებში, სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრებში, შრომითი თერაპიის ცენტრებში, შრომის ცენტრებში, შრომითი ტრენინგის ცენტრებში, დასაქმების ცენტრებში და ოჯახის მხარდაჭერის ცენტრებში. ამ ცენტრების მიზნებია ფიზიკური და ფსიქიკური უნარების განვითარება და მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის ფასილიტაცია სოციალური, პედაგოგიური, საჯანონმდებლო და სხვა მხარდაჭერის გზით; **სტაციონარული მოვლის სერვისები** - მიენოდებათ მოვლის სახლებში ფსიქიკური უნარშეზღუდულობის მქონე ბავშვებს, მოზრდილებს, ახალგაზრდებს. ისინი სთავაზობენ დროებით და მუდმივ საცხოვრებელს ბენეფიციარებს, რომლებსაც დამოუკიდებლად ცხოვრება საკუთარ სახლებში არ შეუძლიათ; **სხვა სერვისები** - როცა ჩამოთვლილი სერვისები არასაკმარისია, მუნიციპალიტეტებს შეუძლიათ შექმნან სპეციალურ საჭიროებებზე მორგებული სერვისები, მაგალითად, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე სტუდენტებისათვის ნიშნების ენაზე თარგმნა, ბილეთები სხვადასხვა დაწესებულებებით სარგებლობისათვის და სხვა; შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დასაქმების უნარის გაზრდის, მათი პროფესიული კომპეტენციისა და შრომის ბაზარზე მონაწილეობის მიზნით, ლიტვაში არსებობს **პროფესიული რეაბილიტაციის სერვისები**. მათ გამართულ მუშაობაზე პასუხისმგებლობა დაკისრებული აქვს სოციალური დაცვისა და შრომის სამინისტროს.

ჩეხეთში ფსიქიკური უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანების სპეციალური საჭიროებების დაკმაყოფილებისათვის მრავალფეროვანი სოციალური სერვისი არსებობს, რომელიც მოიცავს პირადი ჰიგიენის დაცვის უნარების განვითარებას, საკვებით მომარაგებას, საცხოვრებელს, საყოფაცხოვრებო საქმიანობაში მხარდაჭერას, ბავშვების მოვლაში დახმარებას, ფსიქოთერაპიებსა და სოციალურ თერაპიებს, ასეთი ადამიანების უფლებებისა და ინტერესების დაცვას. სერვისების მიზანს, უპირველეს ყოვლისა, წარმოადგენს პიროვნების განვითარების ხელშეწყობა ან არსებული დონის შენარჩუნება, ბენეფიციარის დაბრუნება საკუთარ საცხოვრებელ გარემოში და ა.შ.

ჩეხეთში არსებული სოციალური სერვისები მოიცავს: **სოციალური კონსულტაცია** - საჭირო ინფორმაციის მიწოდება ბენეფიციარისათვის, პრობლემების გადაჭრის სხვადასხვა საშუალებების შეთავაზება. უფრო ხშირად სოციალური კონსულტაცია წარმოადგენს სხვა სოციალური სერვისების შემადგენელ ნაწილს, ან არსებობს დამოუკიდებლად და ყოველთვის უფასოდ მიენოდება მომხმარებელს; **შინ მოვლა** - ბენეფიციარის მხარდაჭერა პირადი ჰიგიენის დაცვაში, კვების ორგანიზებასა და საყოფაცხოვრებო საქმიანობაში. ეს სერვისი მიენოდება სახლში ბენეფიციარის თანადაფინანსებით; **პერსონალური მხარდაჭერა** - ბენეფიციარის მხარდაჭერა პირადი ჰიგიენის დაცვაში, საზოგადოებრივი ტრანსპორტით სარგებლობაში, საყოფაცხოვრებო საქმიანობაში, ოჯახთან და ფართო საზოგადოებასთან კონტაქტის დამყარებაში. ასეთი

სერვისი ბენეფიციარს მიეწოდება მისი ყოველდღიური საქმიანობის განხორციელების პროცესში: სახლში, სამუშაო ადგილზე და ა.შ. იგი ასევე მოიცავს კითხვას, თარგმნასა და გიდის მომსახურებას. ეს სერვისიც ნაწილობრივ ბენეფიციარის მიერ ფინანსირდება; **მოვლა დასვენების მიზნით (Respite care)** - სერვისი მიეწოდება ბენეფიციარს, როცა მისი ოჯახის წევრები/მომვლელი შინ არ არის, სამუშაოზეა, ისვენებს ან რაიმე საქმიანობითაა დაკავებული. ეს სერვისი შეიძლება მიეწოდოს როგორც სახლში, ისე სპეციალიზებულ ინსტიტუციებში (დღის ცენტრი ან ხანმოკლე, სამ თვემდე ინსტიტუციაში მოთავსება). ბენეფიციარი აქაც მონაწილეობს დაფინანსებაში; **დღისა და ჯირის მოვლის ცენტრები** - გამიზნულია იმ ბენეფიციარებისათვის, ვისაც არ შეუძლია მთელი დღე შინ იმყოფებოდეს სხვა პირის მხრიდან მხარდაჭერის გარეშე. ხანმოკლე საცხოვრებლის შეთავაზება შეიძლება ამ სერვისის ნაწილს შეადგენდეს. სერვისის თანადაფინანსებაში მონაწილეობს ბენეფიციარი; **სახლები ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობის მქონე პირთათვის** - ეს სერვისი განკუთვნილია იმ პირებისათვის, რომელთაც დამოუკიდებლად ცხოვრება საკუთარ სახლში არ შეუძლიათ. სერვისით სარგებლობის დრო შეუზღუდავია და ბენეფიციარი მონაწილეობს მის დაფინანსებაში; **დაცული საცხოვრებელი** - სერვისი მიეწოდება იმ პირებს, რომელთა უნარები პირადი ჰიგიენის დაცვისა და საყოფაცხოვრებო საქმიანობაში შეზღუდულია, მაგრამ მათ სურთ იცხოვრონ დამოუკიდებლად სტანდარტულ გარემოში. თავად საცხოვრებელს უვლის სერვისის მიმწოდებელი და ბენეფიციარი აქაც მონაწილეობს დაფინანსებაში; **ადრეული ჩარევის სერვისები** - ორიენტირებულია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებიან ოჯახებზე და მოიცავს საგანმანათლებლო, სოციალურ და ჯანმრთელობის მოვლის ტონისძიებებს. სერვისის მიზანია მშობელთა კომპეტენციის გაზრდა ასეთი ბავშვის მოვლის საქმეში. სერვისი მიეწოდება სახლში ან დღის ცენტრში და უფასოა; **თავშესაფრები** - განკუთვნილია უსახლკარო უნარშეზღუდულობის მქონე ბენეფიციარებისათვის, რომლებიც დაინტერესებული არიან საკუთარი საცხოვრებლის შექენით. აქაც ბენეფიციარის მხრიდან ხორციელდება თანადაფინანსება; **ლამის თავშესაფრები** - აქ ბენეფიციარები მხოლოდ ლამით რჩებიან და ისინი არ არიან დაინტერესებული საკუთარი საცხოვრებლის შექენით. სერვისი აწვდის არა მარტო ლამის გასათევსა და საკვებს, არამედ ინფორმაციას სოციალური სერვისების შესახებ, რომლებიც ბენეფიციარს პრობლემების გადაჭრაში დაეხმარება. აქაც თანადაფინანსების პრინციპი მოქმედებს.

მონიტორინგის მექანიზმები

ნიდერლანდებში დიდი ყურადღება ექცევა მოვლის სერვისების მუშაობის ხარისხის კონტროლს. 1996 წლიდან მოქმედებს მოვლის ინსტიტუციების ხარისხის აქტი, რომელიც ადგენს შესაბამის მოთხოვნებს. ამ კანონის თანახმად, ინსტიტუციები ნიდერლანდებში მოვალენი არიან მომხმარებელს მიაწოდონ „მატალი ჰასუხისმგებლობის მოვლა“. შემუშავებულია ხარისხის სისტემები და მეთოდები. 2004 წელს ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრომ სერვისის მიმწოდებლებთან, ჯანმრთელობის დამზღვევებთან, კლიენ-

ტებთან უონსულტაციების შემდეგ შეიმუშავა მოვლის ხარისხის ეროვნული გეგმა. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დადებითი მაგალითების პროპაგანდას, ბი-უროკრატიის შემცირებას და საზოგადოებრივ პასუხისმგებლობას მიწოდებული სერვისების ხარისხისა და ეფექტურობისათვის. ნიდერლანდებში მოქმედებს ჯანდაცვის ინსპექტორატი, რომლის მისიაა პაციენტის უსაფრთხოებაზე, მოვლის ეფექტურობასა და პაციენტზე ორიენტირებულ მოვლაზე ფოკუსირება.

ლიტვის სოციალური დაცვისა და შრომის სამინისტროს სოციალური სერვისების ზედამხედველობის დეპარტამენტი პასუხისმგებელია სოციალური სერვისების ინსტიტუციებისა და პროგრამების შეფასებასა და ზედამხედველობაზე. პროფესიული რეაბილიტაციის სერვისების მიწოდების მაკოორდინირებელი და ორგანიზატორული ფუნქციები დელეგირებულია ლიტვის შრომის გაცვლის სააგენტოზე, რომელიც ტერიტორიული ოფისების მეშვეობით ახდენს შესაბამისი პროგრამებისა და მათში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მონაწილეობის მონიტორინგს.

სოციალური სერვისების ძირითად ამოცანებს ჩეხეთის შრომისა და სოციალურ საქმეთა სამინისტროსათვის წარმოადგენს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების სოციალური ექსკლუზიის პრევენცია და მათი მხარდაჭერა მისსავე ბუნებრივ გარემოში, ადამიანთა მოწყვლადი ჯგუფების დაცვა მათი უფლებების დარღვევისაგან და არაუკომპეტენტური სერვისების მიწოდებისაგან. ამ ამოცანების გადაჭრისათვის სამინისტრომ შეიმუშავა მოთხოვნები სოციალური სერვისების მიწოდების ხარისხისადმი სტანდარტების სახით. ისინი წარმოდგენილია გაზომვადი და შემოწმებადი კრიტერიუმების სახით, რომლებსაც უნივერსალური ხასიათი აქვთ და გამოყენებადია ყველა სახის სოციალური სერვისებისადმი. სტანდარტების მიხედვით, სოციალური სერვისის უპირველეს ყოვლისა უნდა აკმაყოფილებდეს როგორც მომხმარებლის, ასევე სერვისის შემყვეთისა და დამფინანსებლის მოთხოვნებს. სერვისის უნდა უზრუნველყოფდეს მომხმარებლის პიროვნულ ზრდასა და დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარის განვითარებას. სტანდარტების მიხედვით, ყოველი სერვისის შიგნით ნათლად უნდა იყოს ფორმულირებული მიზანი, მისია, სამიზნე ჯგუფები, პროცედურები და ა.შ. ამ სახის დოკუმენტაცია, აგრეთვე ინდივიდუალური გეგმები, უნდა უზრუნველყოს ბენეფიციართან და ა.შ. წამოადგენს სერვისის ხარისხის შემოწმების წყაროებს.

პასუხისმგებელი სახელმწიფო უწყებები პროგრამების შესრულებაზე

ნიდერლანდებში გამონაკლისი ჯანდაცვის ხარჯების აქტის აღსრულებას აკონტროლებს ჯანდაცვის დაზღვევის საბჭო. ეს საბჭო მართავს აღნიშნული აქტიდან გამომდინარე რეგულაციების ყოველდღიურ განხორციელებას. საბჭოს შემადგენლობაში შედის 9 პიროვნება, რომელსაც ნიშნავს ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტრო.

ლიტვაში მოქმედებს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების საქმეთა დეპარტამენტი, რომლის ამოცანებია შეზღუდული შესაძლებლობების

მქონე ადამიანთა სოციალური ინტეგრაციის ეროვნული პროგრამის განხორციელების უოორდინაცია და მონიტორინგი, რაც საერთო ჯამში დაჯავშირებულია 10 სამინისტროსთან, 10 ოლქის ადმინისტრაციასა და 60 მუნიციპალიტეტის მუშაობასთან. პროგრამის ფარგლებში დეპარტამენტი ატარებს შესაბამის ტენდერებს.

ჩეხეთში მუნიციპალიტეტების ვალდებულებაა, იზრუნოს სოციალური სერვისების განვითარებაზე, ეერძოდ, ატარებენ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების საჭიროებებისა და ამისათვის საჭირო რესურსების ევლევას, აგრეთვე, თავადაც ქმნიან სოციალური სერვისების მიმწოდებლებს. თუმცა სოციალური სერვისების მიმწოდებლების დიდ ნაწილს არასამთავრობო, არამომგებიანი ორგანიზაციები წარმოადგენენ. სპეციალიზებული სოციალური ინსტიტუციების სერვისების მიმწოდებელი ჩეხეთში შრომისა და სოციალურ საქმეთა სამინისტროა.

აგრეთვე ამ სამინისტროს ძირითადი ამოცანაა სოციალური სერვისების განვითარების ხანგრძლივი მოქმედების ღონისძიებების მომზადება, სოციალური სერვისების დაგეგმვა რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების დონეზე. ასევე ახდენს ამ სერვისების ყოველწლიურ სუბსიდირებას.

ლაფინანსების წყაროები

ჯანდაცვა **ნიდერლანდებში** ძირითადად ფინანსდება საზოგადოებრივი და ეერძო სადაზღვევო სქემებით (88%). პირველი უომპონენტი მოიცავს გამონაკლისი სამედიცინო ხარჯების აქტის ფარგლებში ხანგრძლივი მოვლის ან მაღალი ხარჯების მქონე აშლილობების მკურნალობას. ამ უომპონენტით იფარება საერთო ხარჯების დაახლოებით 40%. ნიდერლანდებში მცხოვრები ყოველი მოქალაქე საკუთარი შემოსავლების მიხედვით იხდის სავალდებულო შენატანს ამ ფონდში. მეორე უომპონენტს წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის შეფასების აქტი, რომელიც მოიცავს ჩვეულებრივ სამედიცინო მოვლას და მას ფარავს ავადმყოფობის დაზღვევის ფონდი, ეერძო სამედიცინო დაზღვევა ან ჯანდაცვის დაზღვევის სქემები სახელმწიფო მოსამსახურეებისათვის. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისათვის, რომელთაც ხანგრძლივი მოვლა ესაჭიროებათ, სერვისები გამონაკლისი სამედიცინო ხარჯების აქტით ფინანსირდება. ამ აქტით განისაზღვრება სადაზღვევო სქემა, რომელიც ივსება სქემით მოცული ადამიანების მიერ გადახდილი პრემიებით, სახელმწიფო სუბსიდებითა და სერვისების მომხმარებელთა პერსონალური შენატანებით. თანხა მიემართება ჯანმრთელობის დაზღვევის საბჭოში, რომელიც ახდენს მათ აკუმულირებას გამონაკლისი სამედიცინო ხარჯების აქტის ფონდში და აგრეთვე ამ თანხის ადმინისტრირებას.

2008 წელს ამ ხარჯებმა 20,5 მლრდ ევრო შეადგინა. ყოველწლიურად მთავრობა განსაზღვრავს ამ აქტით გადასახდელ შენატანს, როგორც პროცენტს დასაბეგრი შემოსავლიდან უდაბლესი ორი ხელფასის ჯამური გადასახადიდან. 2005 წელს იგი 13,45%-ს შეადგენდა, ხლო 2008 წელს 12,15%-ს. პირი 15 წლის ასაკის ქვემოთ და ამ ასაკის ზემოთ, ის, ვისაც არ გააჩნია საკუთარი დასაბეგრი შემოსავალი, პრემიას არ იხდის.

2006 წლიდან **ლიტვაში** შრომის გაცვლის სააგენტო ტენდერების საშუალებით აფინანსებს პროფესიული რეაბილიტაციის სერვისების მიწოდებას.

ჩეხეთში განხორციელებული სოციალური სერვისების განვითარების პროგრამის თანახმად, ეს სოციალური სერვისები ფინანსდება ეროვნული ბიუჯეტიდან სახელმწიფო გრანტებით.

გამოყენებული პუბლიკაციები:

1. Equal treatment in practice – action plan 2002
2. Equal treatment on the ground of disability or chronic illness, 2003
3. Medical examinations in Netherlands, 2003
4. People with a disability in the Netherlands - the government's health and welfare policy – fact sheet people with a disability 2004
5. Disability Management Works, 2004
6. En route to a sustainable system of long-term care and social support, 2004
7. The new care system in Netherlands - durability, solidarity, choice, quality, efficiency, 2006
8. Long-term care in the Netherlands - The Exceptional Medical Expenses Act, 2008
9. Dutch health care, 2009
10. Health care System in transition , 2004
11. Health care System in transition – HiT summary, 2005
12. Social security system in Lithuania, 2001
13. Social report of Lithuania 2006-2007, 2007
14. National report of Lithuania on social protection and social inclusion strategies 2008-2010, 2008
15. National report on the implementation of the outcome of the world summit for social development, Lithuania, 1999
16. The Structure of Social Services – current status in the Czech Republic, 2001
17. Community Planning - a Public Matter, 2002
18. Preliminary National Report on Health Care and Long-term Care in the Czech Republic, 2005
19. Standards for Quality in Social Services, 2002

გამოყენებული ვებ-გვერდები:

www.minvws.nl – ნიდერლანდების ჯანმრთელობის, უეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტრო

www.cvz.nl - ნიდერლანდების მოვლის დაზღვევის საბჭო

www.drempelsweg.nl - ნიდერლანდების ჯანმრთელობის, უეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტროს ეგიდით არსებული ვებგვერდი უნარშეზღუდული ადამიანებისათვის

www.vilans.nl – ნიდერლანდების ხანგრძლივი მოვლის

www.zn.nl - ნიდერლანდების ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიები
www.socmin.lt – ლიტვის სოციალური დაცვისა და შრომის სამინისტრო
www.viltis.lt - ლიტვის ფსიქიკური უნარშეზღუდულობის მქონე ადამიანების
კეთილდღეობის საზოგადოება „ვილტის“

www.en.pvc.lt – ლიტვის ბავშვთა მხარდაჭერის ცენტრი
www.who.cz – მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ჩეხეთის ეროვნული ოფისი
www.mzcr.cz – ჩეხეთის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო
www.mpsv.cz/en - ჩეხეთის შრომისა და სოციალურ საქმეთა სამინისტრო

საქართველოში მოქმედი ანონიმური პრობლემატიკის ანალიზი ფსიქიკური პრობლემატიკის გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური რეაბილიტაციის აუთიზმით

კვლევის მიზანი: წინამდებარე კვლევის მიზანია ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური რეაბილიტაციის აუთიზმით არსებული ანონიმურობის შესწავლა და შესაძლო საანონიმურობლო ხარვეზების გამოკვეთა. კვლევაში აქცენტები გაკეთებულია როგორც საბაზისო ნორმატიულ აქტებზე, ასევე სფეროში მოქმედ სახელმწიფო პროგრამებსა და სპეციალიზირებულ დაწესებულებებზე, სადაც ხორციელდება შშმ პირთა სოციალური რეაბილიტაცია.

საკვლევი საანონიმურობლო აქტები:

ა) საბაზისო ნორმატიული აქტები:

- » საქართველოს უანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“
- » შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის სახელმწიფო კონცეფცია
- » შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა
- » საქართველოს უანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“
- » საქართველოს უანონი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“

ბ) სფეროში მოქმედი სახელმწიფო პროგრამები:

- » შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის 2010 წლის სახელმწიფო პროგრამა.
- » ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა

გ) სპეციალიზირებული დაწესებულებები, სადაც ხორციელდება შშმ პირთა სოციალური რეაბილიტაცია:

- » სსიპ - „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტო“

დ) რეაბილიტაციის სახელმწიფო სტანდარტები:

- » ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტები.

ა. საბაზისო ნორმატიული აქტები:

1. „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ საქართველოს უანონი

უანონის არსი – „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ საქართველოს უანონი პარლამენტმა 1995 წელს დაამტკიცა. იგი

დაფუძნებულია გაეროს 1975 წლის 9 დეკემბრის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ დეკლარაციასა და გაეროს 1993 წლის 20 დეკემბრის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის თანაბარ შესაძლებლობათა უზრუნველყოფის სტანდარტული წესებით“ დადგენილ პრინციპებზე. ჯანონის მიდგომა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისადმი არის არა ფუნქციონალური, არამედ ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე. ჯანონი შშმ პირს განმარტავს, როგორც ავადმყოფს და შშმ პირად მიიჩნევს ადამიანს, რომელსაც „დაავადების, ტრავმის, გონებრივი თუ ფიზიკური დეფექტის შედეგად დარღვეული აქვს ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციები ჯანმრთელობის მეტ-ნაკლებად მოშლის გამო, რაც განაპირობებს პროფესიული შრომის უნარის სრულ ან ნაწილობრივ დაქარგვას, ანდა ყოფაცხოვრების არსებით გაძნელებას.“

გაეროს 2006 წლის 13 დეკემბრის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების“ კონვენციით შეიცვალა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის განმარტება და კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს მიაკუთვნებს ადამიანებს, რომელთაც ხანგრძლივმა ფიზიკურმა, მენტალურმა ინტელექტუალურმა და სენსორულმა დარღვევებმა დამატებით ბარიერებთან ერთიერთქმედებაში შესაძლოა შეაფერხოს მათი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორი, სრულფასოვანი და ეფექტური მონაწილეობა. კონვენციის განმარტების თანახმად, შშმ პირები მიიჩნევიან თანასწორუფლებიან ადამიანებად და არა „ავადმყოფებად“, რომლებსაც ხელმიუწვდომელი გარემოს გამო ბარიერები ექმნებათ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში.

სოციალური და პროფესიული რეაბილიტაცია - „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ ჯანონი შეიცავს რიგ დებულებებს შშმ პირთა სოციალური და პროფესიული რეაბილიტაციის კუთხით, კერძოდ ჯანონის მე-3 თავი ეთმობა შშმ პირთა რეაბილიტაციას. „სახელმწიფო ორგანიზებას უწევს სამედიცინო, პროფესიული და სოციალური რეაბილიტაციის სისტემის შექმნას, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს შშმ პირთა შესაძლებლობების გაძლიერება. აღნიშნული უნდა განხორციელდეს თითოეული შშმ პირისათვის შედგენილი ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისად, სადაც განისაზღვრება კონკრეტულ პირთა სარეაბილიტაციო ღონისძიებები და რომელიც უზრუნველყოფს შშმ პირთა სოციალურ ინტეგრაციას.“ აღნიშნული გეგმის შესრულება სავალდებულოა შესაბამისი საწარმოებისა და დაწესებულებებისათვის. იმ დაწესებულებებში, სადაც დასაქმებულნი არიან შშმ პირები, ვალდებული არიან შექმნან „სარეაბილიტაციო, მათ შორის სამეცნიერო-საწარმოო ცენტრების ქსელი, აღდგენითი მკურნალობის განყოფილებები, ამბულატორიული და სტაციონარული სასწავლო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები, სპეციალური სასწავლო-აღმზრდელობითი და სანატორიულ-საკურორტო დაწესებულებები, საწარმოებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ-საყოფაცხოვრებო მომსახურების დაწესებულებები.“

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა განათლება - აღნიშნული ჯანონი ითვალისწინებს შშმ პირთა სკოლამდელ, სასკოლო და უმაღლეს განათლებას. სახელმწიფო ვალდებულია შექმნას სათანადო პირობები მათი განათლების

უზრუნველსაყოფად. განათლება უნდა მიიღოს ნებისმიერმა შშმ პირმა. ეს შეიძლება მოხდეს ზოგად საშუალო, საშუალო-სპეციალურ და ასევე სპეციალურ დაწესებულებებში. სასწავლო მეცადინეობების ორგანიზება უნდა მოხდეს იმ კატეგორიის პირებისათვისაც, რომლებიც მკურნალობენ სამკურნალო პროფიტაქტიურ დაწესებულებებში, სტაციონარებსა და სარეაბილიტაციო დაწესებულებებში. თუ შეუძლებელია ბავშვის სწავლა სასწავლო დაწესებულებაში, შშმ პირმა შესაძლებელია განათლება მიიღოს ოჯახში. სტაციონარული დაწესებულებები ვალდებული არიან უზრუნველყონ ხანგძლივად ავადმყოფი შშმ პირების უწყვეტი აღზრდა და სწავლება.

პროფესიულ განათლებას უზრუნველყოფენ სპეციალური ან ზოგადი ტიპის სასწავლო დაწესებულებები, საწარმოები და ორგანიზაციები სოციალური დახმარების ორგანოებთან ერთად. შშმ პირთა განათლება, პროფესიული მომზადება და კვალიფიკაციის ამაღლება ხორციელდება სხვადასხვა ფორმით, მათ შორის დასწრებულად, დაუსწრებულად, ექსტერნად, სპეციალურ ჯგუფებში, კლასებში სწავლების გზითა და ინდივიდუალური სასწავლო გეგმით, შინ სწავლების ჩათვლით.

შშმ პირთა შრომა - შშმ პირებს აქვთ უფლება იმუშაონ როგორც ჩვეულებრივ საწარმოსა თუ დაწესებულებაში, ასევე სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში, სადაც გამოიყენება შშმ პირის შრომა, აგრეთვე უფლება აქვთ ეწეოდნენ სხვა შრომით საქმიანობას. დაუშვებელია შშმ პირის დანიშნულებაზე ან სამსახურის დაწყებაზე უარის თქმა შეზღუდული შესაძლებლობის მოტივით გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ამ საქმიანობამ შესაძლოა საფრთხე შეუქმნას მის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას. დაწესებულებაში, სადაც მუშაობს შშმ პირი, დაწესებულება ვალდებულია შექმნას შესაბამისი პირობები მათი შრომისათვის. შშმ პირები უნდა სარგებლობდნენ შვებულებით, დასვენების დროით და სხვა შეღავათებით სხვა მუშაკების თანაბრად.

სოციალური დახმარება - ზემოაღნიშნული კანონის მიხედვით სახელმწიფო ვალდებულია შშმ პირებს დაეხმაროს ფინანსებით, ტექნიკური საშუალებებით, ავტომობილებით, სავარძელ-ეკლებით, საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით, სპეციალური შრიფტით, ხმის გამაძლიერებელი აპარატურით, ასევე სხვა საყოფაცხოვრებო მომსახურებით.

ყველა მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირისა და მხედველობის გამო მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს შრომითი საქმიანობის პერიოდში უნარჩუნდებათ შესაძლებლობის შეზღუდვის გამო მინიჭებული პენსია.

ასევე, სახელმწიფო ვალდებულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები უზრუნველყოს სამკურნალო-მედიკამენტოზი, აგრეთვე საყოფაცხოვრებო მომსახურებით უფასოდ ან შეღავათიანი პირობებით.

სახელმწიფო ვალდებულია დაუნიშნოს მომვლელი ან დამხმარე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის ბინაზე ან სტაციონარულ დაწესებულებებში აღნიშნული საჭიროების არსებობის შემთხვევაში.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რეაბილიტაცია - სახელმწიფო საცხოვრებელი ფართობით უზრუნველყოფს შშმ პირებს რეაბილიტაციის ინ-

დივიდუალური პროგრამის შესაბამისად და მათი სურვილის გათვალისწინებით.

თუ სარეაბილიტაციო ღონისძიებების შედეგად საჭირო აღარ არის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ყოფნა ჰანსიონატში ან სოციალური დახმარების სხვა სტაციონალურ დაწესებულებაში, ადგილობრივი თვითმართველობისა და მმართველობის ორგანოები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უზრუნველყოფენ საცხოვრებელი ფართით.

დასკვნა:

1. საქართველოს ჯანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ დაფუძნებულია სამედიცინო მიდომაზე შშმ პირების მიმართ და ჯანონში კვლავ დარჩენილია ისეთი ტერმინი, როგორცაა „ავადმყოფი“.

