სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა

საქართველო 2010

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE
HEALTH SYSTEM STRENGTHENING PROJECT

unicef

სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა

საქართველო 2010 წ.

რატომ ვერ იღებს ყოველი ღარიბი ოჯახი სოციალურ დახმარებასა და მომსახურებას

კვლევის ანგარიში

თბილისი
ნოემბერი, 2011 წ.

გაეროს ბავშვთა ფონდსა (UNICEF) და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების პროექტს სურთ განსაკუთრებული მადლობა გადაუხადონ იმ ორგანიზაციებსა და პირებს, რომელთა აქტიურმა მონაწილეობამ და წვლილმა შესაძლებელი გახადა წინამდებარე კვლევის განხორციელება. ესენი არიან: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სამოქალაქო რეესტრის სააგენტო, ევროკავშირი, ორგანიზაცია „ევრიჩაილდი", საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, ფედერაცია „გადავარჩინოთ ბავშვები", აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID), გაეროს განვითარების პროგრამა (UNDP), მსოფლიო ბანკი და სხვა. ასევე გვინდა გამოვხატოთ ჩვენი მადლიერება სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიმართ, რომელმაც რჩევებითა და მხარდაჭერით დიდი დახმარება გაუწია წინამდებარე კვლევას. და ბოლოს, ასევე დიდ მადლობას ვუხდით სოციალური კვლევებისა და ანალიზის ინსტიტუტს, რომელმაც უზრუნველყო კვლევის ინსტრუმენტებისა და საველე სამუშაოების მაღალი სტანდარტი.

© UNICEF

წინამდებარე კვლევის ფინანსური მხარდაჭერა ერთობლივად უზრუნველყო გაეროს ბავშვთა ფონდმა (UNICEF) და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების პროექტმა.

მოკლე მიმოხილვა

2009 წელს ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის თანახმად, საქართველოში შინამეურნეობათა თითქმის ერთი მეოთხედი ცხოვრობს სიღარიბეში. საქართველოს ბავშვები არაპროპორციულად არიან წარმოდგენილი ყველაზე ღარიბ შინამეურნეობებში (28%). კვლევამ აგრეთვე გამოავლინა, რომ პენსიები და მიზნობრივი სოციალური დახმარება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სიღარიბის შემცირების საქმეში. თუმცა, კვლევის განხორციელების პერიოდში ოფიციალურად ღარიბი შინამეურნეობების ერთ მესამედზე მეტი არანაირი სახის სოციალურ დახმარებას არ იღებს. ამიტომ სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა ჩატარდა იმ მიზნით, რომ უკეთესი წარმოდგენა შექმნილიყო, თუ რატომ არ სარგებლობს შეღავათებით საქართველოს ღარიბი შინამეურნეობების მნიშვნელოვანი რაოდენობა. ამ მიზნით 2009 წლის კვლევის რესპონდენტები ყველაზე ღარიბ კვინტილში ხელახლა გამოიკითხნენ. სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვთა სიღარიბის წინააღმდეგ ბრძოლაში. მოწყვლად ოჯახებს, რომელთაც ხელი მიუწვდებათ საბაზო დახმარებასა და მომსახურებაზე, უკეთ შეუძლიათ თავიანთ ბავშვებზე ზრუნვა. ბავშვის ძირითადი უფლება ჯანმრთელობაზე, განათლებაზე, დაცვასა და ცხოვრების სათანადო დონეზე მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რა სახის დახმარება არსებობს იმ ოჯახებისათვის, რომლებშიც ეს ბავშვები ცხოვრობენ და იზრდებიან. წინამდებარე რეზიუმე, კვლევის ძირითადი შედეგების მიხედვით, დაყოფილია რვა ნაწილად: სოციალური დახმარება, პენსია, სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიანი მონაცემთა ბაზა, სოციალური მუშაკების საქმიანობა, პროგრამები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის, ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარება და დოკუმენტური მომსახურება/რეგისტრაცია დაბადებისას.

სოციალური დახმარება: შინამეურნეობათა 72 %-მა განაცხადა, რომ მიიღო გარკვეული სახის ფულადი სოციალური დახმარება. შინამეურნებათა 61%-ში ოჯახის ერთი წევრი მაინც იღებდა პენსიას ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, ხოლო 25% - მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას. ეს დახმარება ოჯახების 86%-თვის შემოსავლის „ერთადერთ წყაროს“ ან „ძირითად წყაროს“ წარმოადგენს. დასავლეთ საქართველოში შინამეურნეობები უფრო მაღალი ალბათობით იღებენ რაიმე სახის დახმარებას. აზერბაიჯანული წარმოშობის ოჯახების უფრო ნაკლები რაოდენობა იღებს რაიმე სახის დახმარებას, ვიდრე ქართველი ოჯახები. მიზნობრივი სოციალური დახმარების მიმღებ შინამეურნეობათა შორის ყველაზე ნაკლები აზერბაიჯანული და სომხური შინამეურნეობებია.

პენსია: გამოკითხული ოჯახების მხოლოდ 4% გადააწყდა პენსიის ხელმისაწვდომობის პრობლემას. გამოიკვეთა ორი დაბრკოლება: (ა) სოციალური მომსახურების სააგენტოში მისვლის პრობლემა, რადგან იქამდე მისასვლელად მანძილი დიდია და (ბ) გაუგებრობა საჭირო დოკუმენტებთან დაკავშირებით, ანუ რა სახის დოკუმენტების წარდგენა იყო საჭირო.

სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზა: საკმაოდ მაღალია (96%) მოსახლეობის ინფორმირებულობა მონაცემთა ბაზის არსებობის შესახებ, რომელსაც ოჯახი მიმართავს, როდესაც უნდა, რომ იგი განიხილონ მიზნობრივი სოციალური დახმარების ან ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებში. მონაცემთა ბაზის შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყაროებია: ტელევიზია (55%), მეზობლები და მეგობრები (31%). მომავალ საინფორმაციო კამპანიებში გასათვალისწინებელია, რომ ეთნიკურ უმცირესობათა ჯგუფები არაერთგვაროვან მნიშვნელობას ანიჭებენ ინფორმაციის გავრცელების სხვადასხვა წყაროს. თითქმის ყველამ იცის, რომ მონაცემთა ბაზა წარმოადგენს შინამეურნეობებისათვის ფულადი დახმარებისა

(92%) და ჯანმრთელობის დაზღვევის (87%) მიღების მექანიზმს. უღარიბეს კვინტილში ოჯახების თითქმის სამმა მეოთხედმა (72%) დროის გარკვეულ მონაკვეთში შეიტანა განაცხადი მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის. ყველაზე ნაკლებად განაცხადი შეიტანეს თბილისში მცხოვრებმა ღარიბმა ოჯახებმა და აზერბაიჯანული და სომხური წარმომავლობის ოჯახებმა.

ბარიერები მათთვის, ვინც რეგისტრირებული არ არის - 24%-ს სმენია მონაცემთა ბაზის შესახებ, თუმცა განაცხადი არ შეუტანია. ამის ძირითადი მიზეზებია: განაცხადის წარდგენის სისტემის მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება ან ინფორმაციის არქონა. ვარაუდი, რომ შეფასება ზუსტი არ იქნება, ხელს უშლის ადამიანებს განაცხადის წარდგენაში. არსებობს რიგი ბარიერებისა (დოკუმენტაცია, ენა, მანძილი, მუდმივი საცხოვრებლის არქონა), რომლებიც ახდენენ გავლენას ხალხის მცირე ჯგუფზე. მოსახლეობის უმრავლესობა, რომელიც არ წარადგენს განაცხადს, ან არ იცის როგორ უნდა დარეგისტრირდეს მონაცემთა ბაზაში (76%), ან აქვს არასწორი ინფორმაცია (10%). მათი უმეტესობა განაცხადის წარდგენას მომავალში გეგმავს. აუცილებელია დამატებითი საინფორმაციო კამპანიების განხორციელება ამ სოციალურად დაუცველი ოჯახების ინფორმირებისათვის, ამასთან - ეთნიკურ უმცირესობათა ენებზეც. მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის განაცხადის ფორმა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს აზერბაიჯანულ და სომხურ ენებზეც.

ბარიერები რეგისტრირებულთათვის - იმ გამოკითხულთაგან, რომლებმაც განაცხადი წარადგინეს, მხოლოდ მცირე ნაწილს მოუწია ლოდინი (4%). თითქმის ყველა განმცხადებელი (მაძიებელი) მოინახულა სოციალურმა აგენტმა დეკლარაციის ფორმის შევსების მიზნით; თითქმის ყველა ვიზიტი განხორციელდა განაცხადის წარდგენიდან 3 თვის განმავლობაში. რესპონდენტთა 77% სოციალური აგენტის მუშაობას აფასებს „ნორმალურად" ან „ძალიან კარგად". მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის განაცხადების მიღებისა და განხილვის პროცესს ეფექტიანად ახორციელებს სოციალური მომსახურების სააგენტო. რესპონდენტთა ნახევარმა (49%) იცის, როგორ უნდა გაასაჩივროს, თუ ამ პროცესში რაიმე პრობლემას წააწყდება. წარდგენილი საჩივრებიდან (9%) ერთ მესამედზე მეტი (ნაწილობრივ) დაკმაყოფილდა. თუმცა, იმ ოჯახების უმრავლესობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, რომელთაც მონაცემთა ბაზას მიმართეს, შეფასებულ იქნა იმ ზღვრულ სარეიტინგო ქულაზე მაღალი ქულით, რომელიც განსაზღვრავს, მიიღებს თუ არა ოჯახი ფულად დახმარებას (დაახლოებით 66%), ხოლო ოჯახების ერთ მესამედს ჯანმრთელობის დაზღვევა არ ერგო. ზღვრული სარეიტინგო ქულის გაზრდა გასათვალისწინებელია, რათა გაიზარდოს მიზნობრივი სოციალური დახმარებისა და ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების მოცვა.

სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა (MAP): ოჯახების 53 % აცხადებს, რომ მათ აქვთ ჯანმრთელობის დაზღვევა. დაზღვეული ოჯახების დიდი უმრავლესობა დაზღვეულია სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რომელიც სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მსგავსად, ოჯახების ჯანმრთელობის დაზღვევას უზრუნველყოფს. ამგვარი დაზღვევით სულ 48,8% სარგებლობს. ოჯახები დასავლეთ საქართველოში თითქმის ორჯერ უფრო მაღალი ალბათობით ფლობენ რაიმე სახის ჯანმრთელობის დაზღვევას. დაზღვევის არქონის ძირითადი მიზეზებია: „არ ეკუთვნის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობა" და „არ გააჩნია სახსრები კერძო სადაზღვევო პოლისის შესაძენად". ინფორმაციის ნაკლებობა იმის შესახებ, თუ სად ან ვის უნდა მიმართონ სახელმწიფო/მუნიციპალურ სადაზღვევო პროგრამაში ჩასართავად, ქმნის გარკვეულ პრობლემებს. სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში (ასევე - ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში) ჩართული ოჯახების ძირითადი საინფორმაციო წყაროებია: „სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური აგენტი" (41%), „ექიმი" (22%) და „ნათესავები" (12%).

ბარიერები ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციართათვის - ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციართა 12%-მა განაცხადა, რომ სადაზღვევო პოლისის რეალურად მიღებას ზედმეტად დიდი დრო დასჭირდა. დაზღვეულთა უმრავლესობა აცხადებს, რომ მათი ოჯახის რომელიმე წევრი მაინც გაეცნო სადაზღვევო პოლისს (80%). რესპონდენტების ერთი მეოთხედი ამბობს, რომ წარსულში სურდა ან სჭირდებოდა ინფორმაციის მიღება თავისი დაზღვევის შესახებ (24%). დაზღვეული ოჯახების (ნებისმიერი სახის დაზღვევა) 57% აცხადებს, რომ კვლევის ჩატარებამდე, უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ისარგებლა დაზღვევით. მათი სამი მეოთხედი ამბობს, რომ ვერ შეძლებდა მკურნალობის ხარჯების დაფარვას დაზღვევის გარეშე. უმრავლესობა კმაყოფილი იყო სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით (77%). სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციარების 90%ზე მეტს არ მიაჩნია, რომ ექიმებმა უფრო დაბალი ხარისხის მომსახურება გაუწიეს მხოლოდ იმიტომ, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციარი იყო. ოჯახებმა, რომელთაც პოლისი არ გამოუყენებიათ, იმიტომ არ ისარგებლეს დაზღვევით, რომ ჯანმრთელობის პრობლემის არარსებობის გარდა „გამოყენებული სამედიცინო მომსახურება არ იფარებოდა პოლისით“ და „ფლობდნენ შეზღუდულ ინფორმაციას, თუ როგორ უნდა გამოეყენებინათ დაზღვევა“.

სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა - ოჯახების 82 %-ის თანახმად, მათი ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს ესაჭიროება მოვლა (ქრონიკული დაავადება, რომელსაც გრძელვადიანი მკურნალობა სჭირდება; ჯანმრთელობის მწვავე პრობლემები, რაც ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს; მძიმე დაავადება, რომელიც მუდმივ მოვლას საჭიროებს). ჯანმრთელობის დაზღვევის მქონე ოჯახები უფრო მაღალი ალბათობით სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით. სრულად დაზღვეული ოჯახები (ძირითადად, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა და მსგავსი პროგრამები) უფრო მაღალი ალბათობით სარგებლობენ ოჯახის ექიმის მომსახურებით (36%), ვიდრე დაზღვევის არმქონე ოჯახები. გამოკითხულთა აბსოლუტური უმრავლესობა არ არის უკმაყოფილო მიღებული სამედიცინო მომსახურებით. პაციენტები „ჰოსპიტალური მომსახურებით“ უფრო კმაყოფილი ჩანან, ვიდრე „ამბულატორიული მომსახურებით“.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერები - უღარიბესი კვინტილისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ძირითად ბარიერს მომსახურების ღირებულება წარმოადგენს. მეორე გამოწვევა, ბევრად ნაკლებმნიშვნელოვანი, ვიდრე საფასური, უკავშირდება სამედიცინო დაწესებულებამდე არსებულ მანძილს. გამოკითხულთა უმრავლესობა (56%) ამბობს, რომ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება (მედიკამენტების გარეშე) „საკმაოდ მძიმე“ ან „ძალზე მძიმე“ ტვირთია. ტვირთის სიმძიმის ხარისხი მნიშვნელოვნად განსხვავდება სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან მსგავსი დაზღვევის მქონე და დაზღვევის არმქონე ოჯახებისათვის (დაზღვევის არმქონე ოჯახები - 78%, დაზღვეული ოჯახები - 39%). მედიკამენტების ღირებულება, როგორც ჩანს, უფრო მძიმე ტვირთია, ვიდრე სამედიცინო მომსახურების სხვა ასპექტებთან დაკავშირებული საფასური. თითქმის ყველა ოჯახმა შეიძინა მედიკამენტები კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში. გამოკითხულთა მნიშვნელოვანი ნაწილი მედიკამენტებს ყოველდღიურად მოიხმარს (40%). გამოკითხულთა სამ მეოთხედზე მეტს მიაჩნია, რომ მედიკამენტების შეძენა „საკმაოდ მძიმე“ ან „ძალზე მძიმე“ ტვირთია (79%). ტვირთის სიმძიმის თვალსაზრისით, სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან მსგავსი დაზღვევის მქონე და დაზღვევის არმქონე ოჯახებს შორის განსხვავება არ გამოიკვეთა.

სოციალური მუშაკი – ათი რესპონდენტიდან ერთს სმენია სოციალური მუშაკების შესახებ (9%). იმ ადამიანების უმრავლესობას, რომელსაც გაგონილი აქვს სოციალური მუშაკების შესახებ, არ აქვს გარკვეული, თუ

რა კონკრეტულ მომსახურებას ეწევა სოციალური მუშაკი (62%) და არ იცის, სად მიმართოს, თუ დასჭირდება სოციალური მუშაკის დახმარება (53%).

პროგრამები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის - გამოკითხულთა უმრავლესობამ, რომელთა ოჯახში მცხოვრებ ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს ფიზიკური, სენსორული ან გონებრივი ნაკლი აქვს (n=138), არ იცის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ უზრუნველყოფილი შეღავათების შესახებ (62%). გამოკითხულთა რაოდენობა, რომელთაც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები ჰყავთ, ზედმეტად მცირეა იმისათვის, რომ გაკეთდეს სანდო დასკვნები მათთვის განკუთვნილი მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების შესახებ (n=13).

ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარება – 3-5 წლის ასაკის ბავშვების ნახევარზე ოდნავ მეტი (56%) დადის სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებაში. მათი ოჯახების უმრავლესობა კმაყოფილია საბავშვო ბაღით, რომელშიც მათი შვილი დადის (88%). ადრეულ ასაკში ბავშვთა განათლების უზრუნველყოფის ხელის შემშლელი მიზეზებია: ოჯახის საცხოვრებელთან ახლოს საბავშვო ბაღის არარსებობა (33%) და საბავშვო ბაღის ღირებულება (21%). ბავშვების უმრავლესობას სახლში ხელი არ მიუწვდება საბავშვო წიგნებზე (69%). დგას მშობლების მიერ ბავშვების არასათანადოდ მოვლის საკითხი - მზრუნველთა 13%-მა ბავშვს ფიზიკური საფრთხე შეუქმნა კვლევის ჩატარებამდე ერთი კვირის განმავლობაში. 36-59 თვის ასაკის ბავშვების 70 % ზოგადად, არ ჩამორჩება განვითარებას (ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების ინდექსის 4-დან მინიმუმ 3 მაჩვენებელი). თუმცა, 3-5 წლის ასაკის ბავშვების 78% განვითარების თვალსაზრისით ჩამორჩება შესაბამის დონეს წერა-კითხვასა და არითმეტიკაში.

დოკუმენტური მომსახურება/რეგისტრაცია დაბადებისას - გამოკითხულთა 14%-მა განაცხადა, რომ უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში მათი შინამეურნეობის რომელიმე წევრი მაინც ეცადა მიეღო დაბადების ან პირადობის მოწმობა. ამ შინამეურნეობათაგან (n=113) 14 %-მა ვერ შეძლო საბუთების მიღება რამდენიმე მცდელობის მიუხედავად. ამის ძირითადი მიზეზი იყო საბუთების გაცემის საფასური, რომელიც ვერ გადაიხადეს.

შინაარსი

თავი 1. შესავალი 9

ზოგადი მიმოხილვა 9

თავი 2. მეთოდოლოგია 13

თავი 3. შედეგები 15

3.1 სოციალური ტრანსფერტების ხელმისაწვდომობა 15
შესავალი 15
კვლევის შედეგები 15

3.2 პენსია 18
შესავალი 18
კვლევის შედეგები 19

3.3 მიზნობრივი სოციალური დახმარება 20
შესავალი 20
კვლევის შედეგები 20

3.3.1 ინფორმაცია ოჯახების შესახებ, რომელთაც არასოდეს მიუმართავთ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის 24

3.3.2 ინფორმაცია ოჯახების შესახებ, რომლეთაც მიუმართავთ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის 27

3.4 ჯანმრთელობის დაზღვევა 33
შესავალი 33
კვლევის შედეგები 35

3.4.1 ინფორმაცია დაზღვევის არმქონე ოჯახების და ნაწილობრივ დაზღვეული ოჯახების შესახებ 38
ჯანმრთელობის დაზღვევით სარგებლობის ბარიერები 38

3.4.2 ინფორმაცია დაზღვეული ოჯახების შესახებ 40

3.4.3 ქცევა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით 47

3.5 საოჯახო დახმარება 62
შესავალი 62
კვლევის შედეგები 62

3.6 სოციალური მუშაკი 62
შესავალი 62
კვლევის შედეგები 63

3.7 პროგრამები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის 64
შესავალი 64
კვლევის შედეგები 65

3.8 ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარება 67
შესავალი 67
კვლევის შედეგები 68

3.9 სასკოლო განათლების ხელმისაწვდომობა 73

3.10 დოკუმენტური მომსახურება /რეგისტრაცია დაბადებისას 73
შესავალი 73
კვლევის შედეგები 73

თავი 4. შეჯამება და დასკვნა 75

რეკომენდაციები 76

დანართი: ძირითადი ინდიკატორების სანდოობის ინტერვალები 77

თავი 1. შესავალი

ზოგადი მიმოხილვა

2004 წელს საქართველომ სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის ფართომასშტაბიანი რეფორმა წამოიწყო. რეფორმის პირველი ტალღა ორიენტირებული იყო საპენსიო სისტემაზე. იგი მოიცავდა წინა მთავრობისაგან მემკვიდრეობით დარჩენილი საპენსიო დავალიანებების დაფარვას, 84 სხვადასხვა სახეობის პენსიის რამდენიმე კატეგორიაში გადანაწილებას, პენსიების ეტაპობრივ გაზრდას, მინიმალური შენატანის მოთხოვნის გაუქმებას, პენსიების ხელზე გაცემის წესის ელქტრონული გადარიცხვებით ჩანაცვლებას და პენსიების დაფინანსების წყაროს გადაყვანას კონკრეტული გადასახადებიდან ზოგად გადასახადებზე.

რეფორმის მეორე ფაზა დაიწყო 2006 წელს. ამ რეფორმის ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა სოციალური დახმარების მიზნობრიობის გაუმჯობესება, რომ შეზღუდული ფინანსური რესურსები მათკენ მიმართული ყო, ვისაც ეს ყველაზე მეტად ესაჭიროებოდა. ეს გულისხმობდა კატეგორიების საფუძველზე გაცემული სოციალური დახმარების სისტემიდან საჭიროებების შეფასებაზე დაფუძნებულ სისტემაზე გადასვლას. ამ მიზნით შეიქმნა მიზნობრიობის დახვეწილი სისტემა (დეტალებისათვის იხ. თავი მიზნობრივი სოციალური დახმარების შესახებ). კატეგორიებად დაყოფილი შეღავათები ხელმისაწვდომი არ არის ახალ მაძიებელთათვის და ეტაპობრივად გაუქმდება. ამასთან, ნატურით დახმარება გარდაიქმნა ფულად დახმარებად.

გარდა ამისა, საქართველოს მთავრობამ ბავშვზე ზრუნვის სისტემის ამბიციური რეფორმა წამოიწყო, რომელიც განსაკუთრებულ აქცენტს საბჭოთა სტილის აღმზრდელობითი დაწესებულებების დახურვაზე აკეთებს. ამ პროცესის მხარდასაჭერად დაინერგა ბავშვზე ზრუნვის ალტერნატიული მომსახურება, მათ შორის, საოჯახო ტიპის მცირე ბავშვთა სახლები, დღის ცენტრები, მინდობით აღზრდა და სხვა სათემო მომსახურება. 2000 წლისათვის იყო მხოლოდ 19 სახელმწიფო სოციალური მუშაკი, ხოლო ახლა სოციალური მომსახურების სააგენტო დაახლოებით 200 სოციალურ მუშაკს ასაქმებს ბავშვზე ზრუნვის სფეროში და 2011 წლის ბოლოსათვის ამ რაოდენობის 50-ით გაზრდას აპირებს. სახელმწიფო სოციალური მუშაკები არიან არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულების, ოჯახში ძალადობისა და სხვა სფეროებშიც. აღმზრდელობით დაწესებულებებში მყოფი ბავშვების ოჯახებში უსაფრთხო რეინტეგრაციის ხელშესაწყობად სახელმწიფო მათ ოჯახებს სთავაზობს ფინანსურ და საოჯახო დახმარებას. შედეგად, აღმზრდელობით დაწესებულებებში მყოფი ბავშვების რაოდენობა 2003 წელს დაფიქსირებული 4 100-დან 2010 წელს უკვე 906-მდე შემცირდა.

სოციალური მომსახურების სააგენტო

სოციალური მომსახურების სააგენტო 2007 წელს ორი სახელმწიფო უწყების - სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდისა და დასაქმებისა და სოციალური დახმარების სახელმწიფო სააგენტოს შერწყმის შედეგად შეიქმნა. სოციალური მომსახურების სააგენტო შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ძირითად აღმასრულებელ ინსტრუმენტს წარმოადგენს და პასუხისმგებელია ყველა ცენტრალიზებული სოციალური პროგრამის ადმინისტრირებაზე. ეს პროგრამები მოიცავს პენსიას, სოციალურ დახმარებას, ბავშვზე ზრუნვისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებისათვის განკუთვნილ პროგრამებს. ამასთანავე, სააგენტო პასუხისმგებელია სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის ადმინისტრირებაზე, რაც საჭიროებების შეფასების ძირითად მექანიზმს წარმოადგენს სოციალური დახმარებისა და ჯანმრთელობის უფასო დაზღვევის უზრუნველსაყოფად. სააგენტოში და

მის 11 რეგიონულ და 71 რაიონულ ოფისში 2000-ზე მეტი ადამიანია დასაქმებული. 2011 წელს სააგენტოს წლიური ბიუჯეტი დაახლოებით 1,5 მილიარდ ლარს შეადგენდა, რაც მას საქართველოში ყველაზე მაღალი ხარჯების მქონე სახელმწიფო ორგანოდ აქცევს.

სოციალური შეღავათების სახეობები

არსებობს სოციალური დახმარებებისა და შეღავათების რამდენიმე სახეობა. ძირითადი სოციალური სარგებელი პენსიაა, რომელიც ოთხი კატეგორიისათვის არის ხელმისაწვდომი: ასაკით პენსიონერები (65 წელს მიღწეული მამაკაცები და 60 წელს მიღწეული ქალები); მარჩენალდაკარგულები; პირველი ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობები მქონე პირები და ომის ვეტერანები/საბჭოთა რეპრესიების მსხვერპლად აღიარებული პირები. გარდა ამისა, არსებობს სახელმწიფო კომპენსაციები და აკადემიური სტიპენდიები. ისინი იმავე მიზანს ემსახურებიან, რასაც პენსიები ყოფილი საჯარო მოხელეებისა და აკადემიური წრეების რიგი წარმომადგენლებისათვის, რომლებიც 2005-2007 წწ. პერიოდში გავიდნენ პენსიაზე. პენსიებსა და კომპენსაციებს/სტიპენდიებს შორის ძირითადი განსხვავება ისაა, რომ პენსიები არის ფიქსირებული შეღავათები სხვადასხვა კატეგორიისათვის, ხოლო კომპენსაციები/სტიპენდიები კი გამოითვლება სტაჟისა და იმავე თანამდებობაზე მომუშავე პირების ხელფასების მიხედვით.

