საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარების კონცეფცია

მომზადებულია

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის მიერ

თბილისი

2014 წელი

სარჩევი

ცხრილები 3

ტერმინთა განმარტება 3

რეზიუმე 4

თავი 1: დოკუმენტის მიზანი და მეთოდოლოგია 5

1.1. დოკუმენტის მიზანი 5

1.2. მეთოდოლოგია 9

1.3. შერჩეული მეთოდოლოგიის შეზღუდვები 10

1.4. სამიზნე აუდიტორია 10

თავი 2: საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის შექმნის მიზანი 11

თავი 3: საქართველოში არსებული ზრუნვის სიმძლავრის შეფასება 13

3.1. პლატფორმის წევრი ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული სერვისები 13

3.1.1. კოალიცია შინმოვლა საქართველოში 13

3.1.2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია 15

3.1.3. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი 16

3.1.4. საქართველოს კარიტასი 18

3.2. ინტერვიუები სახელმწიფო სექტორის წარმომადგენლებთან 20

თავი 4: მიღებული ინფორმაციის შეჯამება, ძირითადი მიგნებები 22

თავი 5: ზრუნვის კონცეფცია 25

თავი 6: რეკომენდაციები 33

დანართი 1: ბიბლიოგრაფია 35

დანართი 2: ინტერვიუერების სია 36

დანართი 3: ინტერვიუს დიზაინი/სადისკუსიო გეგმა 37

დანართი 4: სახელმწიფო პროგრამების ჩამონათვალი 38

ცხრილები

ცხრილი 1:	ინტეგრირების ეტაპები	26
ცხრილი 2:	ფუნქციები, მონაწილე მხარეები	31
ფიგურა 1:	კონცეფტუალური ჩარჩო: ინტეგრირებული ზრუნვის სერვისები	28

ტერმინთა განმარტება

შშმპ	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი
GHRN	ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი
MOLHSA	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
NCDC	დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
SSA	სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო
WHO	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

კონცეფციის დოკუმენტის მომზადებაში ჩართული იყვნენ მოწვეული კონსულტანტები:

ნინო მირზიკაშვილი, MD.MSc.

ირმა მჟავანაძე, MD.MPH.

რეზიუმე

დოკუმენტის მიზანი: მიუხედავად ბოლო პერიოდში ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში ჩატარებული რეფორმებისა, აივ–ინფიცირებულები, ნარკოტიკის მომხმარებლები, ფიზიკური და ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანები ჯერ კიდევ დაუცველები, საზოგადოებისაგან უარყოფილი და არასაკმარისად ინტეგრირებულები არიან. აღნიშნული ჯგუფების ცალკეული მომსახურებები ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამებიდან იფარება, მნიშვნელოვანი წილი მოდის დონორულ დახმარებაზე, რომელიც ბოლო პერიოდში, ძირითადად, ორიენტირებულია ადვოკატირების და ადამიანური რესურსის განვითარების კომპონენტზე.

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, რომელიც წარმოადგენს აღნიშნული სამიზნე ჯგუფების საჭიროებებზე ორიენტირებული კოალიციების გაერთიანებას, მნიშვნელოვნად მიიჩნევს **ერთიანი ზრუნვის სისტემის განვითარებას**, რომელიც უზრუნველყოფს მათთვის თანმიმდევრული, კოორდინირებული და დაბალანსირებული სერვისების უწყვეტ მიწოდებას. აღნიშნული სისტემის მიზანი იქნება სამედიცინო, სოციალური და ეკონომიკური ზიანის შემცირება ინდივიდის, ოჯახის, თემის, საზოგადოების, ქვეყნის დონეზე.

მეთოდოლოგია: პროექტის ფარგლებში ჩატარდა ინტერვიუები სახელმწიფო და არასახელმწიფო სექტორის, კერძოდ, ზრუნვის პლატფორმის წევრი კოალიციების წარმომადგენლებთან. მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, შემუშავდა ზრუნვის სისტემის კონცეფცია და მომზადდა წინადადებები, რომლებიც წარედგინა საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის წევრებს.

ძირითადი მიგნებები: როგორც ჩაღრმავებულმა ინტერვიუებმა ცხადყო, მიუხედავად პლატფორმის წევრი კოალიციების და სახელმწიფოს აქტიური ჩართულობისა (ზრუნვის სერვისების განვითარების და განხორციელების პროცესში), ის, რაც ერთიანობაში მოიაზრება ზრუნვის სისტემით, იფარება ფრაგმენტულად და ნაწილობრივ.

ერთიანი სისტემის არარსებობა (ფართო კლინიკური და ფინანსური პასუხისმგებლობის მქონე) წარმოქმნის გადაფარვებს, დუბლირებებს, ტოვებს პაციენტს მნიშვნელოვანი სერვისების გარეშე ან პაციენტი ხშირად იღებს არასაჭირო, დაბალი ხარისხის მომსახურებას, ეს ყველაფერი კი ეკონომიკურ ტვირთად აწვება ოჯახს და შესაბამისად, ქვეყანას.

შეჯამება: წინამდებარე დოკუმენტი აყალიბებს ზრუნვის სისტემის ძირითად მიზანს, პრინციპებს და განსაზღვრავს ამ მიზნის მისაღწევად აუცილებელ ინსტრუმენტებს. ზრუნვის კონცეფცია ეყრდნობა წლების განმავლობაში პლატფორმის წევრი კოალიციების გამოცდილებას, მუშაობის პროცესში მოგროვილ მტკიცებულებებს და საერთაშორისო (ძირითადად, ევროკავშირის ქვეყნების) გამოცდილებას.

თავი 1: დოკუმენტის მიზანი და მეთოდოლოგია

1.1. დოკუმენტის მიზანი: თანამედროვე მსოფლიოში ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის საკითხები მზარდი აქტუალობით გამოირჩევა და განსაკუთრებული ადგილი უკავია ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების პროცესში. აღსანიშნავია, რომ ევროკავშირის წევრი ქვეყნებისთვის სოციალური სფერო ყველაზე პრიორიტეტულია მათი სახელმწიფოებრივი მიდგომიდან და სოციალურ თანასწორობაზე აგებული კეთილდღეობის პრინციპებიდან გამომდინარე. ადამიანთა უფლებების, ღირსების დაცვა და მათ კეთილდღეობაზე ზრუნვა, თანაბარი პირობების შექმნა მუშაობისა და ცხოვრებისათვის, სოციალური სოლიდარობის დანერგვა და ხანგრძლივი და ჯანმრთელი სიცოცხლისათვის სათანადო პირობებით უზრუნველყოფა ევროპისათვის განსაკუთრებულ ფასეულობებს წარმოადგენს. აღნიშნულის განსახორციელებლად ქვეყნები ცდილობენ, უზრუნველყონ ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სერვისების კოორდინირებული და თანმიმდევრული მიწოდება ერთიანი ინტეგრირებული ზრუნვის ფარგლებში. გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველო მიისწრაფვის, გახდეს ევროპული ოჯახის სრულუფლებიანი წევრი, მეტად მნიშვნელოვანია ზემოთ აღნიშნული პრინციპების დაცვა.

საქართველოში, ისევე, როგორც მთელ მსოფლიოში, ზრუნვის პოლიტიკის ჩამოყალიბება რამდენიმე გარემოებითაა განპირობებული: გაზრდილი სიცოცხლის ხანგრძლივობა, ხანდაზმულების რიცხვის ზრდა, ქრონიკული დაავადებების მზარდი დინამიკა, ნარკომანიით დაავადებულთა რიცხვის მატება, აივ–ინფექციის შემთხვევების ზრდა და ფსიქიკური აშლილობების მძიმე ტვირთი. ეს ფაქტორები ხშირად იწვევენ შესაძლებლობის შეზღუდვას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, პლატფორმის წევრი ორგანიზაციების ოფიციალურ ანგარიშებზე, კვლევებზე და პუბლიკაციებზე დაყრდნობით, საქართველოში თვალშისაცემია ზემოთ აღნიშნული მაჩვენებლების ზრდის ტენდენცია.

- ***სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა:*** *დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის 2012 წლის მონაცემებით, სიცოცხლის მოსალოდნელმა ხანგრძლივობამ დაბადებისას 74.7 წელი შეადგინა (ქალებში – 79.0; მამაკაცებში – 70.2). აღნიშნული მნიშვნელოვნად აღემატება დსთ-ს ქვეყნების მაჩვენებლებს და უახლოვდება ევროპის რეგიონის მონაცემებს (NCDC, 2012).*

- ***ხანდაზმულების რიცხვის ზრდა:*** *ბოლო პერიოდში დაფიქსირდა 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული წილის ზრდის ტენდენცია მთლიან მოსახლეობაში და 2012 წელს 13.8% შეადგინა (NCDC, 2012). გაეროს ექსპერტული შეფასებით, მოსახლეობის საერთო რაოდენობა საქართველოში დაახლოებით 700 ათასით ნაკლებია საქსტატის მონაცემებზე, ასეთივე რიგის სხვაობაა (მეტწილად ახალგაზრდა) მოსახლეობის მიგრაციის მაჩვენებლებში, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ, სავარაუდოდ, მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის შემდეგ, დაბერების გაცილებით მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდება (კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010).*

- ***ქრონიკული დაავადებების მზარდი დინამიკა:*** *დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით ბოლო პერიოდში საქართველოში აღინიშნება არაგადამდები დაავადებების გავრცელების მატების ტენდენცია მთლიან მოსახლეობაში (NCDC, 2012წ.). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2011 წლის ანგარიშის მიხედვით საქართველოში სიკვდილობის 91% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით, აქედან 71% მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 12% – კიბოზე, 2% – დიაბეტზე, 1% – ქრონიკულ რესპირატორულ დაავადებებზე, ხოლო სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე – საერთო სიკვდილობის 5% (NCDC, 2010).*

- ***ნარკომანიით დაავადებულთა რიცხვის მატება:*** *საქართველოში 2012 წელს ჩატარებული კვლევის „ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების შეფასების“ მონაცემებზე დაყრდნობით ნარკოტიკების დაახლოებით 45 ათასი პრობლემური (ინექციური) მომხმარებელია, რაც ქვეყნის 18 წლის ზევით მოსახლეობის 1.65% შეადგენს (Sirbiladze at al, 2012). წამალდამოკიდებულება არის პროგრესირებადი ქრონიკული დაავადება, რომელიც მჭიდროდა არის გადაჯაჭვული როგორც ფსიქიკურ აშლილობებთან, ასევე აივ-შიდსისა და ვირუსული ჰეპატიტების ეპიდემიების გავრცელებასთან. ვირუსული C ჰეპატიტის გავრცელება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში 60-70%-ს აღწევს (Sirbiladze at al, 2012).*

- ***აივ–ინფექციის შემთხვევების ზრდა:*** *დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2012 წელს წინა წელთან შედარებით აივ–ინფექციით დაავადების მაჩვენებელი 23.2%-ით გაიზარდა და 100 ათას მოსახლეზე 11.7 შეადგინა. აივ ინფიცირების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფს 18 წლის ზევით ახალგაზრდები მიეკუთვნებიან. დაავადების გადაცემის გზების მიხედვით ახალი შემთხვევების 43% ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებზე, ხოლო 53.6% სქესობრივ კონტაქტებზე მოდის (NCDC, 2012).*

- ***ფსიქიკური აშლილობების მძიმე ტვირთი:*** *საქართველოში ფსიქიკურ აშლილობათა გავრცელების შესახებ ზუსტი ინფორმაცია არ მოიპოვება. ჯანდაცვის სამინისტროს სტატისტიკური ცნობარიდან ცნობილია მხოლოდ ის, რომ 2012 წელს ოფიციალურ აღრიცხვაზე იყო 78,296 ადამიანი, დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 4,075 ახალი შემთხვევა (90.7 შემთხვევა 100 ათას მოსახლეზე). თუმცა, ეს ციფრები სათანადოდ ვერ ასახავენ ფსიქიკურ აშლილობათა გავრცელებას, ვინაიდან სტიგმისა და სხვა ფაქტორების გამო, ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების დიდი ნაწილი არ მიმართავს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებს და აღრიცხვის მიღმა რჩება.*

- ***შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რაოდენობა:*** *სამწუხაროდ, არ არსებობს ზუსტი სტატისტიკა საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რაოდენობის შესახებ. სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2012 წლის იანვრის მონაცემებით, შშმპ–ის სტატუსის მქონეთა რიცხვი შემცირებულია წინა წელთან შედარებით და მათი რაოდენობა მთლიანი მოსახლეობის 3%-ს შეადგენს (SSA, 2012) მაშინ, როდესაც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ქვეყნების უმეტესობაში ეს რიცხვი 10%-ია, ხოლო მსოფლიოს მოსახლეობის 15% შეზღუდული შესაძლებლობის მქონეა (WHO, 2012). უნდა აღინიშნოს, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტოში მხოლოდ იმ ადამიანების*

სტატისტიკური მონაცემები აღირიცხება, რომლებსაც სახელმწიფოს მიერ მინიჭებული აქვთ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსი და შესაბამის პენსიას იღებენ. აღნიშნული განპირობებულია რიგი მიზეზებით, კერძოდ: ხშირია შემთხვევა, როდესაც მშობელი არჩევს, გავშვს არ დაუფიქსიროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონეს სტატუსი სტიგმებისა და სტერეოტიპების გამო; წარსულში, ასაკობრივ პენსიასთან შედარებით შშმ პირთა პენსიის ნაკლებობის გამო, მრავალმა ხანდაზმულმა არ განაახლა ან უარი თქვა შშმპ სტატუსის მინიჭებაზე; ექსპერტთა ინფორმაციით, პრობლემას ქმნის ასევე იმ დაავადებათა ჩამონათვალის შემცირება, რომელთა შემთხვევაშიც ხდება სტატუსის მინიჭება. ეს გარემოებები დამატებით დაბრკოლებებს ქმნიან შშმპ საჭიროებების რაოდენობრივი და თვისობრივი შეფასებისა და საპასუხო ღონისძიებების გატარების თვალსაზრისით.