2. ჯანონში განვიხილოთ აქტივობებს არ აქვს რეალური და შესრულებადი ხასიათი. მაგალითად, ჯანონი დამსაქმებელს, რომელიც ასაქმებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს, ავალდებულებს შექმნას სარეაბილიტაციო, მათ შორის სამეცნიერო-საწარმოო ცენტრების ქსელი, აღდგენითი მკურნალობის განყოფილებები, ამბულატორიული და სტაციონარული სასწავლო-პროფიტაქტიური დაწესებულებები, სპეციალურ სასწავლო-აღმზრდელობით და სანატორიულ-საკურორტო დაწესებულებები, საწარმოებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ-საყოფაცხოვრებო მომსახურების დაწესებულებები. ბუნებრივია, არცერთი ჯერძო და სახელმწიფო დაწესებულება არ დაასაქმებს შშმ პირს ასეთ პირობებში, როდესაც მას არანაირი საგადასახადო შეღავათები არ აქვს. მაშინ, როდესაც სამუშაო ადგილების სიმწირეა და გაზრდილია ჯონკურენცია, ბუნებრივია, ნებისმიერი დამსაქმებელი თავს შეიკავებს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირის დასაქმებისგან.

2. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის სახელმწიფო კონცეფცია

2008 წლის 3 დეკემბერს საქართველოს პარლამენტმა დაამტკიცა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის სახელმწიფო კონცეფცია. კონცეფციით შეიცვალა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ არსებული მიდგომა, რომელიც დაფუძნებული იყო სამედიცინო მიმართულებაზე და დაამყვიდრა ახალი სოციალურ-ფუნქციური მიდგომა. კონცეფციის მიხედვით შშმ პირები არიან არა ავადმყოფები, არამედ ადამიანები, რომელთაც ხელმიუწვდომელი გარემოს გამო შეზღუდული აქვთ შესაძლებლობები. შეიცვალა შშმ პირის განმარტებაც, ჯერძოდ: „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს მიეკუთვნებიან ადამიანები, რომელთა ხანგრძლივმა ფიზიკურმა, მენტალურმა, ინტელექტუალურმა და სენსორულმა დარღვევებმა დამატებით ბარიერებთან ერთად ერთმედეგებაში შესაძლოა შეაფერხოს მათი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორი, სრულფასოვანი და ეფექტური მონაწილეობა.“

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების რეაბილიტაცია, როგორც პრობლემა - კონცეფციაში უამრავ სხვა პრობლემასთან ერთად, ერთ-ერთ ურ-

თუღეს პრობლემადაა დასმული შშმ პირთა რეაბილიტაცია, ჟერძოდ; „მნიშვნელოვანია აგრეთვე ინვალიდობის ისეთი ასპექტები, როგორებიცაა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რეაბილიტაცია, რათა ისინი უკეთ მოერგონ არსებულ გარემოს, და თვით ფიზიკური, ჟულტურული და სოციალური გარემოს შეცვლა, რათა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებმა შეძლონ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართვა, ისარგებლონ ყველა იმ შესაძლებლობით თუ მომსახურებით, რომელზედაც ხელი მიუწვდებათ საზოგადოების სხვა წევრებს.“

ძირითადი მიმართულებები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაციის ჟუთხით: - ჟონცეფციის მიზანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უზრუნველყოფა თანაბარი უფლებებითა და შესაძლებლობებით, რაც გულისხმობს მათ სრულფასოვან ჩართვას ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პროცესში, პოლიტიკურ და ჟულტურულ ცხოვრებაში, ხოლო ერთ-ერთ ამოცანად მიზნის მისაღწევად ჟონცეფცია მიიჩნევეს შესაბამისი განათლების მიღების გზით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის რეაბილიტაციისა და აბილიტაციის პირობების შექმნას. ჟონცეფციის მიხედვით დასახულია პრიორიტეტული მიმართულებები ინვალიდობის სფეროში, ჟერძოდ: ა) ჟანმრთელობისა და სოციალური დაცვა; ბ) ხელმისაწვდომი გარემოს შექმნა (არქიტექტურული, ჟომუნიკაციური და სხვა ბარიერების ადაპტაცია და ა.შ.); გ) განათლება; დ) დასაქმება; ე) თვითრეალიზების (შემოქმედება, სპორტი) შესაძლებლობის შექმნა. ინვალიდობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელების მიზნით დასახულია მთელი რიგი ღონისძიებები, უნიშვნელოვანესია ეკონომიკური საქმიანობა, თვითდასაქმება და პროფესიული გადამზადება, რაც გულისხმობს:

» შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დასაქმებაში დისკრიმინაციის აღმოფხვრას და მათი დასაქმების წახალისების მექანიზმების ამოქმედებას; აღნიშნულ პირთათვის ასევე უნდა შეიქმნას პროფესიული განათლების, გადამზადებისა და დასაქმების სისტემები; უნდა განხორციელდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თვითდასაქმებისა და მცირე ბიზნესში მონაწილეობის წახალისება და ხელშეწყობა;

» შშმ პირთა რეაბილიტაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის ჟუთხით მნიშვნელოვანია გაუმჯობესდეს რეზიდენტულ დაწესებულებებში განთავსებულითა პირობები; უნდა ამოქმედდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დეინსტიტუციონალიზაციის გრძელვადიანი გეგმა, რომელიც დაეფუძნება ალტერნატიულ მოდელებს (ოჯახის ტიპის და ა.შ.) და არჩევანის თავისუფლების პრინციპს; აუცილებელია მშობლისა და მომვლელის, აგრეთვე მიმღები ოჯახის ეფექტური სოციალური მხარდაჭერა;

» აუცილებელია ინვალიდობის საჯითხის აქტუალობა ადეკვატურად აისახოს მასობრივ საინფორმაციო საშუალებებში, ყურადღება უნდა მიექცეს ინვალიდობასთან დაკავშირებით სწორი ტერმინოლოგიის გამოყენებას. საჭიროა აღნიშნულ საჯითხზე საზოგადოებრივი და პროფესიული განხილვების, სემინარებისა და ჟონფერენციების ორგანიზება და მისი მასობრივ საინფორმაციო საშუალებებში გაშუქება.

დასკვნა: კონცეფციაში განერილი მოთხოვნები ძირითადად მიმართულია ფიზიკური შეზღუდვის მქონე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის უზრუნველყოფის და ნაყოფიერად ექცევა ყურადღება ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ რეაბილიტაციას. როცა საუბარია ხელმისაწვდომი გარემოს უზრუნველყოფაზე. აქ არ უნდა იგულისხმებოდეს გარემოს შექმნა მარტო ფიზიკური შეზღუდვის მქონე პირებისთვის, ასევე საჭიროა მხარდამჭერი გარემოს შექმნა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციისათვის.

3. შიშველული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა

საქართველოს მთავრობას ზემოაღნიშნული კონცეფციით დაევალა „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის კონცეფციის“ პრინციპების გათვალისწინებით 2009 წლის 1 სექტემბრამდე შეემუშავებინა და საქართველოს პარლამენტისთვის წარედგინა სახელმწიფო სამოქმედო სტრატეგიული გეგმა შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის მიმართულებით. 2009 წლის 15 დეკემბერს საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა „შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა.“ გეგმაში განერილია ის ამოცანები და ღონისძიებები, რომელიც უნდა შესრულდეს მომავალი 3 წლის განმავლობაში, რათა მოხდეს შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაცია. გეგმაში მოცემულია ასევე მოსალოდნელი შედეგები და აქტივობების შესრულების ინდიკატორები.

ა) შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსი. გეგმის მიხედვით უნდა მოხდეს ექსპერტიზის სისტემის სრულყოფა და გრძელვადიან პერსპექტივაში ბიოფსიქო-სოციალური, ფუნქციონალური (ფსუ) მიდგომაზე გადასვლა. აღნიშნული ღონისძიება მოიცავს შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მინიჭების სამედიცინო მოდელის შეცვლას სოციალური მოდელით.

ბ) განათლება - მნიშვნელოვანი თავი უთმობა შშმ პირთა განათლებას. აღნიშნული მოიცავს სხვადასხვა ღონისძიებებს, კერძოდ: სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე ბავშვთა და მოზარდთა იდენტიფიკაციის მექანიზმების შექმნას, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე ბავშვთა და მოზარდთა სწავლის საჭიროებების დაკმაყოფილების ფინანსური მექანიზმების შექმნას, სკოლამდელი ასაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა განათლების სისტემის ხელმისაწვდომობასა და ფუნქციონალობას, პროფესიული მომზადებისა და გადამზადების სპეციალიზებული სისტემის უზრუნველყოფას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის და ალტერნატიული მეთოდებით მათი პროფესიული უნარების განვითარებას (არაფორმალური განათლება), შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის უმაღლესი განათლების მიღების ხელშეწყობას;

გ) ასევე საკმაოდ მნიშვნელოვანია თავი, რომელიც უთმობა შშმ პირთა ჯანმრთელობის დაცვას, სადაც ძირითადი აქცენტი არსებული ჯანდაცვის ხარისხის ზრდასა და ბავშვთა ადრეულ აბილიტაცია-რეაბილიტაციაზეა გაკეთებული.

დ) **შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შრომა და დასაქმება** - სოციალური ინტეგრაციისათვის უმნიშვნელოვანესია შშმ პირთა შრომა და დასაქმება. ამ მიმართულებით სახელმწიფო სამოქმედო გეგმით იღებს ვალდებულებას, უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შრომის თანაბარი უფლებების დაცვა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დასაქმების, თვითდასაქმებისა და მცირე ბიზნესში ჩართვის ხელშეწყობა.

ე) **სოციალური დაცვა** - სამოქმედო გეგმის ერთი თავი ეთმობა შშმ პირთა სოციალურ დაცვას, იგი მოიცავს სხვადასხვა ღონისძიებებს, ჯერძოდ სიღარიბის ზღვარს მიღმა მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის ეფექტიანობის გაზრდას, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის საკურორტო-რეკრეაციული პროგრამების ხელმისაწვდომობის გაზრდას, სპეციალიზებულ დაწესებულებებში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის ღირსეული პირობებისა და სათანადო მომსახურების უზრუნველყოფას, რეზიდენტული დაწესებულებების დეინსტიტუციონალიზაცია და ალტერნატიული სერვისების განვითარების ხელშეწყობას.

დასაძენა: სამოქმედო გეგმაში ძირითადად აქცენტი გაკეთებულია სფეროში უკვე მოქმედი პროგრამების გაფართოებაზე და ნაკლებადაა წარმოდგენილი თვისობრივად ახალი ღონისძიებები, რაც ეწინააღმდეგება სოციალური ინტეგრაციის უწყვეტად გათვალისწინებულ უწყვეტად განვითარების მიზანს, ჯერძოდ, შეიცვალოს არსებული სახელმწიფო პოლიტიკა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართებაში.

სამოქმედო გეგმა თითქმის არ შეიცავს სპეციფიკურ ღონისძიებებს ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის მიმართულებით.

სამოქმედო გეგმაში მოცემული აქტივობების შესრულების ინდიკატორები და შედეგები ხშირ შემთხვევაში გაუგებარია და არააგაზომვადი.

4. საქართველოს ანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“

ითვალისწინებს ფსიქიკური დაავადების მქონე პირის ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის შესაძლებლობას. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მიზანია პაციენტის სოციალური და შრომითი უწყვეტების შენარჩუნება და იმ უნარ-ჩვევების გამომუშავება, რომლებიც განსაზღვრავს საზოგადოებაში მისი დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მიზნით გამოიყენება მხოლოდ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ნებადართული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო მეთოდები. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ნებაყოფლობითია. პაციენტს უფლება აქვს საკუთარი სურვილით ნებისმიერ დროს შეწყვიტოს სარეაბილიტაციო ღონისძიებებში მონაწილეობა. სტაციონარში მყოფი პაციენტები შესაძლებელია ჩაერთონ შრომით საქმიანობაში, რასაც მხოლოდ სამკურნალო-სარეაბილიტაციო დანიშნულება აქვს.

5. საქართველოს ხანონი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“

აღნიშნული ხანონის მიზანია საქართველოს მოქალაქეების და მოქალაქეობის არმქონე პირების შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის განსაზღვრა, მისი გამომწვევი მიზეზების პროფილაქტიკა და აღნიშნული კატეგორიის პირთა რეაბილიტაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის პირობების შექმნა. თუმცა ხანონში გაცხადებულ დეკლარაციულ დებულებას, შშმ პირთა რეაბილიტაციის და საზოგადოებაში ინტეგრაციის შესახებ არ აქვს სათანადო გაგრძელება, ჟერძოდ, ხანონში აღნიშნულია, რომ სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზა ტარდება ყველა საჭირო სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარების შემდეგ. ანუ ეს ხანონი მოქმედებს მას შემდეგ, რაც პირმა უკვე ჩაიტარა რეაბილიტაცია და სტატუსის მინიჭება არის ერთგვარი საშუალება საზოგადოებაში ინტეგრაციისა. სავარაუდოა, რომ ხანონის ეს ნორმები შეიცვალოს, რადგან სამთავრობო სამოქმედო გეგმით იგეგმება შშმ სტატუსის მინიჭების სისტემის რეფორმირება.

ბ. სფეროში მოქმედი სახელმწიფო პროგრამები:

1. „**შუალედური შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მხარდაჭერას მოქალაქეულ ბავშვთა**“ სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის 2010 წლის სახელმწიფო პროგრამა. (პროგრამის სრული ვერსია იხილეთ დანართში)

ამ პროგრამის ქვეპროგრამის „შშმ პირთა დღის ცენტრები“ ზოგად სამიზნე ჯგუფს 2010 წლამდე წარმოადგენდნენ ის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები (მათ შორის, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები), რომელთაც ესაჭიროებათ დღის ცენტრის მომსახურება. მისაღებათ შერჩევას აწარმოებდნენ უშუალოდ დღის ცენტრები, განურჩევლად ბენეფიციარების სოციალური მდგომარეობისა.

2010 წლიდან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დღის ცენტრების მომსახურების მისაღებად, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსთან ერთად, კრიტერიუმად განისაზღვრა ოჯახების სოციალ-ეკონომიკური მდგომარეობის განმსაზღვრელი სარეიტინგო ქულა. ჟერძოდ, იმ ოჯახის წევრ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა არის 100 000-მდე, მომსახურება დაუფინანსდებათ სრულად (დღეში 10 ლარი), ხოლო 100 001-დან 120 001-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე ოჯახების წარმომადგენლებისათვის დაფინანსება შეადგენს 70% (7 ლარი). ხოლო ის ბენეფიციარები, რომლებიც აღნიშნული მომსახურებით სარგებლობდნენ 2009 წელს და რომელთა ოჯახების სარეიტინგო ქულა აღემატება 120 001-ს, 2010 წელს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსდებათ 60%-ით (6 ლარი).

მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოს აქვს დისკრეცია სოციალური რეაბილიტაცია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს სხვადასხვა სახით შესთავაზოს, და გონივრული კრიტერიუმების გათვალისწინებით განსაზღვროს ამ მომსახურების მიმღებთა მაჩვენებლები, უდავოდ გაუმართლებელია თანასწორობის მიზნის მისაღწევად თავდაპირველი ნაბიჯების განსაზღვრისას, სიღარიბის ზღვრისთვის, როგორც კრიტერიუმისთვის აბსოლუტური და უპირობო

უპირატესობის მინიჭება. დღის ცენტრების და მისი ანალოგიური პროგრამები პოზიტიური ღონისძიებაა დისკრიმინაციის აღმოსაფხვრელად, სიღარიბის მაჩვენებლის არაპროპორციული შემოტანით ჯი შეიძლება რეალური საფრთხის წინაშე დადგეს თანსწორობის უკონტრული პროინცივის განხორციელება და ამ მიზნის მისაღწევად გადადგმულმა ნაბიჯებმა აზრი დაჟარგონ.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უკონტრული სერვისით მომსახურების აუცილებლობას განსაზღვრავს არა სახელმწიფოს მიერ, მისი რესურსებიდან გამომდინარე, გაკეთებული შეფასება ადამიანის ღატაკად ცნობასთან დაკავშირებით, არამედ პირის შესაძლებლობების შეზღუდვის სპეციფიურობა, ხარისხი და მისგან გამომდინარე რეალური საჭიროებები.

ადამიანისთვის თანსწორობის უფლების განხორციელებაზე უარის თქმის ურიტერიუმად ვერ გამოდგება სახელმწიფოს რესურსები. ამგვარი მიდგომა ნიშნავს იმის დადასტურებას, რომ სახელმწიფო, რომელიც აცხადებს, რომ არ აქვს შესაბამისი სახსრები საკუთარი ქვეყნის მაცხოვრებლების გასათანაბრებლად, ან არსებული რესურსებით პრიორიტეტულად სხვა საკითხების გადაჭრას მიიჩნევს, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები უბრალოდ არ ჰყავს და შესაბამისად სოციალური რეაბილიტაციის საჭიროებაც არ გააჩნია¹.

2. ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანია ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე საქართველოს მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. პროგრამის ამოცანაა, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებისათვის ეფექტური ფსიქიატრიული (ამბულატორიული და სტაციონარული) მკურნალობის განხორციელება: პროგრამა მოიცავს ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას, რომელიც გულისხმობს: ა) იმ პაციენტების შერჩევას, რომელთაც ესაჭიროებათ სოციალურ უნარ-ჩვევათა და შემეცნებითი უნარების აღდგენა-გავარჯიშება; ბ) შესაბამისი სპეციალისტის მიერ პაციენტთა შეფასება სპეციალური ტესტებით და ჯგუფების დაკომპლექტება; გ) ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მეთოდების განხორციელება ხდება სტანდარტების შესაბამისად (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №N112/6 02.04.2007 „ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ“), დ) პაციენტის საბოლოო შეფასება ტესტების საშუალებით.

გ. სპეციალიზირებული დაწესებულებები,

სადაც ხორციელდება შშმ პირთა სოციალური რეაბილიტაცია

1. სსიპ - „შაღულული შესაძლებლობების მქონე პირთა, ხანდაზოგულთა და მხრანველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტო“

სააგენტო შეიქმნა 2009 წლის 25 დეკემბერს. სააგენტოს მისიაა ხელი შეუწყოს მთავრობის პრიორიტეტებს: ბენეფიციარების საზოგადოებაში და ოჯახებში ინტეგრაციას და ამავდროულად გააუმჯობესოს მათი ამჟამინდელი ყოფა. სააგენტოს ძირითადი მიზანია მოახდინოს როგორც მოკლევადიანი (პირველადი

¹ საქართველოს სახალხო დამცველის 2009 წლის 1-ლი ნახევრის საპარლამენტო მოხსენების 308-310გვ. <http://ombudsman.ge/files/downloads/ge/sluunplvlxhfiobskpuw.pdf>

საჭიროებების: უკუბა, ჩაცმა, გარემონტება და ა.შ), ასევე გრძელვადიანი (ოპტი-
მიზაცია, რეინტეგრაციის ხელშეწყობა) გეგმების განხორციელება.

აღნიშნულ სააგენტოში გაერთიანდა 28 ყოფილი საჯარო სამართლის იურიდი-
ული პირი, მათ შორის 2 შუბლედული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა
სახლი (ყოფილი, სენაქი) და 2 შშმ პირთა პანსიონატი (ძვერი, მარტყოფი).

დ. რეაბილიტაციის სახელმწიფო სტანდარტები:

1. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტები:

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მომხმარებელი (პაციენტი) არის პირი,
რომელსაც აღნიშნება ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობა. ფსიქო-სო-
ციალური რეაბილიტაციის მიზანია პაციენტის შესაძლებლობის გაზრდა, რათა
მან შეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრების ოპტიმალური დონის მიღწევა. რე-
აბილიტაციის მიზანია მომსახურება მაქსიმალურად მიესადაგოს მომხმარებ-
ლის ინდივიდუალურ საჭიროებებს.

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტები შემუშავებულია „ფსიქია-
ტრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს ჯანონის საფუძველზე და ადგენს
ზოგად მოთხოვნებს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრისათვის,
რომელთა დაცვა სავალდებულოა აღნიშნული ტიპის ყველა დაწესე-
ბულებისათვის, მიუხედავად საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი
ფორმისა.

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ტარდება ცენტრში, რომელიც არის ამბუ-
ლატორიული ტიპის დაწესებულება, აქ ხდება პაციენტების ფსიქო-სოციალური
რეაბილიტაცია, რაც გულისხმობს ღონისძიებათა გატარებას, რომელთა შედე-
გად პაციენტმა უნდა შეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრების ოპტიმალური
დონის მიღწევა.

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის მომსახურება ხორციელდება
შემთხვევის მართვისა და მულტიდისციპლინარული გუნდით მუშაობის
მეთოდის მეშვეობით.

დასკვნა: აღნიშნული უკუბის მიზანს წარმოადგენდა ფსიქიკური პრობლემე-
ბის გამო შუბლედული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური რეაბილ-
იტაციის უთხით არსებული ჯანონმდებლობის შესწავლა და შესაძლო
საჯანონმდებლო ხარვეზების გამოკვეთა.

მოცემული უკუბის ფარგლებში შევეცადეთ სრულად მოგვეცვა ყველა ნორ-
მატიული მასალა, რომელიც ხელს უწყობს ზემოაღნიშნულ პირთა სოციალურ
რეაბილიტაციას. ნორმატიული ბაზის უთხით, გარდა მცირედი გამონაკლისისა,
რაც რეკომენდაციებში აღსახა, პრობლემები ნაკლებად გვხვდება. პრობლემები
თავს იჩენს სარეაბილიტაციო მოთხოვნების პრაქტიკაში გატარებისა და ამ
მოთხოვნების შესრულების ხარისხის მხრივ.

საქართველოს ჯანონი „შუბლედული შესაძლებლობის მქონე პირთა სო-
ციალური დაცვის შესახებ“ შეიცავს თითქმის ყველა იმ ნორმას, რომლის
პრაქტიკაში განხორციელების შემდგომ შშმ პირთა სოციალური რეაბილიტაცია
სავსებით შესაძლებელი გახდება, თუმცა ჯანონში მითითებულ აქტივობებსა და

სახელმწიფო პროგრამაში მოცემულ აქტივობებს შორის ხშირ შემთხვევაში არ არის თანხვედრა, სავარაუდოდ, ფინანსური პრობლემებიდან გამომდინარე. აქვე აღსანიშნავია, რომ არსებობს 3-წლიანი სამთავრობო სამოქმედო გეგმა, რომელშიც ეტაპობრივადაა განერილი თითოეული აქტივობა, რომელთა შესრულების შემდეგ შესაძლებელი იქნება შშმ პირთა სოციალური რეაბილიტაცია და საზოგადოებაში ინტეგრაცია. ამასთან აღსანიშნავია, რომ 2010 წლის სახელმწიფო პროგრამას, რომელმაც ხელი უნდა შეუწყოს შშმ პირთა სოციალურ რეაბილიტაციას, მიმდინარე წელს დაემატა ერთი ახალი ტიპის ქვეპროგრამა, „შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის ქვეპროგრამა“, რომელიც მიმართულია შშმ პირთა დასაქმებაზე. მართალია, ეს წინგადადგმული ნაბიჯია, მაგრამ 3-წლიანი სამოქმედო გეგმა ბევრად მეტი აქტივობის განხორციელებას ავალდებულებს სახელმწიფოს და მხოლოდ ყოველწლიურად ერთი ქვეპროგრამის დამატება ბუნებრივია, ვერ უზრუნველყოფს შშმ პირთა რეაბილიტაციასა და სოციალურ ინტეგრაციას. ამასთან საყურადღებოა, რომ ეს ქვეპროგრამა უპირატესად გამიზნულია ფიზიკური შესაძლებლობის შეზღუდვის მქონე პირების დასაქმების ხელშეწყობაზე მათი სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფის გზით და არ ითვალისწინებს ფსიქიკური და ინტელექტუალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დასაქმების ხელშეწყობის პრობლემების შექმნას.

კვლევის ვრცელი ანგარიში

კვლევის მიზანი, ამოცანები და მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა პროექტის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაცია“ ფარგლებში.

კვლევის მიზანი იყო შეგვესწავლა, „შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის“ სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დღის ცენტრებსა და სათემო ორგანიზაციებში არსებული მიღწევები და პრობლემები და მიღებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე შეგვეშეაყვებინა და ხელისუფლების წარმომადგენლებისათვის წარგვედგინა რეკომენდაციები ფსიქიკური პრობლემების მქონე შშმ პირთა რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის პროცესის ხელშეწყობად.

კვლევის ამოცანები:

1. სხვა ქვეყნებში ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის პრაქტიკისა და გამოცდილების შესწავლა;
2. შშმ პირთა სფეროში საქართველოში არსებული საკანონმდებლო ბაზის ანალიზი;
3. სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული იმ დღის ცენტრების შერჩევა და შესწავლა, რომლებიც ემსახურებიან უპირატესად ფსიქიკური პრობლემების მქონე შშმ პირებს;
4. სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული სათემო ორგანიზაციების მუშაობის შესწავლა;
5. „შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის“ სახელმწიფო პროგრამაზე პასუხისმგებელი სახელმწიფო სტრუქტურების წარმომადგენლების მოსაზრებების შესწავლა აღნიშნულ პროგრამასთან დაკავშირებით;
6. ანალიტიკური ანგარიშის და რეკომენდაციების მომზადება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე შშმ პირთა რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის პროცესის ხელშეწყობად.

კვლევის მეთოდოლოგია:

სხვა ქვეყნებში ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის პრაქტიკისა და გამოცდილების შესწავლა

შესასწავლად შეირჩა სამი ქვეყანა - ლიტვა, ჩეხეთი და ნიდარლანდები; ლიტვა-როგორც პოსტსაბჭოთა ქვეყნის წარმომადგენელი, ჩეხეთი- როგორც პოსტ-სოციალისტური ქვეყნის წარმომადგენელი და ნიდერლანდები- როგორც მაღალგანვითარებული დასავლეთევროპული ქვეყნის მაგალითი. მოძიებულ იქნა აღნიშნულ ქვეყნებში შშმ პირთა რეაბილიტაცია/ინტეგრაციასთან დაკავშირებული კანონები, პროგრამები და სერვისების აღწერილობა, მოხდა მათი ანალიზი.

იზი და მიღებული მასალა გამოვიყენეთ რეკომენდაციების შემუშავებისას.

შშ-ს სფეროში საქართველოში არსებული საანონსო ბაზის შესავალი და ანალიზი

პროექტის იურისტის მიერ მოძიებულ იქნა საქართველოში მოქმედი ყველა ის საანონსო აქტი, სახელმწიფო პროგრამა, სტანდარტები და დებულებები, რომლებიც ეხება შპმ პირებს. მათგან სამუშაო ჯგუფის მიერ შეირჩა 5 საბაზისო ნორმატიული აქტი, 2 სახელმწიფო პროგრამა, 1 სტანდარტი და 1 დებულება, რომლებიც ეხება შპმ პირთა სოციალურ ინტეგრაციას და რეაბილიტაციას (იხ: გვ37). იურისტის მიერ მოხდა ამ შერჩეული მასალის ანალიზი და აღნიშნული ანალიზის განხილვა სამუშაო ჯგუფთან ერთად. მიღებული მასალა გათვალისწინებულ იქნა რეკომენდაციების შემუშავებისას.

სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული იმ დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების შესავალი, რომლებიც ემსახურებიან უპირატესად ფსიქიკური პრობლემების მქონე შპმ პირებს.

2010 წლისთვის დღის ცენტრების ქვეპროგრამაში ჩართული 27 ორგანიზაციიდან შესასწავლად შეირჩა 8 ორგანიზაციის დღის ცენტრი შემდეგი კრიტერიუმების გათვალისწინებით: ბენეფიციართა ძირითადი ნაწილი უნდა ყოფილიყო ფსიქიკური პრობლემების მქონე შპმ პირები; დღის ცენტრების ნაწილი უნდა ემსახურებოდეს ბავშვებს, ნაწილი მოზრდილებს; მათი ნაწილი განლაგებული უნდა ყოფილიყო თბილისში, ნაწილი - რეგიონებში. შერჩევის ეს პრინციპი გამოყენებულ იქნა იმ მიზნით, რომ მაქსიმალურად მოგვეცვა საკვლევი დღის ცენტრების სხვადასხვა ტიპი. ზემოაღნიშნული კრიტერიუმებით მონაცემების შეგროვება მოხდა 27-ვე ორგანიზაციის ხელმძღვანელთან წინასწარი გასაუბრების გზით.