პენსიების გარდა არსებობს ორი ტიპის სოციალური დახმარება - კატეგორიის მიხედვით და საჭიროებების შეფასების საფუძველზე. **კატეგორიებზე დაფუძნებული სოციალური** დახმარება მოიცავს საოჯახო დახმარებას, საყოფაცხოვრებო სუბსიდიასა და შეღავათებს იძულებით ადგილნაცვალ პირთათვის. *საოჯახო დახმარების* პროგრამა მთავრდება. იგი ხელმისაწვდომი იყო შემდეგი ჯგუფებისათვის: ა) მარტოხელა პენსიონერებისთვის; ბ) მხოლოდ პენსიონრებისგან შემდგარი ოჯახებისათვის; გ) შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის; დ) პირველი ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის; ე) მრავალშვილიანი ოჯახებისთვის, რომელთაც ჰყავთ შვიდი ან მეტი შვილი. ეს შეღავათი განკუთვნილია იმ ოჯახებისათვის, რომლებმაც დახმარების მისაღებად განაცხადი 2007 წლამდე წარადგინეს. *საყოფაცხოვრებო სუბსიდია* ხელმისაწვდომია ბენეფიციართა 12 კატეგორიისათვის, მათ შორის, ომის ვეტერანებისთვის, საბჭოთა რეპრესიების მსხვერპლად აღიარებული პირებისათვის და სხვ. *დახმარება იძულებით ადგილნაცვალი პირებისათვის* ხელმისაწვდომია აფხაზეთის (საქართველო) და სამხრეთ ოსეთის (საქართველო) კონფლიქტების შედეგად 1990-იან წლებში და 2008 წლის აგვისტოში იძულებით გადაადგილებული ყველა პირისათვის.[1] **საჭიროებების შეფასების (proxymeans test) საფუძველზე ფულადი დახმარება** ხელმისაწვდომია იმ ოჯახებისათვის, რომლებიც დახმარების მისაღებად მიმართავენ სოციალური მომსახურების სააგენტოს, რეგისტრირებული არიან *სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში* და შეფასებისას მიიღეს ზღვრულ ქულაზე ნაკლები სარეიტინგო ქულა (ამჟამად არა უმეტეს 57001), ხოლო სოციალურად დაუცველი ოჯახები, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70000-ს, მოიპოვებენ **ჯანმრთელობის დაზღვევის უფასო ვაუჩერს**, რომელიც შეიძლება გადაიცვალოს ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისში.

[1] 2008 წლის აგვისტოს მოვლენების შედეგად იძულებით ადგილანცვალ პირებს ავტომატურად ეკუთვნით მიზნობრივი სოციალური დახმარება.

ბენეფიციარები (არსებული სტატისტიკა)

2010 წლის ნოემბრის მდგომარეობით, პენსიას იღებდა 841 460 ადამიანი. მათგან 665 910 იღებდა ასაკობრივ პენსიას, 32 314 - მარჩენალდაკარგულთა პენსიას, 140 100 - პენსიას შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისათვის, ხოლო 2 580 - ომის ვეტერანთა, რეპრესიების მსხვერპლად აღიარებულ პირთა პენსიას (346 ადამიანი იღებდა პენსიას სტაჟისათვის დანამატით).[2] აკადემიურ სტიპენდიას იღებდა 1 951 ადამიანი, ხოლო სახელმწიფო კომპენსაციას - 20 417. რაც შეეხება სოციალურ დახმარებას, 139 997 შინამეურნეობაში მცხოვრები 381 727 ადამიანი იღებდა მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას, 20 586 - სარგებლობდა საოჯახო დახმარების სხვადასხვა სახეობით, ხოლო 78 564 - საყოფაცხოვრებო სუბსიდიას იღებდა.[3]

მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა, 2009 წ.

საქართველოს ოჯახებზე ფინანსური კრიზისის გავლენის შეფასების მიზნით, გაეროს ბავშვთა ფონდის საქართველოს ოფისმა მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის ჩასატარებლად 2009 წელს დაიქირავა სოციალური კვლევებისა და ანალიზის ცენტრი (ISSA). კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 4 808 შინამეურნეობა და, შესაბამისად, კვლევის შედეგები ქვეყნის მასშტაბითაა რეპრეზენტატიული. კვლევის ძირითად ამოცანას იმის შეფასება წარმოადგენდა, თუ რა გავლენა იქონია კრიზისმა საქართველოს შინამეურნეობებზე და რა საშუალებებს მიმართავენ ისინი კრიზისის შედეგებთან გასამკლავებლად. ამასთან, კვლევამ შეაფასა საქართველოს შინამეურნეობების კეთილდღეობის სხვადასხვა მაჩვენებელი - შემოსავლები, მოხმარება, საბაზო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, საცხოვრებელი პირობები, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და კეთილდღეობის შესახებ სუბიექტური შეხედულებები. მიღებულმა მონაცემებმა შესაძლებელი გახადა სიღარიბის შეფასება სხვადასხვა ზღვრებისა (1,25 აშშ დოლარი დღეში და 2,5 აშშ დოლარი დღეში ერთ ეკვივალენტურ მოზრდილზე; მედიანური შემოსავლების 60 %) და სიღარიბის სხვადასხვა განზომილების (მოხმარება, საცხოვრებელი პირობები, სუბიექტური შეხედულებები) მიხედვით, ასევე სიღარიბეზე სოციალური ტრანსფერტების გავლენის შეფასება.

მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის თანახმად, საქართველოში შინამეურნეობათა თითქმის ერთი მეოთხედი სიღარიბეში ცხოვრობს (სიღარიბის ოფიციალურ ზღვარს ქვემოთ). ეს ღარიბი შინამეურნეობები საქართველოს ბავშვების 28%-ს მოიცავს. ცხოვრების დონეს შორის არსებული განსხვავებები მიუთითებს მნიშვნელოვან უთანასწორობაზე მოსახლეობის საცხოვრებელი ადგილისა და სხვადასხვა ჯგუფის მიხედვით. კრიზისის უარყოფითი გავლენა ფართოდ გავრცელდა, რადგან გამოკითხულთა 51%-მა განაცხადა, რომ მათი ეკონომიკური მდგომარეობა გაუარესდა ან მნიშვნელოვნად გაუარესდა კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში. ამასთან, კვლევამ აჩვენა, რომ პენსიებს და მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას მნიშვნელოვანი გავლენა აქვთ სიღარიბის შემცირებაზე. პენსიების გარეშე პენსიონერთა ნახევარზე მეტი სიღარიბის ოფიციალურ ზღვარს ქვემოთ გადაინაცვლებდა. პენსიონერებთან შედარებით ბავშვები არაპროპორციულად ნაკლებად სარგებლობენ სოციალური ტრანსფერტებით, რადგან მათთვის სპეციალური შეღავათები არ არსებობს. ძირითადი საოჯახო დახმარება - მიზნობრივი სოციალური დახმარება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს იმ შინამეურნეობებზე, რომლებიც მას იღებენ, თუმცა ეს შეღავათი ოფიციალურად ღარიბად შეფასებული მოსახლეობის მხოლოდ 20%-ს წვდება. ოფიციალურად ღარიბი შინამეურნეობების ერთ მესამედზე მეტი არანაირი სახის სოციალურ დახმარებას არ იღებს. გარდა ამისა „უკიდურესად ღარიბი შინამეურნეობები" (უღარიბესი

[2] სოციალური მომსახურების სააგენტო (2010წ.) სტატისტიკური მონაცემები იხ.http://ssa.gov.ge/index.php?id=25&lang=1

[3] იქვე.

დეცილი) ნაკლები ალბათობით იღებს სოციალურ დახმარებას, ვიდრე შედარებით უფრო „შეძლებული შინამეურნეობები“.

2008-2009 წლებში შინამეურნეობათა თითქმის 60%-ში ერთ პირს მაინც ესაჭიროებოდა სამედიცინო მომსახურება ან მედიკამენტები, რომელთა ღირებულებას შინამეურნეობა ვერ სწვდებოდა. შინამეურნეობათა ყველაზე ღარიბ ერთ მეხუთედში ამ მაჩვენებელმა 75%-ზე მეტი შეადგინა. ფინანსური ხარჯები ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის ბარიერს სოფლად მცხოვრებ შინამეურნეობათა უფრო მაღალი პროცენტული მაჩვენებლისათვის წარმოადგენს, ვიდრე ქალაქში მცხოვრები ოჯახებისათვის. უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში უღარიბეს კვინტილში შინამეურნეობათა სამ მეოთხედზე მეტი სამედიცინო მომსახურებით და/ან მედიკამენტებით არ სარგებლობდა, ვინაიდან მათ ღირებულებას ვერ შესწვდა. ჯანმრთელობის უფასო დაზღვევა, რომელიც საოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის არის განკუთვნილი, კონცენტრირებულია შინამეურნეობათა უღარიბეს ერთ მეხუთედში. თუმცა, მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის ჩატარების მომენტში ამ შინამეურნეობებშიც კი მოსახლეობის მხოლოდ ერთ მეხუთედზე მეტი (21,3%) სარგებლობდა ამ დაზღვევით.

სწორედ სოციალური დახმარების, მათ შორის, ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელმისაწვდომობის ნაკლებობამ უღარიბეს ჯგუფებში უბიძგა სოციალური მომსახურების სააგენტოს, გაეროს ბავშვთა ფონდსა და აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სექტორის გაძლიერების პროექტს დამატებითი კვლევის ჩატარების გზით ჩაღრმავებოდნენ ამ საკითხს. ამასთანავე, ეს კვლევა ორიენტირებულია უღარიბეს კვინტილზე და აფასებს, თუ რამდენად სარგებლობს ეს ჯგუფი სხვადასხვა სოციალური მომსახურებითა და ტრანსფერტით.

თავი 2. მეთოდოლოგია

კვლევის შერჩევა - სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევისათვის რესპონდენტების შერჩევა მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის[4] მონაცემთა ბაზიდან მოხდა. ამ მიზნით, მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევაში მონაწილე შინამეურნეობები დაიყვნენ ხუთ კვინტილად მათი კეთილდღეობის ხარისხის მიხედვით. პირველი კვინტილი მოიცავდა ყველაზე ღარიბი შინამეურნეობების 20%-ს. შესაბამისად, მეხუთე კვინტილი მოიცავდა შერჩეულ რესპონდენტთა ყველაზე შეძლებული შინამეურნეობების 20%-ს. **„კეთილდღეობის ხარისხი"** განიმარტა, როგორც *შინამეურნეობების ყოველთვიური ხარჯები ერთ ეკვივალენტურ მოზრდილზე (15-65 წლამდე ასაკის მამაკაცი)* და მასშტაბის ეფექტის გათვალისწინებით. პირველი კვინტილი იმ შინამეურნეობებს მოიცავდა, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 117,5 ლარს არ აღემატებოდა ამ შინამეურნეობაში ერთ ეკვივალენტურ მოზრდილზე. რესპონდენტთა 15%-ის მიერ, სავარაუდოდ, პასუხზე უარის გათვალისწინებით, შერჩეულ რესპონდენტებს დაემატათ 212 შინამეურნეობა მეორე კვინტილიდან. მთლიანი შერჩევა მოიცავდა 1 078 შინამეურნეობას. ისინი განაწილებულია საქართველოს ყველა რეგიონში.

კვლევის ინსტრუმენტები – კითხვარი შედგენილია ფოკუს-ჯგუფებში დისკუსიების საფუძველზე. სულ რვა ფოკუს-ჯგუფი შეიქმნა: ა) სოციალური მომსახურების სააგენტოს ბენეფიციარები; ბ) მიზნობრივი სოციალური დახმარების მაძიებლები; გ) სოციალური მუშაკები და სოციალური აგენტები; დ) საჯარო სკოლებისა და საბავშვო ბაღების დირექტორები და მასწავლებლები; ე) სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოს წარმომადგენლები; ვ) სადაზღვევო კომპანიების წარმომადგენლები; ზ) ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლები და თ) ადგილობრივი თვითმმართველობების წარმომადგენლები. კითხვარის სამუშაო ვერსია შეადგინა სოციალური კვლევებისა და ანალიზის ცენტრმა (ISSA). საკონსულტაციო კომიტეტმა წარმოადგინა კომენტარები და მოსაზრებები კითხვარის სამუშაო ვერსიაზე. კითხვარმა ტესტირება გაიარა საველე პირობებში 20 შინამეურნეობაში როგორც ქალაქში, ისე სოფლად. პილოტირების შემდეგ კითხვარის საბოლოო ვერსია შედგა და ინტერვიუერებს შესაბამისი სწავლება ჩაუტარდათ. კითხვარი გადაითარგმნა და გამოიცა სამ ენაზე (ქართულად, სომხურად და აზერბაიჯანულად).

საველე სამუშაოები - კვლევის განხორციელებისათვის ინტერვიუერთა 10 ჯგუფი შეირჩა. თითოეული მათგანი 1 ზედამხედველისაგან და 1-დან 6-მდე ინტერვიუერისაგან შედგებოდა, შესაბამისი რეგიონის სიდიდის მიხედვით. თითო ინტერვიუს ხანგრძლივობა საშუალოდ ერთ საათს შეადგენდა. საქართველოს მასშტაბით 2010 წლის 10 ნოემბრიდან 1 დეკემბრამდე პერიოდში სულ 902 ინტერვიუ ჩატარდა. გამოპასუხების მაჩვენებლმა 83,7% შეადგინა.

ცხრილია1: დასრულებული ინტერვიუებისა და პასუხზე უარის განაწილება რეგიონების მიხედვით

რეგიონი	დასრულებული ინტერვიუების რაოდენობა	პასუხზე უარის რაოდენობა
თბილისი	111	12
აჭარა	21	10

[4] შერჩევის მეთოდოლოგიის შესახებ დეტალებისათვის იხ: მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა 2009 წ.: *როგორ უმკლავდებიან საქართველოს ბავშვები და მათი ოჯახები ფინანსური კრიზისის გავლენას: ანგარიში საქართველოს მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მონაცემების ანალიზის შესახებ, 2009 წ.* http://www.unicef.org/georgia/WMS_draft_eng.pdf (2011 წლის 23 მაისის მდგომარეობით).

რეგიონი	დასრულებული ინტერვიუების რაოდენობა	პასუხზე უარის რაოდენობა
იმერეთი	191	32
შიდა ქართლი	57	9
ქვემო ქართლი	137	38
სამცხე-ჯავახეთი	39	10
სამეგრელო	81	16
გურია	64	20
კახეთი	127	14
მცხეთა-მთიანეთი	57	14
რაჭა	17	1
სულ	902	176

პასუხზე უარის ძირითადი მიზეზები იყო: ა) ოჯახის მისამართის შეცვლა; ბ) ერთსულიანი ოჯახის წევრის გარდაცვალება; გ) ოჯახის ზრდასრული წევრის ხელმიუწვდომლობა (ინტერვიუერის მიერ რამდენიმე ვიზიტის მიუხედავად).

მონაცემთა დამუშავება - შევსებული კითხვარების კოდიფიცირება მოხდა საველე სამუშაოების დასრულების შემდეგ. კოდიფიცირებული კითხვარები შეიტანეს პროგრამაში SPSS (ვერსია 13, კომპიუტერული პროგრამა). მონაცემთა გაცხრილვა ორ ეტაპად მოხდა. გაცხრილვის პირველი ეტაპი მოიცავდა თითოეული ცვლადისათვის სიხშირის დათვლას მონაცემებში „მცდარი კოდების" შემოწმების მიზნით. მეორე ეტაპზე სტატისტიკოსმა შეამოწმა უზუსტობის სიხშირის მაჩვენებელი და გამოარჩია პრობლემატური შემთხვევები. გაცხრილული მონაცემების შეწონვა მოხდა მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევაში განსაზღვრული წონების მიხედვით. შეწონილი მონაცემები დამუშავდა სხვადასხვა სტატისტიკური მეთოდით: სიხშირეების განაწილება, ჯვარედინი ცხრილები, საშუალო, მოდა, მედიანა და სხვ.

მონაცემები წარმოდგენილია სხვადასხვა კატეგორიის მიხედვით - ისინი დაყოფილია თბილისის, დასავლეთ და აღმოსავლეთ საქართველოს, აგრეთვე ქართული, სომხური და აზერბაიჯანული ეთნიკური ჯგუფების მიხედვით. წინამდებარე ანგარიშის მიზნებისათვის, რესპოდენტები აგრეთვე დაყოფილია შინამეურნეობის სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით.

თავი 3. შედეგები

3.1 სოციალური ტრანსფერტების ხელმისაწვდომობა

შესავალი

მოსახლეობის კეთილდღეობის 2009 წლის კვლევის თანახმად, 838 493 ადამიანი იღებდა რაღაც სახის სოციალურ ტრანსფერს მაინც[5]. საქართველოში შინამეურნეობების 59% იღებს რაღაც სახის სოციალურ ტრანსფერტს, ხოლო 12% - ერთ სახეობაზე მეტ სოციალურ ტრანსფერტს.[6] ყველაზე ფართოდ გავრცელებული სოციალური სარგებელი პენსიაა, რომელმაც შინამეურნეობათა 54% მოიცვა, მიზნობრივმა სოციალურმა დახმარებამ - 11,5%, ხოლო კატეგორიებზე დაფუძნებულმა შეღავათებმა კი - შინამეურნეობათა 7%.

მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევამ აჩვენა, რომ სიღარიბის ოფიციალურ ზღვარს[7] მიღმა მყოფი შინამეურნეობების ერთ მესამედზე მეტი საერთოდ არანაირ სოციალურ ტრანსფერტს არ იღებდა. ყველაზე მნიშვნელოვანი ის არის, რომ უკიდურესად ღარიბი შინამეურნეობები (მოხმარება ერთ ეკვივალენტურ მოზრდილზე დღეში ერთ აშშ დოლარზე ცოტაა) ნაკლები ალბათობით მიიღებენ რაიმე სახის სოციალურ ტრანსფერტს, ვიდრე შედარებით უფრო შეძლებული შინამეურნეობები.[8]

კვლევის შედეგები

სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევაში მონაწილე შინამეურნეობათა სულ 72%-მა განაცხადა, რომ იღებდა გარკვეული სახის ფულად სოციალურ დახმარებას (პენსია, სოციალური დახმარება, საყოფაცხოვრებო სუბსიდია და სხვ.) კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში. ძირითადი დახმარება, რომელსაც ეს ოჯახები იღებდნენ, იყო „პენსია“ და „მიზნობრივი სოციალური დახმარება“.

---

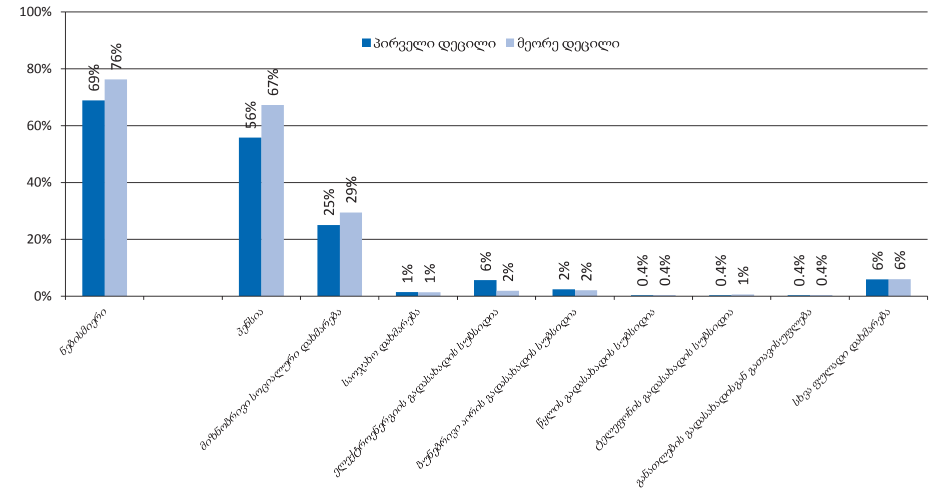
[5] ამჟამად ცენტრალური ხელისუფლების მიერ ადმინისტრირებული ყველა სოციალური ტრანსფერტი საბანკო სისტემის მეშვეობით გაიცემა. საბანკო მომსახურებას „ლიბერთი ბანკი“ უწევს. თითოეული პენსიონერი და შინამეურნეობა, რომელიც სოციალურ ტრანსფერს იღებს, უზრუნველყოფილია საბანკო პლასტიკური ბარათით, რომელიც მას შეუძლია გამოიყენოს „ლიბერთი ბანკის“ ბანკომატებიდან ნაღდი ფულის გამოსატანად მთელი ქვეყნის მასშტაბით. მათ, ვისაც გადაადგილება ფიზიკური ნაკლის გამო არ შეუძლია, უფლება აქვთ, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ტრანსფერტის სახლში მიტანა სთხოვონ.

[6] გაეროს ბავშვთა ფონდი (2010წ.) მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა, გვ. 39-40.

[7] განსახვავებულია საჭიროებების შეფასებაზე (proxy means) დაფუძნებული ზღვრული სარეიტინგო ქულისაგან, იზომება მედიანური მოხმარების 60 პროცენტის მიხედვით

[8] (იქვე, გვ.40)

ოჯახების პროცენტული მაჩვენებელი (ქვედა ორ დეცილში), რომელიც ფულად სოციალურ დახმარებას იღებდა კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, დახმარების ტიპის მიხედვით, საქართველო 2010წ.



(n = 902), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

ოჯახები მეორე დეცილში უფრო მაღალი ალბათობით იღებდნენ პენსიას ან მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას, ვიდრე ოჯახები უღარიბეს (ქვედა) დეცილში. ეს ნაწილობრივ იმით აიხსნება, რომ სახელმწიფო ფულადი დახმარების პროგრამებს ქვედა ჯგუფებიდან ამოჰყავთ მიმღები პირები, როგორც ეს წარსულში მოსახლეობის კეთილდღეობის 2009 წლის კვლევამაც აჩვენა.[9]

ცხრილი:საქართველოში შინამეურნეობათა პროცენტული რაოდენობა, რომელმაც კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ფულადი სოციალური დახმარება მიიღო, რეგიონის და ეროვნების მიხედვით, 2010 წ.

	თბილისი N=111	დასავლეთ საქართველო N=374	აღმოსავლეთ საქართველო N=417	ქართველი N=756	აზერბაიჯანელი N=93	სომეხი N=33	სულ N=902
მიიღეს ფულადი დახმარება							
▪ დიახ	70%	79%	66%	74%	55%	73%	72%
▪ არა	30%	21%	34%	26%	45%	27%	28%
მიიღეს პენსია							
▪ დიახ	61%	67%	55%	62%	49%	67%	61%
▪ არა	9%	13%	11%	12%	6%	6%	11%
▪ უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ფულადი დახმარება არ მიუღიათ	30%	21%	34%	26%	45%	27%	28%

9 მიზნობრივი სოციალური დახმარება შინამეურნეობათა თითქმის ორ მეხუთედს (39%) ფარავდა ყველაზე დაბალ დეცილში, როდესაც შინამეურნეობის ყოველთვიური მოხმარების მაჩვენებელი ერთ ექვივალენტურ მოზრდილზე შემცირდა მიზნობრივი სოციალური დახმარების მიღებული ოდენობით ერთ ექვივალენტურ მოზრდილზე. მიზნობრივი სოციალური დახმარების დამატების შემდეგ მხოლოდ 17% იღებდა მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას ყველაზე დაბალ დეცილში.

	თბილისი N=111	დასავლეთ საქართველო N=374	აღმოსავლეთ საქართველო N=417	ქართველი N=756	აზერბაიჯანელი N=93	სომეხი N=33	სულ N=902
მიიღეს მიზნობრივი სოციალური დახმარება							
▪ დიახ	16%	34%	23%	28%	11%	2%	25%
▪ არა	54%	45%	44%	46%	44%	71%	47%
▪ უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ფულადი დახმარება არ მიუღიათ	30%	21%	34%	26%	45%	27%	28%

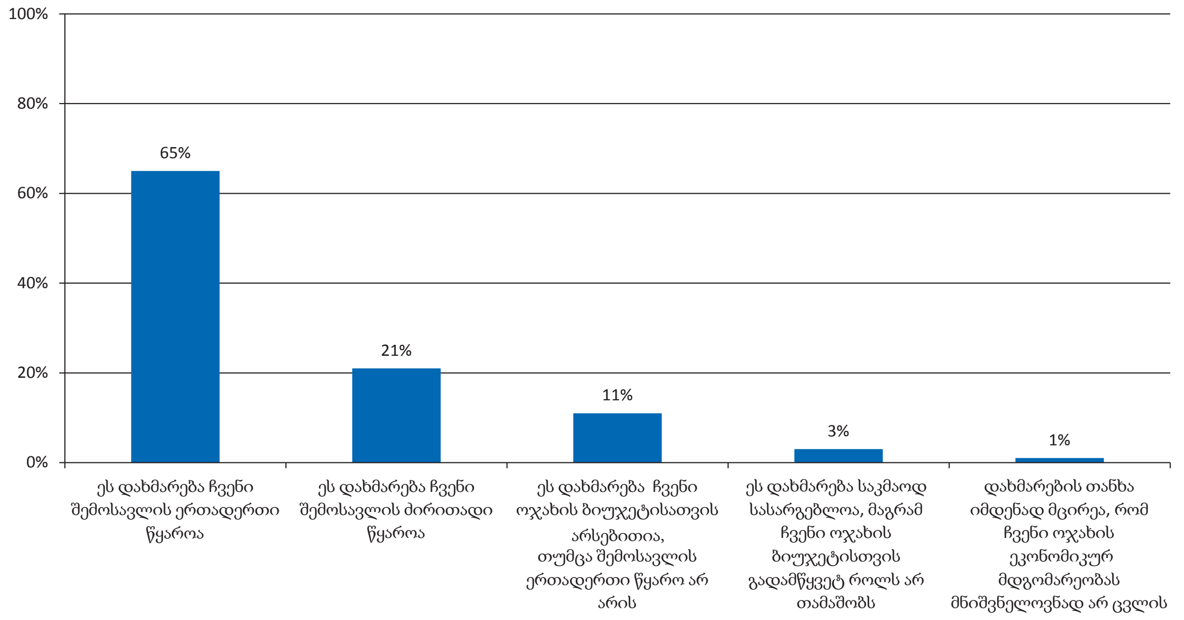
შინამეურნეობები აღმოსავლეთ საქართველოში და აზერბაიჯანელი ოჯახები ნაკლები ალბათობით იღებენ ფულად დახმარებას. მიზნობრივი სოციალური დახმარების მიღების წილი განსაკუთრებით დაბალია თბილისის მაცხოვრებლებში, აზერბაიჯანელ და სომეხ ეთნიკურ უმცირესობათა ჯგუფებში.