მიუხედავად ბოლო პერიოდში ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სექტორში ჩატარებული რეფორმებისა, ზემოთ აღნიშნული სამიზნე ჯგუფი ჯერ კიდევ დაუცველი, საზოგადოებისაგან უარყოფილი და არასაკმარისად ინტეგრირებულია. ხშირად აივ–ინფიცირებულები, ნარკოტიკის მომხმარებლები, ფიზიკური და ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანები სტიგმატიზირებულები არიან.

აღნიშნული ჯგუფების ცალკეული მომსახურებები იფარება ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამებიდან, მნიშვნელოვანი წილი მოდის დონორულ დახმარებაზე, რომელიც ბოლო პერიოდში ორიენტირებულია ადვოკატირების და ადამიანური რესურსის განვითარების კომპონენტზე.

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე ადამიანები ვერ იღებენ სათანადო მომსახურებას, მათი არაფორმალური მომვლელების ტვირთი მძიმეა. ჯანდაცვის სამსახურებს არ აქვთ ამ მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობა – ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამები მხოლოდ ნაწილობრივ პასუხობენ მათ საჭიროებებს. მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ ხანგრძლივი მოვლა გამოწვეულია უნარების დაქვეითებით ბუნებრივი ასაკობრივი ცვლილებების გამო და, შესაბამისად, პრაქტიკულად ნებისმიერი ადამიანი გახდება თავის დროზე ზრუნვის ობიექტი. კერძოდ, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით შემდეგია: 0-60 წელი – 0,6%; 60-80 წელი – 3,9%; 80 წელზე ზევით – 28,3%. ამ მონაცემების გათვალისწინებით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი, საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას, რაც, მათი ოჯახის წევრების გათვალისწინებით, ერთიანობაში დაახლოებით 300 ათას მოსარგებლეს წარმოადგენს (კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010).

აღსანიშნავია ამ პრობლემის გენდერული ასპექტიც: (ა) მამაკაცებთან შედარებით, ქალების გაზრდილი (რვა–ცხრა წლით მეტი) სიცოცხლის ხანგრძლივობის გამო, ხანდაზმულთა 61%-ს ქალები წარმოადგენენ. ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე ქალების ხვედრითი წილი 73%-ს შეადგენს; (ბ) ხანგრძლივი მოვლის სისტემის არაეფექტურობის გამო, მათზე ზრუნვა, ძირითადად, ოჯახის ფარგლებში ხდება. არაფორმალური მომვლელების აბსოლუტური უმრავლესობა ქალებია (95%-ზე მეტი). ეს როლი (არაფორმალური მოვლა მძიმე ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სტრესია)

უარყოფითად მოქმედებს მათ კარიერაზე, სოციალურ ურთიერთობებზე, პირად ცხოვრებაზე (კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010).

ყოველივე ზევით აღნიშნულის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია დაავადების მართვის ერთიანი სტრატეგიის (პრევენცია, მკურნალობა, ფსიქო–სოციალური რეაბილიტაცია) შემუშავება, რომელიც აქცენტირებული იქნება დაბერების პრობლემებზე, ფიზიკური და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის თანაბარუფლებიანი გარემოს შექმნასა და საზოგადოებაში მათი სრულყოფილი ინტეგრაციის ხელშეწყობაზე, უპასუხებს მათ საჭიროებებს და ადამიანის უფლებების დაცვაზე იქნება დაფუძნებული.

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა წარმოადგენს აღნიშნული სამიზნე ჯგუფების საჭიროებებზე ორიენტირებული კოალიციების გაერთიანებას. პლატფორმა მნიშვნელოვნად მიიჩნევს ერთიანი ზრუნვის სისტემის განვითარებას, რომელიც უზრუნველყოფს სამიზნე ჯგუფებისთვის თანმიმდევრული, კოორდინირებული და დაბალანსირებული სერვისების უწყვეტ მიწოდებას. აღნიშნული სისტემის მიზანი იქნება სამედიცინო, სოციალური და ეკონომიკური ზიანის შემცირება ინდივიდის, ოჯახის, თემის, საზოგადოების, ქვეყნის დონეზე.

ზრუნვის სისტემის განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია სახელმწიფო/არასახელმწიფო სექტორის, მოსახლეობისა და სამედიცინო საზოგადოების ინფორმირებულობა და აქტიური ჩართულობა, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს როგორც ეროვნული პოლიტიკის ცალკეული სფეროს განვითარება, ასევე ნაკისრი საერთაშორისო ვალდებულებების თანმიმდევრული და დროული განხორციელება, კერძოდ:

- *2013 წელს შემუშავდა რიგი პოლიტიკის დოკუმენტები და სამოქმედო გეგმა (ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დოკუმენტი; ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია და ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის 2014-2015 წლების სამოქმედო გეგმა), რომელიც წარმოშობს გარკვეულ ვალდებულებებს სამიზნე ჯგუფების პრობლემების სამართავად;*

- *მნიშვნელოვანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის რატიფიცირება, რომელსაც საქართველომ (კონვენციას და მის ფაკულტატურ ოქმს) 2009 წელს მოაწერა ხელი. კონვენციაზე დაყრდნობით, მთავრობისა და სამოქალაქო სექტორის მჭიდრო თანამშრომლობით შემუშავდა და 2014 წლის 20 იანვარს დამტკიცდა „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარი შესაძლებლობებით უზრუნველყოფის 2014-2016 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა“. ასევე, 2013 წლიდან ქმედითი გახდა წარსულში უფუნქციო შშმ პირთა საკითხებზე მომუშავე სამთავრობო საკოორდინაციო საბჭო, რომელშიც შევიდა სამოქალაქო საზოგადოების დემოკრატიულად არჩეული 10 წარმომადგენელი;*

- *2013 წლის 29 ნოემბერს მოხდა ევროკავშირთან საქართველოს ასოცირების ხელშეკრულების პარაფირება, რაც წინგადაგმული ნაბიჯია ევროკავშირთან ინტეგრაციის გზაზე. მომავალ წელს ხელი მოეწერება ასოცირების ხელშეკრულებას, რაც კიდევ უფრო დაგვაახლოებს ევროპულ ოჯახთან, თუმცა, ჩვენი მხრივ, წარმოშობს ვალდებულებას, რათა შევასრულოთ ევროპული პრინციპები და დავიცვათ ძირითადი ფასეულობები;*

- *2013 წლის მიწურულს აქტიურად დაიწყო თანამშრომლობა გაერთიანებული ერების ევროპის ეკონომიკური კომისიის (UNECE) წარმომადგენლებთან საქართველოში ხანდაზმულთა მდგომარეობის შესახებ. აქცენტი კეთდება პროგრამაზე, რომლის მიზანია*

გაერთიანებული ერების წევრ სახელმწიფოებში დაინერგოს „მადრიდის საერთაშორისო გეგმა დაბერების შესახებ“, რომელიც გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებისთვის არის გამიზნული. ახლო მომავალში, სამმხრივი (გაერო, საქართველოს მთავრობა და სამოქალაქო სექტორი) სამუშაო ჯგუფის მიერ შემუშავდება დაბერების პროცესის მოპასუხე სამოქმედო გეგმა;

- *ამასთან, უნდა აღინიშნოს სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორების მჭიდრო თანამშრომლობისკენ გადადგმული ნაბიჯი ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის და ქვეყნის სოციალურ–ეკონომიკური განვითარების საქმეში. აღნიშნულის დასტურია საქართველოს პარლამენტსა და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებს შორის 2013 წლის 12 დეკემბერს გაფორმებული თანამშრომლობის მემორანდუმი.*
- *2013 წლის ბოლოს დაიწყო ადამიანის უფლებების დაცვის სამთავრობო სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავება.*

წინამდებარე დოკუმენტი აყალიბებს ზრუნვის სისტემის ძირითად მიზანს, პრინციპებს და განსაზღვრავს ამ მიზნის მისაღწევად საჭირო ინსტრუმენტებს. ზრუნვის კონცეფცია ეყრდნობა წლების განმავლობაში პლატფორმის წევრი კოალიციების გამოცდილებას, მუშაობის პროცესში მოგროვილ მტკიცებულებებს და საერთაშორისო (ძირითადად, ევროკავშირის ქვეყნების) გამოცდილებას.

ძირითადი მიზანი: დოკუმენტის მიზანია ხელი შეუწყოს საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარებას (წინადადებების მომზადება ზრუნვის პლატფორმისა და მთავრობისათვის). ამ მიზნის მისაღწევად განხორციელდება შემდეგი **სპეფიციკური მიზნები**:

- ზრუნვის სერვისების შესახებ ხელმისაწვდომი მეორადი მონაცემების შეგროვება;
- სერვისების მიწოდების კუთხით არსებული სიტუაციის აღწერა - საზოგადოებრივი სექტორის (აქცენტით პლატფორმის წევრ ორგანიზაციებზე) და სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული/დაფინანსებული სერვისები;
- მიღებული ინფორმაციის განხილვა/ანალიზი; ძირითადი მიგნებები; ზრუნვის კონცეფციის შემუშავება;
- პლატფორმის წევრი ორგანიზაციების თანამონაწილეობით რეკომენდაციების შემუშავება.

1.2. მეთოდოლოგია: აღნიშნული მიზნის მისაღწევად ინფორმაცია მოპოვებული იყო ზრუნვის პლატფორმის წევრი კოალიციებისგან და სახელმწიფო სექტორის წარმომადგენლებისგან, რომლებთანაც ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები წინასწარ შემუშავებული კითხვარის დახმარებით. გარდა ამისა, გამოყენებული იქნა მეორადი მონაცემები სხვადასხვა ოფიციალური ანგარიშებიდან, კვლევებიდან და პუბლიკაციებიდან. ასევე, მიმოხილული იყო ელექტრონული ინფორმაცია Medline, PubMed, HealthStar და Google Sholar მონაცემთა ბაზები. კონცეფციის შემუშავებისას

გამოყენებული და მცირედ მოდიფიცირებული იქნა Pim P.Valentijn, Sanneke M.Schepman; Wilfrid Opheij; Marc A.Bruijnzeels მიერ შემუშავებული ინტეგრირებული ზრუნვის ანალიტიკური ჩარჩო. გამოყენებული მეთოდოლოგია არის აღწერითი და ანალიტიკური.

1.3. შერჩეული მეთოდოლოგიის შეზღუდვები: სამწუხაროდ, საქართველოში ზრუნვის სერვისების შესაფასებლად საჭირო მეორადი მონაცემების მოპოვება შეზღუდულია. ხშირად, როდესაც ინფორმაცია ხელმისაწვდომია, ის აგრეგირებული სახითაა და სოციალური ჯგუფების ან პროგრამის მოსარგებლეთა მიხედვით სპეციფიური ინფორმაციის მიღება შეუძლებელია. შესაბამისად, ინფორმაციის ნაკლებობის გამო, შეზღუდულია საკითხის სიღრმისეული შესწავლაც, რაც ანალიზის ნაწილშია გათვალისწინებული.

1.4. სამიზნე აუდიტორია: ამ დოკუმენტის სამიზნე აუდიტორიას წარმოადგენენ სახელმწიფო ინსტიტუტები, კერძოდ, – შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინიტრო, სააგენტოები, ასევე, არასამთავრობო ორგანიზაციები, კერძო სექტორი, საერთაშორისო/დონორი ორგანიზაციები, ზრუნვის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებები, დარგის ექპერტები და სხვა დაინტერესებული პირები.

თავი 2: საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის შექმნის მიზანი

ზრუნვის პლატფორმა, რომელიც დაარსდა 2013 წლის 5 აპრილს, აერთიანებს არასამთავრობო სექტორში მოქმედ ქსელებს, კერძოდ:

- კოალიცია შინმოვლა საქართველოში;
- საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია;
- ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი;
- საქართველოს კარიტასი.

დამფუძნებელი ქსელები, თავიანთი მხრივ, აერთიანებენ და წარმოადგენენ ჯანდაცვისა და სოციალურ სფეროში მოქმედ 39 ქართულ საზოგადოებრივ ორგანიზაციას.

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის მისიაა ხელი შეუწყოს საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სექტორში ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული ზრუნვის მიდგომის დამკვიდრებას და განვითარებას (ზრუნვის პლატფორმა, 2013).

პლატფორმის ამოცანები:

- ყველა შესაბამისი დაინტერესებული მხარის თანამშრომლობით პოლიტიკის შემუშავების წახალისება;
- ზრუნვის სერვისების ორგანიზებისა და მიწოდებისას სუბსიდიარობის პრინციპის მხარდაჭერა;
- მოდელური პროექტების შემუშავება და განხორციელება;
- ჯანდაცვისა და სოციალურ სფეროში ჩართული პროფესიონალების შესაძლებლობების განვითარება და პროფესიული გადამზადება.

პლატფორმას აქვს ჩამოყალიბებული სტრუქტურა, კერძოდ, მას ჰყავს გამგეობა, რომლის ძირითადი მიზანია პლატფორმის მისიის შესრულების ხელშეწყობა მისი პოლიტიკის, სტრატეგიებისა და ოპერაციული პრინციპების შემუშავებისა და განხორციელების გზით. გამგეობა ინიცირებს და ამტკიცებს პლატფორმის წესდებას, მის ყველა მარეგულირებელ დოკუმენტს, საჭირო ცვლილებასა თუ დამატებას.

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა ღიაა ახალი წევრებისათვის, თუკი მათ აქვთ ქსელური მუშაობის გამოცდლება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში.