შედეგად შეირჩა შემდეგი დღის ცენტრები:

1. ჯავშირი „ალტერ-ეგო“ (თელავი)
2. ჯავშირი „ორიონი“ (ზესტაფონი)
3. შპს „ქუთაისის ივ. სხირტლაძის სახ. სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“ (ქუთაისი)
4. ჯავშირი „ადამიანებისთვის, განსაკუთრებულ ზრუნვას რომ საჭიროებენ“ (თბილისი)
5. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია (თბილისი)
6. ჯავშირი - მშობლების თანადგომა (თბილისი)
7. სოციალური ინტეგრაციის ცენტრი (თბილისი)
8. მშობელთა ხიდი (თბილისი)

გარდა ამისა, შევისწავლეთ შპმ პირთა სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამაში ჩართული ორივე სათემო ორგანიზაცია, სადაც ბენეფიციარები წარმოდგენილია ფსიქიკური პრობლემების მქონე შპმ პირებით, კერძოდ: თემი „ქედელი“ (სიღნაღი) და საქველმოქმედო ჯავშირი „თემი“ (სოფ. გრემი, ყვარლის მუნიციპალიტეტი)

კვლევის მეთოდად გამოვიყენეთ ჩატრმაკვლევითი ინტერვიუ და ფოკუს-ჯგუფები. აღნიშნული მეთოდოლოგია გამოვიყენეთ დღის ცენტრების პროგრამაში ჩართული სხვადასხვა ჯგუფის მოსაზრებათა შესასწავლად, კერძოდ,

გამოიყო 3 ასეთი ჯგუფი: დღის ცენტრების ხელმძღვანელები, დღის ცენტრების ბენეფიციარები და მათი ოჯახის წევრები. ჩატრმავებული ინტერვიუ ჩატარდა შერჩეული 8 დღის ცენტრის და 2 სათემო ორგანიზაციის ხელმძღვანელთან. ფოკუს-ჯგუფები ჩატარდა ბენეფიციარებთან (2 ფოკუს-ჯგუფი თბილისში და 1-თელავში, მათგან 2 ფოკუს-ჯგუფი ჩატარდა ქრონიკული ენდოგენური ფსიქიკური დაავადებების მქონე შშმ პირებთან, ხოლო 1 ჯგუფი ჩატარდა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე პირებთან, სულ 37 მონაწილე), ბენეფიციართა ოჯახის წევრებთან (1 ფოკუს-ჯგუფი თბილისში და 1 ზესტაფონში, სულ 17 მონაწილე), ასევე ჩატარდა ცალკე ფოკუს-ჯგუფი იმ დანარჩენი 8 დღის ცენტრის წარმომადგენლების მონაწილეობით, სადაც ბენეფიციართა ნაწილს შეადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები. ეს ორგანიზაციებია:

1. შპს პოლიკლინიკა „ფიცი“
2. განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა და მოზარდთა დახმარების ჯავშირი
3. აო „პირველი ნაბიჯი“
4. ინვალთიდი ბავშვი, ოჯახი, საზოგადოება
5. სტუდია ეიდისი
6. ასოციაცია „ანიკა“
7. ჯავშირი „ია“
8. სოციალური რეაბილიტაციისა და ადაპტაციის ცენტრი „აისი“

საერთო ჯამში ჩატარდა 10 ჩატრმავებული ინტერვიუ და 6 ფოკუს ჯგუფი. სულ მოვიცავით 16 დღის ცენტრი და 2 სათემო ორგანიზაცია.

ჩატრმავებული ინტერვიუს და ფოკუს-ჯგუფების უითხვები წინასწარ დამუშავდა სამუშაო ჯგუფში და მოიცავდა საკვლევ თემებს.

„შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლავალ ბავშვთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა“-ზე პასუხისმგებელი სახელმწიფო სტრატეგიის წარმომადგენლების მოსაზრებების შესწავლა აღნიშნულ პროგრამასთან დაკავშირებით.

შევარჩიეთ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ის სტრუქტურები, რომლებიც უშუალოდ ჩართულნი არიან საკვლევ ქვეპროგრამების შექმნაში, განხორციელებასა და მონიტორინგში. შევისწავლეთ აღნიშნული სტრუქტურების ხელმძღვანელების მოსაზრებები საკვლევ თემასთან დაკავშირებით. კვლევის მეთოდად გამოყენებულ იქნა ჩატრმავებული ინტერვიუ. ინტერვიუ ჩატარდა შემდეგ ხელმძღვანელ პირებთან:

ბატონი დავით ლომიძე, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილე

ბატონი ანდრია ურუშაძე, სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორი

ბატონი გიორგი ჯაქაჩია, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სოციალური დაცვის დეპარტამენტის სოციალური დაცვის პროგრამების სამმართველოს უფროსი.

ინტერვიუს უითხვები დამუშავდა სამუშაო ჯგუფში იმ მონაცემების გათვალისწინებით, რაც მივიღეთ დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების

შესწავლის შედეგად.

არ შეგვისწავლია ის დღის ცენტრები, რომლებიც ემსახურებიან უპირატესად ფიზიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს.

ჩაღრმავებული ინტერვიუები და ფოკუს-ჯგუფები ჩატარდა 2010 წლის მარტიდან მაისამდე.

საპლაზი საიტები

დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების ხელმძღვანელებთან ჩაღრმავებული ინტერვიუს და ფოკუს-ჯგუფის ჩატარებისას გვინტერესებდა ისეთი თემების გაშუქება, როგორიცაა ორგანიზაციის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მდგომარეობა, მატერიალური და ადამიანური რესურსები, პროფესიული განვითარების შესაძლებლობები; მუშაობის მეთოდები - ბენეფიციარების ინდივიდუალური გეგმების შედგენის სქემა, მათი მონიტორინგის ფორმა, რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის შიდა ორგანიზაციული ურთიერთობები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და ქვეყნისათვის ერთიანი ურთიერთობების (სტანდარტების) არსებობის საჭიროება, რეაბილიტაცია/ინტეგრაციისათვის ორგანიზაციაში დანერგილი თერაპიები/მუშაობის მეთოდები, მათი შერჩევის პრინციპები და ეფექტურობის შეფასება; რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის პროცესის განვითარების ხელშემწყობი დამატებითი სერვისები და აქტივობები; დაფინანსებასთან დაკავშირებული საკითხები.

ბენეფიციართან ფოკუს-ჯგუფების ჩატარებისას უთხვები ეხებოდა ისეთ თემებს, როგორიცაა ფიზიკური გარემოთი და ცენტრის მუშაობის მეთოდებით უწყობილობა, უნარ-ჩვევების ათვისების შესაძლებლობა, სტიგმის და თვით-სტიგმატიზაციის შემცირების განცდა, ინტეგრაციის ხარისხის გაუმჯობესება, შემდგომი სურვილები/საჭიროებები ინტეგრაციასთან დაკავშირებით.

ბენეფიციართა ოჯახის წევრების ფოკუს-ჯგუფებში მოხდა ისეთი თემების გაშუქება, როგორიცაა დღის ცენტრების ფიზიკური გარემოთი, სერვისებით და პროფესიონალებთან ურთიერთთანამშრომლობით უწყობილობა; დღის ცენტრების გავლენა ბენეფიციართა ოჯახებზე; ბენეფიციარების მიერ ინტეგრაციისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების ათვისება; ინტეგრაციის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის საჭირო სხვა სერვისები და აქტივობები.

სახელმწიფო მოხელეებთან ინტერვიუს დროს გაშუქდა ისეთი საკითხები, როგორიცაა საკვლევი ქვეპროგრამების სამომავლო განვითარების ხედვა, მათი დაფინანსების საკითხები, მონიტორინგის ფორმა და სავალდებულო სტანდარტები, რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის პროცესის ხელშემწყობი სხვა სერვისები.

1. მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

ჩვენს მიერ გამოკითხული 16 დღის ცენტრიდან მხოლოდ ორ ორგანიზაციას

აქვს საკუთრებაში ფართი. რაც შეეხება 2 სათემო ორგანიზაციას, ორივე მათგანს საკუთრებაში აქვს შენობა-ნაგებობები და მიწების სავარგულები.

დღის ცენტრებს, რომელთაც საკუთრებაში არა აქვთ შენობები, მემორანდუმით, იჯარით (ნულოვანი, ჩვეულებრივი), ან უზურფრუხტით აქვთ გადაცემული ფართი.

იმ შენობის საკუთრების ფორმიდან გამომდინარე, სადაც მიმდინარეობს მომსახურების მიწოდება, ორგანიზაციებს სხვადასხვა პრობლემები აქვთ. მათ, ვისაც საკუთრებაში არ აქვთ ფართი, უჭირთ მუშაობის გრძელვადიანი პერსპექტივით დაგეგმვა, ვინაიდან არ იციან, თუ როგორ შეიცვლება ფართის მესაკუთრის მოთხოვნები. მაგალითად, სამი დღის ცენტრი, რომლებმაც გაარემონტეს და აღჭურვეს ფართი, მესაკუთრის მოთხოვნის გამო შესაძლოა იძულებულნი გახდნენ, უპირობოდ დატოვონ იგი.

„სკოლასთან იყო ხელშეკრულება, რომელიც დიდი მანია, რომ სხვაგან გადავიდეს და ჩვენ ვჯარგავთ ფართს. ამის გამო, შესაძლოა, სახელმწიფო პროგრამა ვეღარ განხორციელდეს და ბავშვები დარჩნენ ისე.“

ქვემოთ მოცემულია ერთ-ერთი ბენეფიციარის მშობლის მდგომარეობა ამ საკითხთან დაკავშირებით *„მუდმივად შიშში ვართ, რომ არ გასხვისდეს და გადასვლა არ მოგვიწიოს. როცა იცი, რომ შენია, უფრო მეტი ხალისით ყუთდება ყველაფერი“.*

ორგანიზაციებისათვის საერთო პრობლემაა აღჭურვილობის შექმნა-განახლება. არის შემთხვევები, როდესაც მათ ოჯახიდან მოაქვთ საჭირო ნივთი. *„აქ რასაც ხედავთ, უმეტესი ნაწილი ჩემი სახლიდან არის მოტანილი. კომპიუტერი საკრებულომ მოგვცა, სკამები შევიძინეთ. სამხარეულოშიც ნივთები გვაქვს, რომელიც საკუთარი ოჯახიდან არის გამოტანილი“.*

არის ორგანიზაციები, რომლებიც აღჭურვილობის შესაძენად ზოგავენ არსებულ თანხებს, რის გამოც ფული აყლდება სხვა აქტივობას *„სხვა რამეზე დავზოგე თანხა და შევიძინე სკამები, იმიტომ რომ მჭირდებოდა. ბავშვებს აბა, იატაკზე ხომ არ დავსვამ. სამაგიეროდ სხვა რაღაცას მოვაკელი ფული. იმ თვეში საჭირო მასალები ვერ ვიყიდე და იმ ფულით შევიძინე სკამები“.*

დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების საერთო პრობლემაა მაღალი კომუნალური გადასახადები. *„ბევრჯერ ყოფილა, როცა ჩვენ თვითონ ჩვენი ხელფასებიდან ვღებთ თანხას, მაგალითად, გათბობის ფულს ვკრებთ თანამშრომლებიდან“.*

„ჩვენ არ ვართ მომგებიანი ორგანიზაცია, მაგრამ გაზის გადასახადს ვიხდით ორმაგს, 82 თეთრს. ამ ვალში ვიხრჩობით, ყოველთვის გადმოდის ეს ვალი, ყოველთვის ვეხვეწებით, რომ არ გაგვითიშონ, მარშან სამჯერ მოვიდნენ ჩასაჭრელად“. მაღალი კომუნალური გადასახადები ხელს უშლის ცალკეულ ორგანიზაციას გაათავოთვოს თავისი საქმიანობა, დააარსოს ახალი ინიციატივები და მეტ ბენეფიციარს შეუქმნას ინტეგრაციის შესაძლებლობა. ორგანიზაციების ხელმძღვანელების აზრით, სახელმწიფო უნდა დაეხმაროს დღის ცენტრებს/სათემო ორგანიზაციებს ამ პრობლემის მოგვარებაში, რათა მათ მომგებიან დაწესებულებებზე უფრო დაბალი ტარიფით გადაიხადონ კომუნალური გადასახადები.

ერთ-ერთი სახელმწიფო მოხელის აზრით, ამ პრობლემების გადაჭრა შესაძლებელია ორი გზით. პირველი, დაფინანსების გაზრდით, რომელიც ამ ეტაპზე განუხორციელებელია, „თანხის გაზრდა რამდენად გამოვა, ეს უკვე მეორე საკითხია. რეალურად არის თანხის პრობლემა“ და მეორე, თავად არასამთავრობო ორგანიზაციების აქტიურობით, პირადი ურთიერთობის დამყარებით შესაბამის კომპანიებთან. „პირდაპირი მოლაპარაკება უფრო მეტ შედეგს გამოიღებს. მე რომ ვიყო, მივიდოდი ქახეთის გაზის უფროსთან და მოვიწვევდი, ვაჩვენებდი რა ხდება და დიდი შანსია, რომ შელავათი დაეწესებინა“.

ორგანიზაციები, რომელთაც საკუთრებაში აქვთ ფართი, ფინანსების არქონის გამო, ვერ ახერხებენ მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლებას, ან საჭირო, ახალი შენობისა თუ დამხმარე ნაგებობის აშენებას. „შეიძლება იშოვო ერთჯერადი თანხა და ახალი კომპლექსი ააშენო ისეთი ფართით, როგორიც ეს სახელოსნოებს სჭირდებათ. მაგრამ მერე დადგება საკითხი მიმდინარე ხარჯების დაფარვისა და კვლავ იგივე ფინანსური პრობლემის წინაშე დადგები. ხარჯი დასჭირდება გათბობას, ელექტროენერჯიას მეტი ხარჯი დასჭირდება, ყველაფრის შენახვაც უფრო მეტ ხარჯებს მოითხოვს. სტაბილური ადგილობრივი შემოსავალი რომ არ არის, ყველაფერი ეს ხელს უშლის ამას“.

2. დღის ცენტრების ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა ბენეფიციარების და მათი ოჯახის წევრების თვალსაზრისით

ცნობილია, რომ შშმ პირებისათვის დღის ცენტრები ტერიტორიულად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. თავად ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების მოსაზრებები ამ საკითხთან დაკავშირებით სხვადასხვაა და ყველას აქვს არგუმენტი თავისი პოზიციის დასასაბუთებლად.

ბენეფიციართა მშობლების აზრით, მნიშვნელოვანია, რომ დღის ცენტრი ახლოს იყოს ან საცხოვრებელ სახლთან, ან იმ სკოლასთან, სადაც მათი ბავშვი სწავლობს, ვინაიდან დაშორებულ დღის ცენტრთან მისასვლელად საჭირო ხდება ტრანსპორტის გამოყენება, რაც მთელ რიგ პრობლემებთან არის დაკავშირებული. „უმჯობესია იყოს სკოლასთან ახლოს. სკოლიდან პირდაპირ გადადიან დღის ცენტრში“, „ყველა სკოლაში უნდა იყოს ასეთი დღის ცენტრი, რომ ბავშვებმა ადვილად შეძლონ სიარული“, „დღის ცენტრი სახლთან ახლოს თუ იქნება, იქ ვივლიდით“, „ბავშვები თავისით ვერ დადიან, საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს უნდა იყოს დღის ცენტრი, რადგან ტრანსპორტზე ფული არ დაიხარჯება და დროც დაიზოგება „მანძილს აქვს მნიშვნელობა, მაშინ ტრანსპორტი უნდა იყოს გადასაადგილებლად, ყველას არ შეუძლია“... „ტრანსპორტი რომ არ იყოს, ჩემი შვილი ვერ ივლიდა“.... რეგიონში მცხოვრები შშმ ბავშვთა მშობლები აზრით, დღის ცენტრი მათ სახლთან ახლოს რომ ყოფილიყო, მაინც ვერ ივლიდნენ იქ, ვინაიდან მიჩვეულნი არიან იმ პედაგოგებს და პერსონალს, რომლებიც ჰყავს მის შვილს დღის ცენტრში „მე შორს ვარ, მაგრამ ჩემთან ახლოს რომ გაიხსნას ეს ცენტრი, ვერ მივიყვან, აქ შესწავლილი

ყავთ ჩემი შვილი, იქ ხელახლა უნდა შეისწავლონა . „ბავშვებს ერთმანეთი ძალიან უყვართ, ერთმანეთოდ არ შეუძლიათ, გაუჭირდებათ ახლებთან შეჩვევა .

თავად ბენეფიციარების მოსაზრება დღის ცენტრების ადგილმდებარეობის შესახებ ურთიერთსაპირისპიროა. მაგ: ფსიქოლოგი რეგისტრის აშლილობების მქონე ბენეფიციარების ნაწილს მიაჩნია, რომ ჯარგია, როცა დღის ცენტრი მათი საცხოვრებელი ადგილიდან მოშორებულია, ვინაიდან ცენტრში მისასვლელად მათ სჭირდებათ ტრანსპორტით მგზავრობა, რაც ერთგავარი „სოციალური ტრენინგი“-ა. „მანყობს მოშორებით რომ არის, ქალაქში გავდი-გამოვდივარ, ტრანსპორტი მჭირდება, ეს ჩემთვის უკეთესია“. ერთ-ერთი ბენეფიციარის განცხადებით: „ჩემს უბანში არ მინდა სიარული, რადგან მეზობლებთან ურთიერთობაში პრობლემები მაქვს და არ მინდა იცოდნენ, რომ ცენტრში დავდივარ“. ფოკუს-ჯგუფში მონაწილე ბენეფიციარები თანხმდებიან იმაზე, რომ „საჭიროა გაფართოვდეს მომსახურების ქსელი“.

ზრდასრული გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბენეფიციარებთანაც აზრთა სხვადასხვაობას ვხვდებით დღის ცენტრის ტერიტორიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით. ნაწილს ურჩევნია სახლთან ახლოს ჰქონდეს დღის ცენტრი, ნაწილი კი ამჯობინებს ცენტრში საზოგადოებრივი ტრანსპორტით იაროს.

3. ადამიანური რესურსები

წარსულში საქართველოს უმაღლეს სასწავლებლებში ნაქლებად ხდებოდა იმ პროფესიებში მომზადება, რომლებიც საჭიროა შშმ პირთა რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის პროცესის ხელშესაწყობად. სადღეისოდ ამ მიმართულებით შედარებით უკეთესი მდგომარეობაა, თუმცა სპეციალისტების ნაქლებობა ყველა სახეზეა. ამ მიზეზის გამოც, ჩვენს მიერ შესწავლილ ორგანიზაციებში, შშმ პირებთან მომუშავე პერსონალი ძირითადად ამ სფეროსთან მომიჯნავე პროფესიის ადამიანებით არის დაკომპლექტებული. მათ დღის ცენტრში მუშაობის მრავალი წლის მანძილზე დიდი პრაქტიკული გამოცდილება მიიღეს. ერთ-ერთი რესპოდენტის აზრით, ჯადრების მოძიება და მომზადება ამ სფეროში ძალიან რთული პროცესია, განსაკუთრებით რეგიონში. ამის მიზეზია ის, რომ ეს საქმე არაპრესტიჟული, მძიმე და დაბალანაზღაურებადია, ხოლო ბენეფიციარები სტიგმატიზირებული არიან. მისივე აზრით, „როგორც პრესტიჟული ხდება რაღაცეები სახელმწიფოში, ასევე უნდა მოხდეს ამ საქმის ინიცირება ზემოდან. ქვემოდან ეს დაწყებულია, სოციალური ორგანიზაციები ძირითადად არასამთავრობო ორგანიზაციებია. სახელმწიფომ შემხვედრი ნაბიჯი უნდა გადადგას. უნდა დაიწყოს ამ საქმის გაპიარება, ხელშეწყობა...“

ჩვენს მიერ გამოკითხული ყველა ორგანიზაციის ხელმძღვანელს აქვს თავისი პერსონალის განვითარების სურვილი და დარგის განვითარებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სახის ტრენინგზე დასწრების მზაობა. როგორც აღმოჩნდა, მხოლოდ ერთეულ ორგანიზაციას აქვს შედგენილი პერსონალის განვითარების გეგმა და ახერხებს დაგეგმილი ტრენინგების განხორციელებას,

რეგულარულად ატარებს სხვადასხვა საკითხების განხილვას და თემების დამუშავებას. მაგ. ერთ-ერთ ორგანიზაციაში ამგვარი ტრენინგი ტარდება წელიწადში ორჯერ. მათ აქვთ ე.წ. განვითარების ბლოკები, სადაც პერსონალის მიერ გარკვეული თემები ერთობლივად მუშავდება.

ზოგიერთ ორგანიზაციაში შემუშავებულია განათლების სტრატეგია, მაგრამ ის სპონტანურად ხორციელდება. ძირითადად ეს ორგანიზაციებს არ აქვთ შემუშავებული პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების სტრატეგია და ვერ აწარმოებენ პერსონალის რეგულარულ დატრენინგებას.

ორგანიზაციების ხელმძღვანელების აზრით, ამის მიზეზია საქართველოში, ამ სფეროში, ტრენინგების ნაკლები არჩევანის არსებობა. ხოლო იმ არჩევანში, რასაც მათ ბაზარი სთავაზობს, ან თანხაა გადასახდელი (თანხის გადახდის შესაძლებლობა ძალიან ცოტა ორგანიზაციას აქვს), ან ეს არჩევანი მათ საჭიროებებს არ ჰასუხობს, ან ინფორმაცია არ აქვთ ამ შესაძლებლობის შესახებ. არის შემთხვევები, როდესაც პერსონალი თავად ზრუნავს კვალიფიკაციის ამაღლებაზე. მაგრამ *„კვალიფიციური ტრენინგი რომ მოიხვიო, ამას დიდი თანხები სჭირდება“*.

„პერსონალის განვიწილ დატრენინგებას სჭირდება სერიოზული ფინანსები. ძალიან ჯარგი იქნებოდა გაცვლით პროგრამებშიც ჩართვა“. *„პერსონალის დატრენინგებას ვერ ვაკეთებ, რადგან მხოლოდ ამ ვაუჩერზე ვარ დამოკიდებული. ისეთი მინიმალური ხელფასი აქვთ თანამშრომლებს, რომ მე ვერ ვაიძულებ მათ, თავად იზრუნონ კვალიფიკაციის ამაღლებაზე“*. *„ფურცელზე განვიწილი გეგმა არ გვაქვს, მაგრამ სურვილი სულ გვაქვს, ვუშვებთ გამოცხადებულ უფასო ტრენინგებზე“*.

როგორც გაირკვა, ამ ტრენინგებისთვის თანხის მოძიება შესაძლებელია მხოლოდ დონორებთან. სახელმწიფოს პროგრამებში დღის ცენტრების განვითარება ამ კუთხით 2010 წლისთვის არ არის გათვალისწინებული. პროფესიონალების აზრით, *„უნდა იყოს სახელმწიფო პროგრამაშიც მსგავსი პუნქტი გაყიდვით. რამდენიმე წლის წინ ეს იყო. ერქვა ხარისხის გაუმჯობესება. სამწუხაროდ, ეს პროგრამა არ განხორციელდა. ბიუჯეტში ასეთი, თუნდაც მცირე ჩანანერის გაჩენა ჯარგი იქნებოდა, ხელს შეუწყობდა“*.

ჩვენს მიერ გამოკითხული ერთ-ერთი სახელმწიფო მოხელის აზრით, უნდა არსებობდეს განვითარების შესახებ ჩამოყალიბებული გრძელვადიანი ხედვა, და მასზე დაყრდნობით უნდა მოხდეს რესურსების მობილიზება. უნდა შეიქმნას ასევე სასწავლო რესურსი, რომელიც გულისხმობს ასევე პედაგოგთა რესურსსაც. *„სამინისტროს შეხვედრაზე ითქვა, რომ სამინისტრო მზადაა ითანამშრომლოს სხვადასხვა დონორებთან, რათა თუ არსებობს დაფინანსებაში სიცარიელე, მოხდეს არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და სხვა სტრუქტურებთან ერთად ამაზე მუშაობა“*.

გაირკვა, რომ ორგანიზაციები, რომლებიც ზრუნავენ პერსონალის პროფესიულ ზრდაზე, ამას აკეთებენ: შიდა ტრენინგებით, როდესაც პერსონალი თავის გამოცდილებას უზიარებს ერთმანეთს, გარე ტრენინგებით, რომელიც ფინანსდება დონორის ფულით და შშმ პირებთან მუშაობის პრაქტიკული გამოცდილების ერთიერთგაზიარებით.

ორგანიზაციებისათვის პრობლემაა ისიც, რომ დღის ცენტრები ვერ ახერხებენ გამოცდილი, დატრენინგებული თანამშრომლისთვის მისი კვალიფიკაციის მიხედვით ხელფასის გადახდას. ეს ხდება მიზეზი კვალიფიციური კადრების დღის ცენტრებიდან გადინების ან მათი პოტენციალის არასრულად გამოყენებისა. „ფინანსური კრიზისის გამო ბევრი თანამშრომელი დაკარგეთ. პედაგოგად ავიყვანეთ სტუდენტი“. „პროფესიონალი კადრი არსებობს, თუ შესაბამისად გადაუხდი“.

ჩვენს მიერ გამოკვლევულ ყველა ორგანიზაციას აქვს შესაძლებლობა, პრაქტიკული გამოცდილება გაუზიაროს დაინტერესებულ პირებს. რამდენიმე მათგანს ჯი აქვს ამ სფეროში თეორიული ცოდნის გადაცემის გამოცდილებაც და გააჩნიათ ჩამოყალიბებული და აკრედიტირებული პროგრამები. ზოგიერთი მათგანი თანამშრომლობს კიდევ ამ კუთხით სახელმწიფო სტრუქტურებთან. „ჩვენს ცოდნას ვუზიარებთ სახელმწიფოს, მათ სოცმუშავენს.“

4. სტანდარტები და ინტეგრაციის ჩრიაბრიშები დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციებისათვის

4.1. სტანდარტები

კვლევის პერიოდში ქვეყანაში არ არსებობდა მომსახურების სტანდარტები დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციებისთვის. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთ-ერთი წარმომადგენლის განცხადებით, სამინისტრო 2010 წლის მეორე ნახევარში გეგმავს სტანდარტების შემოღებას დღის ცენტრების მომსახურებისთვის. „სათემო ორგანიზაციებისათვის სტანდარტების შემოღებაზე ჯერ-ჯერობით მუშაობა არ მიმდინარეობს. ბავშვთა ზრუნვის სტანდარტი რაც არის, ეს არის სავალდებულო ყველა 24 საათიანი სერვისისათვის. მაგრამ არა ზრდასრულებისათვის“. ვინაიდან კვლევის განხორციელების პროცესში ამ სტანდარტებზე მუშაობა ჯერ დაწყებული არ იყო, დახუსტებულად მის შესახებ ვერ ვილთაპარაკებთ.

როგორც ცნობილი გახდა, სტანდარტები შეეხება როგორც ბავშვების, ასევე ზრდასრულების სოციალური ინტეგრაციის საკითხებზე მომუშავე დღის ცენტრებს. „ეს იქნება ერთი სტანდარტი, რომელიც გაყოფილი იქნება 18 წლამდე და 18 წლის ზემოთ“. სტანდარტები ერთის მხრივ, შეეხება ფიზიკურ გარემოს, ხოლო მეორე მხრივ, ბენეფიცირებთან ინდივიდუალურ მიდგომას. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლის აზრით, „ინდივიდუალური მიდგომა როგორც უნდა იყოს, ჩვენ ამას არ ჩავნეროთ, მაგრამ ინდივიდუალური განვითარების გეგმა როგორც დიდებისათვის უნდა დაინეროს, ასევე ბავშვისთვის და გინდა ფსიქიკური აშლილობისთვის და გინდა ფიზიკური ჩამორჩენილობისთვის. ძალიან წვრილმან დეტალებში ჩვენ არ ჩავალთ“. სტანდარტის სხვადასხვა პუნქტი დროის სხვადასხვა მონაკვეთში შევა ძალაში. სავარაუდოდ, თავდაპირველად ამოქმედდება სტანდარტები, რომელიც ფიზიკურ გარემოს შეეხება, ხოლო დანარჩენი ნაწილი ამოქმედდება

ეტაპობრივად, 2011 წლიდან. ამ ეტაპზე უფრო დაწვრილებით სტანდარტების პუნქტების შესახებ ძნელია საუბარი, ვინაიდან ჯგუფი, რომელიც შეიმუშავებს სტანდარტებს, ინტერვიუების აღების პერიოდში დაჯომპლექტებულიც არ იყო.