გამოკითხულთ დაესვათ შეკითხვა, თუ როგორ შეიცვალა მათი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა კვლევის ჩატარებამდე ბოლო ერთი წლის მანძილზე. 2%-მა განაცხადა, რომ მათი ეკონომიკური მდგომარეობა გაუმჯობესდა, 39%-თვის - იგივე დარჩა, ხოლო 59%-თვის - მდგომარეობა გაუარესდა (ოდნავ გაუარესდა - 28%, მნიშვნელოვნად გაუარესდა - 31%).

ფულადი სოციალური დახმარების მნიშვნელობა

ოჯახების უმრავლესობა ფულად სოციალურ დახმარებას მიიჩნევს მათი შემოსავლების მნიშვნელოვან ნაწილად. 86%-თვის იგი შემოსავლის ერთადერთი წყაროა.

ფულადი სოციალური დახმარების მნიშვნელობა ხარჯვის უღარიბეს კვინტილში, საქართველო 2010წ.



(n =648), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

3.2 პენსია

შესავალი

საქართველოში პენსიები ოთხ ძირითად კატეგორიად იყოფა. პირველი კატეგორია მოიცავს ფიქსირებულ პენსიას, რომელიც ავტომატურად ენიშნებათ ასაკით პენსიონერებს (65 წელს მიღწეული მამაკაცები და 60 წელს მიღწეული ქალები). დანარჩენი კატეგორიები მოიცავს: მარჩენალდაკარგულებს (18 წლამდე ასაკის ბავშვები); შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს და სხვა (ომის ვეტერანები, საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობისათვის დაღუპულის ოჯახის წევრები, ჩერნობილის ავარიის ლიკვიდატორები, 1989 წლის 9 აპრილს საბჭოთა სამხედრო დაჯგუფებების მიერ დაზარალებულები). ეს პენსიები ფიქსირებულია, თუმცა შეიძლება განსხვავდებოდეს ცალკეული კატეგორიისათვის, მაგ., პირველი ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები 80 ლარს იღებენ, ხოლო მეორე და მესამე ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობები მქონე პირები კი - 70 ლარს.

პენსიების უმეტესი სახეობის მისაღებად განაცხადის წარგდენის პროცესი საკმაოდ მარტივია და მოითხოვს მცირე რაოდენობის იმ საბუთებს, რომელიც იძლევა პენსიის მიღების საფუძველს (ასაკი, მშობლის/მშობლების გარდაცვალება, ომში/შეიარაღებულ კონფლიქტში მონაწილეობა და სხვ.). შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა პენსიის განაცხადისათვის აგრეთვე აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული სამედიცინო–სოციალური ექსპერტიზის შემოწმების აქტის ამონაწერი, რომელიც პირის შეზღუდული შესაძლებლობების ჯგუფს განსაზღვრავს. განაცხადი სოციალური მომსახურების სააგენტოს ადგილობრივ განყოფილებაში უნდა წარედგინოს. თუმცა, ასაკით პენსიონერებს დამატებით შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა პენსია არ ეკუთვნით.

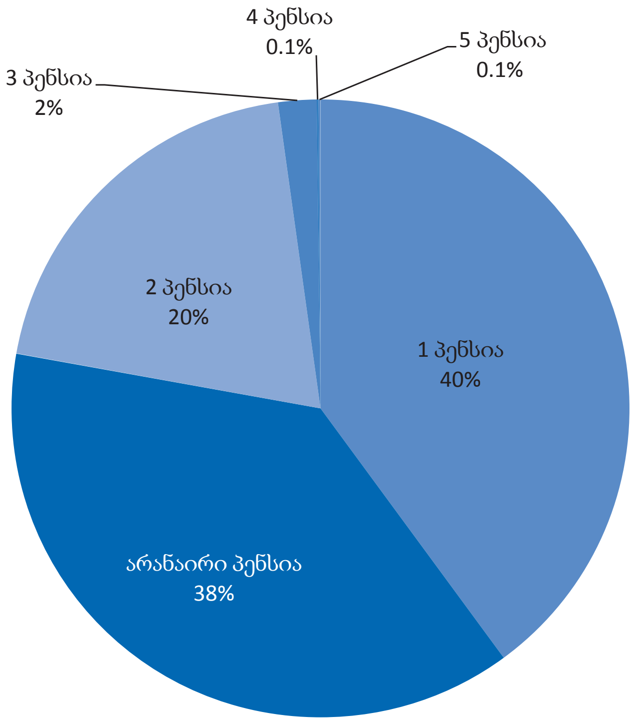
გარდა ამისა, არსებობს სახელმწიფო კომპენსაციები საჯარო მოსამსახურეთა გარკვეული ჯგუფებისათვის (სამხედრო პირები, პოლიციელები, მოსამართლეები, პარლამენტის წევრები, დიპლომატები და სხვ.) და აკადემიური სტიპენდიები აკადემიური წრეების ყოფილი წარმომადგენლებისათვის, რომლებიც 2005-2007 წწ. პერიოდში გავიდნენ პენსიაზე. ეს ორივე სახის კომპენსაცია თავისი არსით წარმოადგენს პენსიას. მათი ოდენობა გამოითვლება სტაჟისა და იმავე თანამდებობაზე მყოფი პირების ამჟამინდელი ხელფასის მიხედვით. თუმცა, სახელმწიფო კომპენსაციის მაქსიმალური ზღვარი 560 ლარს შეადგენს, აქ არ შედის საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს და უზენაესი სასამართლოს ყოფილი მაღალი თანამდებობის პირებისა და უმაღლესი პოლიტიკური თანამდებობის მქონე აწ გარდაცვლილი პირების ოჯახებისათვის გაცემული კომპენსაცია.

მოსახლეობის კეთილდღეობის 2009 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში ყოველ მეორე შინამეურნეობაში (54 %) ერთი პირი მაინც იღებდა გარკვეული სახის პენსიას. ასაკობრივი პენსიის საყოველთაო ხასიათის გამო (60 წელს მიღწეულ ყველა ქალს და 65 წელს მიღწეულ ყველა მამაკაცს აქვს გარკვეული სახის პენსიის მიღების უფლება), პენსიების მიღების მაჩვენებელი თითქმის 100 %-ს აღწევს შემოსავლების ყველა ჯგუფში, მცირე გამონაკლისით უმდიდრეს დეცილში. ფართო მოცვისა და სხვა სოციალურ ტრანსფერტებთან შედარებით უფრო დიდი სარგებლის გამო, პენსია მნიშვნელოვნად მოქმედებს სიღარიბის შემცირებაზე. პენსიების გარეშე უკიდურეს სიღარიბეში მცხოვრები ოჯახების წილი (1,25 აშშ დოლარზე ნაკლები დღეში ერთ ევკივალენტურ მოზრდილზე) თითქმის 18%-ით გაიზრდებოდა. შესაბამისად, სიღარიბის ოფიციალური ზღვარი (გაზომილია, როგორც მედიანური მოხმარების 60 %) 17 %-ით გაიზრდებოდა.

კვლევის შედეგები

კვლევაში მონაწილე შინამეურნეობების უმრავლესობა (62%) გარკვეული სახის პენსიას იღებდა. ამ შინამეურნეობათა ერთ მესამედში ოჯახის ორ ან მეტ წევრს ჰქონდა პენსია (35%).

უღარიბეს კვინტილში შინამეურნეობების პროცენტული რაოდენობა , რომელიც პენსიას იღებს პენსიონერთა რაოდენობის მიხედვით, საქართველო 2010წ.



(n = 902), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

პენსიაზე განაცხადის შეტანის პროცესი

პენსიის მიმღები პირების 8%-მა უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში დაიწყო პენსიის მიღება ან შეიცვალა პენსიის სახეობა. 40%-მა განაცხადა, რომ განაცხადის წარდგენიდან პენსიის მიღებამდე ან პენსიის სახეობის შეცვლამდე პერიოდი აღემატებოდა ერთ თვეს.

მხოლოდ რამდენიმე ადამიანს შეექმნა პრობლემა პენსიის დანიშვნისას, ან მისი მიღებისას (4%). დასახელდა ორი სახის პრობლემა: (ა) სოციალური მომსახურების სააგენტომდე მისვლა დიდი მანძილის გამო და (ბ) სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლები ვერ უხსნიდნენ, თუ რა დოკუმენტების წარდგენა არის აუცილებელი.

გამოკითხულთა დაახლოებით 10%-მა განაცხადა, რომ მათ შინამეურნეობაში არის ისეთი წევრი, რომელსაც, მათი აზრით, პენსია ეკუთვნის, მაგრამ გარკვეული მიზეზების გამო არ იღებს. პენსიის არმიღების დასახელებული მიზეზებია: (ა) კანონმდებლობით არ მეკუთვნის (29%); (ბ) ვერ მოვაგროვე აუცილებელი საბუთები (24%); (გ) ფიზიკური მდგომარეობის გამო ვერ მივდივარ სოციალური მომსახურების სააგენტოში (11%) და (დ) დრო არ მქონდა (11%).

3.3 მიზნობრივი სოციალური დახმარება

შესავალი

მიზნობირივი სოციალური დახმარება ძირითადი ფულადი სარგებელია, რომელიც ხელმისაწვდომია ფინანსურად და მატერიალურად შეჭირვებული ოჯახებისათვის. ამ დახმარების მისაღებად ოჯახმა უნდა წარადგინოს განაცხადი სოციალური მომსახურების სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში. შემდეგ განაცხადი დამუშავდება და შევა სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში. 2009 წლის ბოლოს სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში[10] რეგისტრირებული იყო 539 256 შინამეურნეობა, რომელიც მოიცავდა 1 761 191 ადამიანს.

როდესაც განაცხადი დამუშავდება, სოციალური აგენტი ოჯახში მიდის და აღრიცხავს ოჯახის „სოციალურ-ეკონომიკური" მდგომარეობის სხვადასხვა ინდიკატორს (დასაქმება, ქონება, განსაკუთრებული საჭიროებები და სხვა). შემდეგ ეს მონაცემები შედის მონაცემთა ბაზაში და ელექტრონული პროგრამა განსაზღვრავს სარეიტინგო ქულას, რომელიც 0-დან 200 000-მდე მერყეობს. ამჟამად ოჯახები, რომელთა სარეიტონგო ქულა 57 001-ზე ნაკლებია, უფლებამოსილი არიან მიიღონ ფულადი დახმარება და ჯანმრთელობის უფასო დაზღვევის ვაუჩერი, რომელიც შეიძლება გადაიცვალოს ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისში. შეღავათის ოდენობა 30 ლარს შეადგენს ოჯახის პირველი წევრისათვის და დამატებით 24 ლარს ოჯახის თითოეულ მომდევნო წევრზე. ოჯახები, რომელთა სარეიტინგო ქულა 57 001-დან 70 000-მდე მერყეობს, უფლებამოსილი არიან მიიღონ ჯანმრთელობის უფასო დაზღვევის ვაუჩერი.

2009 წლის ბოლოსათვის საქართველოში 153 400 ოჯახი (მთლიანი მოსახლეობის 15,2%), ე.ი. 420 800 ადამიანი (მთლიანი მოსახლეობის 9,6%)[11] ყოველთვიურად იღებდა ფულად დახმარებას - „საარსებო შემწეობას", ანუ მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას.

მოსახლეობის კეთილდღეობის 2009 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ ყველა სოციალურ დახმარებას შორის მიზნობრივი სოციალური დახმარება ყველაზე უკეთ სწვდება ღარიბ მოსახლეობას. იგი მიიღო უღარიბესი დეცილის 39-მა პროცენტმა (მიზნობრივი სოციალური დახმარების გამოკლებით, ეკვივალენტურ მოზრდილზე მოხმარების მიხედვით), განსხვავებით უმდიდრესი დეცილის 0,9 პროცენტისაგან. შესაბამისად, მიზნობრივმა სოციალურმა დახმარებამ უკიდურესი სიღარიბე (გაზომილი, როგორც 1,25 აშშ დოლარზე ნაკლები დღეში ერთ ეკვივალენტურ მოზრდილზე) 3,5 პროცენტით შეამცირა, ხოლო ოფიციალური სიღარიბე (გაზომილი მედიანური შემოსავლების 60 პროცენტით) - 2,6 პროცენტით. მეორე მხრივ, მიზნობრივმა სოციალურმა დახმარებამ ვერ შეძლო უღარიბესი დეცილის 61 პროცენტის მოცვა. სწორედ ამ გარემოების მიზეზის დასადგენად ჩატარდა წინამდებარე კვლევა.

კვლევის შედეგები

ინფორმირებულობა სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიანი მონაცემთა ბაზის შესახებ

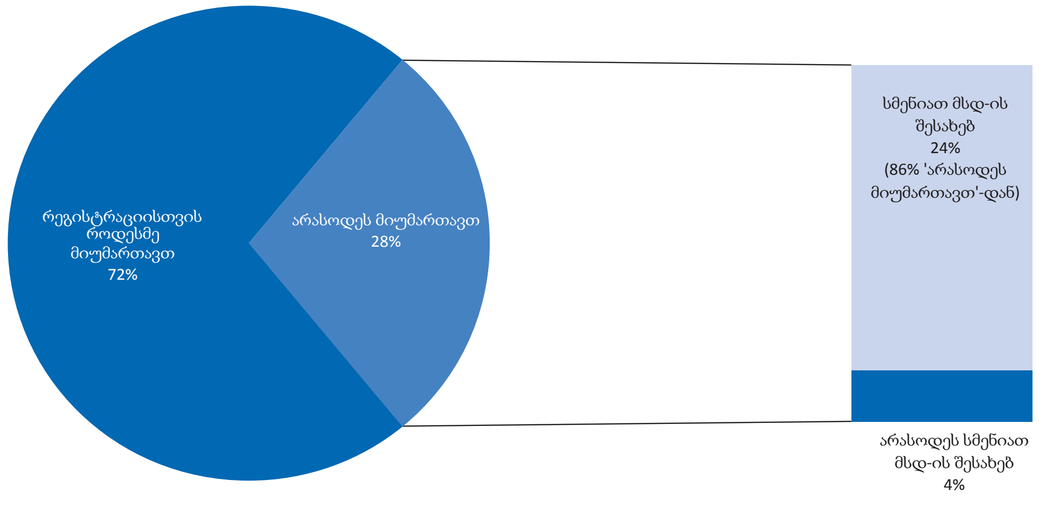
თითქმის ყველა შინამეურნეობამ იცის ან სმენია სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიანი მონაცემთა ბაზის შესახებ. ამ სისტემის შესახებ არ იცოდა რესპონდენტთა მხოლოდ 4–მა პროცენტმა.

---

[10] სოციალური სტატისტიკა, 2009 წ. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2010 წ.

[11] სოციალური სტატისტიკა, 2009 წ. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2010 წ.

ოჯახების პროცენტული რაოდენობა უღარიბეს კვინტილში, რომლებმაც იციან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის შესახებ და რეგისტრაციისთვის მიუმართავთ, საქართველო 2010წ.



(n = 902), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

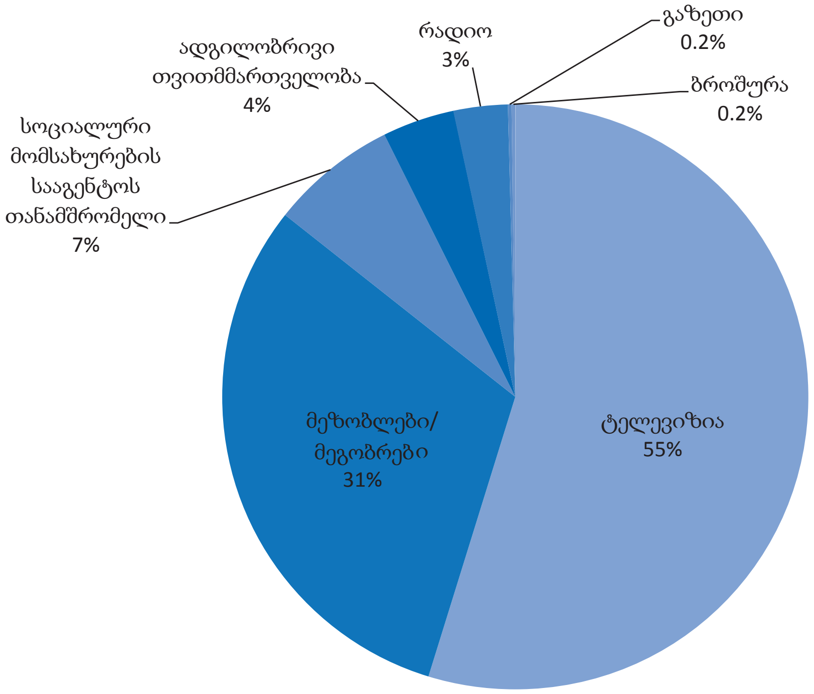
რესპონდენტებს ჰკითხეს, მათი აზრით, ვინ არიან იმ სოციალური დახმარების ბენეფიციარები, რომელიც მონაცემთა ბაზის საშუალებით გაიცემა. ინფორმირებულობა იმის შესახებ, რომ ეს დახმარება ღარიბი ოჯახებისათვის არის განკუთვნილი, საკმაოდ მაღალი აღმოჩნდა (92%).

რესპონდენტთა მიერ დასახელებული ბენეფიციართა კატეგორიები, რომელთაც მონაცემთა ბაზის შესახებ სმენიათ (n=870)
▪ ღარიბი ოჯახები – 92%
▪ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები – 14%
▪ პენსიონერები – 9%
▪ მრავალშვილიანი ოჯახები – 9%
▪ იძულებით გადაადგილებული პირები/ლტოლვილები – 7%
▪ ომის ვეტერანები – 2%
▪ სხვა – 2%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა – 6%

ინფორმაციის წყარო

რესპონდენტებს, რომელთაც სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის შესახებ სმენიათ, ჰკითხეს, თუ რა იყო მონაცემთა ბაზის შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყარო. აღმოჩნდა, რომ ტელევიზია (55%) და მეზობლები/მეგობრები (31%) ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყაროა.

ინფორმაციის წყარო
სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის შესახებ ინფორმაციის ძირითადი წყარო უღარიბესი კვინტილის ოჯახებისთვის, საქართველო 2010წ.



(n = 870), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

ინფორმაციის სხვადასხვა წყაროს მნიშვნელობა გარკვეულწილად განსხვავებულია რეგიონისა და ეროვნების მიხედვით. მაშინ, როდესაც ტელევიზია ქართველებისათვის ინფორმაციის ძირითად წყაროს წარმოადგენს, ჩანს, რომ აზერბაიჯანელები უფრო მეტად მეზობლებისა და მეგობრებისაგან მიღებულ ინფორმაციაზე არიან დამოკიდებული.

ცხრილი: შინამეურნეობათა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც სმენიათ მონაცემთა ბაზის შესახებ და ინფორმაციის წყარო რეგიონის და ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2010 წ.

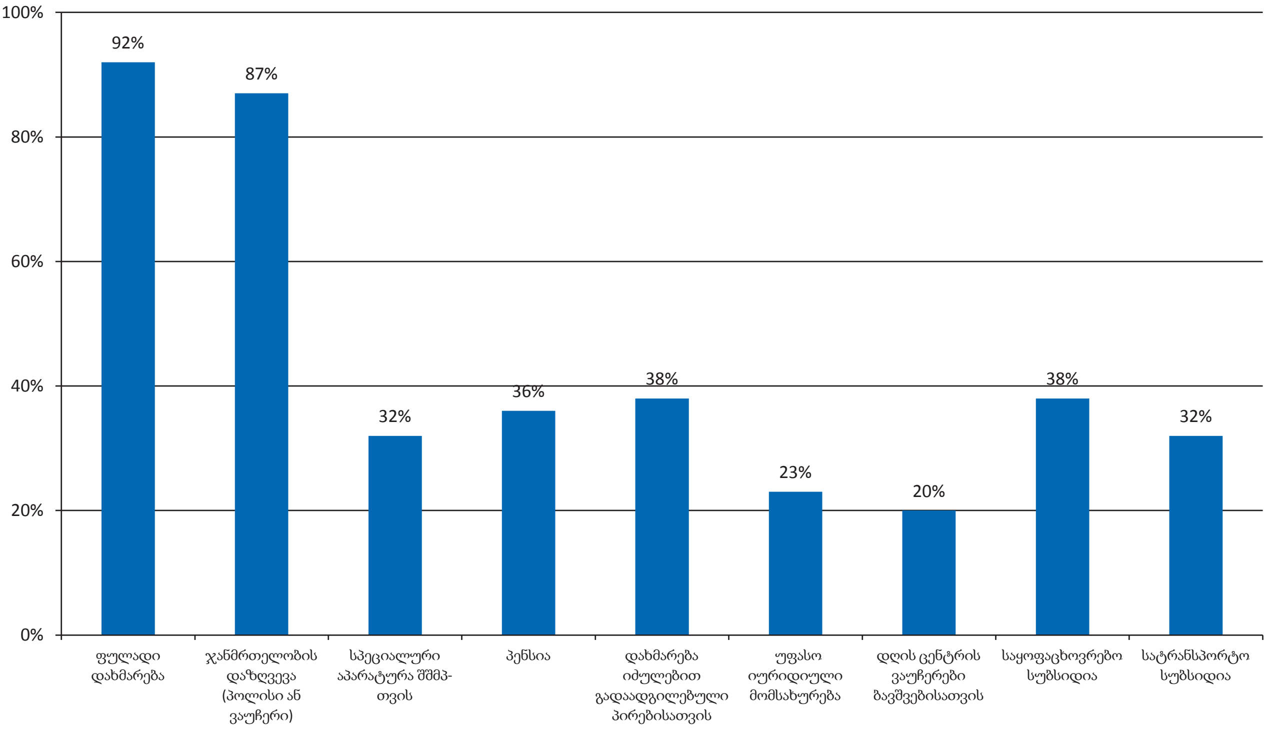
	თბილისი N=111	დასავლეთ საქართველო N=374	აღმოსავლეთ საქართველო N=417	ქართველი N=756	აზერბაიჯა-ნელი N=93	სომეხი N=33	სულ N=902
სმენია მონაცემთა ბაზის შესახებ	97%	94%	97%	96%	98%	93%	96%
ინფორმაციის წყარო							
▪ რადიო	1%	4%	5%	4%	-	10%	3%
▪ ტელევიზია	53%	61%	42%	56%	21%	55%	52%
▪ გაზეთი	-	0.5%	0.2%	0.3%	-	-	0.2%
▪ ადგილობრივი თვითმმართველობა	1%	6%	4%	5%	-	3%	4%
▪ სოციალური მომსახურე-ბის სააგენტოს თანამშრომელი	2%	6%	11%	5%	19%	6%	6%
▪ მეზობელი/ ▪ მეგობარი	37%	21%	33%	28%	51%	27%	30%
▪ ბროშურა	-	1%	-	0.2%	-	-	0.2%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა	6%	2%	6%	3%	9%	-	4%

მიუხედავად იმისა, რომ ადგილობრივმა თვითმმართველობებმა ინფორმაციის გავრცელების საქმეში გარკვეული როლი უნდა ითამაშონ, ისინი ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროს არ წარმოადგენენ (4%). აუცილებელია იმის გააზრება და შეთანხმება, თუ როგორ შეიძლება მათი როლის გაძლიერება. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მათ ძირითად მოვალეობებში არ შედის, სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლები გარკვეულ როლს თამაშობენ ინფორმირებულობის გაზრდის მხრივ (6%). შესაძლოა გათვალისწინებულ იქნეს მათი როლის კიდევ უფრო გაზრდა ინფორმაციის გავრცელებისას.

ინფორმირებულობა მომსახურების შესახებ

გამოკითხულებს სთხოვეს ჩამოეთვალათ დახმარების კატეგორიები, რომლებიც მონაცემთა ბაზის მეშვეობით გაიცემა. დახმარების სახეობები, რომლებიც ყველაზე ხშირად დასახელდა, იყო: ფულადი დახმარება (78%); ჯანმრთელობის დაზღვევა (55%) და საყოფაცხოვრებო სუბსიდიები (7%). ამ ზოგადი შეკითხვის შემდეგ რესპონდენტებს ჰკითხეს, აუცილებელი იყო თუ არა სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაცია დახმარების სახეობების წარმოდგენილი ჩამონათვალიდან რომელიმე კონკრეტული დახმარების მისაღებად.

ინფორმირებულობა უღარიბეს კვინტილში სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის საშუალებით მიწოდებული დახმარების სესახებ, საქართველო 2010წ.



(n = 870), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

იმ რესპონდენტთა 92 %-მა, რომელმაც იცის მონაცემთა ბაზის შესახებ, ფულადი დახმარების მისაღებად მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის აუცილებლობაზე მიუთითა. 87%-მა დაადასტურა, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის მისაღებად აუცილებელია მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაცია.

ეს იმას ნიშნავს, რომ გამოკითხულთა მთლიანი ჯგუფიდან (აქ იგულისხმება ის რესპონდენტებიც, ვინც არაფერი იცის მონაცემთა ბაზის შესახებ) 13%-მა არ იცის, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტო გას-

ცემს ფულად დახმარებას, ხოლო 18%-მა - რომ ეს სააგენტო გასცემს ჯანმრთელობის დაზღვევას. ინფორმირებულობა მონაცემთა ბაზის საშუალებით გაწეული სხვა მომსახურების შესახებ შეზღუდულია. ეს გასათვალისწინებელია სამომავლო საინფორმაციო კამპანიებში. ასევე, გასათვალისწინებელია სატელევიზიო დაფარვის გაზრდა რეგიონული არხების ქსელის გამოყენებით და მკაფიო შეტყობინებების გავრცელება იმის შესახებ, თუ რა შედის და რა არ შედის მომსახურებაში.

სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიანი მონაცემთა ბაზის ხელმისაწვდომობა

შინამეურნეობათა თითქმის სამ მეოთხედს (72%) ერთხელ მაინც მიუმართავს სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის. 24%-ს არასოდეს წარუდგენია განაცხადი, ხოლო 4%-ს არასოდეს სმენია მონაცემთა ბაზის შესახებ. შესაბამისად, იმ ოჯახებიდან, ვისაც სმენია მონაცემთა ბაზის შესახებ, 75%-ს ოდესმე მიუმართავს რეგისტრაციისათვის. თბილისის მაცხოვრებლები და აზერბაიჯანელი და სომეხი ეროვნების პირები ნაკლები ალბათობით მიმართავენ სარეგისტრაციოდ.