წევრი ორგანიზაციების მუშაობის სპეფიციკიდან გამომდინარე, პლატფორმა გამოყოფს შემდეგ პრიორიტეტულ სამიზნე ჯგუფებსა და ქვე-სექტორს:

- ფსიქიკური დაავადების შედეგად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები;
- ნარკოტიკების მოხმარებასთან ან წამალდამოკიდებულებასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე ადამიანები;
- აივ / შიდსით დაავადების რისკის ქვეშ მყოფი ან უკვე ინფიცირებული პირები;
- პირები, რომლებიც ხანგრძლივ მოვლას საჭიროებენ (როგორიცაა შინმოვლა, პალიატიური მზრუნველობა, ჰოსპისის მომსახურება);
- სხვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანები დამოკიდებულების სხვადასხვა ხარისხით.

ზრუნვის პლატფორმის სტრატეგიული მიმართულებებია:

1. **პოლიტიკის ფორმირება:** ადამიანის უფლებებზე და სუბსიდიარობის პრინციპზე დაფუძნებული ზრუნვის პოლიტიკის განვითარება;
2. **ცნობიერების ამაღლება:** საზოგადოების, მოსარგებლეების, ჯანდაცვისა და ზრუნვის სექტორის მონაწილეების ცნობიერების ამაღლება;
3. **ზრუნვის სერვისების მოდელირება:** მოდელური პროექტების შემუშავება და განხორციელება;
4. **ზრუნვის სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფა:** ზრუნვის სერვისების ხარისხის მართვისა და სისტემების განვითარებისა და დანერგვის ხელშეწყობა;
5. **ჩართული პირების შესაძლებლობების განვითარება:** ჯანდაცვისა და სოციალურ სფეროში ჩართული პროფესიონალებისა და ორგანიზაციების შესაძლებლობების განვითარება.

პლატფორმა აქტიურად უჭერს მხარს საქართველოში ზრუნვის, როგორც ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის განუყოფელი ნაწილის, საფუძვლების შექმნას. პლატფორმის წევრების განმარტებით, ზრუნვა (რომლის ოფიციალური განმარტება დღეისათვის არ არსებობს), როგორც მიდგომა, გულისხმობს პაციენტის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ასევე, სოციალური კეთილდღეობის მრავლობითი პრობლემის თანამდევ პრევენციასა და მართვას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, რაც ხორციელდება ოჯახთან, ცხოვრებისეულ მოვლენებსა და გარემოსთან ურთიერთობაში. ამდენად, ზრუნვის მომსახურებები შეიძლება, ერთი მხრივ, მოიცავდნენ პრევენციასა და მკურნალობას, ხოლო მეორე მხრივ, მიმართული იყვნენ დაავადებისა და/ან პრობლემის შედეგად მიყენებული ზიანის შემცირებაზე; ასევე, შეიძლება ზრუნვის მომსახურება მდგრადი გამოჯანმრთელება-რეაბილიტაციის და/ან ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების გარანტია იყოს.

ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული ზრუნვა, რომელიც ესადაგება ევროპულ ფასეულობებს და ძირითად პრინციპებს, აღიარებს, რომ თითოეული ადამიანის უფლებები, მისი ფიზიკური, ფსიქიკური თუ სოციალური მდგომარეობისგან დამოუკიდებლად, უნდა იყოს დაცული. ზრუნვის სერვისები უნდა ეხმარებოდნენ მოსარგებლეებს გარემოში მაქსიმალურ ინტეგრაციაში, რათა იყვნენ თავიანთი თემის და, ზოგადად, საზოგადოების აქტიური წევრები და შეძლონ, მონაწილეობა მიიღონ იმ გადაწყვეტილებების მიღებაში, რომლებიც გავლენას ახდენენ მათზე.

ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული ზრუნვის მიდგომის განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია შესაბამისი პოლიტიკისა და ინფრასტრუქტურის განვითარება, ხანდაზმულთა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ფსიქიკურად დაავადებულთა, დამოკიდებულთა და სხვათა დესტიგმატიზაცია და სოციალიზაცია.

თავი 3: საქართველოში არსებული ზრუნვის სიმძლავრის შეფასება

3.1. პლატფორმის წევრი ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული სერვისები: საქართველოში არსებული ზრუნვის სიმძლავრის შესაფასებლად, პროექტის ფარგლებში განხორციელდა პლატფორმის წევრებთან ინდივიდუალური შეხვედრა-გასაუბრებები წინასწარ შედგენილი კითხვარის დახმარებით (იხილეთ დანართი 3).

კითხვარი მოიცავდა შემდეგ საკითხებს:

- ორგანიზაციის მიზანი და ამოცანები;
- ორგანიზაციული მოწყობა;
- სამიზნე ჯგუფები;
- მომსახურების სახეები;
- ადამიანური რესურსი (სამედიცინო/არასამედიცინო);
- ზრუნვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა;
- ფინანსური დახმარება.

უნდა აღინიშნოს, რომ პლატფორმის წევრი ორგანიზაციები ყველაზე მეტად გამოცდილი და განვითარებული დაწესებულებებია ზრუნვის სფეროში.

წარმოდგენილი მონაცემების გაერთიანებით შეიქმნა ქვეყანაში არსებული სიმძლავრის შედარებით ნათელი სურათი როგორც ადამიანური, ისე ფიზიკური და ფინანსური რესურსების თვალსაზრისით.

3.1.1. კოალიცია შინმოვლა საქართველოში არის საქართველოში მოქმედი შინმოვლის მიმწოდებელი ორგანიზაციების გაერთიანება, რომლის მიზანია ქვეყანაში შინმოვლის ინსტიტუციური განვითარების ხელშეწყობა. კოალიცია შეიქმნა 2006 წელს, სახელმწიფო რეგისტრაცია გაიარა 2009 წელს, პროგრამული საქმიანობა კი 2007-2008 წლებში დაიწყო. 2009 წელს მიენიჭა ხარისხის საერთაშორისო სერტიფიკატი ISO 9001:2008, 2011 წლიდან Homecare Europe-ის ნამდვილი წევრია. კოალიციის წევრები არიან:

- ფონდი „თაობა“;
- კავშირი „ადამიანი და ბუნება“;
- კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი“;
- ასოციაცია „გენეზისი“;
- „საქართველოს საპატრიარქოს ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული მოწყალების ცენტრი“;
- „ევანგელურ-ლუთერული დიაკონური საქმიანობა საქართველოში“.

შინმოვლის კოალიციის ხედვა: „ჩვენ გვინდა ისეთი საქართველო, სადაც ადამიანები, რომლებსაც შეზღუდული აქვთ თავის მოვლის უნარი, აღიქმებიან თანაბარი ღირსების და უფლებების მქონედ. ჩვენ გვინდა ისეთი ქვეყნის შენებაში მონაწილეობის მიღება, სადაც საზოგადოება ზრუნავს მათი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ხოლო მათ აქვთ თავიანთი შესაძლებლობების რეალიზაციის საშუალება."

კოალიციის მისიაა საქართველოში შინმოვლის ხარისხის, უსაფრთხოების და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა (კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010).

შინმოვლის კოალიციის სტრატეგიული მიმართულებები:

- შინმოვლის პროფესიული სტანდარტების განსაზღვრა და ხარისხის უზრუნველყოფა;
- შინმოვლის აღიარება სოციალური დახმარებისა და ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ პრიორიტეტად;
- არაფორმალური მომვლელების ტვირთის აღიარება და მხარდაჭერა;
- შინმოვლის სფეროში მომუშავე ორგანიზაციების გაძლიერება.

სამიზნე ჯგუფი:

- უძლური ხანდაზმულები;
- ფიზიკური და ფსიქიკური პათოლოგიების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები;
- დროებით უნარშეზღუდულები (მაგალითად, მწვავე მდგომარეობების, მძიმე დაავადებების, ოპერაციების, მოტეხილობების, ინსულტების შემდეგ);
- ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი (მომაკვდავი) პაციენტები;
- ფიზიოლოგიური მდგომარეობებით უნარშეზღუდულები (მელოგინე ქალები, ჩვილი და მცირეწლოვანი ბავშვები).

მომსახურების სახეები: ადამიანის უფლებების დაცვა; ადვოკატირება; სერვისების მიწოდება (საექიმო/საექთნო დახმარება; ძირეული მოვლა; მეთვალყურეობა; სოციალური/საყოფაცხოვრებო დახმარება); დამხმარე საშუალებების მიწოდება (სავარძელ–ეტლები, ყავარჯნები, გადასაადგილებელი ჩარჩოები); შინმოვლის პროფესიული სტანდარტების შემუშავება და ხარისხის უზრუნველყოფა; შინმოვლის სფეროში მომუშავე ორგანიზაციების გაძლიერება.

დამატებით, კოალიციის წევრები დონორული თუ ადგილობრივი მხარდაჭერით ახორციელებენ ხანგრძლივი მოვლის სხვადასხვა საქმიანობებს, როგორიცაა, მაგალითად, პალიატიური მზრუნველობა, ჰოსპისი, დღის ცენტრი, დღის სტაციონარი, მოვლის სახლი, საცხოვრებელი, პროფესიონალი და არაფორმალური მომვლელების ტრენინგი.

მომსახურების პრინციპები დაფუძნებულია ზრუნვის უფლებაზე და ბიო-ფსიქო-სოციალურ მიდგომაზე (მომსახურება უნდა იყოს ყოვლისმომცველი - საექიმო, საექთნო, სოციალური, საყოფაცხოვრებო). შემთხვევის მართვა წარმოებს მრავალდარგობრივი ჯგუფების მეშვეობით. თითოეულ ასეთ ჯგუფს ჰყავს კოორდინატორი/უფროსი ექთანი, ერთი ექიმი, 10 ექთანი, ერთი სოციალური მუშაკი, ერთი საყოფაცხოვრებო ასისტენტი და ერთი ტექნიკური ასისტენტი. ჯგუფების მუშაობას ზედამხედველობას უწევენ სერვისის მენეჯერი, სამედიცინო ზედამხედველი, სოციალური ზედამხედველი და ხარისხის მართვის მენეჯერი. მრავალდარგობრივი ჯგუფი ცდილობს არაფორმალური მომვლელების მობილიზებას, პაციენტების მოვლისა და თვითმოვლის უნარების გაძლიერებას. ზოგადად, შინმოვლის უდიდესი ნაწილი (80-90%) მოდის არაფორმალურ ქსელზე.

ზრუნვის სერვისების ხელმისაწვდომობა: საქმიანობის არეალია თბილისი, გორი, ბათუმი და ხელვაჩაურის რაიონის სოფლები.

ფინანსური მხარდაჭერა: ამაჟამად მიმდინარეობს ოთხი საერთაშორისო პროექტი, რომლებიც დაფინანსებულია სხვადასხვა დონორების მიერ. ზოგჯერ, მომსახურებები იფარება კერძო გადასახადებით (ჯიბიდან გადახდით). არ არსებობს შინმოვლის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა. აღსანიშნავია მცირე ხელშეწყობა მუნიციპალიტეტების დონეზე.

3.1.2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია: 2006 წელს ექვსმა არასამთავრობო ორგანიზაციამ გადაწყვიტა კოალიციად გაერთიანება და ერთობლივად ქმედება. 2007 წლის თებერვალ-მარტში კოალიციამ დაიწყო საქმიანობა, 2008 წლის აგვისტოში კი იურიდიულად დაფუძნდა. კოალიციის წევრები არიან:

- კავშირი ადამიანებისთვის, განსაკუთრებულ ზრუნვას რომ საჭიროებენ;
- საქართველოს ფსიქო-სოციალური დახმარების ასოციაცია „ნდობა“;
- საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია;
- ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ოჯახის წევრთა და მხარდამჭერთა ორგანიზაცია „აფრა საქართველო“;
- „რეა“;
- ასოციაცია „ანტი სტიგმა“.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის ძირითადი მიზანია, ხელი შეუწყოს საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს რეფორმას დეინსტიტუციონალიზაციის, დეცენტრალიზაციისა და თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარების მიმართულებით.

სამიზნე ჯგუფი: ადამიანები, რომელთაც აქვთ ფსიქიკური აშლილობა და გონებრივი შეფერხება.

მომსახურების სახეები: ადვოკატირება/ლობირება; სამედიცინო–სოციალური სერვისების მიწოდება (თემზე დაფუძნებული მკურნალობა, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, კრიზისული ჩარევა). კოალიცია ასევე ახორციელებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამას.

ადამიანური რესურსი: ზოგადად, პროექტების განხორციელებისას აღინიშნება კვალიფიციური პერსონალის დეფიციტი (ექთნები, სოციალური მუშაკები). არათანაბარია ექიმი-ფსიქიატრების გადანაწილება რეგიონების მიხედვით, რაც გარკვეულწილად ზღუდავს სერვისების დანერგვას ქვეყნის მასშტაბით.

სერვისზე ხელმისაწვდომობა: ექვსივე არასამთავრობო ორგანიზაცია მდებარეობს თბილისში, თუმცა პროექტებს ახორციელებენ რეგიონებში, კერძოდ: თელავში, ქუთაისსა და აჭარაში. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, ზოგადად, შეზღუდულია.

ფინანსური მხარდაჭერა: ფინანსური მხარდაჭერა ხორციელდება დონორი ორგანიზაციების და სახელმწიფოს (პროგრამები) მხრიდან.

3.1.3. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი: ქსელი დაფუძნდა 2006 წელს. ამჟამად გაერთიანებულია 26 წევრი არასამთავრობო ორგანიზაცია საქართველოს ცხრა ქალაქიდან.

ქსელის მისიაა ხელი შეუწყოს საქართველოში ზიანის შემცირების პოლიტიკისა და მიზნების გატარებას, კერძოდ: საქართველოში ზიანის შემცირების მიდგომების განვითარება და მხარდაჭერა; ნარკოტიკული საშუალებების მოთხოვნის შემცირება; აივ/შიდსი-თ და B, C ჰეპატიტებით ინფიცირების პრევენცია; საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ამაღლება და სოციალურად დაუცველი და მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების უფლებების დაცვა; სოციალური სტიგმის დაქვეითება და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მათი ჩართვის რეალური ხელშეწყობა (GHRN, 2012).