სტანდარტების დამტყიცების შემდგომ დაიწყება დღის ცენტრების მონიტორინგი. მონიტორინგს არ ექნება დამსჯელობითი ფორმა, არამედ იქნება „პროგრესზე ორიენტირებული მონიტორინგი“. მონიტორინგის შედეგად შემუშავდება გეგმები, რომელიც გარკვეული პერიოდის გასვლის შემდეგ დღის ცენტრს შესრულებული უნდა ჰქონდეს. „იმ ორგანიზაციას, რომელსაც ვერანაირი პროგრესი ვერ ეტყობა და წინ ვერ მიდის, რეგისტრაციას გაუუქმებთ და ფაქტობრივად, რეგისტრაციის გაუქმება ნიშნავს, რომ ის სახელმწიფო დაფინანსებას ვეღარ მიიღებს“.

დღის ცენტრის სტანდარტების მიმართ მომსახურების მიმწოდებლების მხრიდან არაერთგვაროვანი შეხედულებები არსებობს. ყველანი თანხმდებიან იმაზე, რომ სტანდარტების არსებობა ქვეყანაში აუცილებელია. საინტერესოდ მიგვაჩნია ერთ-ერთი რესპოდენტის მიერ გაკეთებული სტანდარტის განმარტება. მისი აზრით, „სტანდარტი შეიძლება იყოს ის, რომ ამ ადამიანებს აკეთებინო ის, რისი უნარიც მას აქვს. არ გააკეთებინო ის, რისი უნარიც არა აქვს და შენ არ გააკეთო ის, რისი უნარიც მას აქვს.“

რესპოდენტთა აზრით, დღის ცენტრის სტანდარტების შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ქვეყანაში არსებული და აღიარებული ჯანონები, კონვენციები, ადამიანის უფლებები და შშმ პირთა უფლებების დეკლარაციები და სტანდარტული წესები. მისივე აზრით, „ეს უნდა იყოს შეთანხმება მთელი საზოგადოების თითოეული წევრისა ერთმანეთთან“ შშმ პირებთან დაკავშირებით. საჭიროა მეტი ყურადღება მიექცეს ამ სტანდარტების ცხოვრებაში გატარების უზრუნველყოფი ჯანონების ამოქმედების მექანიზმების შემუშავებას. „ამისათვის საჭიროა კონკრეტული ღონისძიებების გატარება, დაწესებულებების შექმნა და ქვეყანაში ისეთი პირობების შექმნა, რომ ეს დაწესებულებები იქმნებოდნენ, ვითარდებოდნენ და არსებობდნენ და 2 წლის მერე არ იხურებოდნენ“. ერთ-ერთი სათემო ორგანიზაციის წარმომადგენლის აზრით ჟი შეუძლებელია დაწესდეს სოციალური ინტეგრაციის სტანდარტი. „სტანდარტების წინააღმდეგი არა ვარ, რომელიც ეხება ცხოვრების პირობებს, სანიტარულ-ჰიგიენურ პირობებს. ეს გასაგებია და როგორ შეიძლება სოციალიზაცია სტანდარტებით? შეუძლებელია ინსტიტუციური იარაღებით (სტანდარტებით) არაინსტიტუციური გარემოს (თემის) შექმნა“.

აზრთა სხვადასხვაობამ იჩინა თავი ამ სტანდარტების გამოყენებასა და შინაარსთან დაკავშირებით. დღის ცენტრების ხელმძღვანელთა ნაწილი ფიქრობს, რომ ეს სტანდარტები გაუმარტივებს სახელმწიფო სტრუქტურებთან ურთიერთობას, ნაწილის აზრით, სტანდარტები დაეხმარება მას, გაზომოს ბენეფიციართა ინტეგრაციის ხარისხი, ორგანიზაციის განვითარებას უფრო მიზანმიმართულს გახდის, დაზოგავს ორგანიზაციის დროს და რესურსებს. ერთ-ერთი მათგანის განცხადებით ჟი, სულაც არ არის საჭირო ერთიანი სტანდარტის არსებობა.

რესპოდენტთა აზრით, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის სტანდარტი უნდა იყოს

ზოგადი და მიღწევადი, როგორცაა სისუფთავე, უსაფრთხოება და გამთბარი მენობა, რაც დღევანდელ რეალურ პირობებში მიღწევადია. „დღევანდელ დღეს არ უნდა იყოს ლაპარაკი კვადრატულ მეტრებზე და ეზოს აუცილებლობაზე.“

„კვადრატული მეტრები აბსოლუტურად მიუღებელია. ევროსტანდარტები აქ რომ გადმოიღო, უნდა დავიხუროთ. ასევე ეზო. ვილაცას შეიძლება ეზო არ ჰქონდეს, მაგრამ მას შეუძლია პარკში წაიყვანოს და იქ ასეირნოს ბენეფიციარები. რაში სჭირდება ეს ეზო. იმის გამო, რომ მას ეზო არა აქვს და სტანდარტის გამო დაუხურო ეს ცენტრი და ის ბენეფიციარი სახლში დაჯდეს, რომელიც უეზოვო ცენტრში დადის, უაზრობა გამოდის.“ „რომ გამოხვიდე ბენეფიციარის მდგომარეობიდან, მას ურჩევნია იყოს დღის ცენტრში, ცოტა შეიჭუჭყნოს იქ და დაჯდეს პატარა მაგიდასთან, ვიდრე სახლში იყოს მარტო, თუნდაც იქ 500კვ.მ ფართი ჰქონდეს.“

ერთ-ერთი რესპოდენტის აზრით, როგორც კი სტანდარტი შემოვა, იმ წუთში უნდა იყოს ვილაცა, რომელიც შეასრულებს ამ სტანდარტს. „თვითონ დღის ცენტრი არ არის სტანდარტის უზრუნველყოფელი მატერიალური გაგებით. ის ქმნის სერვისს, თან არ იცი, საიდან მოიტანო ეს ფული და სტანდარტიც შეიძლება ისეთი ძვირი იყოს, რომ უბრალოდ დონორიც ვერ იპოვო“.

ამჟამად გამოკითხული ორგანიზაციების უმრავლესობას ბენეფიციართა ინტეგრაციის ხარისხის შესაფასებლად შემუშავებული აქვთ შიდა ორგანიზაციული სტანდარტები (კრიტერიუმები). ეს სტანდარტები გამომდინარეობს ბენეფიციართა საჭიროებებიდან, რაც აისახება ინდივიდუალურ გეგმებში.

ერთ-ერთი დღის ცენტრის ხელმძღვანელის აზრით, „აუცილებელია გაიმიჯნოს, თუ ვის ემსახურება ეს დღის ცენტრი, ფიზიკურ თუ ფსიქიკურ შშმპ-ებს. თუ დიფერენცირება მოხდება, ვთქვათ, ნევროზები ცალკე, ფსიქოზები ცალკე, კრიტერიუმებიც დიფერენცირებული უნდა იყოს ნიუანსების მიხედვით.“

ერთ-ერთი სათემო ორგანიზაციის ხელმძღვანელის აზრით, „სტანდარტი უნდა ზღუდავდეს სახელმწიფო მოხელეს, რათა ის არ ჩაერთოს სტანდარტის გარეთ დარჩენილ ნაწილში, რომელიც შესაბამის პროფესიონალთა ექსპერტიზის და ფართო საზოგადოების შეფასების საგანი უნდა იყოს“

რესპოდენტები მზად არიან სტანდარტების (და არა მარტო სტანდარტების) შემუშავებისას ითანამშრომლონ სამთავრობო სტრუქტურებთან. „ჩვენ გვქონდა სტანდარტებთან დაკავშირებით შეთავაზება, რომ სათემო ორგანიზაციებს დაგვიგროვდა პრობლემებიც, გამოცდილებაც და იქნებ ჩვენც ჩავვართოთ ამ პროცესში. პასუხი არ მიგვიღია დადებითი.“

4.2. ინტეგრაციის კრიტერიუმები

რამდენიმე ორგანიზაციას აქვს მის მიერ შემუშავებული ბენეფიციართა ინტეგრაციის კრიტერიუმები. ერთ-ერთი მათგანის აზრით, „ეს ნებისმიერ ადამიანს შეეხება. ეს არის ის, თუ რამდენად ვცხოვრობ საზოგადოებრივი ცხოვრებით, რამდენად ვმონაწილეობ მე საზოგადოებისათვის აუცილებელ პროცესებში, რომელიც მას წინ წასწევს და ამ საზოგადოებას შეინარჩუნებს“ აქედან გამომდინარე, უნდა იყოს სამი კრიტერიუმი, ესენია:

- » რამდენად ადგება პიროვნება საზოგადოებას;
- » რამდენ სარგებლობს ეს პიროვნება ამ საზოგადოების მიერ შექმნილი მატერიალური თუ სულიერი დოვლათით;

» რამდენად ღირსეულად ცხოვრობს ადამიანი ამ საზოგადოებაში, რამდენად არის დაცული მისი უფლებები, მაგალითად, შრომის უფლება. „საზოგადოებამ უნდა მისცეს საშუალება, რომ ისეთი ორგანიზაცია არსებობდეს, რომელმაც უნდა დაიცვას შშმ პირთა უფლებები და მისცეს მათ მუშაობის საშუალება. და არ უნდა თქვას, რომ შენ რადგანაც დაუნის სინდრომი გაქვს, ან სხვა შეფერხება, ამიტომ შრომისუუნარო ხარ და სახლში უნდა დაჯდე“.

გარდა ამისა, რესპონდენტთა აზრით, ინტეგრაციის ურთიერთობები შეიძლება იყოს: „რამდენად აითვისეს ყოფითი უნარები და აკადემიური საგნები, რამდენად არიან მზად დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის.“

მათი აზრით, ინტეგრაციის მთავარი ურთიერთობაა შშმ პირების მიმართ საზოგადოების მიმღებლობა. „ბენეფიციარები ქალაქში გამყავს ეტლებით, საზოგადოება ჩერდება, ესაუბრება. ეს არის ნამდვილად ჩვენი დამსახურება. როცა 2006 წელს პირველად შევიყვანეთ ბავშვები დარბაზში, სადაც 800 უცხო იყდა, სამარისებული სიჩუმე ჩამოვარდა, არც იცოდნენ, თუ ზესტაფონში ამდენი ინვალიდი ბავშვი იყო. არადა მარტო 19 წლამდე 270 ინვალიდი ბავშვი“.

მნიშვნელოვანი ურთიერთობა ასევე ოჯახის წევრების განწყობა თავიანთი შშმ ოჯახის წევრის მიმართ: „5 წლის წინ, როცა დავდიოდით ოჯახებში, ხალხი მალავდა ასეთი ბავშვების არსებობას, დღეს კი დღე ერთია და ასი მოდის ჩვენთან, ოღონდ მივიღოთ. ღონისძიებებზე თვითონ გამოყავთ თავისი ბავშვები“.

ამ მხრივ საკმაოდ წარმატებულად მუშაობენ სათემო ორგანიზაციები. მათ ბენეფიციარებს თავისუფლად შეუძლიათ სიღნაღში და გრემში დამოუკიდებლად სიარული, სადაც სხვა ადამიანებისაგან მიმღებლობასა და პატივისცემას გრძნობენ. „სიღნაღის სკოლის ბავშვები და ჩვენები ერთად მუშაობდნენ საკვირაო სკოლაში, ჩვენთან მოდიან სიღნაღელი ბავშვები, დაბადების დღეებს იხდიან, ამათ ეპატიყებიან თავიანთ სახლებში დაბადების დღეებზე“, „ჩვენი ერთ-ერთი ბენეფიციარი სანამ ჩვენთან მოვიდოდა, თითოთ საჩვენებელი იყო, ახლა სოფელში რომ გავიდეს, ყველამ იცის, რომ ჩვენთან აქვს ურთიერთობა და სოფელმა დაიწყო მისი პატივისცემა. მანამდე ჩაგრავენ, ახლა კი პატივისცემით ეპყრობიან“.

ენდოგენური ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტებისათვის ეს ურთიერთობა არის იმის განსაზღვრა, „დაიწყო თუ არა ბენეფიციარმა მუშაობა, შემცირდა თუ არა სოციალური პრობლემები, მაგალითად ურთიერთობის სიტუაცია ოჯახში“ .

ერთ-ერთი სათემო ორგანიზაციის ხელმძღვანელის აზრით, ინტეგრაციის საზომია ბენეფიციარის „ხალისი, ჩართულობა, პიროვნული განვითარება“.

5. დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების მიერ მომსახურების დაგეგმვა, განხორციელება და შეფასება

5.1. ბენეფიციართა შერჩევის კრიტერიუმები:

დღის ცენტრების აქტივობა ბენეფიციართა სოციალური ინტეგრაციის უთხით იწყება ბენეფიციართა მიღებით ცენტრში. დღის ცენტრებს ბენეფიციართა მიღება/შერჩევის სხვადასხვა კრიტერიუმი ჩამოუყალიბდათ. ეს კრიტერიუმები დამოკიდებულია კონკრეტული ორგანიზაციის გამოცდილებასა და მუშაობის ფორმაზე. იგი ეხება ასაკს, დიაგნოზს, მიღების მომენტში ფსიქიკურ სტატუსს, ბენეფიციარის სურვილს, იაროს ამ დღის ცენტრში და მოცემული დღის ცენტრის მომსახურების მიღების საჭიროებას, ასევე ოჯახის წევრების თანამონაწილეობას ორგანიზაციის საქმიანობაში. ერთ-ერთ ორგანიზაციას ბენეფიციართა მიღების განწერილი კრიტერიუმებიც კი აქვს.

თუმცა ეს შემუშავებული და აპრობირებული კრიტერიუმები ცვლილების წინაშე დადგა დაფინანსების ვაუჩერული სისტემის შემოღების შემდეგ. ამ ცვლილების შემდეგ დღის ცენტრები უპირატესობას ანიჭებენ 100%-იანი დაფინანსების მქონე ვაუჩერის მფლობელ შშმ პირს, ან შშმ პირს, რომლის ოჯახსაც შეუძლია სრულად დაფაროს სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული მომსახურების თანხა.

რაც შეეხება სათემო ორგანიზაციებს, მათ ბენეფიციარებს ძირითადად სახელმწიფო უგზავნის. როგორც ერთ-ერთი სათემო ორგანიზაციის ხელმძღვანელი ამბობს, „სახელმწიფომ იცის რა კრიტერიუმები მაქვს და ისე მიგზავნიან“.

5.2 ბენეფიციართა და პერსონალის თანაფარდობა

დღის ცენტრებს სხვადასხვა გამოცდილება აქვთ ბენეფიციართა და პერსონალის თანაფარდობის საკითხში. პერსონალის და ბენეფიციართა შეფარდება დღის ცენტრებში დიდ ფარგლებში მერყეობს, კერძოდ 1:12-დან 1:2-მდე. პროფესიონალების აზრით, ამ მხრივ შეუძლებელია დაადგინო ყველა დღის ცენტრისათვის ერთიანი სტანდარტი, ვინაიდან იგი დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე, კერძოდ: დიაგნოზი, ბენეფიციარის ასაკი, შეზღუდული შესაძლებლობის ხარისხი, სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ფორმები, მიზანი, სიხშირე და ა.შ.

სათემო ორგანიზაციებში ერთ ბენეფიციარს ემსახურება 0,6-1,5 პერსონალი. ამ დაწესებულებებში სასურველი შეფარდებაა 1 ბენეფიციარზე 2 პერსონალი.

5.3. დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების მიერ მომსახურების დაგეგმვა, განხორციელება და შეფასება

ერთ-ერთი კომპონენტი, რაც უზრუნველყოფს დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების ხარისხიან და ეფექტურ მომსახურებას, არის გასაწევი მომსახურების დაგეგმვა, მონიტორინგი და შეფასება. ვინაიდან ჩვენს მიერ საკვლევი დარგის განვითარება სულ ორი ათეული წლის წინ დაიწყო ქვეყანაში, ამიტომ არის მთელი რიგი საკითხები, რაც შემდგომ დამუშავებასა და დახვეწას საჭიროებს. ერთ-ერთი მათგანია მომსახურების პროცესის დაგეგმვა, მონი-

ტორინგი და შეფასება. უკლუვისას გამოვლინდა, რომ ორგანიზაციები, როგორც წესი, გეგმავენ, მონიტორინგს უკეთებენ და აფასებენ რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის პროცესს. თუმცა ისინი სხვადასხვა სიხშირითა და რიტმულობით ახერხებენ ამ ციკლის განხორციელებას. ეს დამოკიდებულია ორგანიზაციის პროფესიულ რესურსზე, ასევე, თუ რომელი პროფესიის ადამიანები არიან ჩართულები რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის პროცესის დაგეგმვაში, მონიტორინგისა და შეფასებაში.

ერთ-ერთი ორგანიზაცია ამ პროცესს 3 ეტაპად ანხორციელებს. აქ ვხვდებით 2-3 წლიან გრძელვადიან დაგეგმვა-შეჯამებებს, საშუალო ვადიან (1 წელი) და მცირე ვადიან (1 კვირა) დაგეგმვა-შეჯამებებს. ასევე ფასდება ცალკეული საქმიანობები. ყველა სახელოსნოს აქვს თავისი მიმდინარე გეგმა. შემდეგ, ყველა ეს სახელოსნო ერთად აკეთებს საერთო დაგეგმვას მთელი ორგანიზაციისთვის. ამასვე აკეთებენ თერაპევტები.

დღის ცენტრებში, ზოგადად, დაგეგმვას ანხორციელებს მულტიდისციპლინური გუნდი (მდგ). ერთ-ერთი ორგანიზაციის მდგ-ში შედის ფსიქოლოგი და ლოგოპედი. ისინი ადგენენ ბენეფიციართა აკრედიტაციის უნარებს და შემდეგ გეგმავენ მასთან მუშაობას. მონიტორინგი და შეფასება ხორციელდება 1-დან 6 თვეში ერთხელ, საჭიროების მიხედვით. მუშაობის პროცესში ყოველდღიურად კეთდება ჩანაწერები, რომელსაც განიხილავენ კვირაში ერთხელ. მეორე ორგანიზაციაში ოპერაციური თერაპევტი და პედაგოგი აფასებენ ბავშვს და აფიქსირებენ ბენეფიციარის პრობლემას განვითარებაში. ამის საფუძველზე დგება ინდივიდუალური გეგმა. სამუშაოს შესრულების მონიტორინგი და შეფასება ხორციელდება 2-3 თვეში ერთხელ.

სხვა დღის ცენტრის მდგ-ს შემადგენლობაში შედიან: ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაყი, ერგო-, არტ-, და ფსიქოთერაპევტები. ისინი გამოყოფენ პაციენტის პრობლემებს და რესურსებს. მათზე დაყრდნობით დგება ინდივიდუალური რეაბილიტაციის გეგმა განვითარების ვადებით. შესრულების პროცესის მონიტორინგი და შეფასება ხორციელდება 3-4 თვეში ერთხელ, სადაც ახალი გეგმა დგება. ეს პროცესი გრძელდება მანამ, სანამ ამის საჭიროება არსებობს.

ერთ-ერთი ორგანიზაციის მდგ-ში შედის ლოგოპედი, ფიზიოთერაპევტი, ცენტრის ხელმძღვანელი, ჯგუფის ხელმძღვანელი, ჯგუფის მასწავლებელი და მშობელი. მდგ-ს მიერ ხდება ბენეფიციარის სუსტი და ძლიერი და მხარეების შეჯერება, რის შემდეგაც იგეგმება გრძელვადიანი მიზნები, რომელიც შემდეგ იყოფა მოკლევადიან მიზნებად, დგინდება ამ მიზნების განხორციელების ვადები. მდგ-ს მიერ სქემის დაგეგმვის პროცესში ჩართულია მშობელიც. მას თავის მხრივ ეძლევა უონკრეტული დავალებები. დაგეგმილის მოკლევადიანი მონიტორინგი ხორციელდება ყოველკვირეულად. პედაგოგის მიერ კეთდება ყოველდღიური ჩანაწერები. გრძელვადიანი გეგმების მონიტორინგი ხორციელდება 1-6 თვეში ერთხელ, საჭიროების მიხედვით.

რამდენიმე დღის ცენტრი, ფინანსების უქონლობის გამო, ვერ ახერხებს ყველა საჭირო სპეციალისტის დაქირავებას და მათ ჩართვას მულტიდისციპლინარული გუნდის მუშაობაში. ამიტომ იძულებულნი არიან ამ გუნდში ჩართონ მხოლოდ იმ

პროფესიის წარმომადგენლები, რომლებიც ჰყავთ.

სათემო ორგანიზაციები სხვადასხვანაირად ანხორციელებენ მომსახურების დაგეგმვას, მონიტორინგსა და შეფასებას. ერთ-ერთ მათგანში ხდება ეტაპობრივი დაგეგმვა-მონიტორინგი წელიწადში ერთხელ, 6 თვეში ერთხელ და კვირაში ერთხელ. აქ მუშაობს მულტიდისციპლინარული გუნდი ექიმის, ფსიქოლოგისა და სოციალური მუშაის შემადგენლობით. ეს გუნდი ადგენს თითოეული ბენეფიციარის ინდივიდუალურ გეგმას. წელიწადში ერთხელ ხდება ამ გეგმების ხელახალი განხილვა და გადახედვა.

მეორე სათემო ორგანიზაციაში პროცესების ამგვარი რიტმული დაგეგმვა და მონიტორინგი არ ხდება და აქვს უფრო სპონტანური ხასიათი არსებული საჭიროებიდან გამომდინარე.

საქმად აქტიურად დაისვა პროფესიონალთა ფოკუს-ჯგუფში გარე მონიტორინგის საკითხი. ერთ-ერთი რესპოდენტის აზრით, „გარე მონიტორინგის დროს უნდა შეფასდეს, რამე ხომ არ გამოგვჩა მუშაობისას, ამას ვგულისხმობ გარე მონიტორინგში და არა ჯობიან ჯაცს. ანუ ადამიანს, ექსპერტს, რომელიც შეაფასებს შენს მუშაობას და მოგცემს კვალიფიციურ დასკვნას, როგორ გააქეთო, რა გამოასწორო“.

კვლევისას გაირკვა, რომ დღის ცენტრები ბენეფიციართა ინტეგრაციის ხარისხს სხვადასხვა ინსტრუმენტებით აფასებენ.

ეს ინსტრუმენტებია:

» დაკვირვების მეთოდი:

ა) აკვირდებიან ბენეფიციართა ყოფითი უნარებისა და აკადემიური საგნების ათვისების ხარისხს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას და აქტივობას, განწყობებს ცენტრისა და იმ საქმიანობების მიმართ, რასაც დღის ცენტრი სთავაზობს, უცხო გარემოში ქცევას და უცხო ადამიანებთან მათ კომუნიკაციას და ა.შ.

ბ) აკვირდებიან გარემოში ბენეფიციართა მიმართ დამოკიდებულების ცვლილებებს საზოგადოების მხრიდან.

» საუბრის მეთოდი ბენეფიციარებთან, მათი ოჯახის წევრებთან და ბენეფიციართა ახლო გარემოსთან;

» შეფასება სხვადასხვა სპეციალური სკალის (შეფასების ინსტრუმენტის) გამოყენებით.

დღის ცენტრები, რომლებიც მუშაობენ ენდოგენური ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებთან, იყენებენ შეფასების სხვადასხვა სკალას, როგორცაა: SANS, SAPS, ასევე სოციალური ადაპტაციის სკალა. „ვაკეთებთ რესურსების შეფასების შკალას - მოტივაციების შეფასება, თანამშრომლობა, განათლება, პროფ. უნარები, გარემოს მხარდაჭერა, უფლებები, კოგნიტური და კომუნიკაციური უნარები... - რეალურად რამდენადაა შენარჩუნებული“. შეფასება პერიოდულად ხდება გასაუბრებითაც.

შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის მიზნით გამოყენებულია მრავალი მეთოდი. დღის ცენტრების მიერ მათი არჩევანი გამომდინარეობს დაავადების სპეციფიკიდან და ბენეფიციართა ასაკიდან.

ფსიქიკური რეგისტრის აშლილობების მქონე ზრდასრული შშმ პირთა დღის

ცენტრებში ძირითადად გამოიყენება ინდივიდუალური და ჯუფური თერაპიული მუშაობა. აქ ბენეფიციარებს უტარდებათ სხვადასხვა ვერბალური და არავერბალური თერაპიები, როგორცაა ხელოვნებითი თერაპია, ერგოთერაპია, ასევე სტრუქტურირებული სატრენინგო პროგრამები დაავადების და მკურნალობის მართვაში, კოგნიტური ფუნქციების გაუმჯობესებაში, პრობლემების გადალახვის და კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების აღდგენა/დასწავლაში და სხვა.

ზრდასრული გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე შშმ პირთა დღის ცენტრებში/სათემო ორგანიზაციებში გამოყენებული მეთოდები ორიენტირებულია შრომითი და საკუთარი თავის მოვლის უნარ-ჩვევების განვითარებაზე, ეგოიზმის დაძლევის, პასუხისმგებლობის უნარის, ინტერესის განვითარებაზე, ემოციების მოთოქვის დასწავლაზე.

ბავშვებთან მომუშავე დღის ცენტრებში თერაპიული მეთოდები შერჩეულია ბავშვის განვითარების არსებული დონიდან გამომდინარე, თუმცა ვერ ხდება ყველა ინდივიდუალური საჭიროების დაკმაყოფილება. ბავშვებს უტარდებათ მეცადინეობები მუსიკასა და ხატვაში. მათთან მუშაობს ლოგოპედი, ოკუპაციური თერაპევტი და ფსიქოლოგი. ბავშვებს უტარდებათ თერაპიები როგორც ინდივიდუალურად, ასევე ჯგუფურად. დღის ცენტრებში ბენეფიციარებს უვითარებენ სოციალურ, თვითმომსახურების, კომუნიკაციურ და სხვა უნარ-ჩვევებს.

6. დღის ცენტრის მუშაობის შეფასება ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების მიერ.

დღის ცენტრების მუშაობის ყველაზე მნიშვნელოვანი შემფასებლები არიან თავად ბენეფიციარები და მათი ოჯახის წევრები. დღის ცენტრის მუშაობის ეფექტურობა პირველ რიგში მიჯროსოციუმში და ოჯახურ გარემოში ჩანს.

ოჯახის წევრების აზრით, დღის ცენტრის პოზიტიური გავლენა ბენეფიციარზე პირველ რიგში ვლინდება სოციალური უკმაყოფილების უთხით - ბენეფიციარი ურთიერთობს სხვებთან, იძენს/აღიდგენს კომუნიკაციურ უნარ-ჩვევებს, მეგობრების წრეს - „ადამიანად იგრძნო თავი, რომ საზოგადოებას ჭირდება. ყველას უბნება, რომ მუშაობს, აქ ესმით მისი, დამოუკიდებლად ურთიერთობს“.

შშმ ბავშვმა დღის ცენტრში შეიძინა ყოფითი უნარ-ჩვევები, ისწავლა საკუთარი თავის მოვლა, ჩართულია მიზანმიმართულ სასწავლო პროცესებში, აღმოიჩინა და განივითარა შესაძლებლობები, მისი ქცევა გახდა მოწესრიგებული. ბავშვი „გახდა უფრო დამოუკიდებელი, თავს უკლის, მოწესრიგებულია, ურთიერთობებში შეუძლია ჩაერთოს, ადრე რთული იყო ტრანსპორტით მგზავრობა, ახლა უფრო ადაპტირდა, გახდა უფრო თავმოყვარე და მოწესრიგებული, მეგობრული, ისწავლა ურთიერთობა, სხვისი დაცვა“. „ჩემი ბავშვი ჰიპერაქტიური იყო და ახლა ჯდება, თვითონ ითხოვს მეცადინეობას“. „უკვე შეუძლია კითხვა, ჭამა, ერთ ადგილას ვერ ჩერდებოდა, ახლა შეუძლია საათობით იჯდეს და ხატოს. თვითონ იცვამს, ჯევავს და ალაგებს ტანსაცმელს. თავსაც ინესრიგებს - იბანს, იწმენდს. ასეთ ბავშვებთან ეს ნელ-ნელა ხდება, დიდი შრომის შედეგია. როცა დააშავებს, პასუხისმგებლობის გრძნობა აქვს, საათს ცნობენ, საყიდლებზე ვუშვებ,

თუ ხერდა დარჩა, ახერხებს და თავისთვის ყიდულობს რამეს. სადილის მერე პატარებს ეხმარებიან ალაგებაში”.