ცხრილი: შინამეურნეობათა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც ოდესმე წარუდგენიათ განაცხადი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის რეგიონისა და ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2010 წ.

	თბილისი N=107	დასავლეთ საქართველო N=357	აღმოსავლეთ საქართველო N=406	ქართველი N=730	აზერბაიჯანელი N=91	სომეხი N=30	სულ N=870
ოდესმე მიუმართავს							
▪ დიახ	58%	83%	80%	77%	67%	64%	75%
▪ არა	42%	17%	20%	23%	33%	36%	25%

3.3.1 ინფორმაცია ოჯახების შესახებ, რომელთაც არასოდეს მიუმართავთ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის

წინამდებარე ქვეთავში წარმოდგენილია ინფორმაცია კონკრეტულად შინამეურნეობათა იმ 24%-ის შესახებ, რომელთაც სმენიათ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის შესახებ, მაგრამ არასოდეს მიუმართავთ რეგისტრაციისათვის. გაანალიზებულია ამის მიზეზები და შესაძლო დაბრკოლებები.

მიუმართავობის მიზეზები

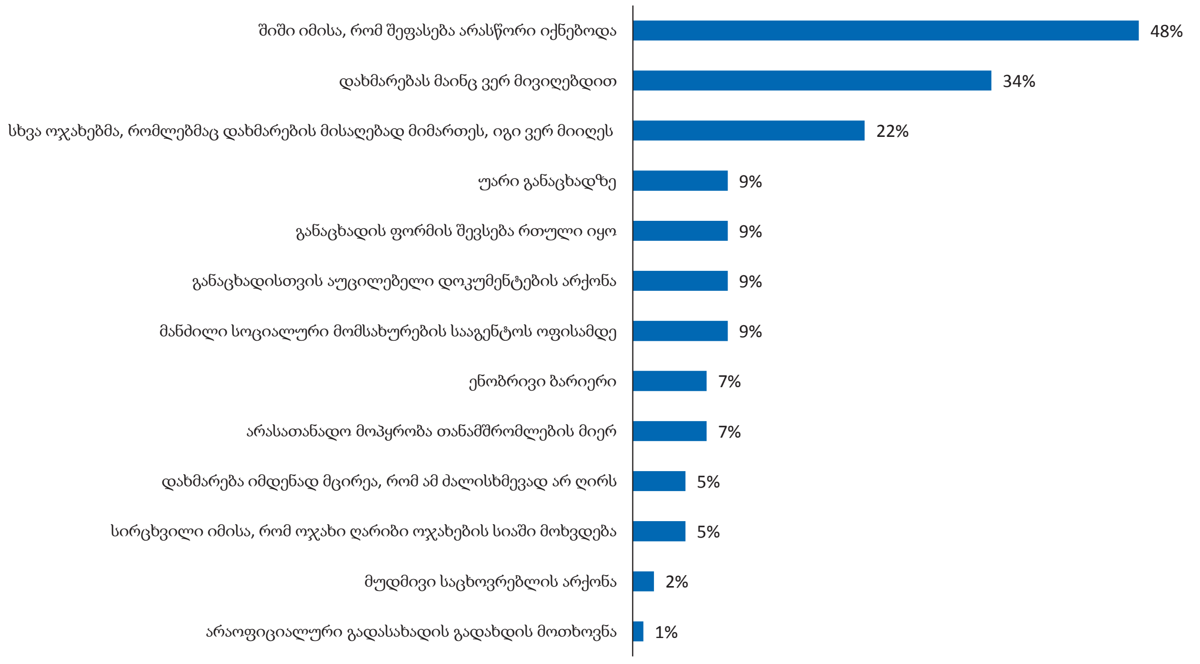
ძირითადი მიზეზები იმისა, თუ რატომ არ წარადგინეს განაცხადი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის იმ რესპონდენტებმა, რომელთაც სმენიათ მის შესახებ, უკავშირდება უარყოფით დამოკიდებულებას განაცხადის წარდგენის სისტემის მიმართ და ინფორმაციის არქონას. ვარაუდი, რომ შეფასება სწორად არ ჩატარდება, ადამიანებს ხელს უშლის განაცხადის წარდგენაში. ამასთანავე, ზოგიერთი ადამიანი, რომელსაც განაცხადი არ წარუდგენია, ვარაუდობს, რომ მას დახმარება არ ეკუთვნის და ამდენად თავს არ იწუხებს, რომ მიმართოს.

სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის მიუმართავობის მიზეზები (n=176)
▪ გვეშინოდა, რომ შეფასება სწორად არ ჩატარდებოდა - 33%
▪ არ ვიცოდით, სად უნდა შეგვეტანა განაცხადი - 24%
▪ ჩვენი აზრით, არ გვეკუთვნის - 16%
▪ ამის აუცილებლობა არ იყო - 8%
▪ უარი გვითხრეს - 8%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა - 6%
▪ ფიზიკურად არ შეგვეძლო - 5%
▪ საამისოდ შორს უნდა წავსულიყავით - 5%
▪ არ გვქონდა საჭირო საბუთები - 4%
▪ მეგობრებმა გვირჩიეს, რომ არ მიგვემართა - 3%
▪ ენობრივი ბარიერის გამო - 3%
▪ ვშიშობდით, რომ ჩვენს ოჯახს „ღარიბად“ შერაცხავდნენ - 3%
▪ დახმარება ძალზე მცირეა და ამ ძალისხმევად არ ღირს - 3%

რესპონდენტებს, რომელთაც გაგებული ჰქონდათ მონაცემთა ბაზის შესახებ, მაგრამ არასოდეს მიუმართავთ რეგისტრაციისათვის, მიეცათ მიუმართავობის სავარაუდო მიზეზების ჩამონათვალი. ყოველი მიზეზის შემთხვევაში რესპონდენტს ეკითხებოდნენ, კონკრეტულად ამ მიზეზმა ხომ არ გამოიწვია, რომ მისმა ოჯახმა რეგისტრაციისათვის არ მიმართა მონაცემთა ბაზას.

არსებობს რიგი ბარიერებისა (საბუთები, ენა, მანძილი, მუდმივი საცხოვრებლის არქონა), რომლებიც გავლენას ახდენენ ადამიანების მცირე ჯგუფზე.

სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისთვის მიუმართავობის მიზეზები უღარიბეს კვინტილში, რომელთაც სმენიათ მონაცემთა ბაზის შესახებ, საქართველო 2010წ.



(n = 176), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010 წ.

ინფორმირებულობა იმის შესახებ, თუ როგორ და სად უნდა გაიარონ რეგისტრაცია

გამოკითხულთა იმ ერთ მეოთხედში, რომელსაც სმენია სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის შესახებ, მაგრამ არასოდეს მიუმართავს მისთვის, უმრავლესობამ არ იცის, თუ როგორ უნდა მიიღოს ეს მომსახურება (76%). საინფორმაციო კამპანიები ძალიან ნათლად უნდა მიუთითებდეს, თუ ვის და როგორ უნდა მიმართონ. გასათვალისწინებელია ენობრივი ბარიერი, ასევე განაცხადის წარდგენის ფორმის სიმარტივე და თარგმანი უმცირესობების ენებზე.

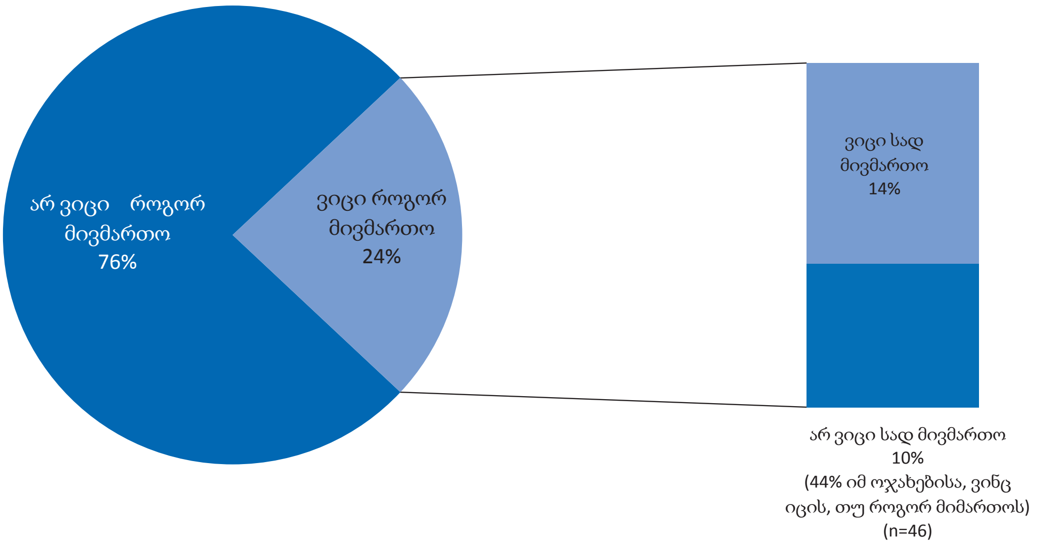
გამოკითხულთა იმ 24%-დან, რომელიც აცხადებს, რომ იცის, თუ რა არის საჭირო ოჯახის რეგისტრაციისათვის, რეალურად ნახევარზე ნაკლებმა (44%) იცის, თუ სად უნდა დარეგისტრირდეს. 10 გამოკითხულიდან, რომელიც ამობობდა, რომ იცის სად მიმართოს (n=32), ოთხმა არასწორი ადგილი დაასახელა, როდესაც სთხოვეს ჩამოთვლილი ადგილებიდან თითოეულის დადასტურება ან უარყოფა.

ინფორმაცია, თუ სად და როგორ უნდა დარეგისტრირდნენ

იმ ხალხის მეოთხედში, რომელსაც სმენია სოციალურად დაუცველი ოჯახებისმონაცემთა ბაზის შესახებ, მაგრამ არასოდეს მიუმართავს რეგისტრაციისთვის, უმრავლესობა, არ იცის, როგორ შეიტანოს განაცხადი ამ მომსახურებისათვის (76%). საინფორმაციო კამპანია გასაგებად უნდა ხსნიდეს, თუ სად და როგორ შეიძლება განაცხადის წარდგენა. მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული ენობრივი ბარიერი. გასათვალისწინებელია, ასევე, განაცხადის ფორმის გამარტივება და თარგმნა ეთნიკურ უმცირესობათა ენებზე.

იმ 24%–ს შორის, რომელმაც განაცხადა, რომ იცის, როგორ უნდა დარეგისტრირდეს, დაახლოებით ნახევარმა (44–მა პროცენტმა) არ იცის სად მივიდეს, რომ დარეგისტრირდეს. ყოველი 10 რესპონდენტიდან ოთხი, რომელიც ამბობს, რომ იცის სად მიმართოს (n=32), არასწორად უთითებს მისამართს, როდესაც მას სთხოვენ დაადასტუროს ან არ დაადასტუროს მისამართთა ჩამონათვალი.

ინფორმირებულობა განაცხადის წარდგენის პროცესის შესახებ
ინფორმირებულობა იმის შესახებ, თუ რა ესაჭიროება ოჯახს სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისთვის ულარიბეს კვინტილის არარეგისტრირებულ ოჯახებში, საქართველო 2010წ.



(n = 176), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

ინფორმირებულობა განაცხადის წარდგენის პროცესის შესახებ

იმ ოჯახების დაახლოებით 60 %-მა, რომელსაც მონაცემთა ბაზის შესახებ სმენია, თუმცა არასოდეს მიუმართავს მისთვის, იცის, რომ თუ სურს, რომ მასთან სახლში სააგენტოს თანამშრომლები მივიდნენ, ჯერ განცხადი უნდა წარადგინოს მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის. 20 % ვარაუდობს, რომ სოციალური მომსახურების საგენტოს წარმომადგენელი მასთან სახლში მივიდოდა, ხოლო დანარჩენი 20 % დარწმუნებული არ არის.

არარეგისტრირებული ოჯახების ვიზიტი სოციალური მომსახურების სააგენტოს განყოფილებაში

იმ ადამიანებიდან, რომელთაც არასოდეს მიუმართავთ მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის, 86 % არასოდეს ყოფილა სოციალური მომსახურების სააგენტოს ოფისში. იმ უმცირესობიდან, რომელიც სოციალური მომსახურების სააგენტოს განყოფილებაში იყო ნამყოფი, ხუთიდან ერთზე ნაკლები (18 %) იყო ნამყოფი სააგენტოში ბოლო 24 თვის მანძლიზე.

არარეგისტრირებული ოჯახების ინფორმირებულობა განაცხადის ფორმის შესახებ

იმ ადამიანების 95%–ს, რომელთაც მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის არასოდეს მიუმართავთ, არასოდეს უნახავს მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის განაცხადის ფორმა. იმ 5%-დან, რომელსაც განაცხადის ფორმა უნახავს, რაც 9 რესპონდენტს შეადგენს, ხუთს ფორმა წაუკითხავს და მხოლოდ ერთმა სცადა მისი შევსება.

განაცხადის წარდგენის სამომავლო გეგმები

იმ ჯგუფის 42%, რომელსაც რეგისტრაციისათვის არასოდეს მიუმართავს, განაცხადის წარდგენას მომავალში აპირებს. იგივე რაოდენობა აცხადებს, რომ არ აპირებს რეგისტრაციას, ხოლო 16 % დარწმუნებული არ არის. იმ ოჯახების თითქმის ნახევარი (45 %), რომლებიც განაცხადის შეტანას არ აპირებენ, განაცხადს შეიტანდა თუკი ამ პროცესის თითოეულ ეტაპზე მას დაეხმარებოდა არასამთავრობო ორგანიზაცია. მათგან კი, ვისი პასუხიც იყო - „მაინც არ მეკუთვნის“, თითქმის ნახევარი განაცხადის წარდგენას მომავალში აპირებს.

3.3.2 ინფორმაცია ოჯახების შესახებ, რომელთაც მიუმართავთ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის

წინამდებარე ქვეთავში წარმოდგენილია ინფორმაცია შინამეურნეობათა იმ 72 %-ის შესახებ, რომელთაც ოდესმე მიუმართავთ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის. იგი მიმოიხილავს დაბრკოლებებს, რომელთაც შინამეურნეობები გადააწყდნენ, მათ წარმოდგენას სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ მათთვის გაწეული მომსახურების ხარისხის შესახებ, გასაჩივრების პროცედურების ცოდნას და ამ პროცედურების გამოყენების სიხშირეს.

აღქმა, რომ ესაჭიროება დახმარება

ყველა რესპონდენტი, რომელსაც ოდესმე მიუმართავს სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის, ფიქრობს, რომ ეკუთვნოდა (უფლებამოსილია) სოციალური დახმარება (99 %).

განაცხადის წარდგენის დრო

იმ ოჯახებიდან, რომელთაც ოდესმე მიუმართავთ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის, 27%-მა განაცხადი წარადგინა კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში.

ოჯახის მიერ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის განაცხადის წარდგენიდან გასული დრო (n=694)
▪ სამ თვეზე ნაკლები - 6%
▪ სამი თვიდან ექვს თვემდე - 7%
▪ ექვსი თვიდან ერთ წლამდე - 14%
▪ ერთ წელზე მეტი - 67%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა - 6%

განაცხადის წარდგენის დამაბრკოლებელი ბარიერები

ძალიან ცოტა რესპონდენტი, რომელმაც მონაცემთა ბაზას მიმართა, წააწყდა ბარიერს, რამაც გააჭიანურა განაცხადის წარდგენის პროცედურა (4 %).

განაცხადის წარდგენის პროცესის გაჭიანურების მიზეზი (n=26)
▪ არასათანადო მოპყრობა თანამდებობის პირის მხრიდან – 26-დან 10, რომელიც გაჭიანურების შესახებ აცხადებს
▪ არასწორი შეფასების შიში – 7/26
▪ განაცხადის ფორმა ვერ შევავსეთ –2/26
▪ არ ვიცით, სად მივმართოთ – 2/26
▪ ფიზიკურად არ შეგვიძლია – 2/26
▪ შესაბამისი დოკუმენტაციის არქონა – 1/26

რესპონდენტებს, რომელთაც გაჭიანურების შესახებ განაცხადეს (n=26), წარედგინათ შესაძლო მიზეზების ჩამონათვალი. რესპონდენტებს შეეკითხნენ თითოეულ ბარიერზე, იყო თუ არა ეს კონკრეტული გარემოება დამაბრკოლებელი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის განაცხადის წარდგენის პროცესში.

იმ რესპონდენტების მიერ იდენტიფიცირებული ბარიერები, რომელთაც განცხადების წარდგენის პროცესში გაჭიანურების შესახებ განაცხადეს (n=26)
▪ არასწორი შეფასების შიში – 14 შინამეურნეობა 26-დან, რომელიც გაჭიანურების შესახებ აცხადებს
▪ სირთულე განაცხადის ფორმის შევსებისას – 10/26
▪ თანამდებობის პირების მხრიდან არასათანადო მოპყრობა – 11/26
▪ დახმარებას მაინც ვერ მივიღებდით – 9/26

იმ რესპონდენტების მიერ იდენტიფიცირებული ბარიერები, რომელთაც განცხადების წარდგენის პროცესში გაჭიანურების შესახებ განაცხადეს (n=26)
▪ მუდმივი საცხოვრებლის არქონა – 6/26
▪ სხვა ოჯახებმა, რომლებმაც განცხადება წარადგინეს, დახმარება ვერ მიიღეს – 6/26
▪ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ოფისამდე დიდი მანძილია – 5/26
▪ აუცილებელი დოკუმენტაციის არქონა – 6/26
▪ ენობრივი ბარიერი – 4/26
▪ არაოფიციალური საფასურის გადახდის მოთხოვნა – 3/26
▪ ღარიბი ოჯახების სიაში მოხვედრის სირცხვილი – 2/26
▪ დახმარების სიმცირე – 0/26

სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლის ვიზიტი ოჯახში

თითქმის ყველა რესპონდენტთან, რომელმაც განაცხადი წარადგინა, დეკლარაციის ფორმის შევსების მიზნით მივიდა სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენელი (96%).

სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლის არმისვლის მიზეზები

გამოკითხულთა ნაწილმა (20 პირი), რომელთანაც სოციალური აგენტი დეკლარაციის შესავსებად არ მისულა(n=32), არ იცოდა რატომ არ შედგა ეს ვიზიტი.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლის ოჯახებში არმისვლის მიზეზები, ოჯახების პასუხების მიხედვით (n=32)
▪ არ ვიცით–20 შინამეურნეობა 32-დან, რომელშიც ვიზიტი არ განხორციელებულა
▪ შეფასებას ახლაც ველით– 8/32
▪ შეგვატყობინეს, რომ არ გვეკუთვნის – 3/32
▪ სოციალური აგენტის მოსვლისას სახლში არ ვიყავით–1/32

სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლის ვიზიტის დრო

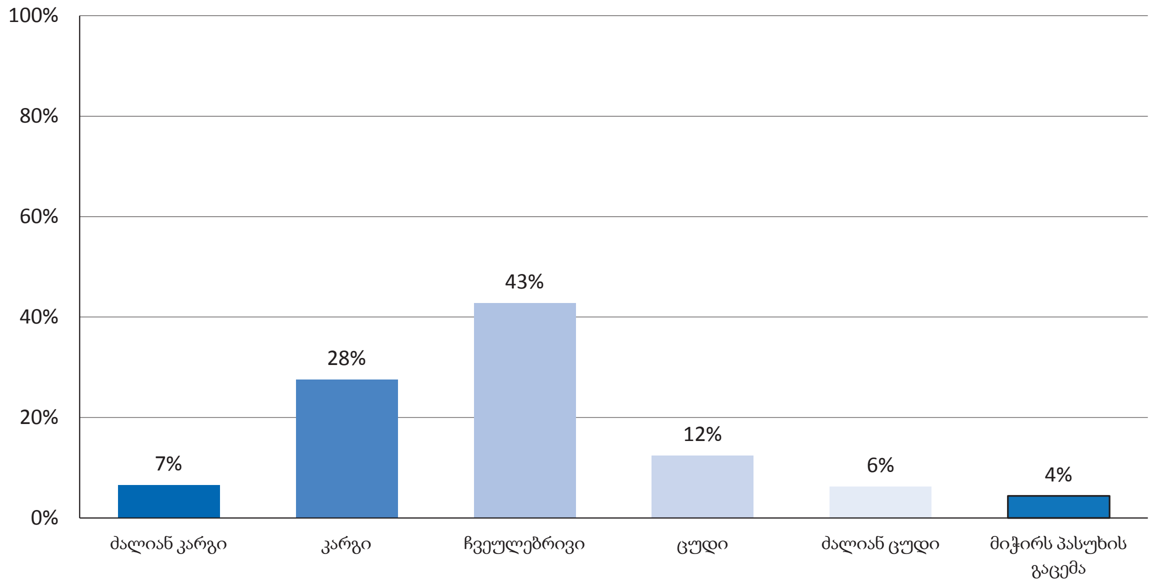
მაძიებელი ოჯახების უმრავლესობასთან, რომელთანაც ვიზიტი განხორციელდა (96%), აგენტი განაცხადის წარდგენიდან ერთი თვის განმავლობაში მივიდა (54%). სამ მეოთხედთან ვიზიტი სამი თვის განმავლობაში განხორციელდა. რესპონდენტთა 5%-მა განაცხადა, რომ ვიზიტი ექვსი თვის შემდეგ განხორციელდა. გამოკითხულთა მნიშვნელოვან რაოდენობას არ ახსოვდა, თუ რამდენი დრო გავიდა განაცხადის წარდგენიდან სოციალური აგენტის ვიზიტამდე (15%). იმ ადამინებიდან, რომელთაც ახსოვდათ შეფასების დრო, 90%-მა განაცხადა, რომ მათი შეფასება განაცხადის წარდგენიდან 3 თვის ვადაში მოხდა.

კმაყოფილება სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლის მუშაობით

სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლის მუშაობით კმაყოფილების ხარისხი შეფასდა 1-დან (ძალიან კარგი) 5-მდე (ძალიან ცუდი) სკალით. რესპონდენტთა 78%-მა სოციალური აგენტის მუშაობა 3-ით (ჩვეულებრივი [42%]), 2 (კარგი [28%]) და 1 ქულით (ძალიან კარგი [7%]) შეაფასა. 19% სოციალუ-

რი აგენტის მუშაობას 4 (ცუდი [12%]) ან 5 ქულით (ძალიან ცუდი [6%]) აფასებს. ადამიანები, რომელთაც 70 000-ზე მაღალი სარეიტინგო ქულა მიენიჭათ, უფრო მაღალი ალბათობით არიან უკმაყოფილო.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური აგენტის შეფასება უღარიბესი კვინტილის ოჯახების მიერ, რომელთანაც სოციალური აგენტი იმყოფებოდა სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისთვის, საქართველო 2010წ.



(n = 662), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

იმ შინამეურნეობების 71%, რომელთაც სოციალური დახმარება არ ერგოთ, სოციალური აგენტის მუშაობას დადებითად აფასებს.

რესპონდენტებს, რომელთაც სოციალური აგენტის მუშაობა „ცუდად“ ან „ძალიან ცუდად“ შეაფასეს, ჰკითხეს, თუ რატომ იძლევიან ასეთ შეფასებას. დასახელდა შემდეგი მიზეზები:

სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური აგენტის „ცუდად“ ან „ძალიან ცუდად“ შეფასების მიზეზები (n=127)
• ობიექტურად არ შეგვაფასა - 50%
• გვითხრა, რომ დახმარება არ გვეკუთვნის - 20%
• შეფასება დაუდევრად გააკეთა - 17%
• ქედმაღლურად გვესაუბრა - 7%
• იგი ძალიან უხეში იყო, დაგვამცირა - 2%
• მიჭირს პასუხის გაცემა - 2%
• ზიზღი გამოხატა ჩვენი საცხოვრებელი პირობების მიმართ - 0,7%
• მან ყველა მონაცემი დაკარგა - 0,7%
• მან ფული აიღო - 0,6%
• მან გვითხრა, რომ დახმარება გვეკუთვნის, თუმცა ჩვენთან არავინ მოსულა - 0,4%

კონფლიქტი სოციალურ აგენტთან/სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან

რესპონდენტთა 18%-დან, რომლებმაც სოციალური აგენტის საქმიანობა „ცუდად“ ან „ძალიან ცუდად“ შეაფასა, მცირე ნაწილმა განაცხადა, რომ კონფლიქტი (სიტყვიერი ან ფიზიკური) მოუვიდა სოციალურ აგენტთან - 7% (=1,2%-ს იმ ადამიანებისა, რომლებთანაც ვიზიტით იყო სოციალური აგენტი).

სოციალური აგენტის მუშაობით უკმაყოფილოთაგან (შეაფასეს „ცუდად“ ან „ძალიან ცუდად“) 1%-ზე ნაკლებმა (0.4%) განაცხადა, რომ მოუვიდა კონფლიქტი (სიტყვიერი ან ფიზიკური) სოციალური მომსახურების სააგენტოს სხვა თანამშრომლებთან (და არა მათთან ვიზიტით მყოფ სოციალურ აგენტთან).

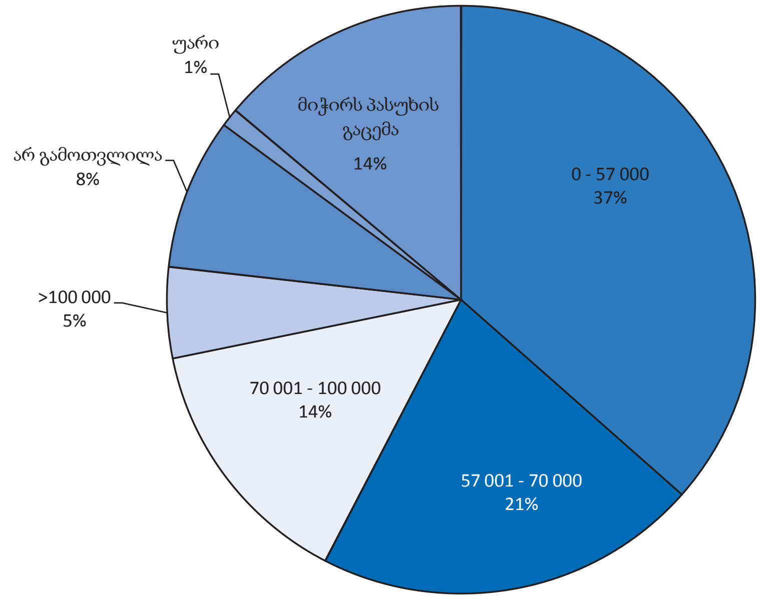
ინფორმირებულობა სოციალური აგენტის ვიზიტის დროს შედგენილი შეფასების/დეკლარაციის შინაარსის შესახებ

სოციალური მომსახურების საგენტოს სოციალური აგენტის მიერ მონახულებული (n=662) ოჯახების დაახლოებით ნახევარმა სოციალური აგენტის მიერ შევსებული დეკლარაცია ხელმოწერამდე წაიკითხა. ხელმოწერამდე დოკუმენტი ყურადღებით წაიკითხა 49%-მა, ხოლო 10% ზედაპირულად გაეცნო მას.