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი აქტიურად მუშაობს შემდეგი მიზნების მისაღწევად:

- საქართველოს ნარკოპოლიტიკის მიმართულების შეცვლა მკაცრი, დასჯაზე ორიენტირებული მიდგომიდან მეცნიერულ მონაცემებსა და ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომისკენ, რომლის მიზანიც ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ჯანმრთელობის, სოციალური და ეკონომიკური ნეგატიური შედეგების შემცირება იქნება;
- საზოგადოების, პოლიტიკოსების, კანონმდებლების და მედიის განათლება ნარკოტიკების პრობლემებისადმი ალტერნატიული მიდგომების თაობაზე;
- ზიანის შემცირების ეროვნული და რეგიონალური პროგრამების მხარდაჭერა და განვითარება.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის უზენაესი ორგანოა წევრთა საერთო კრება. ორგანიზაციას ხელმძღვანელობს საერთო კრების მიერ არჩეული გამგეობა. ქსელის გამგეობა წარმოადგენს მმართველ ორგანოს, რომელიც განსაზღვრავს ქსელის პოლიტიკას (მისია, სტრატეგია, პარტნიორობა, ახალი წევრების მიღება, მართვის პრინციპები და პროცედურები) და უზრუნველყოფს მეთვალყურეობას მის განხორციელებაზე. გამგეობის მიერ დანიშნული აღმასრულებელი დირექტორი მართავს ქსელის ყოველდღიურ მუშაობას.

წევრი ორგანიზაციები:

1. სამედიცინო ფსიქოლოგიური კავშირი „ნაბიჯი მომავლისკენ“;
2. ახალგაზრდა ფსიქოლოგთა და ექიმთა ასოციაცია „ქსენონი“;
3. კავშირი „იმედი“;
4. ფსიქო-სოციალური ინფორმაციისა და კონსულტაციის ცენტრი „ახალი გზა“;
5. განათლების ეროვნული განვითარების, სოციალური რეაბილიტაციისა და ისტორიულ ღირებულებათა დაცვის ასოციაცია „ორდუ“;
6. დაავადებათა პრევენციის, კონტროლისა და გაუვრცელებლობის ასოციაცია;
7. ძალადობისგან დაცვის ეროვნული ქსელი;
8. ქალთა კლუბი „პეონი“;
9. საქართველოს „წითელი ჯვრის“ საზოგადოება;
10. საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი „თანადგომა“;
11. „პოზიტიური არჩევანი“;
12. რეაბილიტაციის და განვითარების საქველმოქმედო ცენტრი „თანაზიარი“;
13. „ჰეპაპლუსი“;
14. კავშირი „ახალი ვექტორი“;
15. აფხაზეთის კონფლიქტის შედეგად დაზარალებულ პირთა კავშირი „თანადგომა“;
16. ფსიქოლოგთა და ფსიქოთერაპევტთა ასოციაცია;
17. „ფენიქსი-2009“;
18. „რუბიკონი“;
19. „ალტერნატივა ჯორჯია“;
20. „მსოფლიო ექიმები - საფრანგეთი“;
21. „ჰერა XXI“;
22. „რეალური ხალხი, რეალური ხედვა“;
23. კონსტიტუციურ უფლებათა დაცვის ცენტრი.
24. საერთაშორისო ორგანიზაცია ქალებისათვის „აკესო“;
25. ადამიანის უფლებათა ინსტიტუტი;
26. ადიქციის კვლევისა და კონსულტაციის ცენტრი.

სამიზნე ჯგუფი: ნარკომომხმარებლები, აივ-ინფექცია/ შიდსით დაავადებულები.

მომსახურების სახეები: ქსელის წევრი ორგანიზაციები ერთიანდებიან ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ზიანის შემცირების იდეის გარშემო და ახორციელებენ ისეთ ღონისძიებებს, როგორიცაა: აივ/შიდსის, B, C ჰეპატიტების და სისხლით გადამდები სხვა ინფექციების გამოვლენა და მკურნალობა, კონსულტირება, უსაფრთხო ინექციაზე და სქესობრივ ცხოვრებაზე საინფორმაციო მასალისა და საშუალებების გავრცელება, ნარკოპოლიტიკაზე ზემოქმედება, უფლებების ადვოკატირება და თემის გაძლიერება, ქალი მომხმარებლების უფლებების დაცვა, ზედოზირების პრევენცია, წევრი ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობა. მნიშვნელოვანია პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია, ფსიქო-სოციალური და იურიდიული დახმარება.

ადამიანური რესურსი: ადამიანური რესურსი კომპლექტდება პროექტის ფარგლებში დაგეგმილი აქტივობების შესაბამისად. ზოგადად, აღინიშნება ექიმი-ნარკოლოგების არათანაბარი გადანაწილება ქვეყნის მასშტაბით, რაც გარკვეულწილად ზღუდავს სერვისებით მოცვის გაფართოებას რეგიონებში.

სერვისზე ხელმისაწვდომობა: ქსელის მიერ პროგრამები ხორციელდება 9 ქალაქში: თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, სოხუმი, გორი, ზუგდიდი, ფოთი, თელავი, სამტრედია, ოზურგეთი,.

ფინანსური მხარდაჭერა: ამჟამად, ზიანის შემცირების ქსელი ახორციელებს ევროკავშირის მიერ დაფინანსებულ ოთხ პროექტს. ქსელი ასევე იღებს დაფინანსებას გლობალური ფონდიდან და ფონდ „ღია საზოგადოება საქართველოსგან“.

3.1.4. საქართველოს კარიტასი: საქველმოქმედო ფონდი საქართველოს კარიტასი 1993 წლიდან მუშაობს საქართველოში, ოფიციალურად კი რეგისტრაცია ორგანიზაციამ 1995 წელს გაიარა.

ორგანიზაციის მიზანი: პაციენტების ცხოვრების ხარისხის, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება; პაციენტთა დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობის აღდგენა მათთვის ჩვეულ გარემოში; მათი პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა და ჰოსპიტალიზაციისაგან პრევენცია.

სამიზნე ჯგუფი: საქართველოს კარიტასის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამის ძირითად სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ დროებითი თუ მუდმივი

ფიზიკური ან გონებრივი პათოლოგიების გამო დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარშეზღუდული ადამიანები, კერძოდ:

- სოციალურად დაუცველი ქრონიკულად დაავადებული ხანდაზმული პირები;
- დახმარებაზე დამოკიდებული ახალგაზრდა შშმ პაციენტები (შინმოვლის პროექტში).

მომსახურების სახეები: სამედიცინო დახმარება (პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, მედიკამენეტები); სოციალური მხარდაჭერა; ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა; ინფორმირება/განათლება; ადვოკატირება; საექთნო საქმის განვითარება; პაციენტთა უზრუნველყოფა საჭირო დამხმარე საშუალებებით (სავარძელ–ეტლი, ყავარჯენი და სხვა).

კარიტასი საქართველოში ახორციელებს რამდენიმე პროექტს (Vorisek J, 2009), კერძოდ:

(ა) ამბულატორიული/მედიკამენტური დახმარება: პროექტის ფარგლებში პაციენტები უზრუნველყოფილები არიან მედიკამენტებით. თვეში ერთხელ თითოეული მოსარგებლე იღებს ორი დასახელების მედიკამენტს ოჯახის ექიმის დანიშნულების საფუძველზე. პაციენტების ჩართვა ხორციელდება პოლიკლინიკებთან მჭიდრო თანამშრომლობის საფუძველზე.

(ბ) შინმოვლის პროექტი: შინმოვლა არის პაციენტთათვის სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მიწოდება ბინაზე. შინმოვლის არსია ლოგინს მიჯაჭვული პაციენტების უზრუნველყოფა სამედიცინო დახმარებით (პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, აუცილებელი მედიკამენტების მიწოდება), მათი მხარდაჭერა ყოველდღიურ საქმიანობაში (გადაადგილება, პირადი ჰიგიენის მოწესრიგება), პაციენტების და მათი მომვლელების რესურსების და შესაძლებლობების ამოცნობა, ზრდის მხარდაჭერა (ინფორმირება, განათლება, უნარების განვითარება), პაციენტების და ახლობლების უზრუნველყოფა ფსიქოლოგიური და სოციალური დახმარებით (მხარდაჭერა ჯანსაღი სოციალური გარემოს შესაქმნელად, ასევე საჭირო სერვისების მისაღებად და ა.შ.), პაციენტთა უზრუნველყოფა საჭირო დამხმარე საშუალებებით (სავარძელ–ეტლი, ყავარჯნები და ა.შ.).

მომსახურებას ახორციელებს შინმოვლის გუნდი, რომელშიც ჩართულია: პროგრამის მენეჯერი, პროექტის ოფიცერი, ექთნების კოორდინატორი, ტრენინგების კოორდინატორი, ექთნები, რეაბილიტოლოგი, ექთნის ასისტენტები, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი და მოხალისეები.

შინმოვლის პროექტის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულებაა საექთნო ტრენინგები შინმოვლის კომპონენტში. კარიტასის სასწავლო ცენტრში ტრენინგს გადიან სხვადასხვა სამედიცინო კოლეჯის სტუდენტები, პოლიკლინიკისა და საავადმყოფოს საშუალო

სამედიცინო პერსონალი. (ყველა დაწესებულებასთან ფორმდება ურთიერთთანამშრომლობის მემორანდუმი).

(გ) სარეაბილიტაციო ცენტრი: საქართველოს კარიტასის სარეაბილიტაციო ცენტრში უფასო მომსახურებას იღებენ სოციალურად დაუცველი პირები. სარეაბილიტაციო ცენტრი აღჭურვილია თანამედროვე აპარატურით, ოჯახის ექიმის დანიშნულებით მოსარგებლეს შეუძლია ჩაიტაროს ფიზიო- და მანუალური პროცედურები, სამკურნალო/გამაჯანსაღებელი ვარჯიშები.

აღსანიშნავია, რომ პაციენტები საჭიროების შემთხვევაში ჩართულები არიან როგორც შინმოვლის, ასევე ამბულატორიულ და რეაბილიტაციის კომპონენტში.

სერვისზე ხელმისაწვდომობა: კარიტასი პროექტებს ახორციელებს ხუთ ქალაქსა და ერთ რეგიონში, კერძოდ:

- თბილისი (ამბულატორიული, შინმოვლა, რეაბილიტაცია);
- ქუთაისი (ამბულატორიული, შინმოვლა);
- რუსთავი (შინმოვლა);
- გორი (შინმოვლა, რეაბილიტაცია);
- ოზურგეთი (შინმოვლა);
- სამცხე-ჯავახეთი (ამბულატორიული).

ფინანსური მხარდაჭერა: გერმანიის კარიტასი; საფრანგეთის კარიტასი; თბილისის მერია (შინმოვლის კომპონენტში 15%-იანი წილით), სხვა მუნიციპალიტეტები; Papal Foundation-ისა და სხვა კერძო შემოწირულობები.

3.2. ინტერვიუები სახელმწიფო სექტორის წარმომადგენლებთან:

წინასწარ შედგენილი სადისკუსიო გეგმის მიხედვით (იხ. დანართი 2 და დანართი 3), ჩატარდა ხუთი ჩაღრმავებული ინტერვიუ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლებთან. ხუთიდან ოთხმა ინტერვიუერმა განაცხადა, რომ სმენია პლატფორმის შესახებ და მეტ-ნაკლებად იცნობს პლატფორმის წევრი ორგანიზაციების საქმიანობას.

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო სექტორის წარმომადგენლებს არ აქვთ ჩამოყალიბებული ერთიანი ხედვა საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარებასთან დაკავშირებით. მათი განმარტებით, ზრუნვის სისტემა მრავალფეროვანია სამიზნე ჯგუფების თავისებურებებიდან გამომდინარე (შშმპ, ბავშვები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები და სხვა). ისინი

თვლიან, რომ სახელმწიფოს როლია, მაქსიმალურად დაეხმაროს მიზნობრივ ჯგუფებს საზოგადოებაში ინტეგრაციის, მოვლის და მკურნალობის კომპონენტში, თუმცა ზრუნვა არ უნდა იყოს გაგებული, როგორც ექსკლუზიურად სახელმწიფოს ვალდებულება. უნდა არსებობდეს განსაზღვრული მიდგომა, თუ რა კუთხით და რომელ კომპონენტში იქნება სახელმწიფო ჩართული და რა როლს შეასრულებს არასამთავრობო და კერძო სექტორი.

სამინისტროს და სააგენტოს წარმომადგენლები თვლიან, რომ მნიშვნელოვანია დღის ცენტრების განვითარება, სადაც მოხდება პაციენტების უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება. თუმცა არსებობს გარკვეული პრობლემები, კერძოდ: სერვისის მიმწოდებლების, კვალიფიციური ადამიანური რესურსის (მათ შორის სოციალური მუშაკების) სიმცირე, მართვის სტანდარტების და პროგრამებში ჩართვის მექანიზმების გადახედვის საჭიროება, მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის არასრულყოფილება. საჭიროა კერძო სექტორის დაინტერესება და საზოგადოების მზაობა უწყვეტი, შედეგზე ორიენტირებული ზრუნვის სისტემის განვითარების კუთხით.

სამინისტროს წარმომადგენლებმა ასევე აღნიშნეს, რომ ახლო მომავალში იგეგმება პროგრამების შეფასება, გადახედვა და დახვეწა. შესაძლებელია შეიცვალოს როგორც პროგრამების დიზაინი, ასევე დაფინანსების პრინციპები. ისინი დადებითად აფასებენ ზრუნვის სერვისების პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ინტეგრირების იდეას.