მშობელს დღის განმავლობაში გამოუნთავისუფლდა დრო და დაიწყო ფიქრი მუშაობის დანყებაზე. ოჯახმა იგრძნო ეკონომიური შეღავათიც, რადგან დღის განმავლობაში მოგვარებულია ბენეფიციარის ჯვების საკითხი - „სალამოს მხოლოდ ვახშამი მჭირდება, დღის ცენტრში ორჯერადი ჯვება აქვთ”.

მშობელი უმყოფილია ასევე იმით, რომ ერთ სივრცეშია მოქცეული ის თერაპიული დახმარების საშუალებები, რომლებიც აუცილებელია ბენეფიციარის განვითარებისთვის - „სანამ დღის ცენტრში მოვიდოდა, ჩემი ბავშვი მინდოდა, რომ არტერიაპიაზე მეტარებინა, მუსიკაზე მეტარებინა... ეს ფინანსურად ძალიან ძნელი იყო, ბავშვიც ძალიან იღლებოდა. აქ ძალიან უმყოფილები ვართ”.

ბენეფიციარების მოსაზრება

მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა, თუ თავად ბენეფიციარები როგორ აფასებენ დღის ცენტრების ზეგავლენას ყოველდღიურ ცხოვრებაზე.

მათი შეფასებით, თავი დააღწიეს იზოლაციას და შეიძინეს შრომითი უნარჩვევები. „მეგობრები გყავს და გვიყვარს ერთმანეთი; ვმუშაობთ და უსაქმოდ არ ვართ; უსაქმოდ ვერ ვძლებ, ეზოში ვმუშაობ, ყველაფერი აქ ვისწავლე; აქაური ხალხი მიყვარს, აქაური ყველაფერი მომწონს, ბევრი მეგობარი მყავს”.

დღის ცენტრების ბენეფიციარები მშვიდად და დაცულად გრძნობენ თავს, რადგან მათ ისწავლეს საკუთარ დაავადებასთან გამკლავება და იმედი აქვთ, რომ აუცილებლობის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ მიიღებენ შესაბამის დახმარებას. მთელი დღის განმავლობაში დაკავებულები არიან სასარგებლო საქმიანობით, უფრო თავდაჯერებულები გახდნენ, რადგან თვალნათლივ დაინახეს, რომ მათაც შეუძლიათ რაღაცის შექმნა, შეუძლიათ საკუთარი თავის მოვლაც და სხვაზე ზრუნვაც - “აქ ერთმანეთს ვეხმარებით, ვერთიერთობთ; ვისწავლეთ ბევრი რამე, საჭირონი ვართ; ეს იუზერების თავშეყრის ადგილია; ვიღებ სიტბოს, მხარდაჭერას; მთავარი და უპირატესი თერაპიებია, გიხარია, როცა თერაპიაზე რაღაცას აკეთებ და გამოგდის. ხატვა აქ ვისწავლე. რომც ვმუშაობდე, მაინც ვივლი ცენტრში, რადგან საზოგადოებაში მუდმივად იღებ სტრესს. ჯურსის გავლის შემდეგაც უნდა შეგეძლოს, მიაკითხო შენს ექიმს ცენტრში, ვინც ჯარგად იცის შენი ისტორია, რომ არ მოხვდე საავადმყოფოში”, „აქ ხან ისაუბრებ, ხან საქმეს გააკეთებ. ეს ფსიქოლოგიურად ძვირფასია, ორგანიზმი განიტვირთება, მშვენივრად გრძნობს ჯაცი თავს”.

ბენეფიციარების წარმატება და წინსვლა დაინახეს ოჯახის წევრებმა და მეზობლებმაც. „ღედა მეუბნება, ადრე უფრო ცუდად იყავიო, შიშები მქონდა, ერთ ადგილას ვერ ვჩერდებოდი. ეხლა რა შედარებაა”. „მეზობლებმა მითხრეს, ხელს ესე აკეთებდი, როცა დადიოდით, ეხლა აღარო, ხან უცაბედად სიმღერას იწყებდით, ეხლა აღარო, ისევ ისეთი გოგო ხარ, როგორც ადრე მუსიკის მასწავლებელი მახსოვხარო”.

7. შპს ჰირთა სოციალური ინტეგრაციის პროცესის შედეგობი სრულყოფა და განვითარება.

პროფესიონალთა ნაწილის აზრით, ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ჰირთა სრული ინტეგრირება საზოგადოებაში ვერ მოხერხდება. „მათ აქვთ გარკვეული ლიმიტი განვითარებაში, რომლის იქითაც ვერ მიდიან, შესაბამისად, მათი სრული რეაბილიტაცია არ ხდება“. მიუხედავად ამისა, სახელმწიფო ყველანაირად უნდა დაეხმაროს მათ, რათა შეძლონ საკუთარი შესაძლებლობების მაქსიმუმის მიღწევა და დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის დასჭირდეთ სპეციალისტების მხრიდან მინიმალური მხარდაჭერა.

7.1. დღის ცენტრების მიმართ წაყენებული მინიმალური და მაქსიმალური მოთხოვნები

რესპოდენტებმა დაახასიათეს ის მინიმალური და მაქსიმალური მოთხოვნები დღის ცენტრების მიმართ, რომელიც შეიძლება ჰქონდეს საზოგადოებას თუ სახელმწიფოს. გამოითქვა სხვადასხვა მოსაზრება. აღინიშნა, რომ მაქსიმალური მოთხოვნისას ბენეფიციართა ყოფნა დღის ცენტრში აზრიანი უნდა იყოს, დამოუკიდებლად იმისა, თუ რა ტიპის ცენტრია, გართობის, სპორტული თუ დასაქმების. გარდა ამისა, „ის უნდა იყოს ასაკისა და ადამიანის განვითარების შესაბამისი. დღის ცენტრი უნდა ხელს უწყობდეს ადამიანის განვითარებას ზოგადად“.

ამასთან:

» დღის ცენტრებში დანერგილი უნდა იყოს ბენეფიციართა პრობლემებსა და საჭიროებებზე ორიენტირებული სარეაბილიტაციო მეთოდები.

» დღის ცენტრებს უნდა ჰყავდეთ ყვალთფიციური ჯადრი;

» დღის ცენტრებში უნდა ხდებოდეს 18 წელს მიღწეული შპს ჰირთა პროფესიული უნარების შეფასება და ამ უნარების განვითარება მათი სამომავლო დასაქმების მიზნით;

» დღის ცენტრებს ყოველ ბენეფიციარზე უნდა ჰქონდეს შედგენილი ინდივიდუალური გეგმა და ჰყავდეს ყველა საჭირო სპეციალისტი;

» დღის ცენტრები უნდა იყოს მრავალფეროვანი თავისი სქმიანობის მიხედვით.

რაც შეეხება მინიმალურ მოთხოვნას, დღის ცენტრებში ბენეფიციარებმა „სახლზე უფრო უკეთ უნდა იგრძნონ თავი. თუ სახლში შიათ, აქ აჭამონ, თუ ბინძურად არიან, აქ დაბანონ, თუ იქ უხეშად ექცვიან, აქ ეს არ იყოს, ელემენტარული ადამიანური პირობები ჰქონდეს და ა.შ. ანუ ჰქონდეს ნორმალური ფიზიკური და ადამიანური გარემო და მარტო არ იყოს, დამწყვედელი არ იყოს. ასევე ისე არ იყოს, რომ ერთ ჯგუფში 30 ჯაცი იყოს თავმოყრილი და ადრე რომ სახლში იქდა და ჯაციშვილთან არ ჰქონდა კონტაქტი, ახლა 30 ჯაცში იქდეს და ისევე არავისთან არ ჰქონდეს კონტაქტი. იქაც რაღაც დონეზე იმაზე მეტი უნდა ჰქონდეს, ვიდრე სახლში აქვს“;

მინიმალური მოთხოვნების დროს:

- » ბენეფიციარები დღის ცენტრებში უზრუნველყოფილნი უნდა იყვნენ საკვებით და გარანტირებული ჰქონდეთ ფიზიკური დაცულობა;
- » დღის ცენტრებმა ნათლად უნდა იცოდნენ, თუ რას აკეთებენ;
- » ბენეფიციარმა დღის ცენტრში თავი უნდა იგრძნოს უსაფრთხოდ, მშვიდად და ბედნიერად;

7.2. დიფერენცირებული დღის ცენტრების არსებობის საჭიროება

ასაკის მიხედვით დიფერენცირებული დღის ცენტრები პირველად მოთხოვნილ იქნა 2010 წლის შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამაში. რესპოდენტებმა სხვადასხვა მოსაზრება გამოთქვეს ასაკის მიხედვით დიფერენცირებული დღის ცენტრების საკითხთან დაკავშირებით.

ერთ-ერთი რესპოდენტის აზრით, „თუ ბენეფიციარების სუვერენიტეტი არ ილახება, მაშინ შესაძლებელია ზრდასრულისა და ბავშვის ერთად ყოფნა, ოღონდ გააჩნია როგორ“. მისივე განცხადებით, „შეიძლება ერთად იყვნენ ბალის ასაკის ბავშვები და ზრდასრული შეფერხებული, სადაც ის იქნება მომვლელი, ან მომვლელის თანაშემწე და არავითარ შემთხვევაში აღსაზრდელი ან მოსწავლე. ან ვთქვათ, მცირე ასაკის ბავშვებს უსაჭიროებათ ყველა ზრდასრულს შეუძლია სამზარეულოში იმუშაოს და სადილი გააკეთოს ბავშვებისათვის, ან მძღოლს გაყვეს საყიდლებზე, ან მიაღაგოს იქაურობა. ანუ ის არ უნდა იყოს მონაფე, ის უნდა იყოს იმ ადგილას დასმული, რაც მის ასაკს შეეფერება“. იგივე შეიძლება ითქვას დიაგნოზების შესახებაც, ჯარგად არის ცნობილი, თუ როგორ ჯარგად ავსებენ ერთმანეთს აუტიზმისა და დაუნის სინდრომის მქონე ადამიანები. ასევე ადვილად შესაძლებელია ზრდასრული ფიზიკური და ფსიქიკური პრობლემების მქონე შშმ პირთა ერთ ჯგუფში მუშაობა. „ყველაფერი შესაძლებელია, ოღონდ იმ ადამიანების სურვილიც უნდა გაითვალისწინო, რომელიც დღის ცენტრში მოგყავს, მათ უნდათ თუ არა“. ეს ასევე დამოკიდებულია დღის ცენტრის მიზანზე და იქ გამოყენებულ სარეაბილიტაციო მეთოდებზე.

რესპოდენტების ნაწილს მიაჩნია, რომ საჭიროა დღის ცენტრების გამიჯვნა დიაგნოზების მიხედვით, ვინაიდან უფრო მიზანმიმართული იქნება სარეაბილიტაციო ღონისძიებები. მეორე ნაწილის აზრით, დიფერენცირებული დღის ცენტრების არსებობისას უნდა გათვალისწინებულ იქნას როგორც ბენეფიციართა სურვილი, ასევე ბენეფიციართა ინდივიდუალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად თავად დღის ცენტრების შესაძლებლობები.

8. შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის პროცესის შემდგომი სრულყოფა და განვითარება.

ჯარგადაა ცნობილი, რომ შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციისათვის არ არის საკმარისი მხოლოდ დღის ცენტრების არსებობა. მათი სრულფასოვანი ინტეგრაციისათვის აუცილებელია, რომ ისინი სარგებლობდნენ იგივე სიყუ-

თეებით, რაზეც ხელი მიუწვდებათ სხვა ადამიანებს, როგორცაა უღლები, სპორტული კომპლექსები, დასაქმება, დასვენების და ტურიზმში ჩართვის შესაძლებლობა და სხვა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის დაცული სამუშაო ადგილების, სოციალურ-თერაპიული სახელოსნოების, დაცული საცხოვრებლების და სხვა მსგავსი, თეზე დაფუძნებული სერვისების არსებობა. აუცილებელია სახელობო სწავლების კომპონენტის დამატება სკოლებში.

რაც შეეხება ქრონიკული ენდოგენური დაავადებების მქონე პაციენტებს, მათი მდგომარეობიდან გამომდინარე, სულ ცოტა, 2 ტიპის დღის ცენტრი ესაჭიროებათ. ერთი აქტიური რეაბილიტაციისათვის და მეორე, მოვლისათვის განკუთვნილი.

ბენეფიციართა მშობლების ფოკუს-ჯგუფის მსვლელობისას გამოჩნდა, რომ აუცილებელია მშობლებთან მუშაობის ორგანიზება, მათთან სხვადასხვა ტიპის რეგულარული ფსიქოლოგიური თუ საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარება. „პირველი ნაბიჯიდან მოდიოდნენ ფსიქოლოგები და გვასწავლიდნენ რთულ სიტუაციაში როგორ უნდა მოვქცეულიყავით. ეს ჩვენთვის ძალიან სასარგებლო და სასიკეთო იყო. ამის შეგუება არ შეიძლება, მაგრამ გააზრება, როგორ მოიქცე, შესაძლებელია“.

გამოიკვეთა ბენეფიციართა ოჯახების საჭიროება 24 საათიან მომსახურებაზე. ერთ-ერთმა რესპოდენტმა, რომელიც ასეთი მომსახურების აუცილებლობის წინაშე დგას, განაცხადა, „დავთმობდი ქონების დიდ ნაწილს ან მთლიანად, რომ შვილი ბოლომდე უზრუნველყოფილი იყოს“.

თავად პაციენტების აზრით, საჭიროა ყველა შშმ პირისათვის ხელმისაწვდომი იყოს დღის ცენტრების მომსახურება. „ყველა ადამიანს არ შეუძლია, რომ იაროს შორ მანძილზე, მაგალითად ასაკოვანს და საჭიროა, რომ გაფართოვდეს მომსახურების ქსელი“.

ბენეფიციარების აზრით, მათ სჭირდებათ თერაპიების გამრავალფეროვნება, სოციალური მუშაუბისა და იურისტ-კონსულტანტის მომსახურება და რაც მათი აზრით ყველაზე მნიშვნელოვანია, დასაქმების ხელშეწყობა. „ჩვენ ისეთივე ადამიანები ვართ, როგორც თქვენ. ისეთივე მოთხოვნილებები გვაქვს, როგორც თქვენ. ჩვენ ვითხოვთ მინიმუმს. ფინანსები, ცხოვრება ნორმალური რეჟიმით, დასაქმება, უსაფრთხოება. საჭირო რომ ვიყო ვილაცისთვის და არ ვიყო იგნორირებული, როგორც პიროვნება. უნდა შემათავსონ როგორც პიროვნება, როგორც ადამიანი“. „ჯარგია პროფესიული გადამზადება რომ იყოს ჩვენთან. მე რომ მქონდეს სტატუსი, სერტიფიკატი, ექიმებმა იციან ჩვენი შესაძლებლობები და იმის მიხედვით, რომ მოგვცენ მუშაობის საშუალება - მოხუცის მოვლა, დალაგება, თმის შეღებვა. ყველანი ასე თუ ისე ვუვლით ჩვენს ოჯახებს“. „30% უნდა იყოს დასაქმებული საწარმოში და სამაგიეროდ საწარმო უნდა გაანთავისუფლონ გადასახადებისგან“. „შრომათერაპია რომ შემოიღონ. სერიულად რომ გამოუშვან რაღაც და ანაზღაურება რომ იყოს, მე ვიმუშავებდი“. „მომსახურების ცენტრი შევქმნათ დაბალი კატეგორიის ხალხისთვის და შემდეგ გადავალთ მაღალ კატეგორიაში“.

ერთ-ერთი სახელმწიფო მოხელის აზრით, ქრონიკული ფსიქიკური

აშლილობის მქონე პირთა დასაქმება არის სოციალური შინაარსის და არა ეკონომიკური ხასიათის ღონისძიება. ის არ თვლის სწორად, რომ სახელმწიფომ დაავალოს ყერძო მენარმეს ამ პირების დასაქმების საკითხი. მისი აზრით, „უფრო სწორი იქნება ადექვატური სოციალური გარემო შეუქმნათ, ვიდრე ყერძო მენარმეს აჰქიდლოთ ეს ვალი ჯანონის ძალით“. იგივე მოხელის ინფორმაციით, ევროპულ ქვეყნებშიც კი (მაგალითად ჩეხეთში) მარტივად არ არის ამ პირების დასაქმების საკითხი გადაწყვეტილი. მისი განცხადებით, ამ ქვეყანაში „ისინი უმუშევრობაში არ არიან გათვალისწინებულნი“.

ჩვენს მიერ გამოკითხული ორგანიზაციების ყველა ხელმძღვანელი, დამოუკიდებლად იმისა, თუ რომელ რეგიონში მოღვაწეობენ, რა ასაკის ბენეფიციარებთან აქვთ შეხება და რა ტიპის ორგანიზაციას წარმოადგენენ, თანხმდებიან იმაზე, რომ შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის ერთ-ერთი მთავარი კომპონენტია საზოგადოების განწყობისა და დამოუკიდებულების შეცვლა შშმ პირთა მიმართ. რესპოდენტების ნაწილის ვარაუდით, სტიგმის შესამცირებლად მნიშვნელოვანია, რომ ხშირად გამოჩნდნენ შშმ პირები საზოგადოებაში, რომ საზოგადოებამ ჯარგად დაინახოს მათი რეალური შესაძლებლობები. უნდა შეიქმნას ისეთი გარემო და განწყობები, რომ შშმ პირს აღარ ჰქონდეს ისეთი განცდა, როგორიც ამჟამად ერთ-ერთ მათგანს აქვს „ამ დღის ცენტრს ჩვენ ვერ გავცდებით ჯერ-ჯერობით. არავის არ ვჭირდებით. ჩვენ სამსახურში არავინ არ მიგვიღებს. ეგრუა და რა ვქნა... ჩვენ სხვაგან არ მიგვიღებენ. ეგრუა რა...“.

9. დღის ცენტრების და სათემო ორგანიზაციების დაფინანსება.

ცნობილია, რომ 2010 წლიდან შეიცვალა დღის ცენტრების დაფინანსების სისტემა. იგი ფინანსდება ბენეფიციარზე გაცემული ვაუჩერის მიხედვით, ხოლო თავად 1 ვაუჩერზე გადახდილი თანხა დამოუკიდებელია იმაზე, თუ როგორი სარეიტინგო ქულა აქვს მინიჭებული უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში ვაუჩერის მფლობელს. აღნიშნულმა ცვლილებამ შემოღებისთანავე დიდი ვნებათაღელვა გამოიწვია მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების მხრიდან, იყო უამრავი შენიშვნა. ბუნებრივია, ჩაღრმავებული ინტერვიუებისა და ფოკუს-ჯგუფების მსვლელობისას შევეხეთ დაფინანსებასთან დაკავშირებულ საკითხებსაც.

9.1 დაფინანსების ვაუჩერული სისტემა

დღის ცენტრების ხელმძღვანელების უმრავლესობის აზრით, ზოგადად, დაფინანსების ვაუჩერულ სისტემაზე გადასვლა დადებითი მოვლენაა. დაფინანსების ვაუჩერული ფორმის უპირატესობაა ის, რომ დაფინანსება აღარ არის მიბმული ბენეფიციარის დაწესებულებაში გამოცხადების სიხშირეზე, რაც უზრუნველყოფს უფრო თანაბარ და სტაბილურ დაფინანსებას; უზრუნველყოფს ასევე მშობლების თანამონაწილეობის გაზრდას - „მშობლების თანამონაწილეობის მომხრე ვარ, რადგან ეს ზრდის მშობლის აქტიურობას, ჩართუ-

ლობას, პასუხისმგებლობას და პროცესები უფრო ცოცხალია”.

დაფინანსების ვაუჩერულ სისტემაზე გადასვლის უარყოფით მხარეებად დასახელებდა ის, რომ არასრული დაფინანსების მქონე ბენეფიციარების ოჯახების უმეტესობა ვერ ან არ იხდის დამატებით თანხას, რაც ტვირთად აწვება დაწესებულებას და აისახება მომსახურების ხარისხზე; ხოლო იმ ოჯახს, ვინც გადაიხდის, შესაძლოა გაუჩნდეს უკეთესი და განსხვავებული სერვისის მიღების პრეტენზია: „შეძლებულმა მშობელმა შეიძლება თანადაფინანსება შეძლოს, მაგრამ გაუჩნდება პრეტენზია, განსხვავებული, უკეთესი მომსახურება მიიღოს. ასეთ შემთხვევაში, მშობელი სართოდ არ მოიყვანს, დაუქირავებს ძიძას და გამოკეტავს სახლში. ისევ პაციენტი რჩება წაგებული“. სხვა უარყოფით მხარედ დასახელებდა ის, რომ შემცირდა ბენეფიციართა ბრუნვა, ასევე, იმ ბენეფიციარების საერთო რაოდენობა, ვინც სარგებლობს დღის ცენტრის მომსახურებით დროის განსაზღვრულ პერიოდში. ვაუჩერის დაფინანსების სიღარიბის ზღვართან დაკავშირება ჩაითვალია ინვალიდის უფლებების დარღვევად: „აბსოლუტურად მიუღებელია პრინციპი „ვაუჩერი იმას, ვინც არის სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ. ეს არის ინვალიდის ყველაზე უფლებების დარღვევა. 60%-იანმა დაფინანსებამ კატასტროფაში ჩაგვადგო, რადგან ჩვენთან ვერავინ ვერ იხდის დარჩენილ 40%-ს, პროგრამამ დაკარგა მოქნილობა, ველარ ვახდენთ აქტიურად ბენეფიციართა ჩანაცვლებას, ახალი რომ ჩასვა, მას 100%-იანი დაფინანსება უნდა ეკუთვნოდეს. ვაუჩერული სისტემა ზოგადად არის ჯარჯი, თუ ჯარჯ სახელმწიფოში ცხოვრობ და ჯარჯად აქვს გაკეთებული ეს ქვეყანას. მაგრამ ჩვენთან სიღარიბის ზღვარის დაანგარიშებაშიც კი პრობლემებია“.

ასევე აღინიშნა, რომ ვაუჩერულ სისტემაზე გადასვლა მოხდა ნაჩქარევად, სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციებთან წინასწარი კონსულტაციების გარეშე, რამაც გამოიწვია ზემოხსენებული და ასევე სხვა დამატებითი ხარვეზები დაფინანსების ამ ფორმის დანერგვისას.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების განცხადებით, დაფინანსების ვაუჩერული სისტემის შემოღება იმით დასაბუთდა, რომ სახელმწიფოს ფინანსური რესურსები შეზღუდულია და ამიტომ პირველ რიგში ეხმარებიან გადახდისუნარო მოქალაქეებს. ამასთან, ვაუჩერი ქმნის კონკურენციის პრევენდენტს დღის ცენტრებს შორის. აღინიშნა, რომ დღის ცენტრებმა/სათემო ორგანიზაციებმა მეტი ინიციატივა და დამოუკიდებლობა უნდა გამოიჩინონ დამატებითი ფინანსური რესურსების მოძიების საქმეში – „ორგანიზაცია სახელმწიფოზე დამოკიდებული არ უნდა იყოს“, „სახელმწიფოზე ჩამოკიდებული სერვისების გაკეთება უნდა ყველას და ეს არ არის სწორი უპირველეს ყოვლისა ამ სერვისებისათვის, განვითარებას შეუშლის ხელს“. მიჩნეულ იქნა, რომ ვაუჩერის სიღარიბის ზღვართან დაკავშირება არ არღვევს ინვალიდის უფლებებს, ვინაიდან მას არ უკრძალავს მომსახურების მიღებას, ქმნის მხოლოდ ფინანსურ ბარიერს თანადაფინანსების საჭიროების გამო. „თუ ადამიანს სერვისის მიღების ფინანსური ბარიერი აქვს, მხოლოდ ამ შემთხვევაში უნდა გაუწიო ფინანსური დახმარება. ჯანმრთელობის სტატუსის გამო ფინანსური დახმარება არ უნდა გაუწიო.“ „როდესაც რესურსი შეზღუდულია, პირველ რიგში უნდა მოახმარო იმას, ვისაც უფრო

მეტად სჭირდება”

4 თვის შედეგების ანალიზმა აჩვენა, რომ მიუხედავად დღის ცენტრებზე არსებული მოთხოვნისა, ყველა ადგილი (828 ადგილი) არ შევსებულა, დარჩენილია ვაკანსიები. ამის ერთ-ერთ სავარაუდო მიზეზად არაინფორმირებულობა დასახელდა. ამასთან აღმოჩნდა, რომ „ფაქტობრივად ზოგი ვაუჩერი წალეულია, მაგრამ განაღდება არ ხდება, შესაბამისად გამოდის, რომ სახლში უღევთ.“

გამოითქვა მზაობა, ვაუჩერებთან დაკავშირებულ საკითხებზე მომსახურების მიმწოდებლებთან თანამშრომლობისა, აღინიშნა, რომ ერთიერთშეთანხმებით ზოგი პრობლემა ამ სფეროში უკვე დარეგულირდა. „მომხმარებლებს რომ ყოველთვის მიჰქონდათ ვაუჩერები, ეს გამოვასწოროთ, ეს თქვენთან შეხვედრით გავიგეთ. შეუძლიათ წელიწადში ერთხელ აიღონ. რად გვინდა, რომ ეს ხალხი რიგში დავაყენოთ.“

გაირკვა, რომ არსებითი ცვლილებები დაფინანსების სისტემასთან დაკავშირებით უახლოეს მომავალში არ იგეგმება, თუმცა შესაძლებელია მოხდეს გარკვეული შიდა ცვლილებები: „ის, რომ ღარიბს სრულად დაუფინანსდება და არაღარიბს ექნება თანადაფინანსება, ეს დარჩება, შიგნით შეიძლება გარკვეული დიფერენციაცია შეიცვალოს, ეს უფრო ჩამოყალიბდება წლის მეორე ნახევარში, როდესაც განისაზღვრება ზოგადად პარამეტრები.“

9.2 არსებულ დაფინანსებასთან დაახლოებული პრობლემები და რეალურად საჭირო თანხები

გამოვლინდა, რომ არსებული მაქსიმალური თანხაც 4 (10 ლარი დღის ცენტრში, 15 ლარი სათემო ორგანიზაციაში დღეში 1 ბენეფიციარზე) ვერ ფარავს ხარისხიანი მომსახურებისათვის საჭირო ხარჯებს. ამის გამო დღის ცენტრების ხელმძღვანელები იძულებულნი არიან, უარი თქვან მთელ რიგ, რეაბილიტაცია/ინტეგრაციისათვის საჭირო მომსახურებაზე/თერაპიებზე; ვერ ზრდიან პერსონალის ხელფასს, რის გამოც კვალიფიციური კადრი თანდათან ტოვებს დაწესებულებას და დაბალი ანაზღაურების გამო ვერ ხდება მათი ჩანაცვლება სასურველი კვალიფიციაციის მქონე თანამშრომლებით. ორგანიზაციები, ვისაც აქვს თანადაფინანსება (გარე დონორები), აცხადებენ, რომ ამ დამატებითი დაფინანსების გარეშე დაიხურებოდნენ, ან მნიშვნელოვნად გაუარესდებოდა მუშაობის ხარისხი: „თუ მარტო სახელმწიფო დაფინანსებაზე დავრჩებოდით, რისკი იქნებოდა კვალიფიციური კადრების დაქარგვისა. ეს აისახებოდა ხარისხზე. ყველაზე ძვირი ღირს სპეციალისტის გაზრდა და ამას სჭირდება მინიმუმ ერთი წელი. ეს იქნებოდა ძალიან დიდი ეკონომიური დარტყმა;“ „თანადაფინანსება არის 60%. მის გარეშე დავიხურებოდით. უკეთესი დაფინანსების დროს მეტი აქტივობები გვქონდა.“ გამოიკვეთა ის ზღვრული თანხები, რომელიც საჭიროა იმისათვის, რომ დღის ცენტრებმა შეძლონ მინიმალური, ოპტიმალური და “იდეალური” მომსახურების მიწოდება ბენეფიციარებისთვის, კერძოდ: მინიმალური თანხად დასახელდა 15-20 ლარი ერთ ბენეფიციარზე დღეში; ოპტიმალური, ხარისხიანი სერვისის მიწოდებისათვის საჭირო თანხა მერყეობს 20-დან 45 ლარამდე; სასურველ თანხად, რომლითაც შეძლებდნენ მაქსიმალურად მრავალფეროვანი და მალაბხარისხიანი მომსახურების მი-

წოდებას, ინფრასტრუქტურის განვითარებას და დამატებითი სერვისების შექმნას, დასახელდა 50-100 ლარი. რესპოდენტთა ნაწილმა განმარტა, რომ ასეთი დონის დაფინანსების მოლოდინი არარეალურია, რის გამოც აღნიშნულ საჯიბოზე პასუხი არ აქვთ.