მინიჭებული სარეიტინგო ქულა

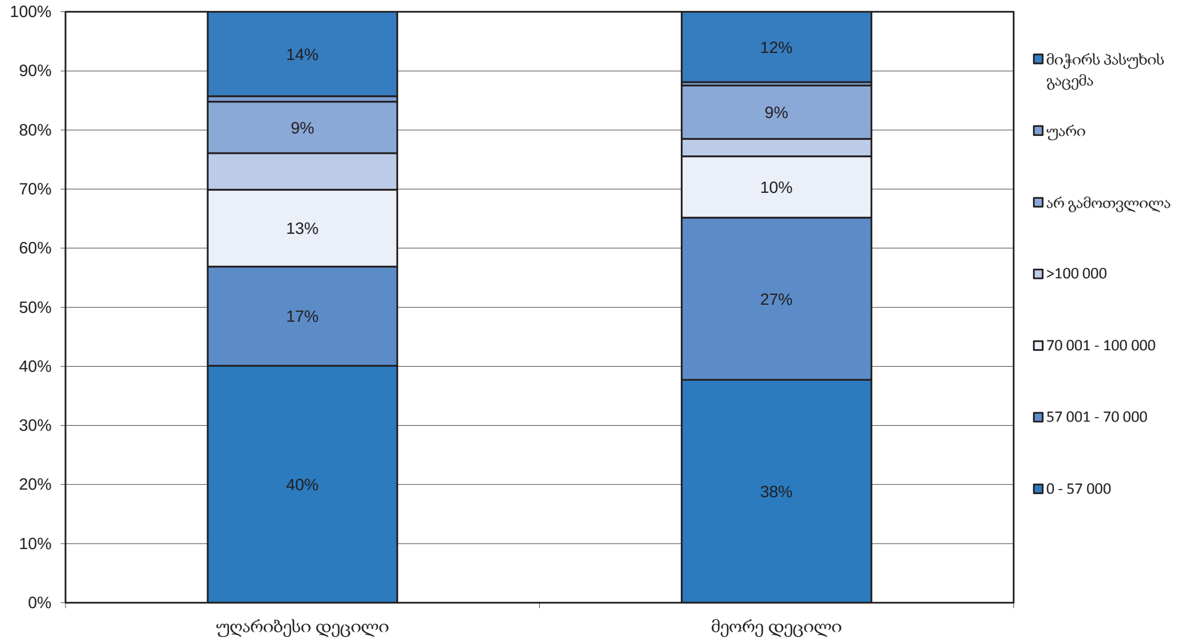
რესპონდენტებს გამოჰკითხეს მათი ოჯახისთვის მინიჭებული სარეიტინგო ქულის შესახებ, რომელიც სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლის მიერ 100-ზე მეტი კომპონენტისაგან შემდგარი საჭიროებების შეფასების (PROXY MEANS) საფუძველზე გამოითვალა. რესპონდენტთა ერთ მესამედზე მეტმა (37%) დაასახელა სარეიტინგო ქულა 57 000 ან ნაკლები. ერთმა მეხუთედმა დაასახელა 57 000-დან 70 000-მდე ქულა, ხოლო 14%-მა მინიჭებული სარეიტინგო ქულა ვერ გაიხსენა.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის შეფასებული შინამეურნეობების სარეიტინგო ქულების პროცენტული განაწილება, საქართველო 2010წ.



(n = 662), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის შეფასებული შინამეურნეობების სარეიტინგო ქულების პროცენტული განაწილება, საქართველო 2010წ.



(n = 520), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

სარეიტინგო ქულების შეფასება რესპონდენტების მიერ მათი ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობასთან შედარებით

რესპონდენტთა 51%-ს, ვისაც მინიჭებული სარეიტინგო ქულა ახსოვდა, მიაჩნდა, რომ მათი ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა შეფასებულზე უარესია. ორიდან ხუთი (42%) ფიქრობდა, რომ მინიჭებული ქულა დაახლოებით შეესაბამება მათი ოჯახის მდგომარეობას. მხოლოდ 2 % ვარაუდობდა, რომ მათი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა შეფასებულზე უკეთესია. 5 %-ს გაუჭირდა შეკითხვაზე პასუხის გაცემა. ათიდან ცხრა შინამეურნეობა, რომელმაც განაცხადა, რომ მათი ეკონომიკური მდგომარეობა უარესია, ვიდრე შეფასდა, ფულად დახმარებას არ იღებს.

განაცხადის წარდგენის პროცესის „სირთულის“ შეფასება

რესპოდენტებს, რომლებმაც მიზნობრივი სოციალური დახმარების მისაღებად მიმართეს სააგენტოს და რომლებთანაც სოციალური აგენტი მივიდა, ჰკითხეს მიზნობრივი სოციალური დახმარების მისაღებად მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის პროცესის სირთულის შესახებ. აღნიშნული პროცესი რესპონდენტებს 1-დან (ძალიან მარტივი) 5-მდე(ძალიან რთული) სკალით უნდა შეეფასებინათ. გამოკითხულთა ნახევარმა (49%) პროცესი „რთულად“ (39%) ან „ძალიან რთულად“ (11 %) შეაფასა.

ინფორმირებულობა გასაჩივრების პროცედურების შესახებ

იმ რესპონდენტთა ნახევარმა (49%), რომლებსაც სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის ოდესმე მიუმართავს, იცის გასაჩივრების შესაძლებლობის შესახებ, თუკი მიზნობრივი სოციალური დახმარების მისაღებად რეგისტრაციის პროცესში რაიმე პრობლემას წააწყდება. გამო-

კითხულებმა დაასახელეს ქვემოთ ჩამოთვლილი უწყებები/თანამდებობის პირები, როგორც საჩივრის ადრესატი მიზნობრივი სოციალური დახმარების მისაღებად რეგისტრაციის პროცესში რაიმე პრობლემის წარმოქმნის შემთხვევაში:

მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული იმ ოჯახების მიერ დასახელებული გასაჩივრების შესაძლო ადგილი, რომლებმაც იციან გასაჩივრების შესაძლებლობის შესახებ (n=338)
▪ სოციალური მომსახურების სააგენტოს რაიონული განყოფილება - 68%
▪ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ცენტრალური ოფისი - 15%
▪ ადგილობრივი თვითმმართველობა - 12%
▪ სოციალური მომსახურების სააგენტოს რეგიონული ოფისი - 11%
▪ ცხელი ხაზი - 2%
▪ სასამართლო - 1%
▪ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო - 0.3%
▪ საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაცია - 0.3%
▪ პოლიცია - 0.2%
▪ პრეზიდენტი - 0.2%

განმცხადებლები, რომელთაც მიუმართავთ საჩივრით

იმ ოჯახებს, რომლებთანაც სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენელი ოდესმე ყოფილა (n=662), ჰკითხეს, უცდიათ თუ არა შეფასების პროცედურასთან დაკავშირებით საჩივრის წარდგენა (სარეიტინგო ქულა, სოციალური აგენტის ქმედება, მეთოდოლოგია და სხვ.). ათი ოჯახიდან ერთმა განაცხადა, რომ საჩივარი შეუტანია (9%). საჩივრებს სერიოზულად ეკიდებიან. მიზნობრივი სოციალური დახმარების მისაღებად შეფასების პროცესთან დაკავშირებული საჩივრების განხილვის შედეგები შემდეგია:

შეფასების პროცესის გასაჩივრების შედეგები (n=62)
▪ საჩივარი დაკმაყოფილდა - 24%
▪ საჩივარი ნაწილობრივ დაკმაყოფილდა - 12%
▪ საჩივარი არ დაკმაყოფილდა - 42%
▪ საჩივარი განიხილება - 16%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა - 6%

3.4 ჯანმრთელობის დაზღვევა

შესავალი

სოციალურად დაუცველი ოჯახების ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფა სახელმწიფომ დაიწყო 2006 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. ამ დაზღვევის ძირითადი ამოცანაა, რომ სოციალურად დაუცველ მოსახლეობას ხელი მიუწვდებოდეს სამედიცინო მომსახურებაზე და დაიცვას ღარიბი მოსახლეობა ჯანდაცვასთან ასოცირებული კატასტროფული ხარჯებისაგან. ჯანმრთელობის უფასო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციარების შერჩევა იგივენაირად ხდება, როგორც მიზნობრივი სოციალური დახმარების შემთხვევაში. ამისათვის ოჯახები უნდა დარეგისტრირდნენ სოციალურად

დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში და მათი შეფასება ხდება საჭიროებების შეფასების მეთოდოლოგიის საფუძველზე. ერთადერთი განსხვავება იმაში მდგომარეობს, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის შემთხვევაში ზღვრული ქულა უფრო მაღალია, ვიდრე ფულადი დახმარების შემთხვევაში და ამჟამად შეადგენს 70,001 ქულას. ოჯახები, რომლებიც ზღვრულ ქულაზე ნაკლები სარეიტინგო ქულით შეფასდებიან, მიიღებენ ჯანმრთელობის დაზღვევის ვაუჩერებს, რომლებიც შეიძლება გადაიცვალოს იმ სადაზღვევო კომპანიის ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისზე, რომელთანაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ხელშეკრულება აქვს გაფორმებული. 2008 წლის შემდეგ ზოგიერთ კატეგორიას (2008 წლის აგვისტოს მოვლენების შედეგად იძულებით ადგილნაცვალი პირები, საჯარო საცხოვრებელში მცხოვრები იძულებით ადგილნაცვალი პირები, სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი მსახიობები და ხელოვანები, სახელმწიფოს ზრუნვის სხვადასხვა ფორმის ქვეში მყოფი ბავშვები და სახელმწიფო დაწესებულებებში მცხოვრები ხანდაზმულები) აგრეთვე აქვს უფლება ჰქონდეს ჯანმრთელობის უფასო დაზღვევა, საჭიროებების შეფასების მოთხოვნის გარეშე. ჯანმრთელობის დაზღვევის ვაუჩერებს სოფლის ექიმები, ან სოციალური აგენტები არიგებენ. ბენეფიციარები უფლებამოსილი არიან ისარგებლონ ფართო პაკეტით - ჯანდაცვის პირველადი და მეორადი მომსახურებით. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ყოველთვიური პრემიის გადახდას თითოეული დაზღვეულისათვის 11 ლარის ოდენობით (გარდა დედაქალაქში მცხოვრები პირებისა, სადაც ყოველთვიური პრემია 9,7 ლარს შეადგენს). სოციალური მომსახურების სააგენტოს ინფორმაციით, ამჟამად ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა წარმოადგენს ჯანდაცვის სფეროს ყველაზე დიდ პროგრამას და ჯანდაცვის ბიუჯეტის 45% უჭირავს.[12] 2009 წელს მან 297 700 ოჯახი (904 900 პირს) მოიცვა, რაც მთელი ქვეყანის მასშტაბით ყველა ოჯახის 29,5%-ს შეადგენს (მთელი მოსახლეობის 20,6%)[13]. მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევამ დაადასტურა, რომ 2009 წელს საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით ერთ მეოთხედს ჯანმრთელობის დაზღვევა ჰქონდა. დაზღვეული მოსახლეობიდან უმრავლესობა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარია. კვლევამ აჩვენა, რომ იმ მოსახლეობის დიდი ნაწილი, რომელიც უნდა ყოფილიყო ამ პროგრამის ბენეფიციარი, ვერ ხვდებოდა პროგრამაში, ან არ იცოდა მისი არსებობის შესახებ. უღარიბეს კვინტილში მოსახლეობის ერთ მეხუთედზე ოდნავ მეტი (21,3%) სარგებლობდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით. წინამდებარე კვლევაში აქცენტი გაკეთდა სახელმწიფო პროგრამის მოცვის დაბალი დონის მიზეზებისა და პოტენციური ბენეფიციარებისათვის შესაძლო ბარიერების გამოკვლევაზე.

---

[12] ფინანსთა სამინისტრო (2010 წ.) საქართველოს კანონი სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ, 2010 წ.

[13] სოციალური სტატისტიკა, 2009 წ. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2010 წ.

დაზღვეული და დაზღვევის არმქონე შინამეურნეობების შედარების მიზნით, რათა უკეთ მომხდარიყო ძირითადი მაჩვენებლების ანალიზი დაზღვევის ტიპის მიხედვით, მონაცემები წარმოდგენილია შემდეგი ორი კატეგორიისათვის:

1) დაზღვევის არმქონე ოჯახები (n=435) (ოჯახები, რომელთა არც ერთ წევრს აქვს დაზღვევა); და
2) სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა მსგავსი დაზღვევის მქონე ოჯახები (n=432): ოჯახები, რომელთაც განაცხადეს, რომ სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, იძულებით გადაადგილებულ პირთა სადაზღვევო პროგრამის და/ან გარკვეული მუნიციპალური პროგრამების ფარგლებში არიან დაზღვეულები. აღნიშნული სადაზღვეო პროგრამები ვრცელდება ოჯახის ყველა წევრზე. (ამ ჯგუფში აგრეთვე ჩავრთეთ ის 49 შინამეურნეობა, რომელთა განცხადებით, მათ სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო სახელმწიფო დაზღვევა აქვთ, თუმცა მათი ოჯახის ზოგიერთ წევრზე ეს პროგრამა არ ვრცელდება).

'სხვა სახის დაზღვევის' მქონე ოჯახების მცირე ჯგუფი (35 ოჯახი, რომელთა ერთი წევრი დაზღვეულია სხვა სახის ჯანმრთელობის ინდივიდუალური სახელმწიფო, ან კერძო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში) ჩართულია სრული შერჩევის ანალიზში აგრეთვე იმ სხვადასხვა ცვლადის ანალიზში, რომელიც შეფასებულია რაიმე სახის დაზღვევის მქონე ოჯახებში. თუმცა, ისინი არ იქნა ჩართული დაზღვეული და დაზღვევის არმქონე ოჯახების შედარებით ანალიზში, ვინაიდან 'სხვა სახის დაზღვევის მქონე' ოჯახების ჯგუფი ძალზე მცირეა იმისათვის, რომ გაკეთდეს სანდო დასკვნები ცალკე ამ ჯგუფისათვის. ამასთანავე, არც ამ ჯგუფის სხვა სადაზღვევო სტატუსის მქონე ჯგუფებთან გაერთიანება იქნებოდა სწორი მიდგომა შეფასების მიზნებისათვის.

კვლევის შედეგები

ინფორმირებულობა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის პაკეტის შინაარსის შესახებ

რესპონდენტებს, რომელთაც იციან, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევა სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის მეშვეობით გაცემული შეღავათების ნაწილია (87%; იხ. ქვეთავი 3.3. *ინფორმირებულობა მომსახურების შესახებ),* ჰკითხეს, თუ რომელ მომსახურებას ფარავს სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პოლისი.

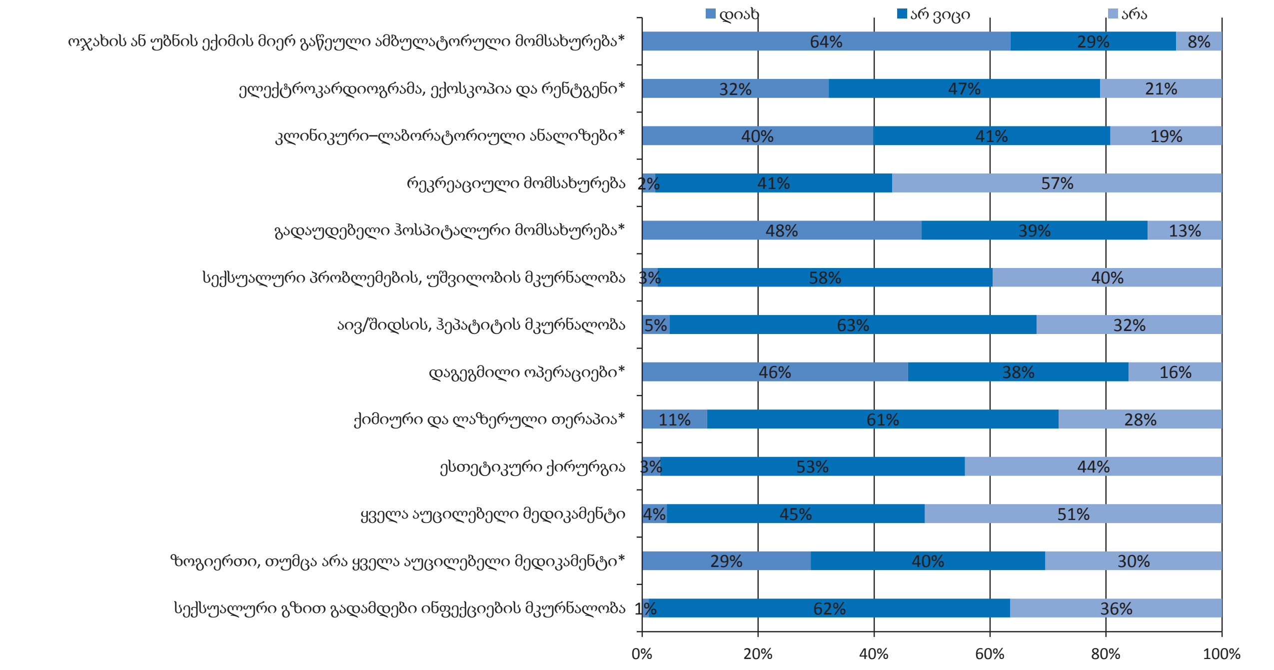
სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის მოცვის აღქმა (n=745)

- ამბულატორიული მომსახურების ხარჯები (ოჯახის/უბნის ექიმი)*- 44%
- დაგეგმილი ოპერაციები* - 31%
- არ ვიცი - 34%
- გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება* - 21%
- ლაბორატორიული ანალიზები* - 14%
- ელექტროკარდიოგრამა, ექოსკოპია და რენტგენი* - 10%
- მედიკამენტები - 9%
- მშობიარობა* - 6%
- ქიმიოთერაპია და რადიოთერაპია * - 0.8%
- ზოგიერთი (და არა ყველა აუცილებელი) მედიკამენტი** - 0.2%
- მხოლოდ საქართველოში წარმოებული მედიკამენტები - 0.1%

[სახელმწიფო პოლისით დაფარული მომსახურება მონიშნულია ""].** [მედიკამენტების ხარჯები იფარება მხოლოდ გარკვეული ლიმიტის ფარგლებში, რომელიც ამჟამად 50 ლარს შეადგენს, პაციენტის მიერ 50%-ის თანადაფინანსებით]

პირველ რიგში, მათ სთხოვეს ჩამოეთვალათ ის მომსახურება, რომელსაც, მათი აზრით, ფარავს სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაზეა მიბმული (ცხრილი იხ. ზემოთ). შემდეგ რესპონდენტებს წარედგინათ სამედიცინო მომსახურების ცალკეულ სახეობათა ჩამონათვალი. ამ ჩამონათვალში მოცემული მომსახურების თითოეულ სახეობაზე მათ სთხოვეს განესაზღვრათ, ფარავდა თუ არა ამ მომსახურების ღირებულებას სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა. ამ რესპონდენტთა დიდმა ნაწილმა განაცხადა, რომ არ იყო დარწმუნებული, ფარავდა თუ არა გარკვეული სახეობის მომსახურებას პოლისი. მომსახურების სახეობის მიხედვით რესპონდენტთა დაახლოებით 29%-63%-მა ვერ შეძლო იმის თქმა, ფარავდა თუ არა მომსახურებას სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა და გამოკითხულთა მნიშვნელოვანი ნაწილი არსებული შეღავათების შესახებ არასწორ ინფორმაციას ფლობდა.

გამოკითხულთა ინფორმირებულობა სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზის მეშვეობით მიღებული ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის შესახებ ცალკეული მომსახურების მიხედვით, საქართველო 2010წ.



(n = 745), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ. - პოლისით დაფარული მომსახურება მონიშნულია ""*

დაზღვეულ ოჯახებს უკეთესი წარმოდგენა აქვთ პოლისით დაფარული მომსახურების შესახებ (რესპონდენტების მიერ დაფიქსირებული - მიჭირს პასუხის გაცემა - 20%), ვიდრე დაზღვევის არმქონე (46 %) და ნაწილობრივ დაზღვეულ ოჯახებს (48%).

ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების შესახებ ინფორმაციის მიღების სასურველი წყარო

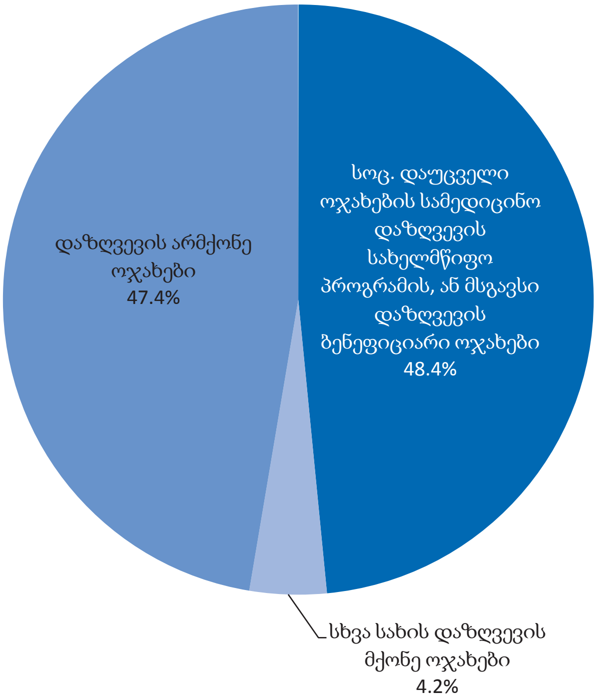
ყველა რესპონდენტს ჰკითხეს, თუ რომელ საინფორმაციო წყაროს ანიჭებდა უპირატესობას ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო სუბსიდირებული პროგრამების შესახებ ინფორმაციის მისაღებად. კვლევის შედეგების თანახმად, ტელევიზია ყველაზე უპირატესი წყაროა (84%). სხვა რჩეული წყაროებია: ოჯახის

ექიმი/პოლიკლინიკის ექიმი (28%); საინფორმაციო ბუკლეტები (20%); გაზეთები/ჟურნალები (12%) და კვალიფიციური პირების მიერ ორგანიზებული საგანგებო შეხვედრები სამსახურში ან სახლში (11%).

ჯანმრთელობის დაზღვევის მოცვა

გამოკითხული ოჯახების დაახლოებით ნახევარი (53%) ამბობს, რომ მის ოჯახს, რაღაცა სახის ჯანმრთელობის დაზღვევა მაინც აქვს. დაზღვეული ოჯახების დიდი უმრავლესობა დაზღვეულია სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, რომლებიც ფარავენ მთელ ოჯახს, სოციალურად დაუცველი ოჯახების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის მსგავსად (მაგ. იძულებით ადგილნაცვალ პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევა და სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის გარკვეული მუნიციპალური პროგრამები). წინამდებარე ანგარიშში ეს პროგრამები მოხსენიებულია, როგორც სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა, ან მსგავსი დაზღვევა. ოჯახების მცირე ნაწილი (4%) აცხადებს, რომ მათი ოჯახის ერთ წევრს აქვს რაიმე სხვა ტიპის დაზღვევა სახელმწიფო, თუ კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახით, რომელიც ხშირად ოჯახის მხოლოდ ერთ წევრზე ვრცელდება (როგორიცაა, საჯარო სკოლების მასწავლებელთა ჯანმრთელობის დაზღვევა, რომელსაც წინამდებარე ანგარიშში 'სხვა სახის დაზღვევად' მოვიხსენიებთ).

ჯანმრთელობის დაზღვევის მოცვა
უღარიბეს კვინტილში ჯანმრთელობის დაზღვევის მქონე ოჯახების პროცენტული რაოდენობა, საქართველო 2010წ.



(n = 902), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

დასავლეთ საქართველოში უღარიბეს კვინტილს უფრო მაღალი ალბათობით აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევა (რაღაც სახის დაზღვევა აქვს დასავლეთ საქართველოში ოჯახების 59%-ს, ხოლო აღმოსავლეთ საქართველოში - 44%-ს). ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ოჯახებს ყველაზე ნაკლები ალბათობით აქვთ დაზღვევა.

ცხრილი: ჯანმრთელობის დაზღვევის მქონე ოჯახთა პროცენტული რაოდენობა რეგიონის/ეროვნების მიხედვით საქართველოში, 2010 წ.