აღნიშნული დოკუმენტის მომზადების ფარგლებში შესწავლილი იქნა სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც მიმართულია სამიზნე ჯგუფების საჭიროებების დაკმაყოფილებისკენ. *სახელმწიფო პროგრამების ჩამონათვალი იხილეთ დანართი 4–ში.*

თავი 4: მიღებული ინფორმაციის შეჯამება, ძირითადი მიგნებები

მოცემული დოკუმენტის ფარგლებში მიმოხილული იქნა როგორც პლატფორმის წევრი ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული პროგრამები და საქმიანობები, ასევე სახელმწიფო ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის პროგრამებით მოცული სერვისები. როგორც ჩაღრმავებულმა ინტერვიუებმა ცხადყო, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პლატფორმის წევრი კოალიციების როლი ზრუნვის სერვისების განვითარებისა და განხორციელების პროცესში. ასევე, აღსანიშნავია სახელმწიფოს როლი, თუმცა ერთიანობაში ის, რაც მოიაზრება ზრუნვის სისტემით, იფარება ფრაგმენტულად და ნაწილობრივ. იმისათვის, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს სერვისების უწყვეტობა, პაციენტებს სრულყოფილი ინფორმაცია უნდა გააჩნდეთ არსებული პროგრამების შესახებ.

მწირია ადგილობრივი თვითმმართველობების ჩართულობა. დიდი როლი აქვს ეკლესიას ზრუნვის სისტემის ჩამოყალიბების და განვითარების პროცესში, მაგრამ დღეისათვის მის მიერ განხორციელებული საქმიანობები სპორადულ ხასიათს ატარებს, არ არის სისტემური და კოორდინირებული. შეზღუდულია ერთეული საქველმოქმედო აქციების რაოდენობა; ზოგადად, საზოგადოება ინერტულია, რათა დაეხმაროს თავის მოქალაქეებს. როგორც მარგარეტ მიდი აღნიშნავდა, „საზოგადოების განვითარების დონე შეიძლება შეფასდეს იმით, თუ როგორ ექცევა თავის სუსტ და და დაუცველ წევრებს.“ ამ ხედვით თუ ვიმსჯელებთ, ქართული საზოგადოება ჯერ კიდევ არ არის საკმარისად განვითარებული.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, პაციენტი, გარკვეული სერვისების არარსებობის გამო, რიგ შემთხვევებში ისეთი პრობლემების პირისპირ დგება, რომლებიც დამატებით ტვირთად აწვება მას, მის ოჯახს და ჯამში – სახელმწიფოს. შედეგად კი, არამარტო იკარგება გაწეული რესურსი, არამედ ჩნდება დამატებითი რესურსის საჭიროებაც, რაც, საბოლოოდ, რესურსების არამიზნობრივ და არაადეკვატურ ხარჯვას იწვევს. ეს ყველაფერი შესაძლებელია უფრო ხარჯთეფექტურად დაიგეგმოს ერთიანი ზრუნვის სისტემის ფარგლებში, სადაც საჭიროებები შეფასებულია, გადანაწილებულია, გაზიარებულია მომსახურების დონეებს შორის და შენარჩუნებულია განხორციელებული პროექტების შედეგად მიღებული სარგებელი. მაგალითად, კვლევის შედეგებმა ცხადყო, რომ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში აივ–პრევენციის პროგრამები ძალზე ეფექტური და ხარჯთ–ეფექტურია საქართველოში. მაგალითად, მომდევნო 10 წლის ხარჯების მოდელირებამ დაადგინა, რომ თუ ამ პროგრამის დაფინანსება როგორც მინიმუმ არსებულ დონეზე დარჩება, მაშინ 2010-2020 წლებში ჩვენ თავიდან ავიცილებთ 15 ათასზე მეტ აივ-ის ახალ ინფექციას და ჯანდაცვის ხარჯების დანაზოგი გადააჭარბებს 15 მილიონ აშშ დოლარს.

კვლევის თანახმად, საქართველოში შპრიცების გაცვლის პროგრამებში 2000–2010 წლებში განხორციელებულ ინვესტიციებს +246%-იანი უკუგება მოჰყვა (Wilson et al, 2012). ასევე, საინტერესოა ზრუნვის სისტემის დანერგვის სხვადასხვა ასპექტი, მაგალითად, შინმოვლის შემთხვევაში: (ა) სოციალური - დასაქმების კოეფიციენტია 16% (100 პაციენტზე 16 სრული შტატი); (ბ) ფისკალური - ხარჯების 11% ბრუნდება ბიუჯეტში საშემოსავლო გადასახადის სახით; (გ) გენდერული და დემოგრაფიული - არაფორმალურ მომვლელებს (>95% ქალებს) უჩნდებათ კარიერის და პირადი ცხოვრების უკეთ მოწყობის შანსი; (დ) პოლიტიკური - იაფი და ეფექტური პროგრამა, როგორც კონფლიქტურ რეგიონებთან დიალოგის თემა და სხვა (კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010).

მნიშვნელოვანია სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან არსებული გამოწვევების, ფინანსური შეზღუდვების, არასაკმარისი ინფრასტრუქტურის და სხვა გარემოებების გათვალისწინება, რაც იწვევს ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სერვისების ფრაგმენტირებულ და არაკოორდინირებულ მიწოდებას.

ხშირ შემთხვევაში სერვისები გადანაწილებულია სხვადასხვა სააგენტოების, პროფესიონალების, განსხვავებული ფინანსური წყაროების, ბიუჯეტის, განსხვავებული და ხშირად ერთმანეთთან შეუსაბამო რეგულაციების და მკვეთრად განსხვავებული კლინიკური პასუხისმგებლობის ქვეშ. ერთიანი სისტემის არარსებობა (ფართო კლინიკური და ფინანსური პასუხისმგებლობის მქონე) წარმოქმნის გადაფარვებს, დუბლირებებს, ტოვებს მოსარგებლეს მნიშვნელოვანი სერვისების გარეშე ან პაციენტი ხშირად იღებს არასაჭირო, დაბალი ხარისხის მომსახურებას. ეს ყველაფერი კი ეკონომიკურ ტვირთად აწვება ოჯახს და, შესაბამისად, ქვეყანას. აღნიშნული საკითხი განსაკუთრებით მწვავედ დგას ისეთ ქვეყნებში, სადაც არ არსებობს უნივერსალური მოცვის მიდგომა. ფიზიკური, ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევების მქონე მოსარგებლეთა ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის ხარჯები არის საკმაოდ მაღალი, რომელსაც მნიშვნელოვანი წილი უკავია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში.

ვინაიდან აღნიშნული სამიზნე ჯგუფების არათანმიმდევრული, არაკოორდინირებული მართვა უფრო მეტი და კომპლექსური პრობლემის წინაშე გვაყენებს, მნიშვნელოვანია მომსახურებების თანმიმდევრული და უწყვეტი მიწოდება.

რას ვთავაზობთ? ვთავაზობთ ზრუნვის ერთიან სისტემას, რომელიც გაჰყვება ინდივიდუალურად თითოეულ პაციენტს და უპასუხებს მის საჭიროებებს ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების თვალსაზრისით. პრევენცია, კრიზისის მართვა, ურთიერთობების ნორმალიზება ოჯახში და ოჯახის გარეთ, ასევე სხვა აქტივობები აუცილებელია ფიზიკური ჯანმრთელობის და სოციალური დამოუკიდებლობის შესანარჩუნებლად.

ინტეგრირებულ ზრუნვას აქვს უნარი, გადაჭრას ბევრი ზემოთ აღნიშნული პრობლემა და გაუმჯობესოს ზრუნვის კოორდინაცია და უწყვეტობა, აღმოფხვრას დუბლირებები, შეამციროს ადმინისტრაციული ხარჯი, სერვისების ღირებულება და ხელი შეუწყოს სერვისების სამართლიან გადანაწილებას.

ინტეგრირებული ზრუნვის გაგების მნიშვნელოვანი სირთულე არის ანალიტიკური პარადიგმების ნაკლებობა, რომელიც უზრუნველყოფს კომუნიკაციას, პოლიტიკის ფორმულირებას, პროგრამების შემუშავებას და შეფასებას.

თავი 5: ზრუნვის კონცეფცია

ინტეგრირებული ზრუნვის ხედვა მიმართულია მომსახურების კოორდინაციის, ხარისხისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესებისკენ. ამასთან, მნიშვნელოვანია ინტეგრირებული ზრუნვის კონცეფტუალური გაგება. ზრუნვის სისტემას ჩვენ განვიხილავთ, როგორც ერთიან მიდგომას ჯანდაცვისა და სოციალური სისტემების ფარგლებში, როგორც დაფინანსების, ასევე ადმინისტრირების და სერვისის მიწოდების დონეზე. ზრუნვის სისტემის მიზანია უზრუნველყოს მომსახურების უწყვეტობა, თანმიმდევრულობა, მომხმარებლის კმაყოფილება და სისტემის ეფექტიანობა.

განსაზღვრება: ზრუნვა ფართო ცნებაა; ეს არის მიდგომა, რომელიც აერთიანებს პრევენციას, მკურნალობას, მოვლას, რეაბილიტაციას და სოციალურ მომსახურებას.

ზრუნვა შეიძლება იყოს როგორც პრევენცია და მკურნალობა, ასევე, საგანმანათლებლო მუშაობა, მორალური დახმარების გაწევა, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და ადაპტაცია, ბაზისური პროცედურები (დაბანა/სხეულის მოვლა/მეთვალყურეობა დღე-ღამის განმავლობაში), მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, აბილიტაცია და რეაბილიტაცია, თვითმოვლის უნარების გაძლიერება, სოციალური დახმარება, საყოფაცხოვრებო დახმარება.

ზრუნვის პოლიტიკის მიზანია, უზრუნველყოს მიზნობრივი ჯგუფების:

- ჯანმრთელობის, სოციალური მდგომარეობის და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;
- ფინანსური დაცულობა;
- უფლებების დაცვა;
- ხელმისაწვდომი და მაღალი ხარისხის სერვისებით უზრუნველყოფა.

ზრუნვის მოდელი მორგებულია მოსარგებლის საჭიროებებზე, სადაც თანხა მიჰყვება პაციენტს და მას აქვს თავისუფალი არჩევანის უფლება.

ზრუნვის სერვისების მართვა კოორდინირებული და ბალანსირებულია, თუ მომსახურების დაფინანსება და ორგანიზება ხორციელდება ერთიანი სისტემის ფარგლებში. ზრუნვის ერთიანი სისტემის განვითარება/დანერგვა საჭიროებს საჯარო და კერძო სექტორის კოორდინირებულ მოქმედებას. სახელმწიფოს მხრიდან რეგულირდება და კონტროლდება მოსარგებლეთა ჩართვის კრიტერიუმები, სამედიცინო და არასამედიცინო კადრები, სერვისის მიმწოდებლები, მომსახურების ხარისხი.

ზრუნვის სისტემის პრინციპები: მთავარი პრინციპია სერვისების უწყვეტობა, შესაბამისობა (საჭიროებებთან), თანმიმდევრულობა და ბალანსის დაცვა ზრუნვის კომპონენტებს შორის.

ზრუნვის მიდგომა გულისხმობს ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურებების ინტეგრაციას, სამოქალაქო საზოგადოების თანამონაწილეობას, მოსარგებლეთა ჩართულობას და სუბსიდიარობის პრინციპის დაცვას (გარკვეულ ფუნქციათა და კომპეტენციათა განხორციელებას ხელისუფლების მაქსიმალურად დაბალ საფეხურზე/მოსარგებლესთან მაქსიმალურად ახლოს).

ზრუნვის სისტემა უნდა იყოს მდგრადი, მოქნილი, მიზნობრივი ჯგუფების საჭიროებებზე და შედეგზე ორიენტირებული, უზრუნველყოს ფინანსური ტვირთის სამართლიანი გადანაწილება, მაღალი ხარისხის სერვისების მიწოდება, საზოგადოების ინფორმირება/განათლება და სტიგმატიზაციის შემცირება.

სისტემა ეფუძნება ბალანსირებული, ინტეგრირებული და თანმიმდევრული მოვლის პრინციპს. სწორი ბალანსის დადგენა მომსახურების ტიპებს შორის ითვალისწინებს ზრუნვის უწყვეტობას და სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობას.

ინტეგრირებული ზრუნვის ძირითადი მახასიათებლები: არსებობს რამდენიმე ფაქტორი, რომელიც მნიშვნელოვანია ინტეგრირებული ზრუნვის სისტემის განვითარებისა და მართვისთვის. ეს ფაქტორებია:

- **იურიდიული ჩარჩო:** ზრუნვის ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის ჩამოყალიბება, კანონმდებლობის სრულყოფა და აღსრულების ქმედითი მექანიზმების შემუშავება-დანერგვა;
- **დაფინანსების მექანიზმი:** ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების დაფინანსების სტრუქტურა;
- **მართვა და მმართველობა:** იურიდიული და ადმინისტრაციული ურთიერთობა მონაწილე მხარეებს შორის, რეგულირებისა და თვითრეგულირების ეფექტური ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა;
- **სტრატეგიული დაგეგმვა:** დაინტერესებული მხარეების ჩართულობა დაგეგმვისა და მოსარგებლეთა საჭიროებების შეფასების პროცესში;
- **ფოკუსირება უწყვეტ ზრუნვაზე:** განხილვა და შეთანხმება პაციენტების საჭიროებების არსებული სისტემის, სექტორის ან ქსელის შეზღუდვებთან (ხელმისაწვდომი სერვისი და მიღების უფლება);
- **საჭირო სერვისებით უზრუნველყოფა:** სათანადო დროს და ადეკვატურ პირობებში საჭირო (ჯანდაცვის და სოციალური) სერვისების უწყვეტად მიღების შესაძლებლობის უზრუნველყოფა;
- **ქსელის შექმნა:** სამუშაო ურთიერთობები/შეთანხმებები მიმწოდებლებსა და დაინტერესებულ მხარეებს შორის;
- **პაციენტების მრავალპროფილური შემოწმება/შეფასება:** პაციენტების მრავალფუნქციური შეფასება და სამიზნე პოპულაციის გამოვლენის შესაძლებლობა;
- **პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კოორდინაცია:** ზოგადი პრაქტიკის ექიმების, სხვა სპეციალისტებისა და დამხმარე პერსონალის შეთანხმებული საქმიანობის უზრუნველყოფა;

- **ზრუნვის მართვა:** დაგეგმვა, განხორციელება და მონიტორინგი ზრუნვის სერვისების დროულად, ხელმისაწვდომ და ადეკვატურ პირობებში მიწოდების მიზნით;
- **მომსახურებებს შორის კოორდინაცია:** კონტროლი მოსარგებლის მომსახურების სახეებს და მიმწოდებლებს შორის გადაადგილებისას;
- **ჯგუფური მუშაობა:** გახსნილი კომუნიკაცია, თანამშრომლობა და კლინიკური მართვა მრავალფუნქციური მიმწოდებლების ჯგუფის მიერ;
- **ინფორმაციის გაცვლა:** კლინიკური, ადმინისტრაციული და ფინანსური ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა და გაზიარება სხვადასხვა დონეებს შორის;
- **სისტემური გამოსავალი:** პასუხისმგებლობა ხარისხზე და შედეგებზე.