9.3 დღის ცენტრების დაფინანსების განსაზღვრის პრინციპები

გამოითქვა მოსაზრება, რომ დაფინანსების გამოთვლა უნდა ხდებოდეს თავად დღის ცენტრებისა და ამ დაფინანსებაზე პასუხისმგებელი სახელმწიფო სტრუქტურების თანამშრომლობის შედეგად: *„დაფინანსება უნდა გამოითვალოს ცენტრმა და არა სამინისტრომ, რომელმაც არ იცის და რომელიც თავისი ეკონომიის გამო ითვლის ისე, როგორც ითვლის. თუ ცენტრს არ შეაშინებენ, მაშინ ის სამართლიანად და ობიექტურად დაითვლის.“* *„დღის ცენტრებმა უნდა მიაწოდონ ის ხარჯები, რაც სჭირდება მათ, ხოლო სამინისტრომ ეკონომისტებთან ერთად უნდა შეადგინოს ბიუჯეტი იქიდან გამომდინარე, თუ რა რესურსები აქვს სახელმწიფოს.“*

რესპოდენტთა აზრით, დაფინანსებისას უნდა გათვალისწინებულ იქნას ისეთი მონაცემები, როგორიცაა ორგანიზაციის გამოცდილება, მისი ადამიანური და მატერიალური რესურსები და შესაძლებლობები, ადგილმდებარეობა, ფასების ზრდა, მომსახურების უწყვეტობის და ორგანიზაციული განვითარების შესაძლებლობა, დამატებითი თანხის გამოყოფა კომუნალური ხარჯებისთვის და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეკეთებისათვის, უცხოური გამოცდილება ამ სფეროში.

დაფინანსების წყაროსთან დაკავშირებით ითქვა, რომ სასურველია დაფინანსების მულტიუნაეროვი ფორმა, როგორც ეს მიღებულია, მგ: ესტონეთში, ასევე სასურველია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს გარდა დაფინანსება ხდებოდეს ადგილობრივი (მუნიციპალური) ბიუჯეტიდან. *„ჯანდაცვის სამინისტრო ყველაფერს ვერ განვლება და ყველაფერზე მას ვერ მიაღებენ. მართლაც უარგია მულტიდაფინანსების სისტემა, ის უარგად მუშაობს ევროპაში. აქტიურად უნდა მიდიოდეს მუშაობა იმაზე, რომა თუ ქალაქში უეთდება 90 მილიონიანი ხიდეები და გზები, ამ ადამიანებს წელიწადში უნდათ მილიონზე ცოტა მეტი თანხა, და გამოგვიყონ.“*

გამოითქვა იდეა, რომ სახელმწიფომ (ადგილობრივმა მუნიციპალიტეტმა) თითოეულ რეგიონში გამოყოფს ფართი თუნდაც ერთი დღის ცენტრის ფუნქციონირებისათვის, უზრუნველყოს მისი შენახვა და პროფილის შენარჩუნება, ხოლო მომსახურების მიწოდება დაევალოს კონკურსის წესით შერჩეულ ორგანიზაციას.

9.4 სათემო ორგანიზაცია

კვლევაში ჩართულ ორივე სათემო ორგანიზაციას, პროგრამული დაფინანსების გარდა, აქვს დაფინანსების სხვა წყაროებიც, რის გარეშეც, ორგანიზაციების ხელმძღვანელთა აზრით, ვერ შეძლებდნენ თემის ინფრასტრუქტურის შენარჩუნებას და ხარისხიანი მომსახურების მიწოდებას: *„თანდაფინანსება რომ არ მქონოდა, მე შევძლებდი მხოლოდ კვებას, კომუნალური გადასახადების გადახ-*

დას და ცოტა ექსკურსიებს. თან ისეთ ხარისხიან ჯვებას ვერა, როგორც ახლაა”. „პრინციპში არავინ გავაღებებლებდა, ასეთი ორგანიზაცია გააქეთო. გააქეთო და ჯიდეც უნდა მიიყვანო ბოლომდე. რასაც გვაძლევენ, იმის მიხედვით ვცხოვრობთ.”

სათემო ორგანიზაციის სპეციფიკიდან გამომდინარე, დაისვა საკითხი თემში მცხოვრები სხვა ტიპის (არაინვალიდო) სამეურვეო პირებისათვის სახელმწიფო ფულადი დახმარების შენარჩუნების შესახებ.

სათემო ორგანიზაციების ხელმძღვანელების მიხრიდან, ყველა ზემო-ჩამოთვლილთან ერთად, განსაკუთრებით გამოიყვითა ინფრასტრუქტურის განვითარებისთვის და მშენებლობისათვის საჭირო ფინანსური მხარდაჭერის მნიშვნელობა. აღინიშნა, რომ დამატებითი დაფინანსების გამოყოფისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას ორგანიზაციის ისტორია, გამოცდილება. „წარსულის მქონე და ახალ ორგანიზაციებს ვერ ექნებათ ერთნაირი ამოცანები. შეიძლება იყოს უნიფიცირებული დაფინანსება რატაც ნაწილში, მაგ. 10 ან 15 ლარი, მაგრამ ამის პარალელურად უნდა დაფინანსდეს ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის განვითარებაც“. რაც შეეხება ახალ ორგანიზაციებს, ა ჩვენ ყველანი მივებმარებოდით მათ. თემი თანდათან უნდა ჩამოყალიბდეს, მაგრამ მილიარდიც რომ ჩადო, მას სჭირდება დრო, რომ ჩამოყალიბდეს და განვითარდეს.”

9.5. ბენეფიციარების და მათი ოჯახის წევრების მოსაზრებები

ბენეფიციარების და მათი ოჯახის წევრების მონაწილეობით ჩატარებულმა ფოკუს-ჯგუფებმა გამოავლინა, რომ მათი უმრავლესობა ვერ შეძლებს დღის ცენტრების მომსახურებისათვის თანხის დამატებას:

„ფულის დამატებას ვერ შევძლებდი, აღარ ვივლიდი; ჩემი პენსია არის 80 ლარი, როგორ გადავიხდიდი“.

„თუ ფასიანი გახდა, ვერ გადავიხდიდი, მე უმუშევარი ვარ, 70 ლარი აქვს მარტო ბავშვს“.

9.6. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების თვალსაზრისი

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პრაქტიკულად ყველა წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ დღის ცენტრების/სათემო ორგანიზაციების ამჟამინდელი დაფინანსება (შესაბამისად 10 და 15 ლარი 1 ბენეფიციარზე დღეში) არასაკმარისია და ვერ ფარავს რეალურად არსებულ ხარჯებს, დაფინანსება საჭიროებს გაზრდას. „თანხის გაზრდა რამდენად გამოვა, ეს უკვე მეორე საკითხია. რეალურად არის თანხის პრობლემა.“

აღინიშნა, რომ დღის ცენტრების/სათემო ორგანიზაციების ამჟამინდელი დაფინანსების განსაზღვრისას არ გაკეთებულა რაიმე მტყიცებულებაზე დაფუძნებული გამოთვლები, გათვალისწინებული იქნა ზოგადად, საბიუჯეტო რესურსები და ასევე, მოთხოვნილება აღნიშნულ სერვისებზე. „წინასწარი მეცნიერული დასაბუთება, 10 ლარი უნდა იყოს, თუ 5, არ გვქონია. ჩვენ პირველ რიგში გვაქვს მუხლედული რესურსი“ მიუხედავად ამისა, სამინისტრომ შეძლო ბოლო წლების

მანძილზე დაფინანსება გაეზარდა დღევანდელ ნიშნულამდე „იმის გათვალისწინებით, რაც იყო მოთხოვნა და რაც იყო რესურსები“. „რესურსი სახელმწიფოს არ აქვს იმდენი, რომ ყველაფერი დააფინანსოს 100%-ით.“

გამოითქვა აზრი, რომ მნიშვნელოვანია სერვისის ფასის სწორი დათვლა, სადაც უნდა აისახოს ყველა აუცილებელი ხარჯი, მათ შორის იჯარის და კომუნალური გადასახადის ფასიც.

დაფინანსებასთან დაკავშირებული სამომავლო პერსპექტივების შესახებ ითქვა, რომ სოციალური პროგრამების დაფინანსება 10%-მდე შეიძლება გაიზარდოს. „ჩვენი შეთავაზებაა, რომ ზოგადად სოციალური პროგრამები გაიზარდოს 10%-ით. ერთია მოთხოვნა და მეორეა რა შემოსავლებს დაგეგმავენ შემდეგი წლის და სააშუალოვადიან პერსპექტივაში, იმის გათვალისწინებით იქნება ხარჯების განსაზღვრა და შეთანხმება.“

სახელმწიფო დაფინანსების გარდა, საჭიროების შემთხვევაში, არ გამოირიცხება დამატებითი დონორული დაფინანსების მოზიდვაც. „თუ საჭიროება დადგა, შეიძლება მოზიდულ იქნას დონორული ან საბიუჯეტო დახმარება ასეთი ორგანიზაციებისათვის, რომ ის განვითარდეს. ჩვენ ამაზე ვმუშაობთ.“

რესპოდენტების აზრით, საქართველოში, მისი თავისებურებებიდან გამომდინარე, ვერ მოხერხდება რომელიმე სხვა ქვეყნის გამოცდილების პირდაპირ გადმოტანა სოციალური სერვისების დაფინანსების სფეროში. ერთ-ერთ სასურველ ფორმად ჩაითვალა ბენეფიციარისთვის გარკვეული ღირებულების ვაუჩერის გადაცემა და თავად ბენეფიციარის მიერ სასურველი მომსახურების არჩევა. „მაგრამ აქამდე მივალთ მაშინ, როდესაც სამედიცინო მოდელი გადავა სოციალურ მოდელზე და შეფასებული იქნება თითოეული ადამიანის საჭიროება. ეს 5 წლის პერსპექტივაა. ყოველ შემთხვევაში ჩვენ რაღაც ქართული მოდელი უნდა შევარჩიოთ, იმიტომ, რომ ევროპული მოდელი ძალიან არის ბიუჯეტზე მიბმული და მაგის რესურსი ჩვენ ჯაი ხანი არ გვექნება“.

ასევე აღინიშნა, რომ დაფინანსების სისტემაში ხელშესახები ცვლილებების გატარება მიბმულია ქვეყნის ზოგად პოლიტიკაზე, რაც, მაგალითად, უარგად ჩანს დეცენტრალიზებული დაფინანსების სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებით. „დეცენტრალიზაცია თუ განხორციელდება, უფრო ადვილი იქნება რეგიონებში სოციალური პროგრამების განხორციელება. ეს უფრო ზოგადი პოლიტიკის, ტერიტორიული მონყობის, ფინანსური რესურსების გადანაწილების საკითხებია, ვიდრე ჯანდაცვის. ამ საკითხების გადანაცვლა ახლა ძირითადად ცენტრალიზებულად ხდება და პროგრამებიც ცენტრალიზებულია.“

ჟვლევის ამ ვრცელი მიმოხილვის შედეგად მიღებული ძირითადი დასკვნები და რეკომენდაციები ასახულია წინამდებარე ჟვლევის ანგარიშის შესაბამის თავებში.

ქვეპროგრამა - „უმე ჰირთა ღღის ცენტრები“ 2010გ. ¹

	ორგანიზაციის დასახელება	ქალაქი	მომსახურების მისამართი	ბენეფიციარი	საკონტაქტო
1	ააიპ, ფონდის „ბათუმის განათლების, განვითარების და დასაქმების ცენტრი“	ბათუმი	პ. აბაშიძის 30, მე-7 სკოლა	შშმ ბავშვი	მაია ქათამაძე 899 55 88 52; 897 55 88 52;
2	სამედიცინო ასოციაცია „თანა“	ბათუმი	სოფ. კახაბერი	შშმ ბავშვი	ნანა საყვარელიძე 899 58 69 88
3	გურიის რეგიონის ინვალიდთა ასოციაცია საქველმოქმედო ჰუმანიტარული ორგანიზაცია	ოზურგეთი	კოსტავას 123	შშმ ბავშვი	რომან ლომიძე 8(296) 7 5199; 877 780 059
4	სრულიად საქართველოს „ღვთისშვილთა კავშირი“	გურჯაანი	თამარ მეფის 9	შშმ პირი	ზაზა სისარულიძე 25 01 45; 899 54 51 14
5	კავშირი „ალტერ ეგო“	თელავი	სვიმონიშვილის 5	შშმ პირი	ირინა გვეჯკორი 893 34 35 94
6	შპს პოლიკლინიკა ფიცე	რუსთავი	მე-7 მ/ნი, სკოლა-ბაღი ბალაგარი რუსთაველის 23	შშმ ბავშვი შშმ პირი	ნინო გვეჯია 607593; 877 402 408; 893 329 181
7	ასოციაცია გორის ინვალიდთა კლუბი	გორი	თარხნიშვილის 20	შშმ ბავშვი	თინა ბრეგვაძე 8 (370) 79825; 77115; 995370;
8	კავშირი „ორიონი“	მესტაფონი	წერეთლის 2;	შშმ ბავშვი	ენა ფერაძე 899133181; 895580257;
9	საქართველოს კარიგასის დღის ცენტრი „პარმონია“	თბილისი	თ. ერისთავის 2	შშმ პირი	ვიტოლდ შულჩინსკი 940273; 217819; 250193;
10	განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა და მოზარდთა დახმარების კავშირი	თბილისი	ქიანელის 23	შშმ ბავშვი	ნანა შუბითიძე 893 645385; 985775
11	შპს „შშმ და სხვა სოციალურად დაუცველ პირთა საწარმო“	ქუთაისი	ნიკეას 1-შეს., 8	შშმ პირი	ვალენტინა მახათაძე იზო - 899212844
12	კავშირი „საქართველოს დემოგრაფია და სოციალური მოწყობა“	თბილისი	ი. აბაშიძის 77	შშმ ბავშვი	თამაზ სისარულიძე ნუნუკა-899 142333
13	შპს „ქუთაისის ისხირგლადის სახ. სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“	ქუთაისი	ბარათაშვილის 101	შშმ პირი	მაია ნუნუბიძე 8 (231) 42033; 46501; 46502.

¹ ჩამინათვლი მონოდებუტია სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ

14	კავშირი „ადამიანებისთვის განსაკუთრებულ ზრუნვას რომ საჭიროებენ“	თბილისი	უბილაფას 8	შპს პირი	მარინა ბულია 776307; 775485
15	აო „პირველი ნაბიჯი“	თბილისი	ლუბლიანას 21	შპს ბავშვი	ლალი მესხი 252519; 230140
16	საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია	თბილისი	მ. ასათიანის 10	შპს პირი	არჩილ ბეგიაშვილი 397844; 311080
17	სოციალური რეაბილიტაციისა და აღაპტაციის ცენტრი „აისი“	თბილისი	ლარსის შეს. 3	შპს პირი	ნ. ცარციძე 913213
18	ფონდი „თაობა“	თბილისი	ნუცუბიდის 187ა	შპს პირი	უკა ვახანია 537448; 322760; 899734254 ელენე
19	ინვალის ბავშვი, ოჯახი, საზოგადოება	თბილისი	ვაჟა ფშაველას 76, ბ.38	შპს პირი	მაია ბიბილეიშვილი 304168
20	სგულია ეიდისი	თბილისი	ვაჟა ფშაველას 76, ბ.40	შპს ბავშვი	გულნარა ბიბილეიშვილი 304168
21	კავშირი მშობლების თანადგომა	თბილისი	რ. ლალიძის 7, 193-ე საჯარო სკოლა	შპს ბავშვი	ნათელა კიკვაძე 365427; 891 668577
22	სოციალური ინტეგრაციის ცენტრი	თბილისი ქარელი	ცაგარელის 102 გოგებაშვილის 39 წოლოყაშვილის 1 ვარკეთილის მე-4 მკ/რნ, მე-2 რ. ქარელის რ/ნ. ბებ- ნისი	შპს ბავშვი	ნინო ოქროსაშვილი 899 144775
25	კავშირი ია	თბილისი	გლდანის მე-6 მ/რ, 107-ე საბავშვო ბაღი გლდანის I მკრ, კ-38, ბ.76	შპს ბავშვი შპს პირი	ნაირა ჭაბუკიანი 747551; 855 505549
26	ქუთაისის განათლების, განვითარების და დასაქმების ცენტრი	ქუთაისი თერჯოლა სამტრედი	დავითაშვილის მე-2 შეს. 1 ოთხი ძმის 8 ჭანტურიას 72	შპს ბავშვი	ლია კილაძე 8(331) 5 1330; 895 42 94 42
27	საქართველოს ყრუთა კავშირი	თბილისი	მაიაკოვსკის 6	შპს პირი	ამ. ბატაგუნაშვილი 910667; 341621

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება N442/ნ
2009 წლის 30 დეკემბერი ქ. თბილისი**

**შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და
ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური
რეაბილიტაციის ხელშეწყობის 2010 წლის სახელმწიფო პროგრამის
დამტკიცების შესახებ**

„საქართველოს 2010 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“ საქართველოს კანონის 34-ე მუხლის მე-2 პუნქტის, მე-11 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტისა და „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 31 დეკემბრის N249 დადგენილებით დამტკიცებული დებულების მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის „ნ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, **ვბრძანებ:**

1. დამტკიცდეს „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის“ 2010 წლის სახელმწიფო პროგრამა (დანართი 1).
2. ბრძანება ამოქმედდეს 2010 წლის 1 იანვრიდან.

ა.კვიტაშვილი

დანართი 1

**შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ
მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის
ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა**

მუხლი 1. პროგრამის აქტუალობა

საქართველოში მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შემდგომში შშმ) პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა საზოგადოებაში ინტეგრაცია და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება სახელმწიფო სოციალური პოლიტიკის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას წარმოადგენს. საქართველოს პარლამენტის 2008 წლის 2 დეკემბრის №N604-II ს დადგენილებით დამტკიცებული „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის კონცეფციისა“ და საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 15 დეკემბრის N978 განკარგულებით დამტკიცებული „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმის“ მიზნებისა და ამოცანების გათვალისწინებით, შშმ პირებისათვის თანაბარი უფლებებისა და შესაძლებლობების უზრუნველსაყოფად პროგრამა ორიენტირებულია შშმ პირებისათვის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობაზე, ადაპტირებული გარემოს შექმნაზე, მათი განათლების, ინფორმირებულობის, სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის, თავისუფალი გადაადგილების, დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის, კულტურულ-საანაზღაპრობით ღონისძიებებში მონაწილეობის და სხვა მნიშვნელოვანი პრობლემების მოგვარებაზე. ამასთან, პროგრამა

ითვალისწინებს ხანდაზმულებისათვის სხვადასხვა სოციალური მომსახურების გაწევას.

მუხლი 2. პროგრამის მიზანი

შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა (შემდგომში "პროგრამა") მიზნად ისახავს, საქართველოს პარლამენტის 2008 წლის 2 დეკემბრის №N604-III დადგენილებით დამტკიცებული „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის კონცეფციის“, და საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 15 დეკემბრის N978 განკარგულებით დამტკიცებული „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმის“, „ინვალიდთათვის თანაბარ შესაძლებლობათა უზრუნველყოფის სტანდარტული წესების“ თაობაზე გაეროს 1993 წლის 20 დეკემბრის 48/96 რეზოლუციის, ბავშვთა უფლებების კონვენციისა და აღნიშნული კატეგორიის ადამიანებისთვის საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ ზოგიერთ მოთხოვნათა ცხოვრებაში გატარებას.

მუხლი 3. პროგრამის ამოცანები

პროგრამის ამოცანაა შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთათვის სხვადასხვა მომსახურებებისა და დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის გზით სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება.

მუხლი 4. პროგრამის ღონისძიებები

პროგრამის ღონისძიებებია: დღის ცენტრისა და სათემო (სადღეღამისო დაწესებულება, სადაც გარემო მიახლოებულია ოჯახურთან და შშმ პირები თანაცხოვრობენ ადგილობრივ მოსახლეობასთან) ტიპის მომსახურებით შშმ პირთა უზრუნველყოფა, სადღეღამისო სპეციალიზებულ დაწესებულებებში მყოფ შშმ პირთა სოციალური პატრონაჟი, სათემო ორგანიზაციებში მცხოვრები პირების საკურორტო რეაბილიტაცია, შშმ ბავშვთა რეაბილიტაციის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და პრევენციის ხელშეწყობა, დამხმარე საშუალებებით (საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებები, სავარძელ-ეტლები, ხელჯოხები, უსინათლოთა ხელჯოხები, ყავარჯნები, ხელჯოხ-ყავარჯნები, სმენის აპარატები და კონსლერული იმპლანტები) უზრუნველყოფა, შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობა და ხანდაზმულთა სოციალური რეაბილიტაცია.

მუხლი 5. პროგრამის დაფინანსება

1. პროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი.
2. 2010 წლის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება 4 500 000 ლარით, შემდეგი ცხრილის შესაბამისად:

	შშმ პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა	ბიუჯეტი (ლარებში)
		4 500 000
1	შშმ პირთა დღის ცენტრების ქვეპროგრამა	1,743,000
2	ყრუ-მუნჯების კომუნიკაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა	19,200
3	უსინათლოთა სოციალური ინტეგრაციის ქვეპროგრამა	20,000
4	ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა ინსტიტუციური პატრონაჟის ქვეპროგრამა	547,500
5	შშმ პირთა სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა	328,500
6	სათემო ტიპის მომსახურების ბენეფიციართა საკურორტო რეაბილიტაციის ქვეპროგრამა	14,700
7	შშმ ბავშვთა ფსიქოსომატური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის ქვეპროგრამა	720,000
8	მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა	40,000
9	ბავშვთა ადრეული განვითარების ქვეპროგრამა	86,400
10	შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის ქვეპროგრამა	40,000
11	დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა	923,700
11 1	გადასაადგილებელი საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი	99,000
11 2	საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი	247,000
11 3	სმენის აპარატებით უზრუნველყოფის კომპონენტი	487,700
11 4	კონსლარული იმპლანტით უზრუნველყოფის კომპონენტი	90,000
12	პროგრამის მონიტორინგის ქვეპროგრამა	17,000

მუხლი 6. პროგრამის განხორციელებაში მონაწილე პირები

1. ამ პროგრამის მონიტორინგის ქვეპროგრამას განახორციელებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური დაცვის დეპარტამენტი და ადმინისტრაციული დეპარტამენტი.

2. ამ პროგრამის მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის მე-2, მე-3, მე-4, მე-6, მე-7, მე-8, მე-9, მე-10 და მე-11 ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული ქვეპროგრამების განხორციელებაში მონაწილეობენ:

ა) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემავალი სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება „ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო“ (შემდგომში- შემსყიდველი ორგანიზაცია);

ბ) მიმწოდებელი.

3. ამ პროგრამის მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის პირველი და მე-5 ქვეპუნქტებით გათვალისწინებულ ქვეპროგრამებს განახორციელებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – სოციალური მომსახურების სააგენტო. (შემდგომში-სააგენტო)

მუხლი 7. პროგრამის განხორციელების მექანიზმი

1. ამ პროგრამის მე-6 მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული ქვეპროგრამების განხორციელება მოხდება კანონმდებლობით დადგენილი წესით შემსყიდველი ორგანიზაციის მიერ ქვეპროგრამების/კომპონენტების სამიზნე ჯგუფებისთვის მიმწოდებელის შერჩევისა და მათთან ხელშეკრულებების დადების გზით.

2. 2010 წლის დეკემბრის თვეში გაწეული მომსახურების ანაზღაურება შემსყიდველი ორგანიზაციის მიერ განხორციელდება მიმწოდებლის მიერ იმავე წლის 15 დეკემბრამდე წარდგენილი დეკემბრის თვის უკვე გაწეული მომსახურების ანგარიშისა და თვის ბოლომდე დაგეგმილი გასაწევი მომსახურების განაცხადის მიხედვით. ამასთან, თუ შემდეგ თვეში მიმწოდებლის მიერ შემსყიდველისათვის წარდგენილი დაზუსტებული ანგარიშით, მიმწოდებელს მიღებული აქვს ზედმეტი თანხები, მაშინ ეს თანხები სახელმწიფო ბიუჯეტში დაბრუნებას ექვემდებარება არაუგვიანეს დაზუსტებული ანგარიშის წარდგენის თვის დასრულებისა.

3. ამ პროგრამის მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის (ცხრილის შესაბამისად) პირველი და მე-5 ქვეპუნქტებით განსაზღვრული ქვეპროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების ასანაზღაურებლად გამოიყენება მომსახურების გამწევი პირის მიერ სააგენტოსთვის მომსახურების გაწევის მიმდინარე თვის 15 რიცხვამდე წარდგენილი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით – ბრძანებით დამტკიცებული ფორმის, ვაუჩერის შესაბამისი თვის ტალონი, რომელიც არ წარმოადგენს მკაცრი აღრიცხვის ფორმას და ექვემდებარება ანაზღაურებას მომსახურების გაწევის მიმდინარე თვის ბოლომდე.

4. ამ პროგრამის მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის (ცხრილის შესაბამისად) მე-10 ქვეპუნქტით განსაზღვრული ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების ასანაზღაურებლად გამოიყენება მომსახურების გამწევი პირის მიერ შემსყიდველი ორგანიზაციისათვის წარდგენილი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით – ბრძანებით დამტკიცებული ფორმის ვაუჩერი, რომელიც არ წარმოადგენს მკაცრი აღრიცხვის ფორმას და ექვემდებარება ანაზღაურებას

მისი და სავარძელ-ეტლის მიღება-ჩაბარების აქტის წარდგენიდან არაუგვიანეს ერთი თვის ვადაში.

მუხლი 8. სამიზნე ჯგუფი

პროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ:

- ა) საქართველოში მცხოვრები შშმ პირები (მათ შორის, ბავშვები);
- ბ) პირები, რომლებსაც არ დაუდგინდათ შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსი (მათ შორის ბავშვები), მაგრამ მათთვის „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 თებერვლის N64/ნ ბრძანებით დამტკიცებული ფორმა №IV-50/2-ში, მითითებულია დამხმარე საშუალების საჭიროება;
- გ) ყრუ და სმენადაქვეითებული პირები (მათ შორის ბავშვები);
- დ) ხანდაზმულები.

მუხლი 9. პროგრამის შესრულების ვადა

პროგრამის შესრულების ვადა განისაზღვრება 2010 წლის 31 დეკემბრის ჩათვლით.

მუხლი 10. პროგრამის შეფასების კრიტერიუმები

პროგრამის შეფასების კრიტერიუმები თითოეული ქვეპროგრამისათვის/ კომპონენტისთვის ინდივიდუალურია.

მუხლი 11. პროგრამის შედეგები

პროგრამის განხორციელებით ხელი შეეწყობა შშმ პირთა (მათ შორის, შშმ ბავშვთა), ბავშვთა და ხანდაზმულთა სოციალურ რეაბილიტაციას, გარემოში ადაპტაციის უნარის განვითარებასა და საზოგადოებაში ინტეგრირებას.