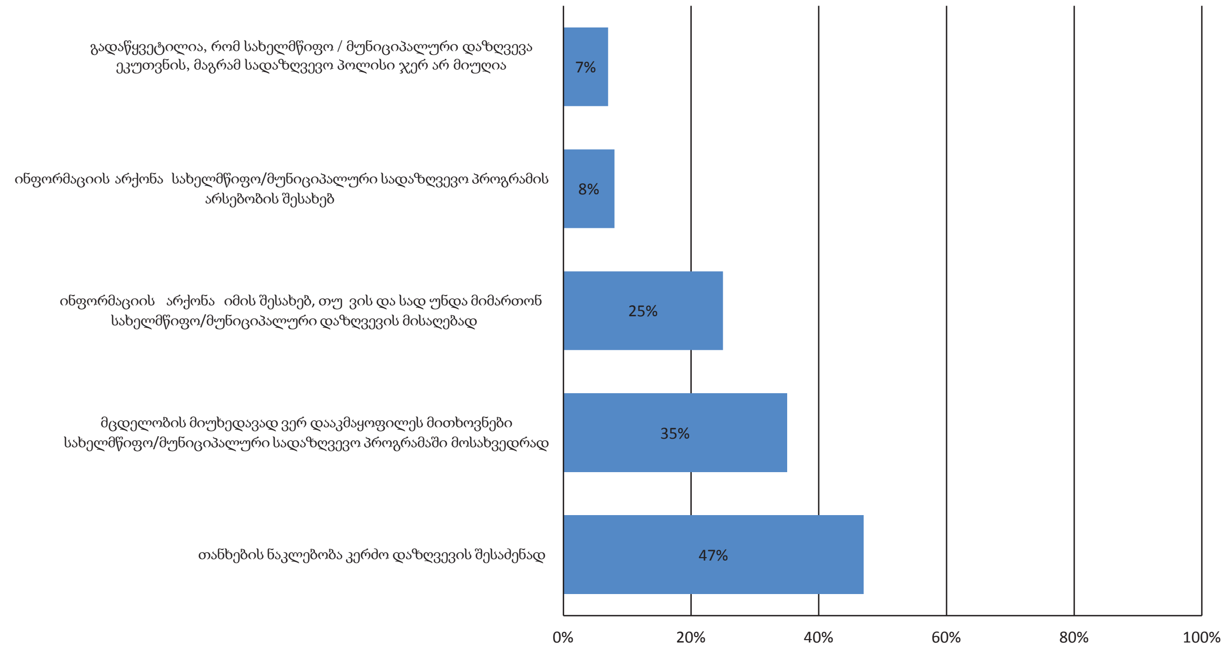
	თბილისი N=111	დასავლეთ საქართველო N=374	აღმოსავლეთ საქართველო N=417	ქართველი N=756	აზერბაიჯანელი N=93	სომეხი N=33	სულ N=902
ჯანმრთელობის დაზღვევა							
დაზღვეულია სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა მსგავსი დაზღვევის ფარგლებში	50%	54%	41%	51%	32%	16%	48,4%
დაზღვეულია სხვა სახის დაზღვევის ფარგლებში	5%	5%	3%	5%	0%	0%	4,2%
დაზღვეული არ არის	45%	41%	56%	44%	68%	76%	47,4%
სულ	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3.4.1 ინფორმაცია დაზღვევის არმქონე ოჯახების და ნაწილობრივ დაზღვეული ოჯახების შესახებ

ჯანმრთელობის დაზღვევით სარგებლობის ბარიერები

ოჯახებში, რომელთაც განაცხადეს, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევა არ აქვთ, გამოიკითხა ჯანმრთელობის დაზღვევის არქონის შესაძლო მიზეზები. ძირითად მიზეზებად დასახელდა შემდეგი: კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის შეძენისათვის სახსრების არქონა (47%) და ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობისათვის შესაბამისი მოთხოვნების დაუკმაყოფილებლობა (35%). ინფორმაციის ნაკლებობა იმის შესახებ, თუ სად და ვის უნდა მიმართონ სახელმწიფო/მუნიციპალური დაზღვევის პროგრამაში მოსახვედრად, როგორც ჩანს, აგრეთვე მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს (25%).

უღარიბეს კვინტილში სადაზღვევო პოლისის არქონის მიზეზი დაზღვევის (ნაწილობრივ) არმქონე ოჯახებში საქართველო 2010 წ.



(n=514), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

კერძო დაზღვევის შესაძენად სახსრების არქონა უმთავრესი ფაქტორია თბილისის მაცხოვრებელ რესპო-დენტთათვის (90%). სხვაგან მცხოვრებ შინამეურნეობებს, როგორც ჩანს, დაზღვევის შეძენის შესაძლებ-ლობა არც კი განუხილავთ. ყველა ჯგუფში გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი ნაწილი, რომელმაც მცდელობის მიუხედავად ვერ მიიღო სახელმწიფო/მუნიციპალური ჯანმრთელობის დაზღვევა, განსაკუთრებით აღმო-სავლეთ საქართველოში მცხოვრებ შინამეურნეობებში. ინფორმაციის ნაკლებობა იმის შესახებ, თუ როგორ მიმართონ სახელმწიფო/მუნიციპალური ჯანმრთელობის დაზღვევის მისაღებად ,აზერბაიჯანული ეროვ-ნების ჯგუფისათვის მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენს.

ცხრილი: ჯანმრთელობის დაზღვევის არქონის მიზეზები რეგიონისა და ეროვნების მიხედვით, საქართველო, 2010 წ.

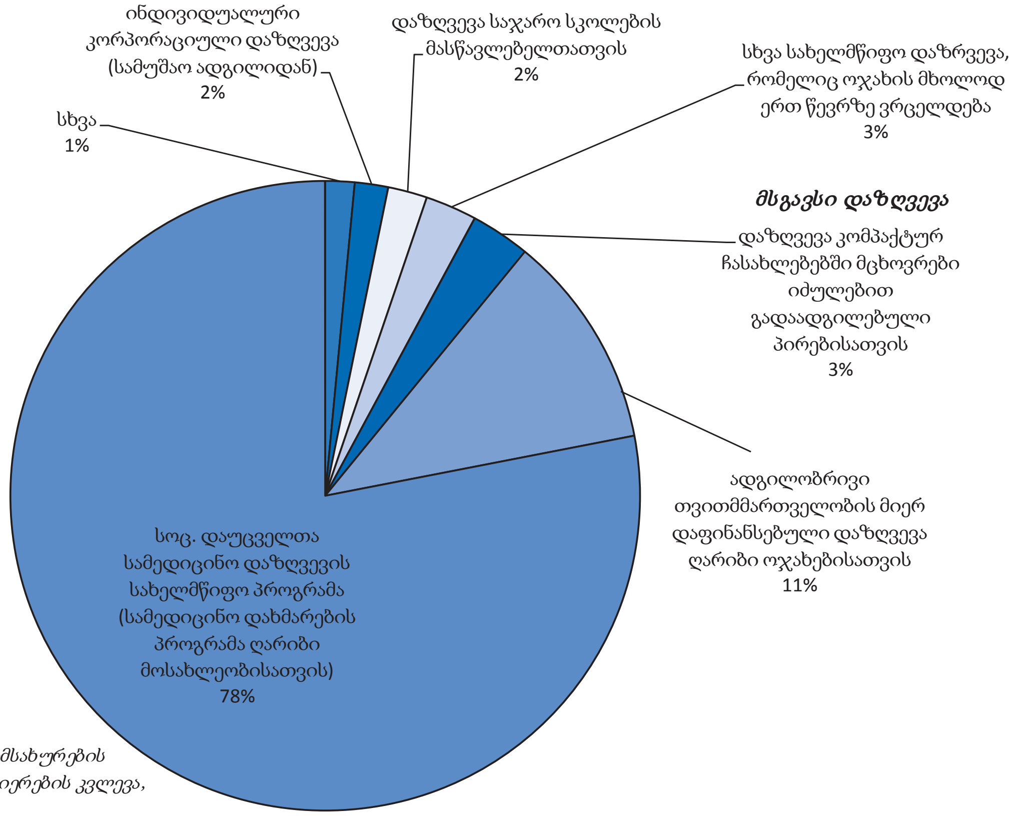
	თბილისი N=67	დასავლეთ საქართველო N=181	აღმოსავლეთ საქართველო N=266	ქართველი N=409	აზერბა-იჯანელი N=68	სომეხი N=25	სულ N=514
სახელმწიფო ჯანმრ-თელობის დაზღვევის არსებობის შესახებ ინ-ფორმაციის არქონა	9%	5%	10%	6%	25%	..	8%
ინფორმაციის არქონა იმის შესახებ, თუ რო-გორ უნდა მიმართონ	36%	17%	24%	20%	61%	36%	25%
მცდელობის მიუხედა-ვად, სახელმწიფო ჯანმ-რთელობის დაზღვევის პროგრამაში ვერ მოხ-ვედრა	25%	39%	50%	36%	43%	18%	36%

	თბილისი N=67	დასავლეთ საქართველო N=181	აღმოსავლეთ საქართველო N=266	ქართველი N=409	აზერბა-იჯანელი N=68	სომეხი N=25	სულ N=514
მათ ერგებათ დაზღვევა, თუმცა პოლისი ჯერ არ მიუღიათ	3%	12%	6%	8%	1%	11%	7%
კერძო დაზღვევის შესაძენად საშუალების არქონა	90%	16%	39%	51%	3%	45%	47%

3.4.2 ინფორმაცია დაზღვეული ოჯახების შესახებ

როგორც ზემოთ აღინიშნა, გამოკითხულ შინამეურნეობათა ნახევარზე ოდნავ მეტი აცხადებს, რომ მის ოჯახს აქვს რაღაც სახის ჯანმრთელობის დაზღვევა (ოჯახის ერთი წევრი მაინც არის დაზღვეული). ამ ოჯახების აბსოლუტური უმრავლესობა (92%) სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით, ან სხვა სახელმწიფო დაზღვევით სარგებლობს, რომელიც ბენეფიციარ ოჯახებს მსგავს სადაზღვევო შეღავათებს სთავაზობს (დაზღვევა კომპაქტურ ჩასახლებებში მცხოვრები იძულებით გადაადგილებული პირებისათვის, სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის განკუთვნილი ზოგიერთი მუნიციპალური პროგრამა). წინამდებარე ანგარიშში ეს სახელმწიფო პროგრამები მოხსენიებულია, როგორც სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა, ან მსგავსი დაზღვევა.

უღარიბეს კვინტილში ჯანმრთელობის დაზღვევის მქონე ოჯახები, სადაც ერთი წევრი მაინც არის დაზღვეული, დაზღვევის ტიპის მიხედვით საქართველო, 2010 წ.



(n = 472), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ

ოჯახებს, რომელთაც აქვთ ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევა ან იძულებით ადგილნაცვალ პირთა ან სხვა სახელმწიფო/მუნიციპალური დაზღვევა, ჰკითხეს, თუ საიდან შეიტყვეს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის შესახებ. ინფორმაციის ძირითად წყაროდ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური აგენტები (41 %), ექიმები (22 %) და მეგობრები/ნათესავები (12 %) დასახელდნენ.

ინფორმაციის წყარო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების შესახებ სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციართა შორის, საქართველო 2010წ. N=432	
სოციალური აგენტი	41%
ექიმი	22%
მეგობარი/ნათესავი	12%
ჯანმრთელობის სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენელი	10%
ტელევიზია	8%
ინფორმაცია სამსახურში მიიღო	3%
ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენლისაგან	1%
სხვა	3%
მიჭირს პასუხის გაცემა	7%

სადაზღვევო პოლისის მოქმედების ვადა

სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციართა დაახლოებით ერთი მესამედი დაზღვეულია ერთ წელზე ნაკლები ხნის წინ. (სადაზღვევო პოლისის მოქმედების საშუალო ვადაა 22 თვე).

უღარიბეს კვინტილში სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამეიდიცინო დაზღევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციარ ოჯახებში ჯანრთელობის დაზღვევის ვადა, საქართველო 2010წ. N=432	
0-6 თვე	14%
7-12 თვე	20%
13-24 თვე	23%
25 თვე ან მეტი ხნის წინ	23%
მიჭირს პასუხის გაცემა	20%

სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის სადაზღვევო პოლისის ლოდინის პერიოდი

რესპოდენტთა დაახლოებით ერთმა მეოთხედმა ვერ გაიხსენა, თუ რამდენი დრო გავიდა სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის უფლების დადგენიდან შესაბამისი სადაზღვევო პოლისის მიღებამდე. ოჯახების დაახლოებით 70%-მა, რომლებმაც კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში წარადგინეს განაცხადი ჯანმრთელობის დაზღვევის ამ პროგ-

რამაზე და ამ პერიოდის გახსენება შეძლეს, აღნიშნეს, რომ განაცხადის წარდგენიდან სადაზღვევო პოლისის მიღებამდე 0-3 თვე გავიდა. საშუალოდ, სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მოხვედრიდან შესაბამისი სადაზღვევო პოლისის მიღებამდე 2 თვეა საჭირო.

ვადა სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის უფლების დადგენიდან სადაზღვევო პოლისის მიღებამდე, საქართველო, 2010 წ. (n=349)		
0-3 თვე	35 %	(72%)*
4-6 თვე	9%	(20%)*
7-12 თვე	4%	(8%)*
სადაზღვევო პოლისი მიიღო 1 წელზე მეტი ხნის წინ	28%	
მიჭირს პასუხის გაცემა	24%	
** მაჩვენებელი ფრჩხილებში = მაჩვენებელს იმ ოჯახების გამოკლებით, რომლებმაც სადაზღვევო პოლისი ერთ წელზე მეტი ხნის წინ მიიღეს და/ან პერიოდი ვერ გაიხსენეს, n=148*		

დაბრკოლებები ჯანმრთელობის დაზღვევაზე განაცხადის წარდგენის პროცესში

ოჯახებს, რომლებმაც ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის მისაღებად განაცხადი წარადგინეს, ჰკითხეს, შეხვდათ თუ არა რაიმე პრობლემა სადაზღვევო პოლისის მიღებისას. 12%-მა განაცხადა, რომ უშუალოდ პოლისის მიღებას საკმაოდ დიდი დრო დასჭირდა.

პრობლემები სადაზღვევო პოლისის მიღებისას სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა დაზღვევის მქონე ოჯახებში (n=440)
▪ ძალიან დაგვიანდა - 12%
▪ სახლში არ მომიტანეს და ადგილზე მისვლა მომიწია - 8%
▪ ადგილზე მისვლა ბევრჯერ მომიწია - 4%
▪ ცუდად (უხეშად) მოგვექცნენ - 3%

სადაზღვევო პოლისის შინაარსის გაგება (ნებისმიერი სახის დაზღვევა)

რომელიმე სახის დაზღვევის მქონე რესპონდენტთა დაახლოებით 80 % აცხადებს, რომ სადაზღვევო პოლისი მათი ოჯახის ერთ წევრს მაინც აქვს წაკითხული. შემთხვევების 17%-ში სადაზღვევო პოლისი ოჯახის არც ერთ წევრს არ წაუკითხავს.

სადაზღვევო პოლისის წაკითხვა (ნებისმიერ სახის დაზღვევის მქონე ყველა ოჯახი) (n=467)
▪ დიახ, სადაზღვევო პოლისი წავიკითხე - 54%
▪ დიახ, მე და ჩემმა ოჯახის წევრმა წავიკითხეთ - 15%
▪ არ წამიკითხავს, მაგრამ ჩემმა ოჯახის წევრმა წაიკითხა - 10%
▪ ოჯახის არც ერთ წევრს არ წაგვიკითხავს - 17%
▪ არ წამიკითხავს და არ ვიცი, ოჯახის რომელიმე წევრმა წაიკითხა თუ არა - 5%

იმ რესპონდენტთა დიდი უმრავლესობის თანახმად, რომელთაც იგი წაკითხული აქვთ, სადაზღვევო პოლისის შინაარსი სრულიად გასაგებია მათთვის და მათი ოჯახის წევრებისათვის (87%).

სადაზღვევო პოლისის შინაარსის გაგება (n=353)
▪ სრულიად გასაგებია - 87%
▪ ნაწილობრივაა გასაგები - 11%
▪ სრულიად გაუგებარია - 0.7%
▪ არ არის - 1%

იმ რესპოდენტებმა, რომლებმაც განაცხადეს, რომ სადაზღვევო პოლისის შინაარსი სრულიად გასაგები არ იყო, მიუთითეს პოლისის ტექსტის ბუნდოვანებაზე რამდენიმე საკითხთან დაკავშირებით.

სადაზღვევო პოლისში გაურკვეველი საკითხები (n=81)
▪ რა მომსახურებას ფარავს სადაზღვევო პოლისი - 40%
▪ ვის უნდა მივმართოთ, თუ წავაწყდით პრობლემას იმ მომსახურების მიღებისას, რომელსაც, ჩვენი აზრით,დაზღვევა ფარავს - 26%
▪ თანადაფინანსების სისტემა - 23%
▪ რომელი მედიკამენტის ღირებულებას ფარავს დაზღვევა - 23%
▪ რომელ სამედიცინო დაწესებულებას უნდა მივმართოთ ჯანმრთელობის პრობლემის წარმოქმნისა და სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში - 16%
▪ თითქმის ყველაფერი გაუგებარია - 14%
▪ გამონაკლისები (იმ მომსახურებათა ჩამონათვალი, რომლებსაც დაზღვევა არ ფარავს - 10%)

ოჯახში რაიმე სახის დაზღვევის მქონე გამოკითხულთა მთლიანი რაოდენობის ერთმა მეოთხედმა განაცხადა, რომ მათ ჰქონიათ წარსულში თავიანთ დაზღვევასთან დაკავშირებული დამატებითი ინფორმაციის მიღების სურვილი ან საჭიროება (24%).

შემდეგ რესპონდენტებს ჰკითხეს, თუ რომელ საინფორმაციო წყაროს მიმართავენ ჩვეულებრივ თავიანთი ჯანმრთელობის დაზღვევასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მისაღებად. ინფორმაციის „მსგავსი დაზღვევის მქონე მეგობრებისგან/ნათესავებისგან" მიღება, როგორც ჩანს, ყველაზე პოპულარული წყაროა (40%). ამას მოსდევს უშუალოდ „სადაზღვევო პოლისის წაკითხვა" (36%) და „ექიმისათვის შეკითხვის დასმა" (30%). სადაზღვევო კომპანიების ცხელი ხაზი ინფორმაციის ყველაზე იშვიათად გამოყენებულ წყაროებს შორის მოხვდა (13%).

დაზღვეული ოჯახების მიერ გამოყენებული ინფორმაციის წყარო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ (n=145)
▪ ვკითხეთ მეგობრებს/ნათესავებს, რომელთაც მსგავსი დაზღვევა აქვთ – 40%
▪ წავიკითხეთ სადაზღვევო პოლისი – 36%
▪ ვკითხეთ ექიმს – 30%
▪ დავრეკეთ სადაზღვევო კომპანიის 24-საათიან ცხელ ხაზზე – 13%
▪ მივმართეთ სამედიაციო საინფორმაციო სამსახურს (555 115) – 5%
▪ მივმართეთ სოციალური მომსახურების სააგენტოს – 4%
▪ მივმართეთ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს – 2%
▪ მივმართეთ ადგილობრივ თვითმმართველობას – 1%

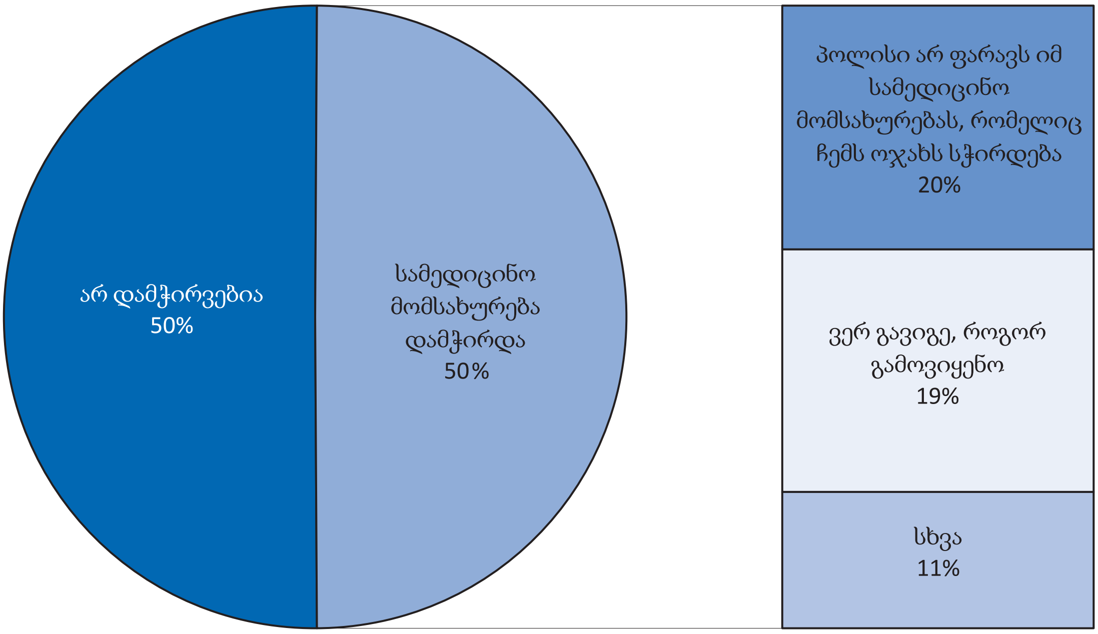
ჯანმრთელობის დაზღვევით სარგებლობა (ჯანმრთელობის ნებისმიერი სახის დაზღვევა)

დაზღვეული (სრულად ან ნაწილობრივ) ოჯახების 57%-მა განაცხადა, რომ ოჯახის ერთმა წევრმა მაინც ისარგებლა ჯანმრთელობის დაზღვევით (ან სამედიცინო მომსახურებით, რომლის საფასურიც სადაზღვევო კომპანიამ გადაიხადა) ერთხელ მაინც კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში.

ჯანმრთელობის დაზღვევის გამოუყენებლობის მიზეზები (ჯანმრთელობის ნებისმიერი სახის დაზღვევა)

ოჯახებს, რომელთაც ჯანმრთელობის დაზღვევით კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში არ უსარგებლიათ, სთხოვეს ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურების გამოუყენებლობის მიზეზების დასახელება. რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარმა განაცხადა, რომ არ დასჭირვებიათ დაზღვევა (ე.ი. ჯანმრთელობის პრობლემა არ ჰქონიათ). რაც შეეხება იმ რესპონდენტებს, რომელთაც ჯანმრთელობის პრობლემების მიუხედავად დაზღვევით არ უსარგებლიათ, შემდეგი მიზეზები დაასახელეს: საჭირო სამედიცინო მომსახურებას სადაზღვევო პოლისი არ ფარავდა და/ან დაზღვევის გამოყენების წესის შესახებ ცოდნა იყო შეზღუდული.

ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის გამოუყენებლობის მიზეზები
უღარიბეს კვინტილში ოჯახების მიერ, რომლებიც დაზღვეულნი არიან, მაგრამ სადაზღვევო პოლისით უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში არ უსარგებლიათ, საქართველო 2010წ.



კმაყოფილება სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებით (ჯანმრთელობის ნებისმიერი სახის დაზღვევა)

იმ ოჯახების უმრავლესობა, რომლებმაც თავიანთი დაზღვევით (ან სამედიცინო მომსახურებით, რომლის საფასურიც სადაზღვევო კომპანიამ დაფარა) კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში ერთხელ მაინც ისარგებლა, აცხადებს, რომ არიან „ძალიან კმაყოფილი" ან „საკმაოდ კმაყოფილი" მათი სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით (77%). ოჯახების 21 % აცხადებს, რომ „არც კმაყოფილია და არც უკმაყოფილოა". (შენიშვნა: ამ შეკითხვის დასმისას, რესპონდენტებს სთხოვეს, რომ მხოლოდ სადაზღვევო კომპანიის მომსახურება შეეფასებინათ და არა დაზღვევით დაფარული სამედიცინო მომსახურება.)

კმაყოფილება სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით (n=269)
▪ ძალიან კმაყოფილი - 31%
▪ საკმაოდ კმაყოფილი - 46%
▪ არც კმაყოფილი, არც უკმაყოფილო - 21%
▪ გარკვეულწილად უკმაყოფილო - 2%
▪ უკმაყოფილო– 0.4%

დაზღვევის მომხმარებელთა მცირე ნაწილმა განაცხადა, რომ გარკვეულ ბიუროკრატიულ სირთულეებს წააწყდა სადაზღვევო კომპანიის მიერ მკურნალობის ხარჯების დაფარვასთან დაკავშირებით (4%). დასახელებული პრობლემები მოიცავს:

სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით კმაყოფილება: ბიუროკრატიული სირთულეები (n=26)
▪ არ დაფარეს მომსახურება, რომელიც მჭირდებოდა - (4 ოჯახი)
▪ ყოველთვის დიდხანს გვიწევს მოცდა, დიდი რიგებია - (2 ოჯახი)
▪ ძალიან დაუდევრად/უხეშად მოგვექცნენ - (2 ოჯახი)
▪ ანაზღაურება/საგარანტიო წერილის მომზადება გაჭიანურდა - (1 ოჯახი)
▪ საჭირო ინფორმაცია სრულად და გასაგებად არ მომაწოდეს - (1 ოჯახი)
▪ სადაზღვევო პოლისში განსაზღვრული მომსახურებისათვის საფასურის გადახდა მომთხოვეს - (1ოჯახი)
▪ სადაზღვევო კომპანიის მიერ შერჩეული სამედიცინო დაწესებულება არ მომეწონა - (1ოჯახი)

დავები სადაზღვევო კომპანიებთან (ნებისმიერი სახის დაზღვევა)

სადაზღვევო კომპანიებთან მიმდინარე სამართლებრივი დავების შესახებ არავის განუცხადებია. რესპონდენტთა 3%-ს ჰქონდა გარკვეული სახის უთანხმოება/გაუგებრობა სადაზღვევო კომპანიასთან. 6 ოჯახის განცხადებით, უთანხმოება/გაუგებრობა იმიტომ წარმოიშვა, რომ სადაზღვევო კომპანიამ მათი მკურნალობის ხარჯების დაფარვაზე უარი განაცხადა. ერთმა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ სადაზღვევო კოპანია არასათანადოდ მოექცა/არასწორი ინფორმაცია მიაწოდა.

დამოკიდებულება ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციართა მიმართ (სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა, ან მსგავსი დაზღვევა, მათ შორის ნაწილობრივ დაზღვეული ოჯახები)

სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული ჯანმრთელობის დაზღვევის მქონე ოჯახებს (სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციარები), რომელთაც კვლევის ჩატარებამდე 12 თვის განმავლობაში თავიანთი დაზღვევით ისარგებლეს, ჰკითხეს, ხომ არ უგრძვნიათ უხეში/დაუდევარი დამოკიდებულება სადაზღვევო კომპანიის ან სამედიცინო პერსონალის მხრიდან, რადგან მათ სახელმწიფოს/მუნიციპალიტეტის მიერ უზრუნველყოფილი დაზღვევა ჰქონდათ. გამოკითხულთა 90%-ზე მეტს არ უგრძვნია უარყოფითი დამოკიდებულება სადაზღვევო კომპანიის ან სამედიცინო პერსონალის მხრიდან. 8%-მა განიცადა უარყოფითი დამოკიდებულება ექიმების მხრიდან (იშვიათად - 5%; ხშირად - 3%; ყოველთვის - 0.4%). უარყოფით დამოკიდებულება ნაკლები ალბათობით გამოვლინდა სადაზღვევო კომპანიის თანამშრომლების მხრიდან – 4% (ხშირად - 3.5%; იშვიათად - 0.5%).