ზრუნვის სისტემის გამართული ფუნქციონირება იზრდება აღნიშნულ ფაქტორებს შორის მჭიდრო და სრულყოფილი ინტეგრაციის საფუძველზე (Kodner at al, 2000).

მომსახურებების ინტეგრაციის გზაზე შესაძლებელია გამოიყოს ინტეგრირების რამდენიმე ეტაპი; ესენია: კავშირი, კოორდინაცია და საბოლოო ინტეგრაცია (ცხრილი 1). აღნიშნული ეტაპობრივი განვითარება მნიშვნელოვანია ერთიანი, ინტეგრირებული ზრუნვის სისტემის ფორმირებისთვის.

ცხრილი 1: ინტეგრირების ეტაპები

ფაქტორი	კავშირი	კოორდინაცია	ინტეგრაცია
იურიდიული ჩარჩო	0	✓	✓✓
დაფინანსების მექანიზმი	0	✓	✓✓✓
მართვა და მმართველობა	0	✓	✓✓✓
სტრატეგიული დაგეგმვა	0	✓✓	✓✓✓
ფოკუსირება უწყვეტ ზრუნვაზე	✓	✓✓	✓✓✓
საჭირო სერვისებით უზრუნველყოფა	0	✓✓	✓✓✓
ქსელის შექმნა	✓	✓✓	✓✓✓
პაციენტების მრავალპროფილური შემოწმება/შეფასება	✓	✓✓	✓✓✓
პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კოორდინაცია	0	✓✓	✓✓✓
ზრუნვის მართვა	0	✓✓	✓✓✓
მომსახურებებს შორის კოორდინაცია	0	✓	✓✓✓
ჯგუფური მუშაობა	✓	✓✓	✓✓✓
ინფორმაციის გაცვლა	✓	✓✓	✓✓✓
სისტემური გამოსავალი	0	✓	✓✓✓

შენიშვნა: (0) – არ არის დამახასიათებელი; (✓) – დამახასიათებელია;

ინტეგრირება: ერთიანი ზრუნვის სისტემის ფარგლებში სერვისების მიწოდებისას ინტეგრირებულია დაფინანსება, ადმინისტრირება და სერვისების მიწოდება. მართვა სასურველია ხორციელდებოდეს ერთი ორგანიზაციული სტრუქტურის მიერ, რომელიც პასუხისმგებელია ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურებების მართვაზე.

არსებობს რამდენიმე ელემენტი, რომელიც უზრუნველყოფს ინტეგრირებული ზრუნვის როგორც ეფექტიანობას, ასევე ხარჯთეფექტურობას, კერძოდ:

- ზრუნვის უწყვეტობა, კოორდინირება, თანმიმდევრულობა;
- ზრუნვის მიზნობრიობა სამიზნე ჯგუფის იდენტიფიკაციის საფუძველზე (სისტემაში სამიზნე ჯგუფის რეგისტრირება ჩართვის კრიტერიუმებზე დაყრდნობით);
- დაფინანსების წყაროების გაერთიანება ადმინისტრაციული და კლინიკური მოქნილობის უზრუნველსაყოფად;
- შეთანხმებული პასუხისმგებლობები განსაზღვრულ ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის სერვისებზე;
- ორგანიზებული და ანგარიშვალდებული მიმწოდებლები;
- მრავალდარგობრივი/დარგთაშორისი მოვლა ზრუნვის უწყვეტობის და ხარისხიანი სერვისებით უზრუნველყოფის მიზნით;
- მართვის სხვადასხვა ინსტრუმენტების/მეთოდების გამოყენება შესაბამისი, ხარისხიანი სერვისის მიწოდების და ხარჯების კონტროლის მიზნით (უტილიზაციის მაჩვენებელი, ზრუნვის და დაავადებების მართვა);

სამიზნე ჯგუფის ჩართულობა ზრუნვის სისტემაში: ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების საჭიროებების განსაზღვრა ჩართვის კრიტერიუმებზე დაყრდნობით; ნებაყოფლობითი; დაფუძნებული პაციენტის ინფორმირებულ თანხმობაზე (თუ განსაკუთრებული გარემოება არ არსებობს).

ზრუნვის სისტემით მოცული მომსახურებები:

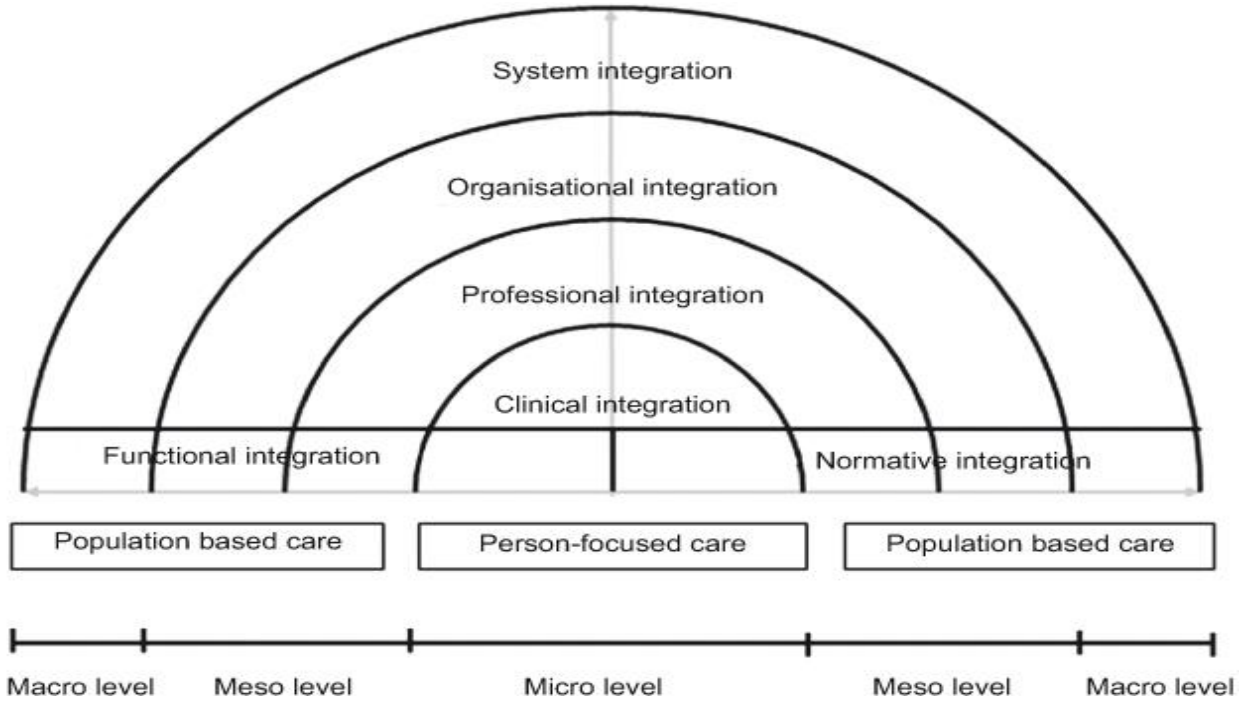
- პრევენცია/ინფორმირება;
- მკურნალობა/სამედიცინო დახმარება;
- რეაბილიტაცია;
- ხანგრძლივი მოვლა (შინმოვლა, დაწესებულებაში მოვლა);
- სოციალური დახმარება;
- საყოფაცხოვრებო დახმარება (საკვები, საყიდლები, რეცხვა, ტრანსპორტირება);
- მედიკამენტები/საგნები/დამხმარე აღჭურვილობა;
- ქცევის შეცვლაზე (სარისკო/ზიანის მომტანი) ორიენტირებული ჩარევები;
- იურიდიული დახმარება.

ვინაიდან ზრუნვა აერთიანებს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემებს, სასურველია, ინტეგრირებული იყოს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, რომელიც ხასიათდება რიგი თავისებურებებით და უზრუნველყოფს სერვისების თანმიმდევრულ და კოორდინირებულ მიწოდებას დროული და სწორი რეფერალის საფუძველზე (Pim at al, 2013).

პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი მახასიათებლები:

- პირველი დონის კონტაქტი (კარიბჭე ჯანდაცვის სისტემაში);
- უწყვეტობა (პაციენტთან ურთიერთობა წარმოადგენს უწყვეტ პროცესს, ხოლო დაავადება – ეპიზოდს);
- ყოვლისმომცველობა (ზრუნავს პაციენტის ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობაზე);
- კოორდინირება (დირიჟორის როლი, მეგზური).

ფიგურა1: კონცეფტუალური ჩარჩო. ინტეგრირებული ზრუნვის სერვისები; *ავტორი: Pim P.Valentijn, Sanneke M.Schepman; Wilfrid Opheij; Marc A.Bruijnzeels;*



ინტეგრირება არის რამდენიმე ტიპის:

- სისტემური ინტეგრაცია (სისტემების ორგანიზაციულ სტრუქტურაში);
- ორგანიზაციული ინტეგრაცია;
- პროფესიული ინტეგრაცია;
- კლინიკური ინტეგრაცია;
- დაგეგმვისა და ბიუჯეტირების ინტეგრაცია (გათვალისწინებულია დაგეგმვის ყველა ეტაპზე);
- ფუნქციური ინტეგრაცია (სერვისის მიმწოდებლებს გააჩნიათ აუცილებელი ცოდნა და ჩვევები);
- ნორმატიული ინტეგრაცია.

სერვისების მიწოდების ორგანიზება, ზრუნვის მართვა: თანაბარი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, სერვისების მიწოდება რეფერალური მიმართვის პრინციპს დაეფუძნება. ხელი უნდა შეეწყოს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ფუნქციურ ინტეგრაციას სხვა დონეებთან (სოციალური, სამედიცინო). ინტეგრირებული მიდგომა აუმჯობესებს ხელმისაწვდომობას, მომსახურების ხარისხის ადეკვატურობას, როგორც პრევენციული, ასევე სამკურნალო და სოციალური დაცვის მომსახურებების კოორდინირებულ მიწოდებას და ზრუნვის უწყვეტობას.

ზრუნვის სისტემა დაფუძნებულია პირველადი ჯანდაცვის ქსელზე. მოსარგებლის ჩართვა სისტემაში ხდება ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე, მით უფრო, საყოველთაო ჯანდაცვის განვითარების ფონზე (როდესაც პაციენტი უსისტემოდ და პირადი გადაწყვეტილების საფუძველზე მიმართავს სპეციალისტებს და სტაციონარს, ეს იწვევს ზედმეტ ხარჯებს, ასევე, სამედიცინო ინფორმაციის არათანმიმდევრულობას და მდგომარეობის მართვის სირთულეს. ყოველთვის უმჯობესია, თუკი პაციენტი სისტემაში მოხვდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მეშვეობით, რაც ზემოთ ჩამოთვლილ პრობლემებს აგვაცილებს თავიდან). ოჯახის ექიმი თანამშრომლობს სოციალურ მუშაკთან, ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან, ისინი წარმოადგენენ ე. წ. „ზრუნვის მართვის გუნდს“. ზრუნვის სისტემაში მოსარგებლის მოძრაობას განსაზღვრავს აღნიშნული გუნდი და, შესაბამისად, წარმოადგენს ერთგვარ ხიდს შიდა და გარე რესურსების უტილიზაციისას. ზრუნვის მართვის გუნდის ფუნქციაა პაციენტის კომპლექსური შეფასება, საჭიროებების განსაზღვრა და ინდივიდუალური ზრუნვის გეგმის შემუშავება. აღნიშნული გეგმის შედგენაში, ზრუნვის გუნდთან ერთად, მონაწილეობენ თავად პაციენტი და ოჯახის წევრები. ამ დროს, ზრუნვის გუნდი ხელმძღვანელობს ზრუნვის მართვის გაწერილი ალგორითმებით (პროგრამების მიხედვით).

ზრუნვის სერვისების მიმწოდებლების ქსელი უნდა იყოს დივერსიფიცირებული და მოიცავდეს სახელმწიფო, კომერციულ და არამომგებიან მიმწოდებლებს.

მოსარგებლე თავდაპირველად მომსახურებას იღებს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, როგორიცაა პრევენცია, ინფორმირება, მკურნალობა მინიმალურ დონეზე. ხოლო რთული შემთხვევების მართვისას, ოჯახის ექიმი გადაამისამართებს შემდგომ დონეზე (კლინიკა, დღის ცენტრი, თავშესაფარი) მკურნალობისა და რეაბილიტაციისათვის. ყველაზე დიდი პრობლემა პაციენტისათვის მკურნალობის შემდგომი ეტაპია, მაგალითად, ფიზიკური რეაბილიტაცია და ფსიქო-სოციალური დახმარება. სწორედ აქ უნდა აღინიშნოს ეკლესიის და ადგილობრივი თვითმართველობის როლი, რომლებსაც შეუძლიათ როგორც, სერვისების დაფინსასება, ასევე, მიწოდება და ორგანიზება. ადგილობრივი თვითმმართველობების ჩართულობით შესაძლებელია სამიზნე ჯგუფის საჭიროებების შეფასება რეგიონის/რაიონის დონეზე.