მუხლი 12. შშმ პირთა დღის ცენტრების ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ შშმ პირების უმრავლესობა ფაქტობრივად მოწყვდილია საზოგადოებრივ ცხოვრებას, არასათანადო განათლება და პროფესიული უნარ-ჩვევების დეფიციტი კი მათ არაკონკურენტუნარიანს ხდის დასაქმების სფეროში. ეს ადამიანები გარკვეულწილად უფუნქციოები, სოციუმისგან იზოლირებულები და მომვლელებზე მიჯაჭვულები არიან. ოჯახურ გარემოში მცხოვრებ შშმ ბავშვებს და სრულწლოვან პირებს ხშირ შემთხვევებში არ აქვთ სწავლის, შემოქმედებითი და ინტელექტუალური პოტენციალის გამოვლენის საშუალება, რაც ხელს უშლის მათ პიროვნებად ჩამოყალიბებას. ამასთან, შშმ პირთა (მათ შორის, შშმ ბავშვთა) მომვლელები (მშობლები და ნათესავები), მათი მოვლის სპეციფიკიდან გამომდინარე, მოკლებულნი არიან საზოგადოებრივი აქტიობის შესაძლებლობას, რაც უარყოფითად აისახება მათ პროფესიულ განვითარებასა და მატერიალურ მდგომარეობაზე.

2. ქვეპროგრამის მიზანია ოჯახურ გარემოში მცხოვრებ შშმ პირთა ინდივიდუალური განვითარებისა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართვის ხელშეწყობა.

3. ქვეპროგრამის ამოცანაა შშმ პირთა დღის ცენტრების მომსახურებით უზრუნველყოფა.

4. შშმ პირებისათვის გაწეული მომსახურება უნდა მოიცავდეს შემდეგ ღონისძიებებს:

ა) ბენეფიციარებისათვის ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის პროგრამის შედგენა;

ბ) ყოველდღიური მომსახურება (შაბათ-კვირისა და უქმე დღეების გარდა) 2-ჯერადი კვებით, რომელთაგან ერთ-ერთი უნდა იყოს სამკომპონენტო სადილი;

გ) ბენეფიციართა ცენტრებში მიყვანისა და შინ დაბრუნების ორგანიზება;

დ) საყოფაცხოვრებო და პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარების ხელშეწყობა;

ე) ბენეფიციარების საგანმანათლებლო, კულტურულ და სპორტულ-გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებში მონაწილეობის უზრუნველყოფა, როგორც ცენტრებში, ისე, ბენეფიციართა შესაძლებლობის გათვალისწინებით, მათ გარეთაც;

ვ) საჭიროების შემთხვევაში ამბულატორიული სამედიცინო და ფსიქოლოგიური მომსახურების ორგანიზება.

5. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ოჯახურ გარემოში მცხოვრები შშმ პირები (მათ შორის, შშმ ბავშვები), კერძოდ, 88 ბენეფიციარი. ამასთან, ერთ დღის ცენტრში (ობიექტის ერთ მისამართზე) მომსახურების მიმღებ ბენეფიციართა რიცხვი უნდა იყოს არანაკლებ 10-ისა და არაუმეტეს 40-სა. ამასთან დღის ცენტრი ერთ მისამართზე უნდა ემსახურებოდეს ან მხოლოდ შშმ პირებს ან მხოლოდ შშმ ბავშვებს.

6. შშმ პირთა დღის ცენტრის ტიპის მომსახურება 2010 წელს განხორციელდება შემდეგ პილოტურ ტერიტორიულ ერთეულებში:

ა) ქ. თბილისი – არაუმეტეს 231 შშმ ბავშვისა და 231 შშმ პირისა;

ბ) ქ. ქუთაისი – არაუმეტეს 20 შშმ ბავშვისა და 40 შშმ პირისა;

გ) ქ. რუსთავი – არაუმეტეს 30 შშმ ბავშვისა და 30 შშმ პირისა;

დ) ქ. ბათუმი – არაუმეტეს 45 შშმ ბავშვისა;

ე) ქ. გორი – არაუმეტეს 30 შშმ ბავშვისა;

ვ) ქარელი – არაუმეტეს 25 შშმ ბავშვისა;

ზ) თერჯოლა – არაუმეტეს 18 შშმ ბავშვისა;

თ) სამტრედია – არაუმეტეს 12 შშმ ბავშვისა;

ი) ზესტაფონი – არაუმეტეს 23 შშმ ბავშვისა;

კ) ოზურგეთი – არაუმეტეს 29 შშმ ბავშვისა;

ლ) თელავი – არაუმეტეს 31 შშმ პირისა;

მ) გურჯაანი – არაუმეტეს 33 შშმ პირისა;

7. ქვეპროგრამის დაფინანსება:

ა) ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 1 743 000 ლარი.

ბ) ვაუჩერის ერთ ტალონზე დღიური ხარჯი შეადგენს 10 ლარს. თვეში ასანაზღაურებელი თანხა ერთ ტალონზე გაიანგარიშება დღიური ხარჯის ნამრავლით თვის კალენდარულ დღეთა (შაბათ-კვირისა და უქმე დღეების გარდა) რაოდენობაზე.

8. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინებით:

ა) ინდივიდუალური აბილიტაცია/რეაბილიტაციის პროგრამის შედგენის ხარისხისა და პროგრამით გათვალისწინებული შედეგების მიღწევის მაჩვენებლის მიხედვით;

ბ) გაწეული მომსახურების ხარისხით, ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების კმაყოფილების დონის მიხედვით;

9. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად შშმ პირებს გამოუმუშავდებათ საყოფაცხოვრებო, შრომითი და სოციალური უნარ-ჩვევები, რაც ხელს შეუწყობს გარემოში მათ უკეთ ადაპტაციასა და საზოგადოებაში ინტეგრაციას.

მუხლი 13. ყრუ-მუნჯების კომუნიკაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ ყოველდღიურ ცხოვრებაში ყრუ-მუნჯები აწყდებიან პრობლემებს, რომლებიც გამოწვეულია ინფორმაციის სიმწირისა და შეზღუდული კომუნიკაციის არსებობით. აღნიშნული პრობლემები იწვევს მათ იზოლაციას და ვერ ხორციელდება მათი საზოგადოებაში ინტეგრაცია. დღეისათვის სურდოთარჯიმნების რაოდენობა ქვეყანაში საკმაოდ მწირია. პრობლემა განსაკუთრებით აქტუალურია რეგიონებში.

2. ქვეპროგრამის მიზანია ყრუ-მუნჯთა საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა.

3. ქვეპროგრამის ამოცანაა ყრუ-მუნჯთა სურდოთარჯიმნების სერვისით უზრუნველყოფა.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) არსებული სურდოთარჯიმნების შერჩევას;

ბ) საქართველოს რეგიონების (თბილისის გარდა) სურდოთარჯიმნებით უზრუნველყოფას (მინიმუმ რვა რეგიონი. თითოეულ რეგიონში მინიმუმ 1 სურდოთარჯიმანი);

გ) აღნიშნული სურდოთარჯიმნების მომსახურების შესახებ ინფორმაციის განთავსებას ძირითად საჯარო დაწესებულებებში (ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები, საქართველოს რაიონული (საქალაქო) სასამართლოები, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს საპატრულო პოლიციის დეპარტამენტის, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის–სამოქალაქო რეესტრის სააგენტო, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემავალი სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულების – ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის– სოციალური მომსახურების სააგენტოს ტერიტორიული ორგანოები);

დ) სურდოთარჯიმნის მეშვეობით ყრუ-მუნჯი პირებისათვის სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი სხვადასხვა სერვისების შესახებ ინფორმირება.

5. ქვეპროგრამის დაფინანსება ხდება შემდეგნაირად:

ა) ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 19 200 ლარი;

ბ) თითოეულ თარჯიმანზე გათვლილი თანხა თვეში არ უნდა აღემატებოდეს 200 ლარს.

6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს საქართველოში მცხოვრები ყრუ-მუნჯი პირები.

7. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება საქართველოს თითოეულ რეგიონში სურდოთარჯიმნების მომსახურებით უზრუნველყოფილი ყრუ-მუნჯებისა და შემთხვევათა რაოდენობის მიხედვით.

8. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება ყრუ-მუნჯი პირებისათვის სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი სხვადასხვა სერვისების შესახებ ინფორმირებულობის ღონის ამალღება.

მუხლი 14. უსინათლოთა სოციალური ინტეგრაციის ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ უსინათლო პირების საზოგადოებაში ინტეგრაციისათვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ადაპტირებული ფორმით ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა.

კერძოდ, ქართულენოვანი უსინათლო პირებისათვის არ არსებობს თანამედროვე საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების გამოყენების შესაძლებლობა, რაც ხელს უშლის მათ ინფორმირებულობას, კომუნიკაციას და საზოგადოებრივ აქტიობას.

2. ქვეპროგრამის მიზანია უსინათლო პირთა ცოდნის დონის, ინფორმირებულობისა და კომუნიკაციური შესაძლებლობების ამაღლება.

3. ქვეპროგრამის ამოცანაა უსინათლოთათვის ქართულენოვანი კომპიუტერული ხმოვანი სინთეზატორის შექმნის ხელშეწყობა.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) უსინათლოებისთვის ქართულენოვანი კომპიუტერული ხმოვანი სინთეზატორის (პროგრამის) შექმნას, ტესტირებას და ჩაწერას;

ბ) პროგრამის ფართო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას ინტერნეტით და ციფრული მატარებლების მეშვეობით.

5. ქვეპროგრამა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან თანადაფინანსდება 20 000 ლარით. ქვეპროგრამისთვის საჭირო დანარჩენი თანხით დაფინანსებისთვის გათვალისწინებულია მიმწოდებელი ან/და სხვა დაინტერესებული ფიზიკური ან იურიდიული პირის მიერ ალტერნატიული წყაროების მოზიდვა საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს მხედველობადაქვეითებული და უსინათლო შშმ პირები.

7. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება ხმოვანი სინთეზატორის (პროგრამის) ხელმისაწვდომობით და სამიზნე ჯგუფის კმაყოფილების დონის მიხედვით.

8. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად უსინათლო პირებს გაუადვილდებათ ინფორმაციის დამოუკიდებლად მიღება, კომუნიკაცია და გაიზრდება მათი საზოგადოებრივი აქტიურობა.

მუხლი 15. ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა ინსტიტუციური პატრონაჟის ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ ქვეყანაში ზოგიერთი ფსიქიკური დარღვევის მქონე პირები ოჯახურ პირობებში მათი მოვლისა და განვითარების შეუძლებლობის გამო საჭიროებენ მუდმივ ინსტიტუციურ მომსახურებას და სახელმწიფო პატრონაჟს. სახელმწიფო ვალდებულებას იღებს ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთათვის უზრუნველყოს ელემენტარული საყოფაცხოვრებო პირობები, მოვლა-პატრონობა, კვება, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, სამედიცინო მომსახურება და სხვა გადაუდებელი საჭიროების დაკმაყოფილება.

2. ქვეპროგრამის მიზანია ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა სადღეღამისო სპეციალიზებული დაწესებულებების მომსახურებით უზრუნველყოფა.

3. ქვეპროგრამის ამოცანებია ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა სამედიცინო და ფსიქოლოგიური მომსახურების გაწევა, ასევე საყოფაცხოვრებო პირობებით, კვებით, მოვლა-პატრონობით და სხვა მომსახურებებით უზრუნველყოფა და პატრონაჟი.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) ბენეფიციარებისათვის ინდივიდუალური მოვლა-პატრონობისა და რეაბილიტაციის პროგრამის შედგენას;

ბ) 24-საათიანი მომსახურებით უზრუნველყოფას;

გ) არანაკლებ სამჯერადი კვებით უზრუნველყოფას;

დ) საყოფაცხოვრებო უნარ-ჩვევების სწავლებისა და ხარისხიანი მოვლა-პატრონობის უზრუნველყოფას;

- ე) სამედიცინო და ფსიქოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფას;
 - ვ) ბენეფიციართა კულტურულ ღონისძიებებში მონაწილეობის უზრუნველყოფას, ბენეფიციართა შესაძლებლობის გათვალისწინებით, მათ შორის, სპეციალიზებული დაწესებულების გარეთაც.
5. ქვეპროგრამის დაფინანსება ხდება შემდეგნაირად:
- ა) ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 547 500 ლარი;
 - ბ) ერთ ბენეფიციარზე ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სადღეღამისო ხარჯი არ უნდა აღემატებოდეს 15 ლარს.
6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს თანდაყოლილი და შეძენილი ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული დემენციის მქონე არაუმეტეს 100 პირისა.
7. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება ინდივიდუალური მოვლა-პატრონობისა და რეაბილიტაციის პროგრამის ხარისხისა და პროგრამით გათვალისწინებული შედეგების მიღწევის მაჩვენებლის მიხედვით.
8. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა სპეციალიზებული სადღეღამისო დაწესებულებების მომსახურებით უზრუნველყოფა.

მუხლი 16. შშმ პირთა სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ შშმ ბავშვთა სპეციალიზებულ სადღეღამისო დაწესებულებებში მცხოვრები გონებრივი და ფიზიკური შესაძლებლობის შეზღუდვის მქონე პირებისათვის არ არსებობს საზოგადოებაში ინტეგრაციის შესაძლებლობა, რის გამოც ისინი იძულებული არიან დარჩნენ ზემოაღნიშნულ დაწესებულებებში, სადაც მათი შემდგომი განვითარებისათვის შესაფერისი პირობები არ არის. ამ შემთხვევაში ერთ-ერთ გამოსავალს წარმოადგენს აღნიშნული კონტინგენტისთვის ისეთი ალტერნატიული ტიპის დაწესებულებების მომსახურების მიწოდება, სადაც შშმ პირებსა და შშმ ბავშვებს საშუალება ექნებათ განავითარონ დამოუკიდებელი ფუნქციონირების და საზოგადოებაში ინტეგრირების შესაძლებლობები.
2. ქვეპროგრამის მიზანია შშმ ბავშვთა სპეციალიზებულ სადღეღამისო დაწესებულებებში მცხოვრები ბენეფიციარებისათვის ოჯახურ გარემოსთან მიახლოებული პირობების შექმნა და სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობა.
3. ქვეპროგრამის ამოცანაა შშმ ბავშვთა სპეციალიზებულ სადღეღამისო დაწესებულებებში მცხოვრები ბენეფიციარების შშმ პირთა სათემო ორგანიზაციის მომსახურებით უზრუნველყოფა.
4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:
 - ა) ქვეპროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარებისათვის ინდივიდუალური განვითარების პროგრამის შედგენას და განხორციელებას;
 - ბ) საცხოვრებლით, მოვლით და 3-ჯერადი კვებით უზრუნველყოფას;
 - გ) პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარებას (ბენეფიციარების ინდივიდუალური შესაძლებლობებისა და სურვილის გათვალისწინებით ხელობის შერჩევა, სწავლება და პრაქტიკაში გადატანის ხელშეწყობა);
 - დ) პირადი ჰიგიენისა და ინდივიდუალური მოხმარების საგნებით უზრუნველყოფას;
 - ე) საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობას.
5. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს შშმ ბავშვთა სპეციალიზებულ სადღეღამისო დაწესებულებებში მცხოვრები ბენეფიციარები, ასევე ის პირები, რომლებიც შშმ ბავშვთა სადღეღამისო სპეციალიზებული დაწესებულებებიდან გაყვანილ იყვნენ სათემო ორგანიზაციებში (სულ 60-მდე ბენეფიციარი).

6. ქვეპროგრამის დაფინანსება:

ა) ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 328 500 ლარი;

ბ) ვაუჩერის ერთ ტალონზე დღიური ხარჯი შეადგენს 15 ლარს. თვეში ასანაზღაურებელი თანხა ერთ ტალონზე გაიანგარიშება დღიური ხარჯის ნამრავლით თვის კალენდარულ დღეთა რაოდენობაზე.

7. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების, ინდივიდუალური განვითარების პროგრამის ხარისხისა და პროგრამით გათვალისწინებული შედეგების მიღწევის მაჩვენებლის მიხედვით.

8. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება შშმ ბავშვთა სპეციალიზებულ სადღეღამისო დაწესებულებებში მცხოვრებ ბენეფიციართა ინდივიდუალური განვითარებისათვის საჭირო პირობების შექმნა, გაიზრდება მათი დამოუკიდებელი ფუნქციონირების დონე და ჩართულობა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში.

მუხლი 17. სათემო ტიპის მომსახურების ბენეფიციართა საკურორტო რეაბილიტაციის ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ სათემო ორგანიზაციებში მოთავსებული შშმ პირები მუდმივად იმყოფებიან ჩაკეტილ გარემოში, აღნიშნული ბენეფიციარები სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ყველა მომსახურებას ღებულობენ ერთ შენობაში, რაც ცუდად აისახება მათ ჯანმრთელობაზე, და ქმნის ასევე მათი საზოგადოებისგან იზოლაციის წინაპირობას. ამ პრობლემის ნაწილობრივ მოგვარება შესაძლებელია ბენეფიციარების სათემო ორგანიზაციებიდან დროებით გამოყვანისა და მათი საქართველოს სხვადასხვა კურორტებზე დასვენების უზრუნველყოფით.

2. ქვეპროგრამის მიზანია სათემო ორგანიზაციებში მცხოვრები შშმ პირების საკურორტო რეაბილიტაცია.

3. ქვეპროგრამის ამოცანაა სათემო ორგანიზაციებში მცხოვრები შშმ პირების დასვენება საქართველოს სხვადასხვა კურორტზე.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) მომვლელების თანხლებით, სათემო ორგანიზაციებში მცხოვრები შშმ პირების დასვენებას საქართველოს სხვადასხვა კურორტზე არანაკლებ 14 დღის მანძილზე;

ბ) სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციართა მინიმუმ სამჯერად კვებას, მოვლას, კეთილმოწყობილ საცხოვრებელ ადგილას, ტრანსპორტირებას, საჭიროების შემთხვევაში ფსიქოლოგიურ და ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას, ასევე დანიშნული მკურნალობის უწყვეტობის (ასეთის აუცილებლობის შემთხვევაში) ორგანიზებას, სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ღონისძიებებით უზრუნველყოფას, ასევე სათემო ორგანიზაციებში მომუშავე მომვლელების სამჯერადი კვებით, კეთილმოწყობილი საცხოვრებელი ადგილით უზრუნველყოფასა და საჭიროების შემთხვევაში ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით ორგანიზებას;

გ) ბენეფიციართა შერჩევა განხორციელდება საქართველოს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

5. ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 14 700 ლარი. ამასთან, აღნიშნული თანხა მოიცავს ბენეფიციართა მომვლელებისათვის შრომის ანაზღაურებას – ერთ მომვლელზე 220 ლარს.

6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაფინანსებაზე მყოფ

სათემო ორგანიზაციებში მცხოვრები არანაკლებ 30 პირისა (ბენეფიციარები და მათი მომვლელები).

7. ქვეპროგრამის შესრულების ვადა არის 2010 წლის 1 ივლისიდან 15 სექტემბრამდე.

8. ქვეპროგრამის შეფასების კრიტერიუმებია გაწეული მომსახურების მრავალფეროვნება და ხარისხი.

9. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება სათემო ორგანიზაციებში მყოფ შშმ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ემოციური ფონის გაუმჯობესება.

მუხლი 18. შშმ ბავშვთა ფსიქოსომატური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ ნერვული სისტემის ისეთი დაავადებებისა და პათოლოგიური მდგომარეობების შემთხვევებში, როგორებიცაა: ცერებრული დამბლა, კუნთების პირველადი დაზიანება, ცენტრალური ნერვული სისტემის (შემდგომში – ცნს) ანთებითი და ვასკულარული დაავადებების ნარჩენი მოვლენები, მხრისა და მხრის სარტყლის ნერვების დაზიანება, პაციენტის მკურნალობა და რეაბილიტაცია დიდ ფინანსურ დანახარჯებთან არის დაკავშირებული. ქვეყანაში არსებული მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ამგვარი საჭიროების მქონე შშმ ბავშვების ნაწილს არ გააჩნია რეაბილიტაციისათვის საჭირო ფინანსური სახსრები და, შესაბამისად, ეს მომსახურება მათთვის ხელმიუწვდომელია.

2. ქვეპროგრამის მიზანია შშმ ბავშვთა ფსიქოსომატური აბილიტაცია/რეაბილიტაცია.

3. ქვეპროგრამის ამოცანებია შშმ ბავშვთა ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებების თანამედროვე მეთოდებისა და ტექნოლოგიების გამოყენება.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) ბენეფიციარებისათვის ინდივიდუალური ფსიქოსომატური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის პროგრამის შედგენას;

ბ) შშმ ბავშვთა შემდეგი დაავადებებისა და პათოლოგიური მდგომარეობების მკურნალობას და რეაბილიტაციას:

ბ.ა) ბავშვთა ცერებრული დამბლა;

ბ.ბ) კუნთების პირველადი დაზიანება;

ბ.გ) ცნს-ის ანთებითი დაავადებების ნარჩენი მოვლენები;

ბ.დ) ცნს-ის ცერებროვასკულარული დაავადებების ნარჩენი მოვლენები;

ბ.ე) ეპილეფსია;

ბ.ვ) მხრისა და მხრის სარტყლის ნერვების დაზიანება.

გ) მომსახურების განხორციელებას მინიმუმ 3 რეგიონში.

5. ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 720 000 ლარი. ამასთან, „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრირებული იმ ოჯახების წევრები, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000-ს, ქვეპროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურება დაუფინანსდებათ სრულად, ხოლო დანარჩენი ბენეფიციარები პროგრამის ფარგლებში დაფინანსდებიან 90 პროცენტით.

6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ამ მუხლის მე-4 პუნქტში ჩამოთვლილი ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადებებისა და პათოლოგიური მდგომარეობების მქონე არანაკლებ 1300 შშმ

ბავშვისა.

7. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება და ინდივიდუალური ფსიქოსომატური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის პროგრამის ხარისხისა და პროგრამის შედეგების მიღწევის მაჩვენებლით.

8. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება შშმ ბავშვთა ფსიქოსომატური აბილიტაცია/რეაბილიტაცია, რაც მენტალური და მოტორული ფუნქციის განვითარებისა და/ან გაუმჯობესების ხარჯზე აამაღლებს მათი ცხოვრების ხარისხს.

მუხლი 19. მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ ხანდაზმულობის ასაკში მყოფ ადამიანებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით გააჩნიათ მრავალი სახის პრობლემა, რომელიც ხშირ შემთხვევაში ქრონიკული ხასიათისაა და საჭიროებს ისეთ სპეციფიკურ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ჩარევას, რომელიც სხვა მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამებით არ ფინანსდება. ხანდაზმულობის ასაკში მყოფი მეორე მსოფლიო ომის მონაწილეები წარმოადგენენ ადამიანთა იმ ჯგუფს, რომლებმაც განსაკუთრებული დამსახურება გააჩნიათ ქვეყნის წინაშე და დღეს არ გააჩნიათ მსგავსი მომსახურების მიღების საშუალება.

2. ქვეპროგრამის მიზანს წარმოადგენს მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობა.

3. ქვეპროგრამის ამოცანაა მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანთათვის სამკურნალო-პროფილაქტიკური მომსახურებების გაწევა.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) ექიმის (სპეციალისტის) კონსულტაციას;

ბ) ფიზიო-თერაპიული, ინსტრუმენტული, ლაბორატორიული და რენტგენოლოგიური კვლევების განხორციელებას;

გ) ინდივიდუალური რეაბილიტაციის პროგრამის შედგენას;

დ) ექიმის დანიშნულებით, ბალნეოლოგიური პროცედურების განხორციელებას;

ე) ექიმის დანიშნულებით, სამკურნალო ფიზკულტურისა და მანუალური თერაპიის პროცედურებს განხორციელებას;

5. ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 40 000 ლარი. ამასთან, ქვეპროგრამის ფარგლებში, თითოეულ ბენეფიციარზე დაფინანსების ოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 250 ლარს;

6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემავალი სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება „ვეტერანთა საქმეების დაპარტამენტში“ არსებულ საინფორმაციო ბაზაში რეგისტრირებული არანაკლებ 160 მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანი.

7. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება და ინდივიდუალური რეაბილიტაციის პროგრამის ხარისხისა და პროგრამის შედეგების მიღწევის მაჩვენებლით.

8. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება და რეაბილიტაცია, რაც აამაღლებს მათი ცხოვრების ხარისხს.

მუხლი 20. ბავშვთა ადრეული განვითარების ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვებს სხვა თანატოლებთან შედარებით

არა აქვთ თანაბარი განვითარების შესაძლებლობები, რაც საბოლოოდ იწვევს მათი საზოგადოებიდან იზოლაციას და მომვლელებზე მიჯაჭვულობას, რომლებიც თავის მხრივ, იძულებული არიან მოაკლდნენ საზოგადოებრივ აქტიობას. ამასთან, ეს უარყოფითად აისახება მათ პროფესიულ განვითარებასა და ოჯახის მატერიალურ მდგომარეობაზე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვების განვითარების პროცესში დროული და ადეკვატური ჩარევისას შესაძლებელია მათი მოტორული, შემეცნებითი, ენობრივი, თვითმომსახურების და სოციალური ჩვევების განვითარება და ადრეული რეაბილიტაცია, რაც მისცემს მათ საზოგადოებაში ინტეგრაციის საშუალებას.

2. ქვეპროგრამის მიზანს წარმოადგენს გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა (მათ შორის, დაუნის სინდრომი, ცერებრული დამბლა, აუტიზმი და სხვა) ადრეული რეაბილიტაცია და პრევენცია.

3. ქვეპროგრამის ამოცანაა გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვებში სოციალური, მოტორული, შემეცნებითი, თვითმოვლისა და ენობრივი, კოგნიტური და კომუნიკაციური ჩვევების განვითარება და სოციალურ ადაპტაციაში ხელშეწყობა.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ადრეული განვითარების დარღვევების იდენტიფიკაციას/დიაგნოსტიკას;

ბ) კვირაში ერთხელ პედაგოგის ვიზიტს იდენტიფიცირებული ბავშვის ოჯახში, სადაც მშობელთან ერთად ადგენს ბავშვის განვითარების ინდივიდუალურ პროგრამას ბავშვის განვითარების ცხრილისა და მეთოდოლოგიური მასალის დახმარებით, რომელშიც შედის: ჩვილის სტიმულირება, სოციალური და თვითმომსახურების უნარები, შეცნობის პროცესი, მოტორიკა და კომუნიკაციის უნარი;

გ) შემუშავებული ინდივიდუალური გეგმების განსახორციელებლად მშობლების მომზადებას;

დ) არანაკლებ თვეში ორჯერ ბავშვისა და მშობლის ცენტრში მიღებას, სადაც ბავშვებს უტარდებათ ჯგუფური ან/და ინდივიდუალური მეცადინეობები ხელოვნების, მუსიკალური, თამაშის და სენსორული თერაპიის გამოყენებით;

ე) გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვის დაბადებისას მშობლისათვის მორალური და ფსიქოლოგიურ დახმარების გაწევას და დაბადების პირველივე თვეებიდანვე ბავშვის ჩართვას ადრეული განვითარების პროგრამაში.

5. ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 86 400 ლარი.

6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხების მქონე 0-7 წლამდე ასაკის არანაკლებ 40 ბავშვი.

7. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ინდივიდუალური განვითარების გეგმის ხარისხისა, მისი შესრულების შედეგების და მშობელთა კმაყოფილების დონის მაჩვენებლის მიხედვით.

8. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება გონებრივი და ფიზიკური განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა შემეცნებითი, მოტორული, ენობრივი, თვითმომსახურების და სოციალური ჩვევების განვითარება და ადრეული რეაბილიტაცია.

მუხლი 21. შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ ქვეყანაში მუდმივად

არსებობს მოთხოვნა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის გადასაადგილებელ საშუალებებზე,მათ შორის სავარძელ-ეტლებზე. იმის გამო,რომ საქართველოში აქამდე არ არსებობდა შესაბამისი წარმოება, სავარძელ-ეტლებზე მოთხოვნის დაკმაყოფილება შესაძლებელი იყო მხოლოდ ქვეყნის გარეთ მათი შექენით,რისთვისაც სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ყოველწლიურად გამოიყოფოდა შესაბამისი თანხები. საქართველოში სავარძელ-ეტლების წარმოების შემთხვევაში გამარტივდება აღნიშნულ პროდუქტზე ადგილობრივი მოთხოვნის დაკმაყოფილების პროცედურა, შესაძლებელი იქნება მათი მორგება ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით, ამავე დროს შესაბამისი ფინანსები მოხმარდება ადგილობრივი წარმოების განვითარებას და სამუშაო ადგილების შექმნას (მათ შორის შშმ პირებისათვის).