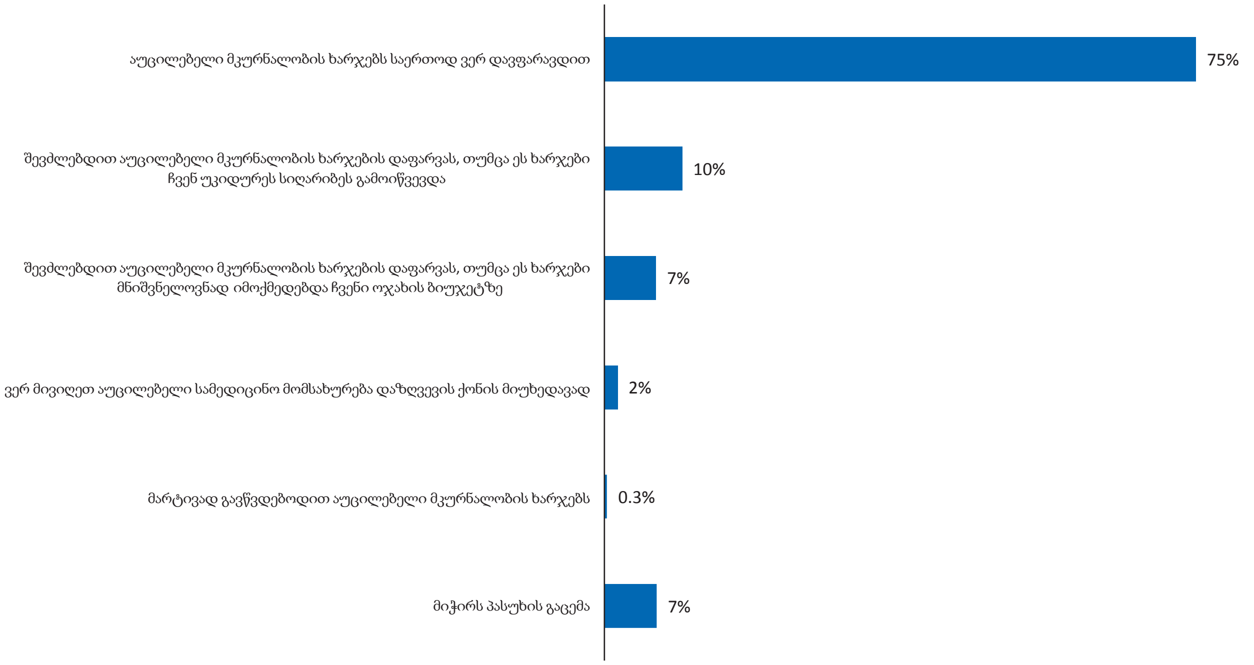
ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის 10 ბენეფიციარიდან ერთი აცხადებს, რომ მისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება განსხვავებულია იმ პირებისათვის გაწეული მომსახურებისაგან, ვისაც დაზღვევა არ აქვს და თვითონ იხდის მომსახურების საფასურს. რესპონდენტთა უმრავლესობას (77%) არ მიაჩნია, რომ განსხვავებულად ეპყრობიან.

სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის მქონე პაციენტებისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და შედარება დაზღვეული ოჯახების დაზღვევის არმქონე პაციენტებთან, რომელთაც მომსახურებით ბოლო 12 თვის განმავლობაში ისარგებლეს (n=269)
▪ იგივე ხარისხის მომსახურებას იღებ, რასაც მიიღებდი მომსახურების საფასურის თვითდაფინანსების შემთხვევაში - 77%
▪ კარგ სამედიცინო მომსახურებას იღებ, თუმცა პირადად უფრო დაუდევრად გექცევიან, შესაძლოა უხეშადაც კი - 9%
▪ ყველა თვალსაზრისით უარესი ხარისხის მომსახურებას იღებ (როგორც სამედიცინო, ისე პიროვნული თვალსაზრისით), ვინაიდან „დაზღვევით მიდიხარ“ და თვითონ არ იხდი - 2%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა - 11%

ჯანმრთელობის დაზღვევის მნიშვნელობის გაცნობიერება სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით (ნებისმიერი სახის დაზღვევა)

ოჯახებს, რომლებმაც თავიანთი ჯანმრთელობის დაზღვევით კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში ისარგებლეს, ჰკითხეს, თუ რამდენად შეძლებდნენ თავიანთი ოჯახის წევრების მკურნალობის ხარჯების დაფარვას, რომ არ ჰქონოდათ ჯანმრთელობის დაზღვევა. რესპონდენტთა სამი მეოთხედი აცხადებს, რომ საერთოდ ვერ შეძლებდა მკურნალობის ხარჯების დაფარვას. 17% კი ამბობს, რომ ეს ხარჯები მათ უკიდურეს სიღარიბეს გამოიწვევდა ან მნიშვნელოვან გავლენას იქონიებდა მათი ოჯახის ბიუჯეტზე.

ჯანმრთელობის დაზღვევის მნიშვნელობის აღქმა
უღარიბეს კვინტილში დაზღვევის არქონის შემთხვევაში ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის გადახდის შესაძლებლობა დაზღვეული ოჯახების მიერ, რომელთაც პოლისი უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში გამოიყენეს, საქართველო 2010წ.



(n = 269), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქრთველო, 2010წ.

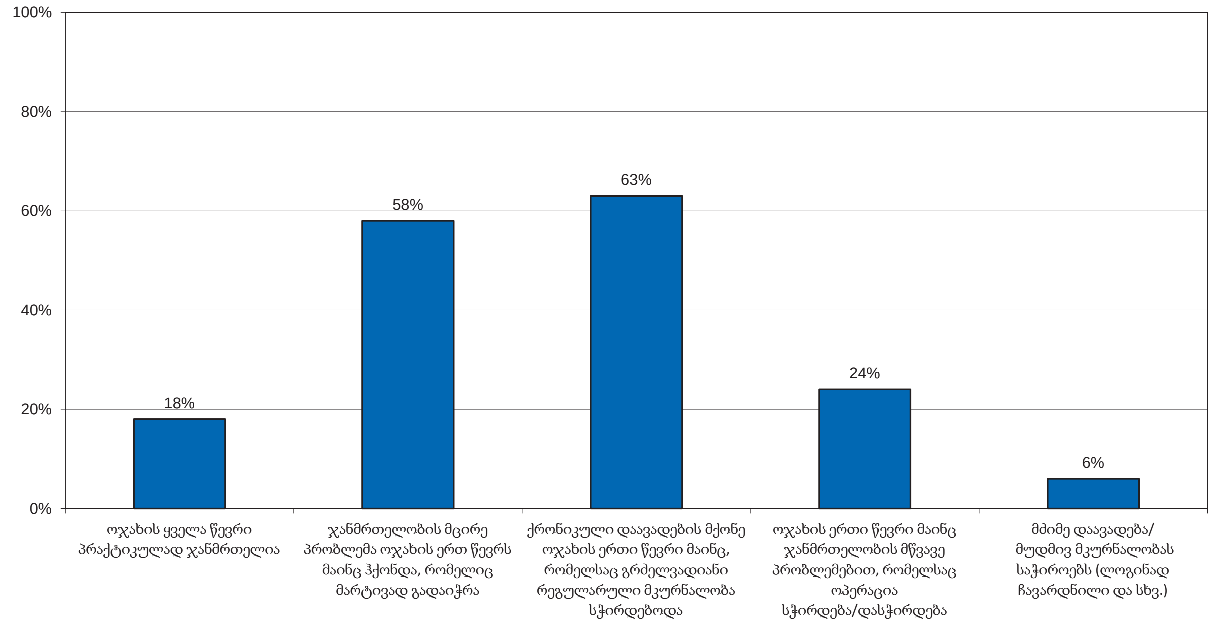
3.4.3 ქცევა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით

ჯანმრთელობის თვითშეფასებული სტატუსი

ოჯახების დიდი უმრავლესობა (82%) აცხადებს, რომ მათი ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში სამედიცინო დახმარება სჭირდებოდა [ა) ქრონიკული დაავადება, რომელსაც გრძელვადიანი (1 წელზე მეტი) რეგულარული მკურნალობა სჭირდებოდა; ბ) ჯანმრთელობის მწვავე მდგომარეობა, რომელსაც ქირურგიული ჩარევა სჭირდება/დასჭირდა; გ) მძიმე დაავადება/საჭიროებს მუდმივ მოვლას (ლოგინად ჩავარდნილი და სხვ.)].

შინამეურნეობათა 58%-მა განაცხადა, რომ მათი ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს ჯანმრთელობის უმნიშვნელო პრობლემები ჰქონდა ბოლო 12 თვის განმავლობაში და ისინი მარტივად გადაიჭრა. შინამეურნეობათა თითქმის ორი მესამედი (62%) ამბობს, რომ მათი ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს დასჭირდა გრძელვადიანი (1 წელზე მეტი) რეგულარული მკურნალობა. შინამეურნეობათა ერთი მეოთხედის (24%) თქმით, მათი ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს ჯანმრთელობის მწვავე პრობლემა ჰქონდა, რომელსაც ქირურგიული ჩარევა დასჭირდა (ან სჭირდება). შინამეურნეობათა 6%-ში ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს მძიმე ქრონიკული დაავადება აქვს, რომელსაც მუდმივი მოვლა/მზრუნველობა ესაჭიროება (ლოგინად ჩავარდნილი და სხვ.).

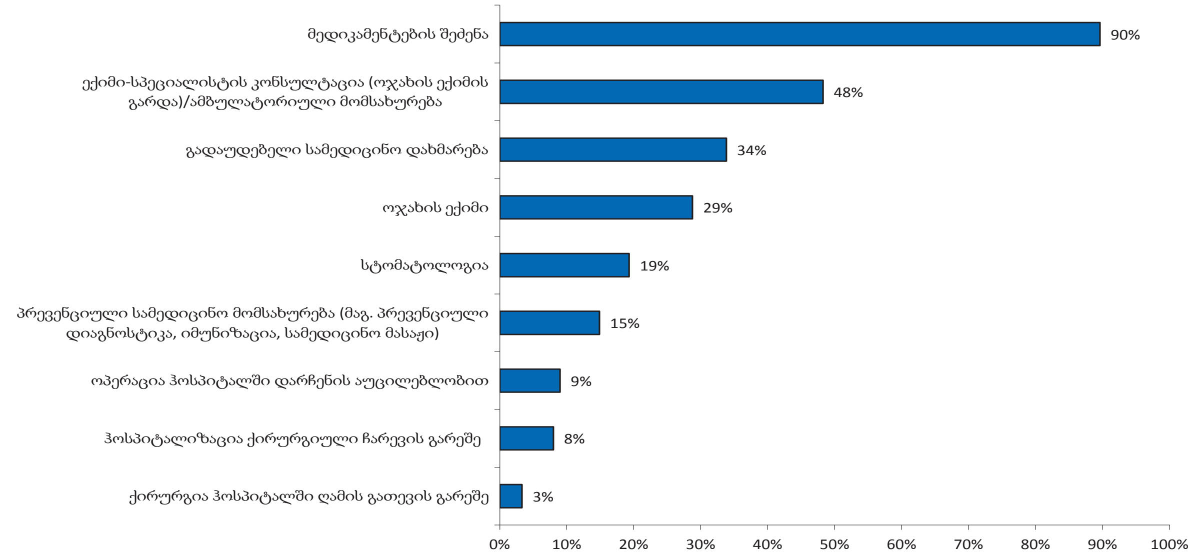
შინამეურნეობების ჯანმრთელობის სტატუსი
უღარიბეს კვინტილში ოჯახების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც აცხადებენ ოჯახში ჯამრთელობასთან დაკავშირებული გარკვეული პრობლემების შესახებ კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში , საქართველო 2010წ.



სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების მიღება

სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა და მედიკამენტების მიღება შეფასებულ იქნა კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში. ზოგადად, უღარიბეს კვინტილში ყველაზე მეტად გამოყენებულ სამედიცინო მომსახურებას სპეციალისტი ექიმების მიერ განხორციელებული ამბულატორიულ მკურნალობა წარმოადგენს (შინამეურნეობათა 48%-ში მინიმუმ ერთმა წევრმა ისარგებლა ამ მომსახურებით უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში). სასწრაფო დახმარება სამედიცინო მომსახურების მეორე ყველაზე ხშირად გამოყენებული სახეობაა (34%). შინამეურნეობათა ერთ მესამედზე ნაკლებმა (29%) ოჯახის ექიმის მომსახურება დაასახელა. საკმაოდ იშვიათად გამოიყენება (15%) პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურება. აბსოლუტურმა უმრავლესობამ (90%) განაცხადდა რომ შეიძინა მედიკამენტები.

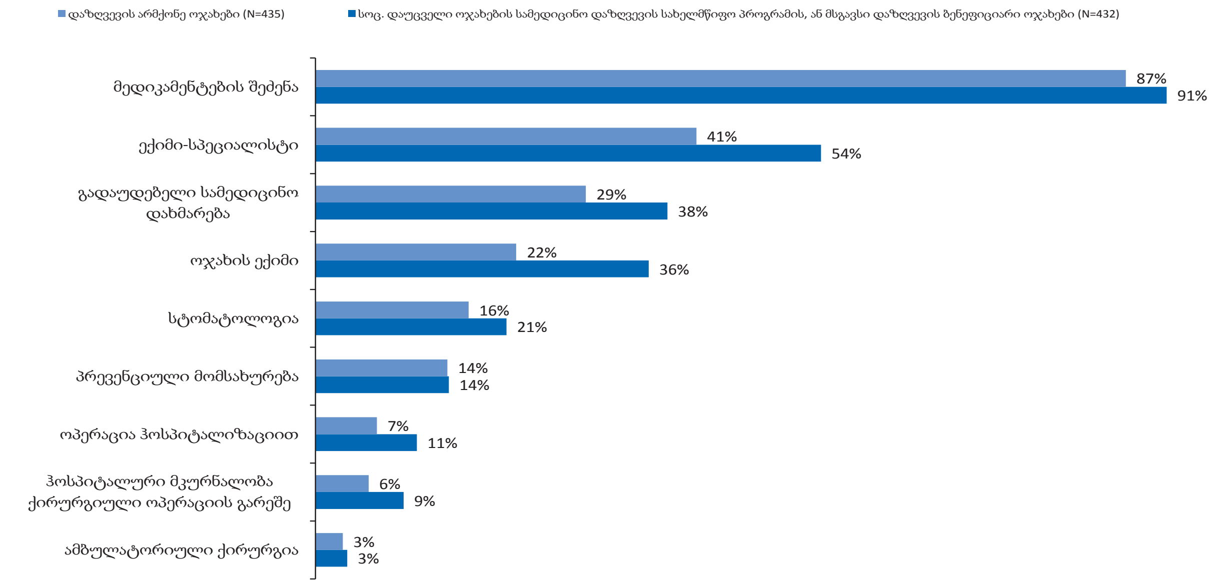
სამედიცინო მომსახურების და მედიკამენტების გამოყენება
კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურების გამოყენება ერთხელ მაინც, ოჯახის ნებისმიერი წევრის მიერ უღარიბეს კვინტილში , საქართველო 2010წ.



(n = 902), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

ზოგადად, ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის ან მსგავსი დაზღვევის მქონე ოჯახები უფრო მაღალი ალბათობით სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით ვიდრე დაზღვევის არქმონე ოჯახები, გარდა პრევენციული მომსახურებისა და ამბულატორიული ქირურგიისა. მაგალითად, ისინი უფრო მაღალი ალბათობით სარგებლობენ ოჯახის ექიმის მომსახურებით (36%, 22%-თან შედარებით), სპეციალიზებული ექიმის მომსახურებით და ჰოსპიტალური მომსახურებით, ვიდრე დაზღვევის არმქონე ოჯახები. ზოგადად, ეს შედეგები მიუთითებს, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის ქონა ხელს უწყობს ჯანდაცვის მომსახურებით სარგებლობას ფინანსური ბარიერების აღკვეთის, ან შემცირების გამო.

სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების გამოყენება
ოჯახები უღარიბეს კვინტილში სადაზღვევო სტატუსისა და ოჯახის ნებისმიერი წევრის მიერ კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში ერთხელ მაინც მიღებული მომსახურების ტიპის მიხედვით, საქართველო 2010წ.



(n=867), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, 2010 წ.

მედიკამენტების მიღება

თითქმის ყველა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში შეძენილი აქვს მედიკამენტები. მედიკამენტების შეძენის სიხშირე თითქმის ერთნაირია დაზღვეულ და დაზღვევის არმქონე ოჯახებში (სავარაუდოდ იმიტომ, რომ დაზღვევა საერთოდ არ ფარავს ან შეზღუდულად ფარავს მედიკამენტების ხარჯებს). რესპონდენტთა დიდი ნაწილი ყოველდღიურად იღებს მედიკამენტებს (40%).

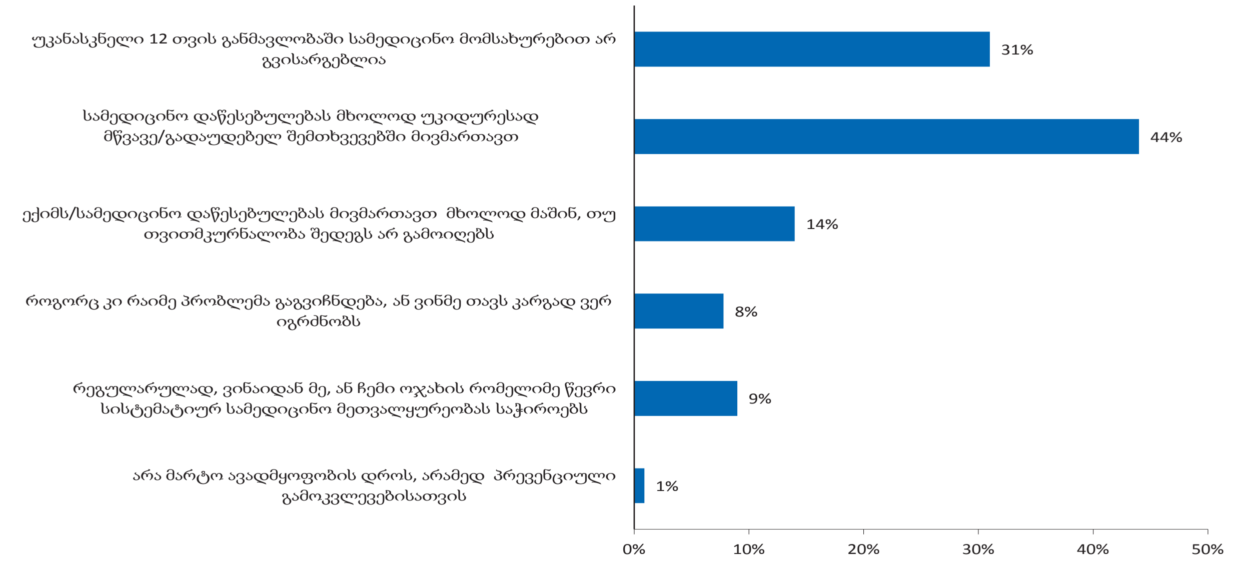
ცხრილი: მედიკამენტების მიღება ოჯახებში უღარიბეს კვინტილში სადაზღვევო სტატუსი მიხედვით, საქართველო 2010წ.

	სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა მსგავსი დაზღვევის მქონე ოჯახები (n=432)	დაზღვევის არმქონე ოჯახები (n=435)	სულ (n=902)
ყოველდღიურად	40%	40%	40%
ჩავიტარეთ რეგულარული მედიკამენტოზური მკურნალობა	14%	15%	14%
მედიკამენტებს ვიღებდით არარეგულარულად	41%	39%	40%
უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში მედიკამენტი პრაქტიკულად არ დაგვჭირვებია	5%	7%	6%

სამედიცინო დაწესებულებისათვის მიმართვის მიზეზები

რესპონდენტებს შეეკითხნენ, თუ რა შემთხვევაში მიმართავდნენ ისინი და მათი ოჯახის წევრები სამედიცინო დაწესებულებებს. დასახელდა სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის შემდეგი მიზეზები:

შემთხვევები, როდესაც რესპოდენტებმა ექიმს/სამედიცინო დაწესებულებას მიმართეს კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, საქართველო 2010წ.

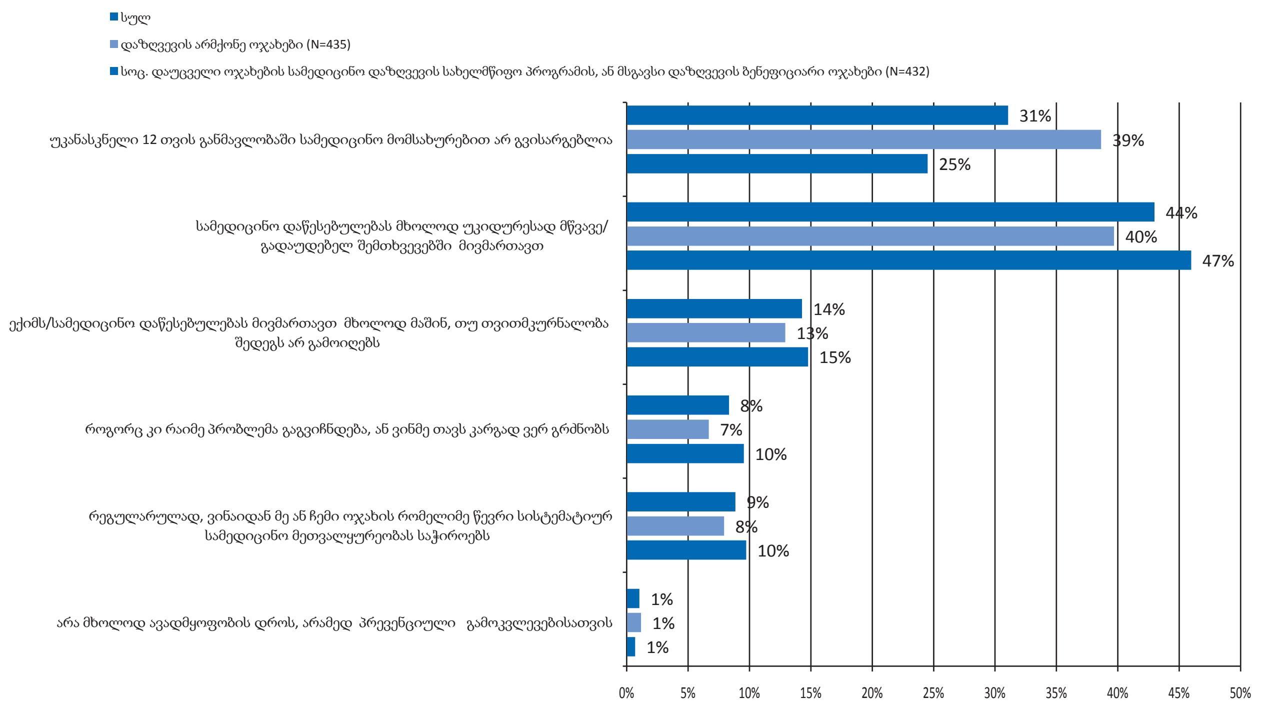


(n = 902), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი წილი (44%) აცხადებს, რომ სამედიცინო დაწესებულბას მიმართავს მხოლოდ მაშინ, თუ სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება. 14% ჯერ თვითმკურნალობას ეწევა და სამედიცინო დაწესებულებას მხოლოდ მაშინ მიმართავს, თუ თვითმკურნალობა არაეფექტური აღმოჩნდება. სამედიცინო დაწესებულებისათვის პრევენციული გამოკვლევებისათვის მიმართვა საერთოდ არ ხდება.