დაწესებულებების არჩევანი უნდა იყოს თავისუფალი და მოსარგებლეს შეეძლოს დაწესებულების შეცვლა 3 თვეში ერთხელ. აღნიშნული აუმჯობესებს კონკურენციას მიმწოდებლებს შორის და ზრდის ხარისხიანი სერვისების მიწოდების შესაძლებლობას.

გეოგრაფიული, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია, განისაზღვროს სამიზნე ჯგუფის შემადგენლობა, მოცულობა და საჭიროებები – შემდგომი დაგეგმვის მიზნით.

ფინანსური ხელმისაწვდომობა შესაძლებელია უზრუნველყოფილი იქნეს: სახელმწიფო პროგრამით (-ებით) (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ინტეგრაციის შესაძლებლობა), დონორული დახმარებით, კერძო გადახდებით, კერძო დაზღვევით და შემოწირულობებით.

დაფინანსების წყაროები:

- სახელმწიფო ბიუჯეტი;
- კერძო სადაზღვევო კომპანიები;
- საქველმოქმედო საქმიანობა/ფილანთროპები;
- დონორული დაფინანსება;
- ჯიბიდან გადახდილი თანხა.

ადამიანური რესურსები: სამედიცინო (ექიმი/ექთანი) და არასამედიცინო პერსონალის სწორი გადანაწილება ქვეყნის მასშტაბით; სამედიცინო პერსონალის, განსაკუთრებით, ოჯახის ექიმების ცოდნისა და უნარ–ჩვევების გაუმჯობესება სასწავლო მასალებით, პროგრამებით, საუკეთესო პრქტიკის მაგალითებით; ადმინისტრაციული; ზრუნვის მართვის ალგორითმების შემუშავება და ხშირი განახლება სისტემაში დაგეგმილი ცვლილებების შესაბამისად.

ზოგადად, პროფესიული კადრების მომზადების სისტემის შექმნა, სასწავლო კურსების შემუშავება, სამედიცინო და არასამედიცინო პრესონალის მომზადება-გადამზადების ხელშეწყობა.

მომსახურების ხარისხი: სერვისის მიმწოდებლების ნებართვებისა და ლიცენზირების სისტემის განახლება, რათა ხელი შეეწყოს მომსახურების მიღებისას პაციენტის უსაფრთხოებას და მაღალი ხარისხის სერვისით უზრუნველყოფას.

დაინტერესებული მხარეები და მათი როლები – იხ. ცხრილი 2.

ცხრილი 2: მონაწილე მხარეები და მათი ფუნქციები

ფუნქციები/ მონაწილე მხარე	სახელმწიფო/სამინისტრო	ადგილობრივი თვითმმართველობები	არასამთავრობო ორგანიზაციები	სერვისის მიმწოდებლები	პროფ.ასოციაციები	საგანმანათლებლო დაწესებულებები	სადაზღვევო კომპანიები	რელიგიური ორგანიზაციები	საზოგ.ოჯახის წევრთა ორგანიზაციები	მასმედია
პოლიტიკის შემუშავება										
დაფინანსება										
კანონმდებლობის შემუშავება										
უფლებების დაცვა										
სოციალური მობილიზაცია/განათლება										
ადვოკაცია										
მომსახურების მიწოდება										
კადრების მომზადება										
სტანდარტების შემუშავება დანერგვა										

თავი 6: რეკომენდაციები

საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია არსებული რესურსის (ფინანსური, ფიზიკური) გათვალისწინებით რიგი ღონისძიებების განხორციელება ზრუნვის სისტემის საფუძვლების შესაქმნელად. მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული განხორციელდეს ეტაპობრივად და თანმიმდევრულად (მოკლე და გრძელვადიან პერიოდში).

I. მოკლევადიან პერიოდში განსახორციელებელი ღონისძიებები (საფუძვლების მოსამზადებლად):

- ჩამოყალიბდეს სამუშაო ჯგუფი, რომელიც შედგება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, არასამთავრობოების, ექსპერტების და მოსარგებლეების წარმომადგენლებისგან. ჯგუფი შეიმუშავებს სამოქმედო გეგმას, განხორციელების ინსტრუმენტებს;
- სშჯსდ სამინისტრომ უზრუნველყოს ზრუნვის პოლიტიკის დოკუმენტის და სამოქმედო გეგმის დამტკიცება;
- სშჯსდ სამინისტრომ შეიმუშაოს და საქართველოს პარლამენტს წარუდგინოს საკანონმდებლო პაკეტი, რომელიც ერთიან ნორმატიულ ჩარჩოში მოაქცევს ზრუნვის სერვისებს;
- იმისათვის, რომ უზრუნველყოფილი იყოს კვალიფიციური პერსონალის თანაბარი გადანაწილება ქვეყნის მასშტაბით, სამინისტრომ (სხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართულობით) შეიმუშაოს ადამიანური რესურსის განვითარების (მომზადება-გადამზადების) გეგმა; ხელი შეეწყოს ზრუნვის მართვის გუნდების ფორმირების პროცესს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

II. გრძელვადიან პერიოდში განსახორციელებელი ღონისძიებები (ზრუნვის სისტემის დანერგვა და განვითარება):

- შემუშავდეს სერვისის მიმწოდებლების ეტაპობრივი განვითარების სამოქმედო გეგმა (თავშესაფრების, საექთნო სახლების, სხვა ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებების);
- განისაზღვროს და გაძლიერდეს ადგილობრივი თვითმმართველობების როლი ზრუნვის სერვისების დაფინანსებისა და ადვოკატირების პროცესში;
- მხარდაჭერილი იქნეს სხვადასხვა რელიგიური ორგანიზაციებისა და თემების ჩართულობა ზრუნვის სისტემის განვითარების პროცესში;
- სამინისტრომ შეიმუშაოს გაიდლაინების დანერგვის და მონიტორინგის გეგმა; შემუშავდეს დაწესებულებების აკრედიტაციის პროცედურები;
- განვითარდეს ანგარიშგების საინფორმაციო სისტემა, როგორც აუცილებელი პირობა ფინანსური რესურსის ადეკვატური დაგეგმვისათვის;
- შეიქმნას ადვოკატური პლატფორმა სამოქალაქო საზოგადოებისა და მომხმარებლების ორგანიზაციების მონაწილეობით;
- შემდგომი კვლევების და ფინანსური ანგარიშების მომზადება ზრუნვის სისტემის ცალკეული კომპონენტების განვითარება/დანერგვის მიზნით.

III. პლატფორმის როლი ზრუნვის სისტემის განვითარების პროცესში:

- პლატფორმამ ხელი შეუწყოს არასამთავრობო სექტორის მობილიზაციას ზრუნვის იდეის ირგვლივ, სამიზნე ჯგუფების პრობლემების გახმოვანებასა და სახელმწიფო სექტორამდე მიტანას, ადვოკატირებას;
- პლატფორმამ უზრუნველყოს მთავრობის შესაბამის სტრუქტურებთან ერთობლივი მუშაობა, რათა პრიორიტეტებიდან, გამოცდილებიდან და პრაქტიკიდან გამომდინარე, შემუშავდეს სამიზნე ჯგუფების საჭიროებებზე ორიენტირებული პოლიტიკა. სამიზნე ჯგუფის პრობლემებზე აქცენტირება, გააღრმავებს თანამშრომლობას პოლიტიკის შემმუშავებლებსა და არასახელმწიფო ორგანიზაციებს შორის.

დანართი 1: ბიბლიოგრაფია

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (NCDC), საქართველო, 2010წ. *არაგადამდებ დაავადებათა რისკ ფაქტორების კვლევა.* ხელმისაწვდომი: http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=139 [ნანახია 3 დეკემბერი 2013];

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC), საქართველო, 2012. *სტატისტიკური ცნობარი.* ხელმისაწვდომი: http://www.ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=133 [ნანახია 5 დეკემბერი 2013];

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი (GHRN, 2012). *წლიური ანგარიში;*

კოალიცია შინმოვლა საქართველოში, 2010. *საქართველოს შინმოვლის პოლიტიკა;*

ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია. საქართველო, 2013;

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2013. *სტრატეგიული ხედვის დოკუმენტი;*

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (MOLHSA), 2010. სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები. *ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში;*

სოციალური მომსახურების სააგენტო (SSA), 2013. *სტატისტიკა.* ხელმისაწვდომი: http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=610 [ნანახია 17 ნოემბერი 2013];

Kodner D.L., Corinne K.K., 2000. *Fully integrated care.* Avilable at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1533997/ [Accessed 12 November 2013];

Pim P. Valentijn P., Schepman M., Opheij W., Bruijnzeels A., 2013. *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care.* Avilable at: http://content.healthaffairs.org/ [Accessed 10 November 2013];

Sirbiladze T., Tavzarashvili L., (2012), *Estimating the Prevalence of Injection Drug Use in Georgia 2012;*

Vorisek J., 2009. *External Evaluation Report on Tbilisi Home Care of Caritas Georgia;*

Wilson, D., Zhang, L., Kerr, C., Kwon, A., Hoare, A., Otiashvili, D., et al. (2012). *Evaluating the Cost-effectiveness of Needle-syringe Exchange Programs in Georgia;*

World Health Organization (WHO), 2012. Health for All Database. Available at: http://www.euro.who.int/hfadb [Accessed 12 December 2013].

დანართი 2: ინტერვიუერების სია

1. **გიორგი კაკაჩია** – სოციალური დეპარტამენტის უფროსი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

2. **ამირან დათეშიძე** – სოციალური პროგრამების სამმართველოს უფროსი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

3. **მარინა დარახველიძე** – ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის უფროსი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

4. **კახა ხელაძე** – სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს უფროსის მოადგილე (ჯანდაცვის მიმართულებით);

5. **მამუკა მაჭავარიანი** – სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს უფროსის მოადგილე (სოციალური მიმართულებით).

დანართი 3: ინტერვიუს დიზაინი/სადისკუსიო გეგმა *(ოქტომბერი, 2013წ.)*

ინტერვიუს/კვლევის საგანი: სახელმწიფო ხედვა ზრუნვის პლატფორმის შესახებ, ჩართულობა, მიმდინარე ღონისძიებები.

რესპონდენტი:	**სახელმწიფო სექტორის წარმომადგენლები**
ინტერვიუს ადგილი:	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
ინტერვიუს დრო:	21–25 ოქტომბერი
კვლევის ინსტრუმენტი:	სადისკუსიო გეგმა
ინტერვიუს ჩატარების ფორმა:	ინდივიდუალური
კომუნიკაციის ფორმა:	პირისპირი
მიზნობრივი დანიშნულება:	(1) აზრების, დამოკიდებულებების შესახებ / (2) ფაქტების შესახებ (ე. წ. დოკუმენტური)
ჩატარების სიხშირე:	ერთჯერადი
ჩატარების ტექნიკა, ფორმა:	ნახევრად ფორმალიზებული
პროცედურის მიხედვით:	ჩაღრმავებული

<u>**სადისკუსიო გეგმა:**</u>

- გაქვთ თუ არა ინფორმაცია ზრუნვის პლატფორმის შესახებ?
- თქვენი ხედვა საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარებასთან დაკავშირებით;
- ზრუნვის როლი და ადგილი სოციალურ, ჯანდაცვის სისტემაში;
- საჭიროებს თუ არა საკანონმდებლო ცვლილებას?
- სერვისის მიწოდების კუთხით როგორია არსებული სიტუაცია?
- რას აფინანსებს სახელმწიფო (მოცულობა, პრინციპები)?
- რა პრობლემებია სერვისის მიწოდებისას?
- უზრუნველყოფს თუ არა სისტემა საჭირო ადამიანური რესურსით?
- როგორ წარმოგიდგენიათ ზრუნვის სისტემის პირველადი ჯანდაცვის ქსელში ინტეგრირება?
- უნდა არსებობდეს თუ არა ბაზისური პაკეტი და რა სერვისები უნდა შედიოდეს?
- როგორ თანამშრომლობთ პლატფორმის წევრებთან (კარიტასი, შინმოვლა, სხვ.)? (პირველი კითხვის გაგრძელება);
- როგორია არასახელმწიფო სექტორის როლი ზრუნვის განვითარებაში?
- ვინ არის სამიზნე ჯგუფი?
- დაბოლოს, რა არის ზრუნვა, რა საერთო მახასიათებლებია სამიზნე ჯგუფებისთვის, რომელიც უზრუნველყოფილი უნდა იყოს? (მე–2 კითხვის ჩაღრმავება);
- თქვენი რეკომენდაციები.

დანართი 4: სახელმწიფო პროგრამების ჩამონათვალი

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანი: ფსიქიატრიული მომსახურების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა საქართველოს მოსახლეობისათვის.

პროგრამით მოცული სერვისები: პროგრამის ფარგლებში იფარება როგორც ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებები, ასევე, პროგრამა უზრუნველყოფს პროგრამის მოსარგებლეებს ფსიქო–სოციალური რეაბილიტაციით და ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით.

ამბულატორიული მომსახურება გარდა ამბულატორიული ზედამხედველობისა (აღრიცხვაზე აყვანა ხდება ნებაყოფლობით), მოიცავს ფსიქო–სოციალურ რეაბილიტაციას (ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა გამოჯანმრთელების, სოციალური ადაპტაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობას და დამოუკიდებლად ცხოვრებისთვის საჭირო ბაზისურ უნარ-ჩვევათა აღდგენა/შესწავლას); ასევე, ბავშვთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობას (დღის სტაციონარის პირობებში 18 წლამდე ასაკის იმ პაციენტების მდგომარეობის შესწავლა/დიაგნოსტიკას, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქიკური მდგომარეობის და ქცევის ცვლილება, სოციალური ფუნქციონირების გაუარესება და დეზადაპტაცია) და ფსიქიატრიულ კრიზისულ ინტერვენციას მოზრდილთათვის (18 წლის ზევით ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პირების მომსახურებას ქ. თბილისში, ქუთაისში, ბათუმსა და რუსთავში კრიზისული ინტერვენციის ცენტრში და საჭიროების შემთხვევაში – შინმოვლას კრიზისული მობილური ჯგუფის მიერ პაციენტის სახლში);

ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება (ბავშვთა და მოზრდილთა): მწვავე, გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია გრძელვადიანი სტაციონარული მკურნალობის დროს.