2. ქვეპროგრამის მიზანს წარმოადგენს შშმ პირების დასაქმებისა და სავარძელ-ეტლების ადგილობრივი წარმოების ხელშეწყობა.

3. ქვეპროგრამის ამოცანაა შშმ პირების უზრუნველყოფა საქართველოში წარმოებული სავარძელ-ეტლებით.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) მარალხარისხიანი სავარძელ-ეტლების დამზადებას და ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით მორგებას;

ბ) სავარძელ-ეტლების გამოყენებასთან დაკავშირებით შესაბამისი სარეკომენდაციო-საკონსულტაციო და ტექნიკური მომსახურების გაწევას;

გ) სავარძელ-ეტლების უფასო მომსახურებას საგარანტიო ვადის გასვლამდე.

5. ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 40 000 ლარი. ამ პროგრამის მე-7 მუხლის მე-4 პუნქტით გათვალისწინებული, ადგილობრივი წარმოების სავარძელ-ეტლის შესაძენად განკუთვნილი, ერთი ვაუჩერის ღირებულება შეადგენს 400 ლარს. ამასთან, „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრირებული იმ ოჯახების წევრები, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000-ს, სავარძელ-ეტლის ღირებულება დაუფინანსდებათ სრულად (ვაუჩერის ღირებულებით), ხოლო სხვა ბენეფიციარებს 95%-ით.

6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს არანაკლებ 100 შშმ ბავშვი და შშმ პირი. ამასთან, ვაუჩერის მისაღებად უპირატესი უფლებით ისარგებლებენ უფრო დაბალი სარეიტინგო ქულის მქონე ოჯახების წევრები.

7. ადგილობრივი წარმოების სავარძელ-ეტლის მიღების მიზნით, სამიზნე ჯგუფში მყოფი მოქალაქის ან მისი წარმომადგენლის განცხადებით მიმართვის საფუძველზე, (სავარძელ-ეტლის საჭიროების მქონე პირის საცხოვრებელი ადგილის მისამართის ზუსტი მითითებით) შემსყიდველი ორგანიზაცია, ამ პროგრამის 27-ე მუხლის მე-2 პუნქტის საფუძველზე შექმნილი კომისიის გადაწყვეტილების შესაბამისად, უზრუნველყოფს ბენეფიციარების შერჩევას, სავარძელ-ეტლის შესაძენად განკუთვნილი ვაუჩერის დაბეჭდვას და ბენეფიციარისათვის გადაცემას.

განცხადებას თან უნდა ერთვოდეს:

ა) პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი, 16 წლამდე ასაკის პირის შემთხვევაში კი, დაბადების მოწმობის ასლი;

ბ) შშმ პირის სტატუსის დამადასტურებელი საბუთის ასლი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში;

გ) „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 თებერვლის №64/ნ ბრძანებით დამტკიცებული ფორმა №IV-50/2-ის ასლი, სადაც მითითებული იქნება დამხმარე საშუალების

(სავარძელ-ეტლის) საჭიროება;

8. ქვეპროგრამის შეფასება მოხდება, ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების კმაყოფილების დონის მიხედვით

9. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება ბენეფიციართა უზრუნველყოფა ხარისხიანი სავარძელ-ეტლებით და სავარძელ-ეტლების ადგილობრივი წარმოების ხელშეწყობა.

მუხლი 22. დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა

1. დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა შედგება შემდეგი 4 კომპონენტისგან:

- ა) გადასაადგილებელი საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი;
- ბ) საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი;
- გ) სმენის აპარატებით უზრუნველყოფის კომპონენტი;
- დ) კოხლეარული ინპლანტით უზრუნველყოფის კომპონენტი.

2. ქვეპროგრამის აქტუალობა, მიზანი, ამოცანები, ღონიძიებები და მისი განხორციელების წესი, სამიზნე ჯგუფები, შეფასება და მოსალოდნელი შედეგები განსაზღვრულია თითოეული კომპონენტისათვის ცალ-ცალკე ამ პროგრამის 23-ე-27-ე მუხლებით.

მუხლი 23. გადასაადგილებელი საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი

1. კომპონენტის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ შშმ პირები, რომელთაც არ აქვთ დამოუკიდებლად გადაადგილების უნარი, დგანან ისეთი კონკრეტული პრობლემების წინაშე, როგორებიცაა: სოციალური ურთიერთობების გაძნელება, პირადი საჭიროებების დაკმაყოფილების შეუძლებლობა და სხვა, რის შედეგადაც ისინი ნაკლებად დაცულნი და საზოგადოებაში ინტეგრირების შესაძლებლობას მოკლებულნი არიან. პრობლემათა ნაწილობრივი მოგვარებისთვის ბენეფიციარები საჭიროებენ ხარისხიანი სავარძელ-ეტლებით, ყავარჯნებით, ხელჯოხ-ყავარჯნებით და ხელჯოხებით (მათ შორის, უსინათლოთა) უზრუნველყოფას. აღნიშნული გადასაადგილებელი საშუალებები ესაჭიროებათ ასევე ხანდაზმულ (საპენსიო ასაკს მიღწეულ) პირებს.

2. კომპონენტის მიზანია ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლება.

3. კომპონენტის ამოცანებია ხარისხიანი სავარძელ-ეტლების, ყავარჯნების, ხელჯოხ-ყავარჯნების და ხელჯოხების (მათ შორის, უსინათლოთა) შექმნა და გაცემა.

4. კომპონენტის ღონიძიებები მოიცავს:

ა) ხარისხიანი სავარძელ-ეტლების, ხელჯოხების (მათ შორის, უსინათლოთა), ყავარჯნებისა და ხელჯოხ-ყავარჯნების შექმნას;

ბ) სავარძელ-ეტლების, ხელჯოხების (მათ შორის, უსინათლოთა), ყავარჯნებისა და ხელჯოხ-ყავარჯნების ამ პროგრამის 27-ე მუხლის მე-2 პუნქტის საფუძველზე შექმნილი კომისიის გადაწყვეტილების შესაბამისად გაცემას, მათ შორის, სავარძელ-ეტლების ბინაზე მიტანას;

გ) გადასაადგილებელი საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით შესაბამისი სარეკომენდაციო-საკონსულტაციო და ტექნიკური მომსახურების გაწევას;

დ) ყველა ტიპის დამხმარე საშუალებების უფასო მომსახურებას საგარანტიო ვადის გასვლამდე.

5. კომპონენტის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 99 000 ლარი.

შშმპ-თა გადასაადგილებელი საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი	ბენეფიციართა რაოდენობა (მინიმუმ)	თანხა
სტანდარტული ტიპის სავარძელ-ეტლები	260	83 200
ხელჯოხები	800	10 400
უსინათლოთა ხელჯოხები	15	300
ყავარჯნები	80	2400
ხელჯოხ-ყავარჯნები	90	2700

6. კომპონენტის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს სავარძელ-ეტლების, ხელჯოხების, უსინათლოთა ხელჯოხების, ყავარჯნებისა და ხელჯოხ-ყავარჯნების საჭიროების მქონე შშმ პირები და ხანდაზმულები.

7. კომპონენტის შეფასება მოხდება გაწეული მომსახურების ხარისხის, ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების კმაყოფილების დონის მიხედვით.

8. კომპონენტის განხორციელების შედეგად მოხდება ბენეფიციართა დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფა, რაც მათ სოციალურ ინტეგრაციას შეუწყობს ხელს.

მუხლი 24. საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი

1. კომპონენტის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ შშმ პირები, რომლებიც საჭიროებენ საპროთეზო-ორთოპედიულ საშუალებებს, დგანან ისეთი კონკრეტული პრობლემების წინაშე, როგორებიცაა: დამოუკიდებლად გადაადგილების შეუძლებლობა, სოციალური ურთიერთობების გაძნელება, სიძნელეები ტექნიკური საშუალებების გამოყენებისას, რის გამოც ისინი ნაკლებად დაცულნი და საზოგადოებაში ინტეგრირების შესაძლებლობას მოკლებულები არიან.

2. კომპონენტის მიზანია ბენეფიციარების ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის გაუმჯობესება, მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის პროცესის ხელშეწყობა.

3. კომპონენტის ამოცანაა ბენეფიციარების საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებების დამზადება და მათი მორგება-გამოყენების უზრუნველყოფა.

4. კომპონენტის ფარგლებში დაგეგმილია საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმის შესყიდვა და ბენეფიციარებისათვის შესაბამისი სარეკომენდაციო-საკონსულტაციო და ტექნიკური მომსახურების გაწევა, რაც გულისხმობს შემდგომ ღონისძიებებს:

ა) წვივის და ბარძაყის ყველა დონის ამპუტირების შემთხვევაში ქვედა კიდურების პროთეზების შერჩევას, დამზადებას, მორგებას და შეკეთებას;

ბ) ზედა კიდურის ყველა დონის ამპუტირების შემთხვევაში მექანიკური, კოსმეტიკური და მუშა ტიპის პროთეზის შერჩევას, დამზადებას, მორგებას და შეკეთებას;

გ) ტუტორების, კორსეტების, რთული ორთოპედიული ფეხსაცმლის,

მაკორეგირებელი სამკურნალო-პროფილაქტიკური საშუალებების შერჩევას, დამზადებას, მორგებას და შეკეთებას;

დ) ინდივიდუალური ტრენინგებისა და სპეციალური სასწავლო ღონისძიებების ჩატარებას ბენეფიციართათვის ნაწარმის უსაფრთხო ექსპლუატაციის, აგრეთვე საექსპლუატაციო ვადის მაქსიმალური გახანგრძლივების მიზნით;

ე) ყველა ტიპის პროთეზის ფუნქციონირების უფასო უზრუნველყოფას საგარანტიო ვადის გასვლამდე;

ვ) საჭიროების შემთხვევაში ფსიქოლოგიური კონსულტაციების გამართვას;

ზ) ბენეფიციარისათვის საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმის შესყიდვა და შესაბამისი სარეკომენდაციო-საკონსულტაციო და ტექნიკური მომსახურების გაწევა ხორციელდება ამ პროგრამის 27-ე მუხლის მე-2 პუნქტის საფუძველზე შექმნილი კომისიის გადაწყვეტილების შესაბამისად.

5. კომპონენტის დაფინანსება ხდება შემდეგნაირად:

ა) კომპონენტის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 247 000 ლარი;

ბ) კომპონენტი თითოეული ბენეფიციარისთვის ითვალისწინებს საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმით უზრუნველყოფას არაუმეტეს 1500 ლარის დაფინანსებით;

გ) შშმ ბავშვებისათვის და "სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში" რეგისტრირებული იმ ოჯახების წევრისთვის, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000–ს დაფინანსება იქნება 100%, თუ მოთხოვნით:

გ.ა) იდაყვს ქვედა პროთეზის ღირებულება არ აღემატება 2 240 ლარს;

გ.ბ) იდაყვს ზედა პროთეზის ღირებულება არ აღემატება 3 533 ლარს;

გ.გ) მუხლს ზედა პროთეზის ღირებულება არ აღემატება 3 845 ლარს;

გ.დ) მუხლს ქვედა პროთეზის ღირებულება არ აღემატება 2 192 ლარს.

6. კომპონენტის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმის საჭიროების მქონე შშმ პირები (მათ შორის, შშმ ბავშვები).

7. კომპონენტის შეფასება მოხდება გაწეული მომსახურების ხარისხის, ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების კმაყოფილების დონის მიხედვით.

8. კომპონენტის განხორციელების შედეგად საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმის საჭიროების მქონე შშმ პირები (მათ შორის, შშმ ბავშვები) უზრუნველყოფილ იქნებიან ხარისხიანი საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით, რაც მათ დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ინტეგრირების უკეთეს პირობებს შეუქმნის.

მუხლი 25. სმენის აპარატებით უზრუნველყოფის კომპონენტი

1. კომპონენტის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ შშმ სმენადაქვეითებული პირები აწყდებიან ყოველდღიურ ყოფით პრობლემებს და უჭირთ საზოგადოებაში სრულყოფილი ინტეგრირება. ამასთან, შშმ სმენადაქვეითებული ბავშვები იმყოფებიან მეტყველების განუვითარებლობის საფრთხის ქვეშ, რაც უკავშირდება ზოგადად მათი ფსიქო-მოტორული განვითარების შეფერხებას. ხსენებული პრობლემების მოგვარებისათვის სმენადაქვეითებული პირები საჭიროებენ სმენის აპარატებით უზრუნველყოფას, რითაც მოხდება მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა.

2. კომპონენტის მიზანია შშმ სმენადაქვეითებული პირების ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლება.

3. კომპონენტის ამოცანებია სმენადაქვეითებულ პირთათვის ხარისხიანი სმენის

აპარატების შეძენა, მორგება, გაცემა და მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება.

4. კომპონენტის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) შშმ სმენადაქვეითებული პირებისთვის ხარისხიანი სმენის აპარატების შეძენას; ბ) სმენის აპარატების მორგება და ამ პროგრამის 27-ე მუხლის მე-2 პუნქტის საფუძველზე შექმნილი კომისიის გადაწყვეტილების შესაბამისად გაცემას;

გ) შშმ სმენადაქვეითებული პირებისთვის სმენის აპარატების გამოყენებასთან დაკავშირებით შესაბამისი სარეკომენდაციო-საკონსულტაციო და ტექნიკური მომსახურების გაწევას;

დ) შშმ სმენადაქვეითებული პირებისთვის სმენის აპარატების უფასო მომსახურება საგარანტიო ვადის გასვლამდე.

5. კომპონენტის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 487 700 ლარი.

6. სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს სმენის აპარატის საჭიროების მქონე 1265 (მათ შორის 1045 ანალოგური და 220 ციფრული) შშმ სმენადაქვეითებული პირი.

7. კომპონენტის შეფასება მოხდება გაწეული მომსახურების ხარისხის, ბენეფიციარებისა და მათი ოჯახის წევრების კმაყოფილების დონის მიხედვით.

8. კომპონენტის განხორციელების შედეგად მოხდება შშმ სმენადაქვეითებულ პირთა ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლება.

მუხლი 26. კოხლეარული იმპლანტით უზრუნველყოფის კომპონენტი

1. კომპონენტის აქტუალობა განპირობებულია იმით, რომ აბსოლუტური სიყრუის მქონე და ყრუ-მუნჯი ბავშვები იმყოფებიან მეტყველების, შესაბამისად, გონებრივი განვითარების დაბრკოლების, ინფორმაციის არასაკმარისად და არასრულყოფილად მიღების, აქედან გამომდინარე კი საზოგადოებასთან ურთიერთობის შეფერხების, მისგან იზოლირების საფრთხის ქვეშ.

2. კომპონენტის მიზანია აბსოლუტური სიყრუის მქონე და ყრუ-მუნჯ ბავშვთა ზოგადი განვითარებისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა.

3. კომპონენტის ამოცანაა აბსოლუტური სიყრუის მქონე და ყრუ-მუნჯ ბავშვთა ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლება.

4. კომპონენტის ღონისძიებები მოიცავს კოხლეარული იმპლანტის სახელმწიფოს მხრიდან შეძენას, მათი ამ პროგრამის 27-ე მუხლის მე-2 პუნქტის საფუძველზე შექმნილი კომისიის გადაწყვეტილების შესაბამისად გაცემას.

5. კომპონენტის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 90 000 ლარი.

6. სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს აბსოლუტური სიყრუის მქონე და ყრუ-მუნჯი 6 წლამდე ასაკის 3 ბავშვი.

7. კომპონენტის შეფასების კრიტერიუმებია კოხლეარული იმპლანტის ტექნიკური მახასიათებლები.

8. კომპონენტის განხორციელების შედეგად არსებული კომპონენტის ფარგლებში მოხდება აბსოლუტური სიყრუის მქონე და ყრუ-მუნჯი ბავშვების სმენის კორექციისათვის საჭირო კოხლეარული აპარატების თანადაფინანსებით შეძენა, რაც ხელს შეუწყობს აღნიშნული კონტინგენტის გონებრივი განვითარებისა და საზოგადოებაში ინტეგრირების პროცესს.

მუხლი 27. დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის განხორციელების წესი

1. დამხმარე საშუალებების (გარდა მე-21 მუხლისა) (სავარძელ-ეტლები,

ყავარჯენები, ხელჯოხ-ყავარჯენები, ხელჯოხები (მათ შორის უსინათლოთა), საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებები, სმენის აპარატები და კონსლერული იმპლანტები) შესყიდვა განხორციელდება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად.

2. შესყიდული დამხმარე საშუალებების ბენეფიციარებზე განაწილების და ადგილობრივი წარმოების სავარძელ-ეტლის მისაღებად ბენეფიციართა შერჩევის მიზნით, მოქალაქეთა მიერ დამხმარე საშუალებების მიღების მოთხოვნის თაობაზე წარმოდგენილ განცხადებებს განიხილავს და მათ დაკმაყოფილებაზე გადაწყვეტილებას ამ მუხლით დადგენილი წესით იღებს კომისია, რომელიც იქმნება შემსყიდველი ორგანიზაციის ხელმძღვანელის ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით - ბრძანებით.

3. კომისიის საქმიანობის პრინციპები განისაზღვრება ამ მუხლით და მისი შექმნის შესახებ შემსყიდველი ორგანიზაციის ხელმძღვანელის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით - ბრძანებით.

4. დამხმარე საშუალებების მიღების მიზნით მოქალაქემ ან მისმა წარმომადგენელმა განცხადებით (დამხმარე საშუალების საჭიროების მქონე პირის საცხოვრებელი ადგილის მისამართის ზუსტი მითითებით) უნდა მიმართოს შემსყიდველ ორგანიზაციას. ამასთან, აღნიშნულ განცხადებას თან უნდა ერთვოდეს:

ა) სავარძელ-ეტლის მოთხოვნის შემთხვევაში:

ა.ა.) პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, 16 წლამდე ასაკის პირის შემთხვევაში კი, დაბადების მოწმობის ასლი;

ა.ბ.) შშმ პირის სტატუსის დამადასტურებელი საბუთის ასლი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში;

ა.გ.) „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 თებერვლის №64/ნ ბრძანებით დამტკიცებული ფორმა №IV-50/2-ის ასლი, სადაც მითითებული იქნება დამხმარე საშუალების (სავარძელ-ეტლის) საჭიროება;

ა.დ.) „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრაციის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

ბ) ხელჯოხის (მათ შორის, უსინათლოთა) ან ყავარჯენის (მათ შორის, ხელჯოხ-ყავარჯენის) მოთხოვნის შემთხვევაში:

ბ.ა.) პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, 16 წლამდე ასაკის პირის შემთხვევაში კი, დაბადების მოწმობის ასლი;

ბ.ბ.) საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი პენსიის მიმღები კატეგორიის (ასაკით პენსიონერი ან შშმ პირი) დამადასტურებელი საბუთის ასლი;

ბ.გ.) „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრაციის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

გ) სმენის აპარატის და კონსლერული იმპლანტის მოთხოვნის შემთხვევაში:

გ.ა.) პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, 16 წლამდე ასაკის პირის შემთხვევაში დაბადების მოწმობის ასლი;

გ.ბ.) შშმ პირის სტატუსის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში;

გ.გ.) „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური

დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 თებერვლის 64/ნ ბრძანებით დამტკიცებული ფორმა №IV-50/2-ის ასლი, სადაც მითითებული იქნება დამხმარე საშუალების (სმენის აპარატის ან კონსლერული იმპლანტის) საჭიროება;

გ.დ.) „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრაციის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

დ) საპროტეზო-ორთოპედიული ნაწარმის მოთხოვნის შემთხვევაში:

დ.ა.) პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, 16 წლამდე ასაკის პირის შემთხვევაში დაბადების მოწმობის ასლი;

დ.ბ.) შშმ პირის სტატუსის დამადასტურებელი საბუთის ასლი;

დ.გ.) „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 თებერვლის №64/ნ ბრძანებით დამტკიცებული ფორმა №IV-50/2-ის ასლი, სადაც მითითებული იქნება საპროტეზო-ორთოპედიული საშუალების საჭიროება;

დ.დ.) „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრაციის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

5. ამ პროგრამის ფარგლებში შესყიდული დამხმარე საშუალების გაცემა იმ პირებზე, რომლებმაც მიიღეს 2008-2009 წლების სახელმწიფო პროგრამების „შშმ პირთა დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის“, ასევე 2010 წლის სახელმწიფო პროგრამის „შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის“ ქვეპროგრამის ფარგლებში შეძენილი იგივე საშუალებები, წარდა ორთოპედიული ფეხსაცმლისა და ორთეზისა) მოხდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით - ბრძანებით.

6. ერთი ბენეფიციარის მიერ რამდენიმე ან სხვადასხვა დამხმარე საშუალების მიღების მოთხოვნის შემთხვევაში (გარდა ორთოპედიული ფეხსაცმლისა და ორთეზისა) გაიცემა მათგან მხოლოდ ერთი, ბენეფიციარის სურვილის მიხედვით. ინდივიდუალური აუცილებლობის გათვალისწინებით, ერთზე მეტი დამხმარე საშუალების გაცემა, გამონაკლისის სახით, შესაძლებელია განხორციელდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით - ბრძანებით.

7. კომისიის სამდივნო კომისიის გადაწყვეტილებას მისი მიღებიდან ერთი კვირის ვადაში წერილობით აცნობებს განმცხადებელს, ხოლო დადებითი გადაწყვეტილების შემთხვევაში დამატებით მიუთითებს დამხმარე საშუალებების გამცემი ორგანიზაციის რეკვიზიტებს.

8. თუ განმცხადებელი კომისიის სამდივნოს მიერ გაგზავნილ წერილობით შეტყობინებაში მითითებულ ვადაში არ მიმართავს დამხმარე საშუალებების გამცემ ორგანიზაციას, კომისიის გადაწყვეტილება ამ განმცხადებლის მიმართ ითვლება გაუქმებულად და მასზე გასაცემი დამხმარე საშუალება განაწილებულ იქნება სხვა ბენეფიციარზე. ეს წესი არ ვრცელდება სავარძელ-ეტლის მიღების მსურველ ბენეფიციარებზე, რომელთაც გაცემის უზრუნველმყოფი ორგანიზაცია მოემსახურება ბინაზე.

9. დამხმარე საშუალებების მიღებაზე უპირატესი უფლებით ისარგებლებენ პირები, რომელთა განცხადებებიც, დამხმარე საშუალებების მიღების მოთხოვნის შესახებ, სხვა პირთა განცხადებებზე ადრეა შემოსული, მათგან:

ა) პირველ რიგში, 18წლამდე ასაკის შშმ ბავშვები, ყრუ და სმენადაქვეითებული პირები.

ბ) მეორე რიგში, შესაძლებლობის მკვეთრად გამოხატული შეზღუდვის მქონე პირები, რომლებსაც აღნიშნული სტატუსი მინიჭებული აქვთ უვადოდ.

გ) მესამე რიგში, ასაკით პენსიის მიმღები, ასევე შესაძლებლობის ზომიერად გამოხატული შეზღუდვის მქონე პირები.

10. ამ პროგრამის ფარგლებში შეძენილი დამხმარე საშუალებებით პირველ რიგში დაკმაყოფილდებიან პირები, რომელთაც დამხმარე საშუალებების მიღების მოთხოვნის შესახებ განაცხადეს 2010 წლის 1 იანვრამდე, ამ შემთხვევაში მათზე გავრცელდება ამ მუხლის მე-9 პუნქტით გათვალისწინებული პირობები.

11. იმ პირებს შორის, რომელთა განცხადებებიც დამხმარე საშუალებების მიღების მოთხოვნის შესახებ შემოსულია 2010 წლის 1 იანვრის შემდეგ, პირველ რიგში დაკმაყოფილდებიან ისინი, რომელთა განცხადებებიც სხვების განცხადებებზე ადრეა შემოსული და არიან „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრირებული იმ ოჯახების წევრები, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000-ს, ამ შემთხვევაში მათზე არ გავრცელდება ამ მუხლის მე-9 პუნქტით გათვალისწინებული პირობები.

12. ამ მუხლით დადგენილი წესი არ მიიღება მხედველობაში სპეციალიზებულ სადღეღამისო დაწესებულებებში სრულ სახელმწიფო კმაყოფაზე მცხოვრებ ბენეფიციარებზე დამხმარე საშუალებების გაცემისას. ამ შემთხვევაში აღნიშნული კონტინგენტი რიგგარეშე დაკმაყოფილდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ან სპეციალიზებული სადღეღამისო დაწესებულების ამ მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული დაწესებულებებისადმი მიმართვის (სავარძელ-ეტლისა და სმენის აპარატის მოთხოვნის შემთხვევაში უნდა ერთვოდეს „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 თებერვლის №64/ნ ბრძანებით დამტკიცებული ფორმა №IV-50/2-ის ასლი, სადაც მითითებული იქნება დამხმარე საშუალებათა საჭიროების შესახებ და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი, ხოლო 16 წლამდე ასაკის პირის შემთხვევაში – დაბადების მოწმობის ასლი) საფუძველზე.

13. კომისიის გადაწყვეტილება შეიტანება ოქმში, რომელსაც ხელს აწერენ კომისიის სხდომის თავმჯდომარე და დამსწრე წევრები.

14. დამხმარე საშუალებების გაცემას უზრუნველყოფს მიმწოდებელი.

მუხლი 28. პროგრამის მონიტორინგის ქვეპროგრამა

1. ქვეპროგრამის აქტუალობა განპირობებულია საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვის ეფექტურობის უზრუნველსაყოფად და პროგრამის ამოცანების შესრულების შესაფასებლად. ამასთან, საქართველოს პარლამენტის 2008 წლის 2 დეკემბრის 604-III დადგენილებით დამტკიცებული „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის კონცეფციით“ განსაზღვრული ამოცანების განხორციელებისათვის აუცილებელია პროგრამის შედეგების ანალიზი და არსებული საჭიროებების მაქსიმალურად ზუსტი დიაგნოსტიკა.

2. ქვეპროგრამის მიზანია პროგრამის ეფექტურობის ამაღლება და არსებული რესურსებით შშმ პირთა და ხანდაზმულთა საჭიროებების მაქსიმალური დაკმაყოფილება.

3. ქვეპროგრამის ამოცანაა პროგრამის თითოეული ქვეპროგრამის/კომპონენტის შესრულების მონიტორინგის განხორციელება და მიღწეული შედეგების შეფასება.

4. ქვეპროგრამის ღონისძიებები მოიცავს:

ა) თითოეული ქვეპროგრამის/კომპონენტის შესრულების მონიტორინგს:

ბ) მიმწოდებლების მიერ პროგრამული მიზნების მიღწევისა და ღონისძიებების ადექვატური განხორციელების შეფასების მიზნით მომსახურების მიწოდების ადგილზე პერიოდულად მივლინებებს;

გ) მონიტორინგის შედეგების შეფასებას:

დ) მონიტორინგის ანგარიშის დაინტერესებული მხარეებისათვის გაცნობის/პრეზენ-ტაციების, განხილვების, სადისკუსიო კონფერენციის ორგანიზებას.

ე) თითოეული ქვეპროგრამის/კომპონენტის ანალიზის მომზადებას და რეკომენდაციების შემუშავებას;

5. ქვეპროგრამის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რისთვისაც გათვალისწინებულია 17 000 ლარი.

6. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ამ პროგრამის სხვა ქვეპროგრამის/კომპონენტის შემსყიდველი ორგანიზაცია, მიმწოდებლები და ბენეფიციარები.

7. ქვეპროგრამის შეფასების კრიტერიუმები განისაზღვრება შესრულებული სამუშაოს მოცულობისა და შემუშავებული რეკომენდაციების ვალიდურობის მიხედვით.

8. ქვეპროგრამის განხორციელების შედეგად მოხდება რეკომენდაციების გათვალისწინება და გაიზრდება პროგრამის ეფექტურობა.