ფსიქიკური დაღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა თანდაყოლილი და შეძენილი ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული დემენციის მქონე 18 წლისა და მეტი ასაკის შშმ პირების მომსახურება, კერძოდ: ყოველდღიური მომსახურება მინიმუმ სამჯერადი კვებით; მოსარგებლეთა მოვლა-პატრონობისა და ინდივიდუალური რეაბილიტაციის პროგრამების შედგენა და განხორციელება; საყოფაცხოვრებო უნარ-ჩვევების სწავლება; სათანადო სამედიცინო დახმარებითა და ფსიქოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფა; მოსარგებლეთა შესაძლებლობის გათვალისწინებით, მათი კულტურულ ღონისძიებებში მონაწილეობის უზრუნველყოფა.

2. ნარკომანიის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანი: ნარკომანიით დაავადებულ პირთა უზრუნველყოფა მკურნალობით, რეაბილიტაციით, ჩანაცვლებითი თერაპიითა და ჩამანაცვლებელი ნარკოტიკით.

პროგრამით მოცული სერვისები: ა) სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია; ბ) ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელება და ჩამანაცვლებელი ნარკოტიკის მიწოდების (ტრანსპორტირება, ბადრაგირება) უზრუნველყოფა ქ. თბილისსა და რეგიონებში;

სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტში პრიორიტეტი ენიჭება 18 – 25 წლის ასაკის მოსარგებლეს, რომელსაც ჯერ არ უსარგებლია „ნარკომანიის სახელმწიფო პროგრამის“ აღნიშნული კომპონენტით; არის აივ-ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული და/ან სოციალურად დაუცველი.

პროგრამის განმახორციელებელი სააგენტო (სსიპ ნარკომანიით დაავადებულ პირთა რეაბილიტაციის ცენტრი) ვალდებულია, შესთავაზოს პაციენტს პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლად დარეგისტრირებული დაწესებულებები და მისცეს თავისუფალი არჩევანის საშუალება.

3) ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა

პროგრამის მიზანი: ინკურაბელური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება პალიატიურ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით და სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

პროგრამით მოცული სერვისები: ა) ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა ქ. თბილისში, ქუთაისში, თელავში, ზუგდიდში, ოზურგეთსა და გორში ბინაზე პალიატიური მობილური გუნდის (ექიმი/ექთანი) მიერ; ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარულ-პალიატიური მზრუნველობა და სიმპტომური მკურნალობა; ინკურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა (ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებით და საშუალებებით);

ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის კომპონენტის მოსარგებლენი არიან ინკურაბელური პაციენტები, რომელთაც სიცოცხლის დასასრულს ესაჭიროებათ სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა: მე-4 კლინიკური ჯგუფის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი; ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი; არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესირე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში.

აღნიშნულ კომპონენტში ჩართვისთვის პაციენტი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ კრიტერიუმებს:

- სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არაუმეტეს 3-6 თვისა;
- შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა (სპეციალისტების მტკიცე რწმენის გათვალისწინებით, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული);
- ავადმყოფის ისეთი ჩივილები და სიმპტომები, რომლებიც სიმპტომური თერაპიისა და მოვლისათვის სპეციალურ ცოდნასა და უნარს საჭიროებენ.

მოსარგებლეს აღნიშნული მომსახურება მიეწოდება არაუმეტეს 6 თვის ვადით, თვეში არაუმეტეს 8 ვიზიტისა.

4) პროგრამა: აივ-ინფექცია/შიდსი

პროგრამის მიზანი: აივ–ინფექცია/შიდსის ახალი შემთხვევების დროული გამოვლენა, გავრცელების შეფერხება და დაავადებულთა მკურნალობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

პროგრამით მოცული სერვისები: აივ–ინფექცია/შიდსზე მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა ნებაყოფლობითი კონსულტაცია და ტესტირება; აივ–ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა ამბულატორიული მომსახურება და სტაციონარული მკურნალობა.

აივ–ინფექცია/შიდსზე მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა ნებაყოფლობითი კონსულტაცია და ტესტირება, კერძოდ: პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მყოფი პირების, ტუბერკულოზის დიაგნოზის მქონე პაციენტების, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების მქონე პირების, ინექციური ნარკომანების, B და C ჰეპატიტების მქონე პაციენტების, აივ-ინფექციაზე/შიდსზე საეჭვო კლინიკური ნიშნების მქონე პაციენტებისა და აივ-ინფიცირებულთან კონტაქტში მყოფი პირების.

ამბულატორიულ და სტაციონარულ კომპონენტში ანტირეტროვირუსული მედიკამენტებით მომსახურება იფარება დონორი ორგანიზაციების მიერ.

5) პროგრამა: დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

პროგრამის მიზანი: დედათა და ახალშობილთა სიკვდილობის შემცირება ორსულთა ეფექტიანი პატრონაჟისა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით.

პროგრამით მოცული სერვისები: აღნიშნული პროგრამით იფარება ორსულებში B ჰეპატიტის, აივ-ინფექციის/შიდსის და ათაშანგის განსაზღვრისა და დედიდან შვილზე

B ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის ღონისძიებები, კერძოდ: ა) B ჰეპატიტის, აივ-ინფექციის/შიდსის და ათაშანგის ტესტებით, სახარჯი მასალებით და B ჰეპატიტის იმუნოგლობულინით უზრუნველყოფა; ბ) სკრინინგით გამოვლენილ ორსულებში კონფირმაციული კვლევის ჩატარება.

6) სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2013 წლის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანი: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (მათ შორის ბავშვთა), ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ, სოციალურად დაუცველ, მიუსაფარ და მიტოვების რისკის მქონე ბავშვთა ფიზიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება და საზოგადოებაში ინტეგრაცია.

პროგრამის ქვეპროგრამები:

- ომის ვეტერანთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა;
- დღის ცენტრების ქვეპროგრამა;
- დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა (სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფისა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის კომპონენტი; საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი; სმენის აპარატებით უზრუნველყოფის კომპონენტი; ყავარჯნებით, ხელჯოხ-ყავარჯნებით, უსინათლოთა ხელჯოხებით და გადასაადგილებელი ჩარჩოებით უზრუნველყოფის კომპონენტი);

პროგრამით მოცული სერვისები:

ა) ომის ვეტერანთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა: ქვეპროგრამის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფის პირთა სამკურნალო-პროფილაქტიკური და სარეაბილიტაციო მომსახურებების გაწევა, კერძოდ: ინდივიდუალური სამკურნალო-პროფილაქტიკური და სარეაბილიტაციო კურსის ფარგლებში საჭიროებისამებრ: ექიმ-სპეციალისტ(ებ)თან კონსულტაცია; ფიზიოთერაპიული და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების ჩატარება; ბალნეოლოგიური პროცედურების ჩატარება; სამკურნალო ფიზკულტურისა და მანუალური თერაპიის პროცედურების ჩატარება.

ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს განეკუთვნება საქართველოს შეიარაღებული ძალების გაერთიანებული შტაბის ვეტერანთა საქმეების დეპარტამენტის მიერ წარმოებულ საინფორმაციო ბაზაში რეგისტრირებული შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ან ხანდაზმული (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) ომის ვეტერანები.

ბ) დღის ცენტრების ქვეპროგრამა: ქვეპროგრამის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფის ოჯახების მხარდაჭერა და მიტოვების პრევენცია; კერძოდ, ქვეპროგრამის ღონისძიებებში შედის:

ყოველდღიური (შაბათ-კვირისა და უქმე დღეების გარდა) მომსახურება ორჯერადი კვებით; მოსარგებლეთა აკადემიური საჭიროებების გამოვლენა და მათი დაკმაყოფილება; მოსარგებლეთა საყოფაცხოვრებო და სახელობო-პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარების ხელშეწყობა; მოსარგებლეთა კულტურულ და სპორტულ-გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებში ჩართვის უზრუნველყოფა; მოსარგებლეთათვის დროის სწორი ორგანიზების, ეფექტური კომუნიკაციის, არჩევანის გაკეთების, გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობისა და კონფლიქტების არაძალადობრივი გზით მოგვარების უნარ-ჩვევების სწავლება; საჭიროების შემთხვევაში – ამბულატორიული სამედიცინო და ფსიქოლოგიური მომსახურების ორგანიზება; შშმ პირების (მათ შორის, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვების) შემთხვევაში დღის ცენტრის მომსახურება დამატებით მოიცავს: ა) მოსარგებლეების ცენტრებში მიყვანისა და შინ დაბრუნების ორგანიზებას (მოსარგებლის ტრანსპორტირებას ან სამგზავრო ხარჯების დაფინანსებას); ბ) წლიური ინდივიდუალური აბილიტაციის და/ან რეაბილიტაციის პროგრამის შედგენას (ერთხელ, მიუხედავად მომსახურების მიმწოდებლის შესაძლო ცვლილებისა), განხორციელებას და განახლებას; გ) შშმ ბავშვთა მომზადებას ინკლუზიური განათლებისათვის.

ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფებია: ა) 6-დან 18 წლამდე ასაკის მიტოვების რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვი, რომელიც არ განეკუთვნება შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვის კატეგორიას და რომლის ოჯახიც რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000 ქულას. ასევე, ამავე ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვები, რომლებიც არ განეკუთვნებიან შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა კატეგორიას და რომელთა ოჯახებიც იღებენ რეინტეგრაციის შემწეობას. ბ) 6-დან 18 წლამდე ასაკის შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვი და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი, აგრეთვე შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვები, რომელთა ოჯახებიც იღებენ რეინტეგრაციის შემწეობას ან მინდობით აღზრდის ანაზღაურებას.

გ) დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა: ქვეპროგრამის ამოცანაა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლება და საზოგადოებაში მათი ინტეგრაცია, კერძოდ: სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფისა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის კომპონენტი; საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი; ყავარჯნებით, ხელჯოხ-ყავარჯნებით, უსინათლოთა ხელჯოხებით და გადასაადგილებელი ჩარჩოებით უზრუნველყოფის კომპონენტი.

დ) სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფისა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის კომპონენტი: კომპონენტის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფის ინდივიდუალურად ადაპტირებადი მექანიკური და ელექტრული სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფა, შშმ პირების დასაქმებისა და სავარძელ-ეტლების ადგილობრივი წარმოების ხელშეწყობა.

კომპონენტის სამიზნე ჯგუფს განეკუთვნებიან სავარძელ-ეტლის საჭიროების მქონე შშმ პირები (მათ შორის შშმ ბავშვები), ამასთან ელექტრული სავარძელ-ეტლის საჭიროების შემთხვევაში 16 წლისა და უფროსი ასაკის შშმ პირები.

ე) საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი: კომპონენტის ამოცანაა საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის გზით სამიზნე ჯგუფის ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის გაუმჯობესება და მისი საზოგადოებაში ინტეგრაციის პროცესის ხელშეწყობა. კომპონენტის ღონისძიებებში შედის: ქვედა/ზედა კიდურის ყველა დონის ამპუტირების შემთხვევაში კიდურების პროთეზების შერჩევა, დამზადება და მორგება; კომპონენტის სამიზნე ჯგუფს განეკუთვნებიან საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმის საჭიროების მქონე შშმ პირები (მათ შორის შშმ ბავშვები).

ვ) სმენის აპარატებით უზრუნველყოფის კომპონენტი: კომპონენტის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფის ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის გაუმჯობესება და მისი საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა. კომპონენტის სამიზნე ჯგუფს განეკუთვნებიან სმენის აპარატის საჭიროების მქონე სმენადაქვეითებული შშმ პირები (მათ შორის შშმ ბავშვები).

ზ) ყავარჯნებით, ხელჯოხ-ყავარჯნებით, უსინათლოთა ხელჯოხებით და გადასაადგილებელი ჩარჩოებით უზრუნველყოფის კომპონენტი: კომპონენტის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფის ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის გაუმჯობესება და მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის პროცესის ხელშეწყობა. კომპონენტის სამიზნე ჯგუფს განეკუთვნებიან: ა) ყავარჯნის, ხელჯოხ-ყავარჯნის ან გადასაადგილებელი ჩარჩოს საჭიროების მქონე შშმ პირები და ხანდაზმულები (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან); ბ) უსინათლოთა ხელჯოხის საჭიროების მქონე მხვედველობადაქვეითებული შშმ პირები.

თ) სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა: ქვეპროგრამის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფისათვის ოჯახურ გარემოსთან მიახლოებული პირობების შექმნა, დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობა და სოციალური ინტეგრაცია. ქვეპროგრამის ღონისძიებებია: ა) საცხოვრებლით, ყოველდღიური მომსახურებითა და სამჯერადი კვებით უზრუნველყოფა, რომელთაგან ერთ-ერთი უნდა იყოს სამკომპონენტიანი სადილი; ბ) საჭიროებისამებრ, პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა, ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მიღების ორგანიზება; გ) ქვეპროგრამის ფარგლებში მოსარგებლეთათვის ინდივიდუალური განვითარების პროგრამის შედგენა და განხორციელება; დ) პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარება (მოსარგებლეთა ინდივიდუალური შესაძლებლობებისა და სურვილის გათვალისწინებით – ხელობის შერჩევა, სწავლება და პრაქტიკული გამოყენების ხელშეწყობა); ე) ასაკის, სქესისა და სეზონის შესაბამისი სამოსით და

პირადი ჰიგიენისათვის აუცილებელი ნივთებით უზრუნველყოფა; ვ) საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშემწყობი ღონისძიებების განხორციელება. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფი: 18 წლისა და უფროსი ასაკის შშმ პირები და ხანდაზმულები (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან); ამ ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით ერთდროულად მოსარგებლე პირთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 161 პირს.