სამედიცინო დაწესებულებებისადმი მიმართვის მიზეზები

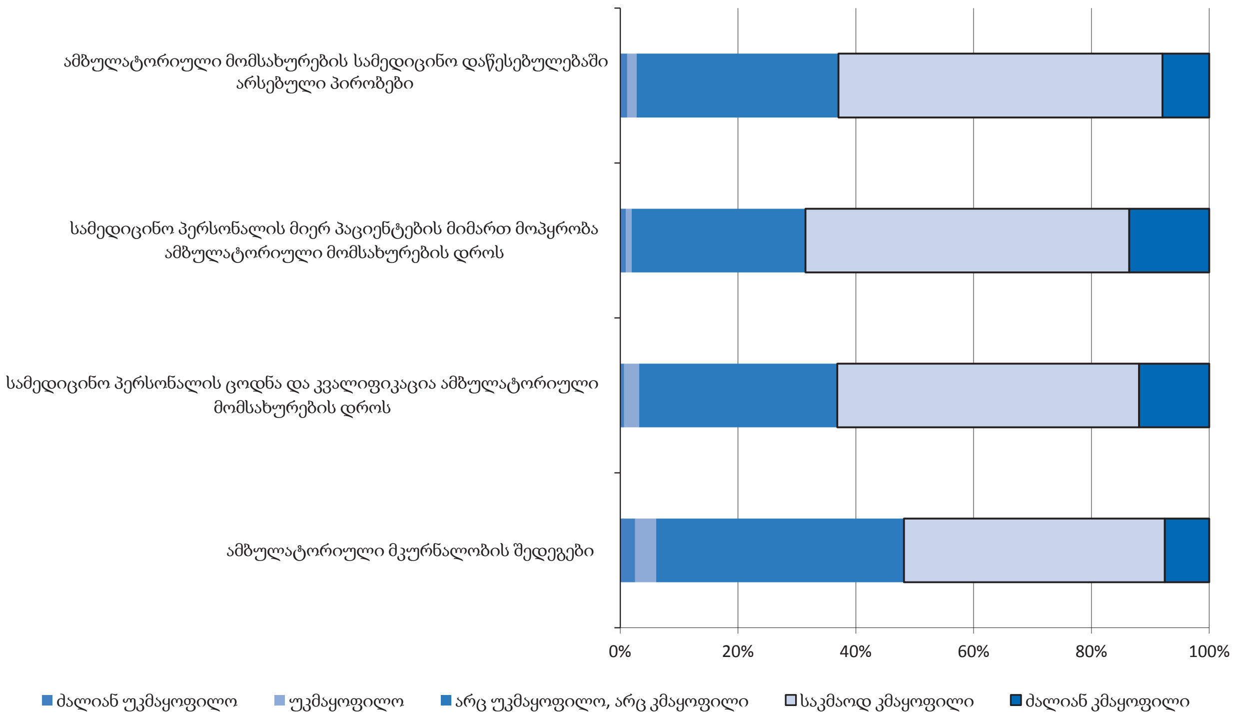
ოჯახების პროცენტული რაოდენობა სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით უღარიბეს კვნიტილში, რომელთაც სხვადასხვა მიზეზის გამო სამედიცინო დაწესებულებისადმი მიმართვის შესახებ განაცხადეს, საქართველო 2010



კმაყოფილება მიღებული სამედიცინო მომსახურებით

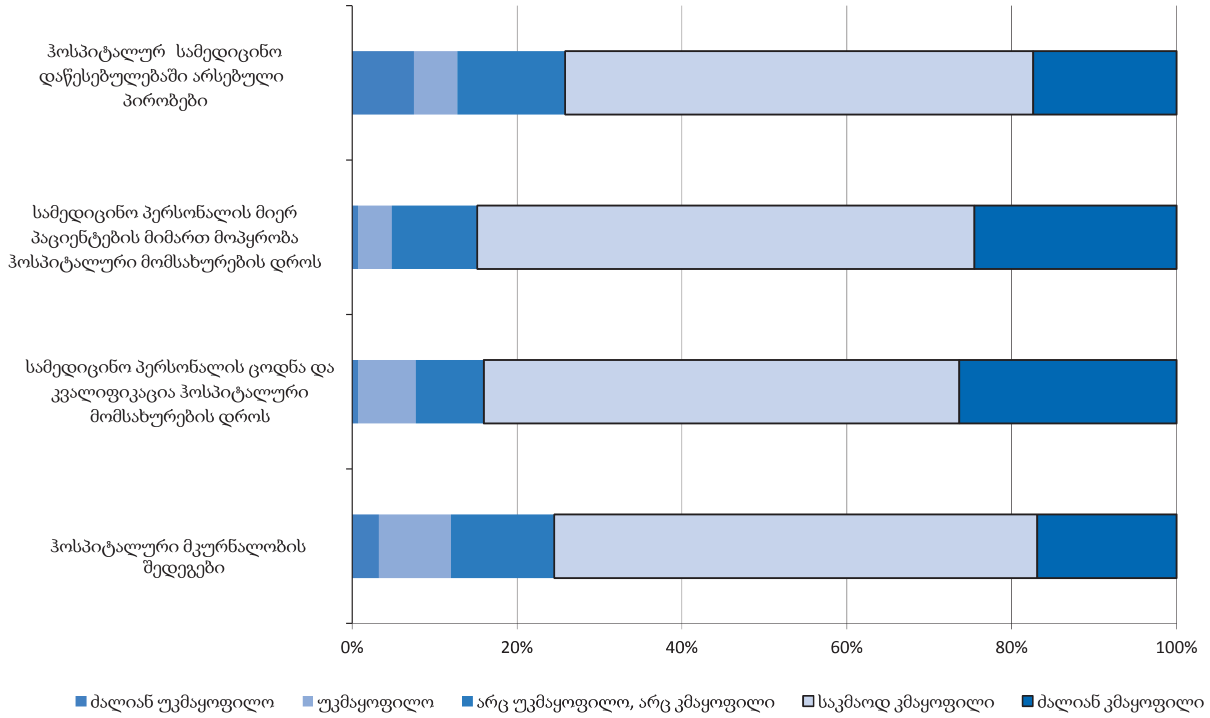
რესპონდენტები უმეტესწილად კმაყოფილი არიან მიღებული სამედიცინო მომსახურებით. პაციენტები უფრო კმაყოფილი ჩანან ჰოსპიტალური მომსახურებით, ვიდრე ამბულატორიული მომსახურებით. პაციენტები ყველაზე ნაკლებად არიან კმაყოფილი ამბულატორიული მკურნალობის შედეგებით.

კმაყოფილება მიღებული ამბულატორიული მომსახურებით იმ გამოკითხულთა შორის, რომლებმაც სამედიცინო მომსახურებით ისარგებლეს კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უღარიბეს კვინტილში , საქართველო 2010 წ.



(n=546) სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

კმაყოფილება მიღებული ჰოსპიტალური მომსახურებით იმ გამოკითხულთა შორის, რომლებმაც სამედიცინო მომსახურებით ისარგებლეს კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უღარიბეს კვინტილში, საქართველო 2010 წ.

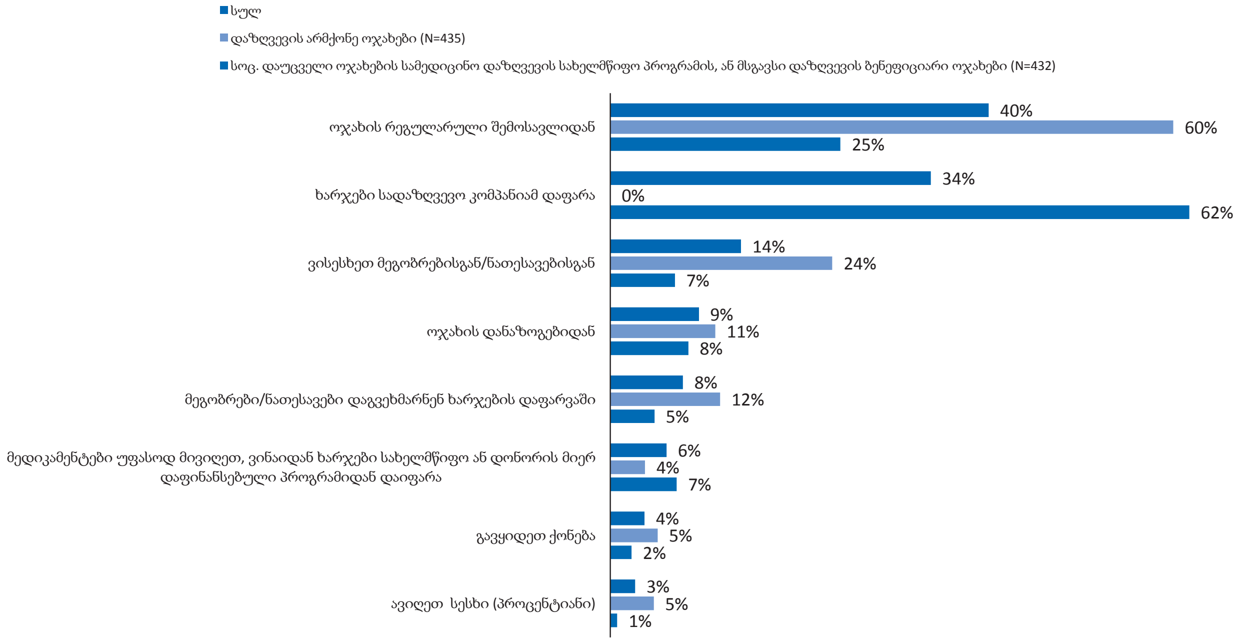


(n=164) სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

მკურნალობის დაფინანსება

კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, მკურნალობის ხარჯების დაფინანსების ძირითად წყაროს (მედიკამენტების გარდა) ოჯახის „რეგულარული შემოსავალი“ (40%) წარმოადგენდა, მას მოსდევს „დაზღვევა“ (34%). ოჯახების 14%-თვის გამოსავალია საჭირო თანხის სესხება. სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან სხვა მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციარი ოჯახებისათვის ხარჯების დაფარვის ძირითად წყაროს სადაზღვევო კომპანია წარმოადგენს (62%). ისინი ნაკლები ალბათობით ფარავენ ამ ხარჯებს საკუთარი შემოსავლებიდან (25%), ვიდრე დაზღვევის არმქონე ოჯახები (60%). დაზღვევის არმქონე ოჯახები უფრო მაღალი ალბათობით იყენებენ არათანამიმდევრულ და სპონტანურ მექანიზმებს საკითხის მოსაგვარებლად.

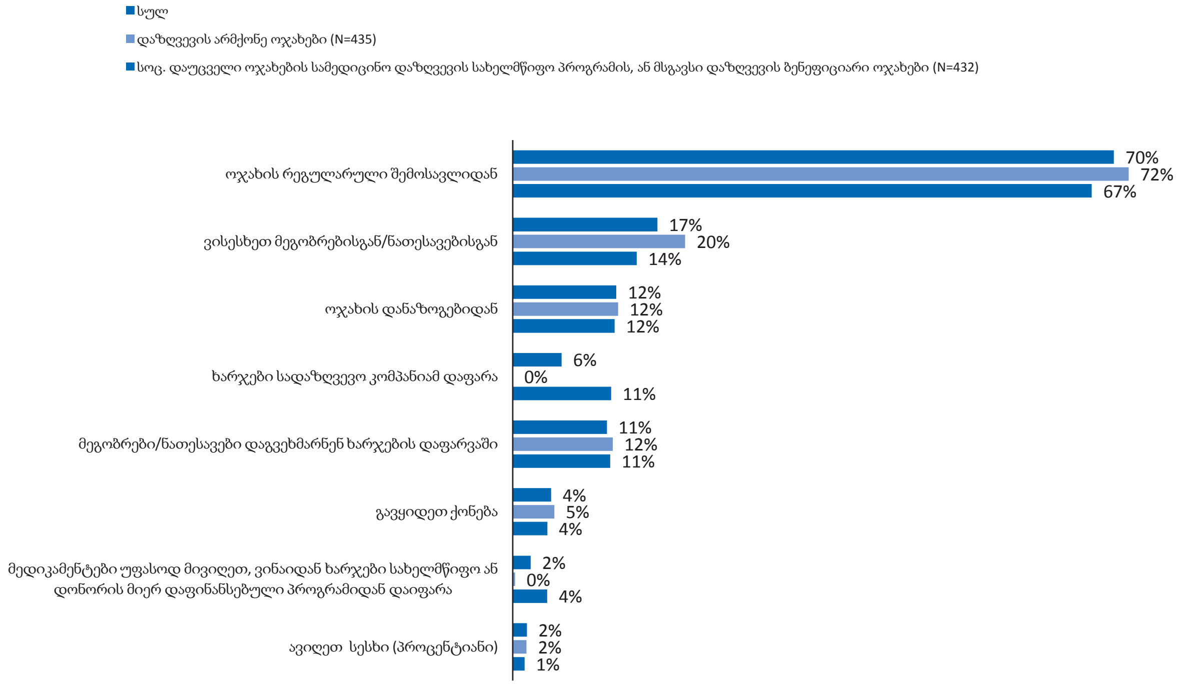
სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფარვა
სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფარვის წყაროები უღარიბეს კვინტილში ოჯახების სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, საქართველო 2010წ.



მედიკამენტების შესაძენად ძირითადი ფინანსური წყარო „რეგულარული შემოსავალი“ (70%) და „ნასესხები თანხაა“ (17%). დაზღვეულ და დაზღვევის არმქონე ოჯახებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ გამოიკვეთა. რესპონდენტთა სადაზღვევო პოლისი მედიკამენტებს ნაკლები ალბათობით აფინანსებს, ვიდრე მკურნალობის ხარჯებს.

მედიკამენტების საფასურის გადახდა

მედიკამენტების საფასურის დაფარვის წყარო კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უღარიბეს კვინტილში სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით, საქართველო 2010წ.

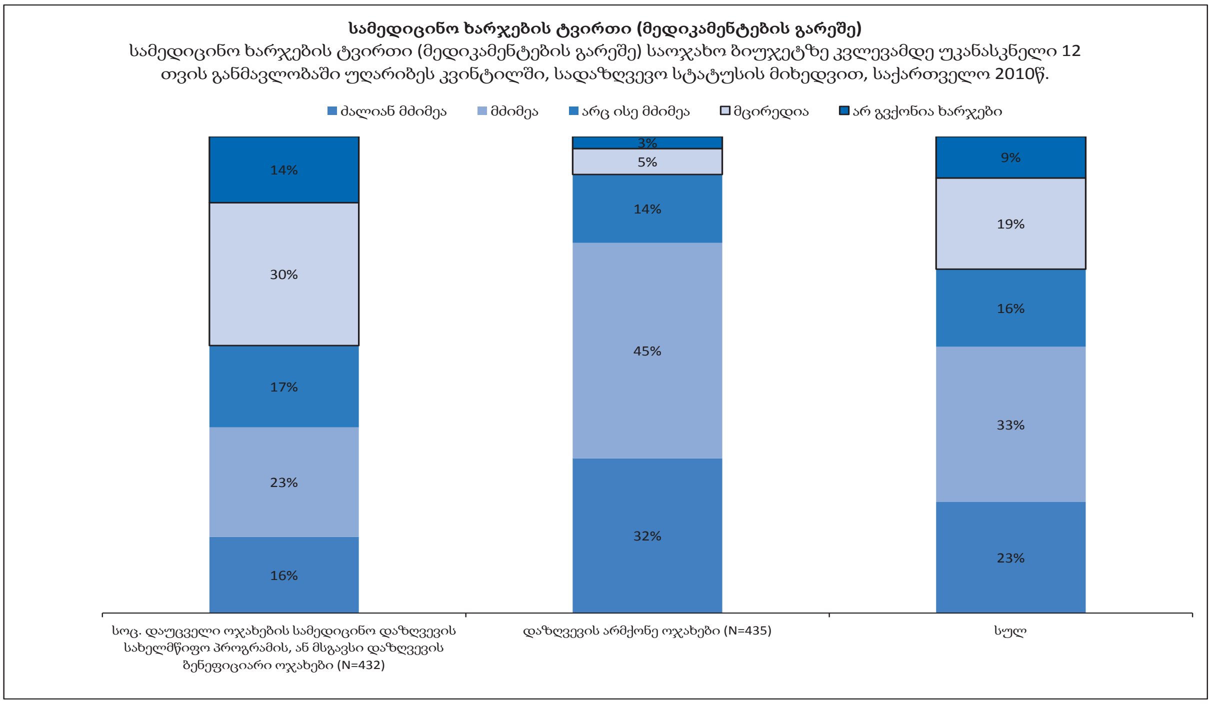


ჯანდაცვის ხარჯების ტვირთი

ამასთანავე, ჯანდაცვის (კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში გაღებული) დანახარჯების აღქმული ტვირთი გამოკვლეულ იქნა სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტებისათვის ცალ-ცალკე. რესპონდენტთა უმრავლესობამ (56%) განაცხადა, რომ მედიკამენტების გარეშე ჯანდაცვის ხარჯების ტვირთი „*საკმაოდ მძიმე*“ ან „*ძალზე მძიმეა*“.

- ძალზე მძიმე – ამ ხარჯებმა ფაქტობრივად ჩვენი უკიდურესი სიღარიბე გამოიწვია - 23%
- საკმაოდ მძიმე – ამ ხარჯებმა მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია ჩვენი ოჯახის ბიუჯეტზე - 33%
- არც ისე მძიმე – მათ იქონიეს გავლენა ბიუჯეტზე, თუმცა არცთუ მნიშვნელოვანი - 16%
- მცირე – ამ ხარჯებს თითქმის არ ჰქონია გავლენა ჩვენი ოჯახის ბიუჯეტზე - 19%
- არანაირი ხარჯი - 9%

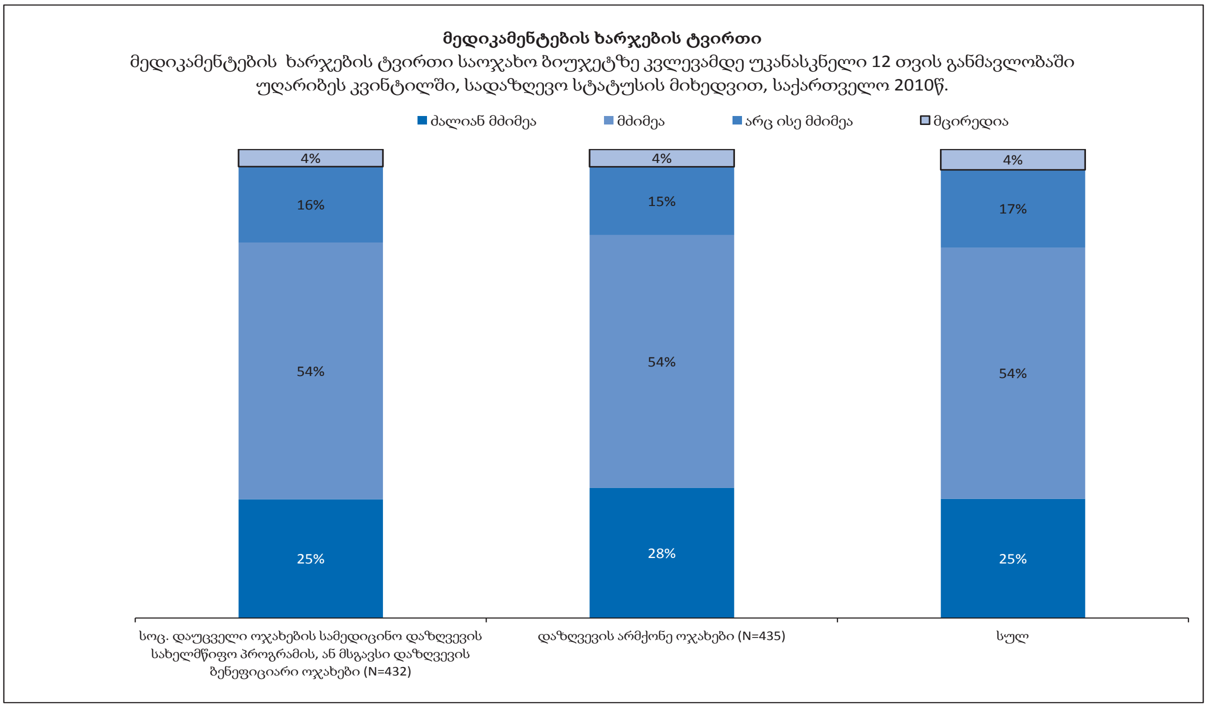
დაზღვეულ და დაზღვევის არმქონე ოჯახებს შორის ტვირთის სიმძიმის ხარისხი მნიშვნელოვნად განსხვავდება. დაზღვევის არმქონე ოჯახების 78%-მა განაცხადა, რომ ჯანდაცვის ხარჯების ტვირთი „*საკმაოდ მძიმე*“ ან „*ძალზე მძიმეა*“, დაზღვეული ოჯახების 39%-თან შედარებით.



მედიკამენტების ხარჯი, როგორც ჩანს, უფრო მძიმე ფინანსური ტვირთია, ვიდრე სამედიცინო მომსახურების ხარჯი. რესპონდენტთა სამ მეოთხედს მედიკამენტების ხარჯების ტვირთი მიაჩნია „საკმაოდ მძიმედ“ ან „ძალზე მძიმედ“ (79%), არსებული გამონაკლისების გათვალისწინებითაც კი (იგულისხმება ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამები და არა დახმარება მეგობრების/ნათესავების მხრიდან, სესხი, დანაზოგი, შემოსავალი).

- ძალზე მძიმე – ამ ხარჯებმა ფაქტობრივად ჩვენი უკიდურესი სიღარიბე გამოიწვია - 25%.
- საკმაოდ მძიმე – ამ ხარჯებმა მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია ჩვენი ოჯახის ბიუჯეტზე - 54%.
- არც ისე მძიმე – მათ იქონიეს გავლენა ბიუჯეტზე, თუმცა არცთუ მნიშვნელოვანი - 17%.
- მცირე – ამ ხარჯებს თითქმის არ ჰქონია გავლენა ჩვენი ოჯახის ბიუჯეტზე - 4%.

არ არსებობს რეალური განსხვავება ტვირთის სიმძიმეს შორის დაზღვეული და დაზღვევის არმქონე ოჯახებისათვის.

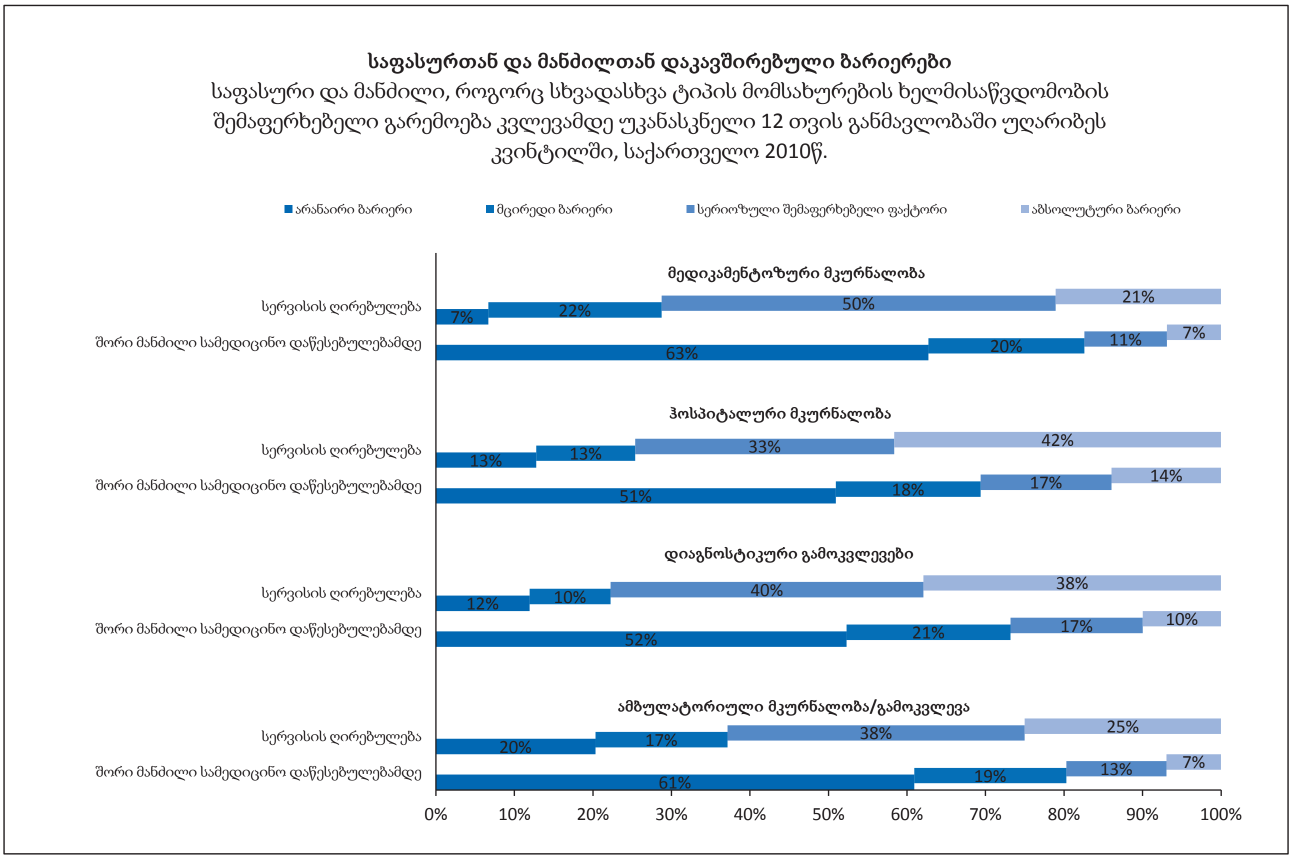


სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის საფასურთან და მანძილთან დაკავშირებული ბარიერები

რესპონდენტებს სთხოვეს მიეთითებინათ, თუ რამდენად წარმოადგენს მათთვის სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისას ბარიერს ფიზიკური მანძილი და ხარჯები. რესპონდენტებმა შემდეგნაირად დაახარისხეს ისეთი მომსახურების ხელმისაწვდომობის შემაფერხებელი ბარიერიები, როგორიცაა (ა) მედიკამენტები; (ბ) ჰოსპიტალური მკურნალობა; (გ) დიაგნოსტიკა და (დ) ამბულატორიული მკურნალობა:

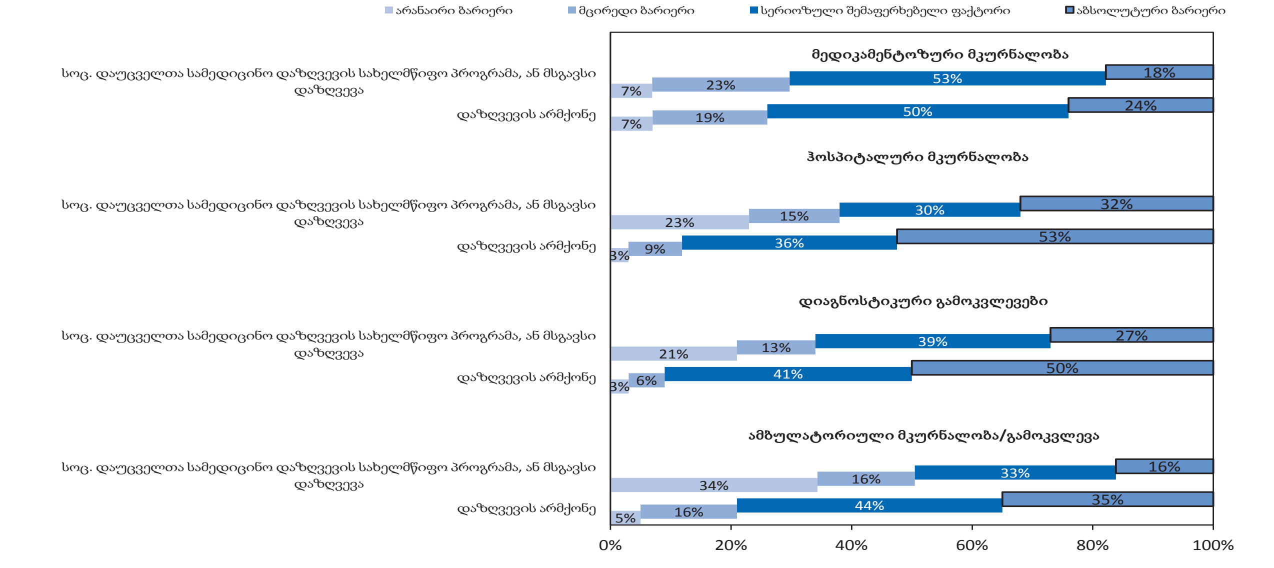
- *არანაირი ბარიერი - ამ ფაქტორს ჩვენთვის ხელი არ შეუშლია.*
- *გარკვეულწილად ხელი შეგვიშალა, თუმცა საჭიროებისამებრ მაინც ყოველთვის ვახერხებდით მკურნალობის ჩატარებას.*
- *მნიშვნელოვანი ხელის შემშლელი ფაქტორი იყო და ამ მომსახურებით სარგებლობა მხოლოდ უკიდურესი აუცილებლობის შემთხვევაში შევძელით.*
- *აბსოლუტური ბარიერი – ამ ფაქტორის გამო მკურნალობა საერთოდ ვერ ჩავიტარეთ.*

ქვემოთ წარმოდგენილ გრაფიკზე ნაჩვენებია, რომ მომსახურების ხარჯი ზოგადად წარმოადგენს მნიშვნელოვან ბარიერს შინამეურნეობებისათვის უღარიბეს კვიტნილში, განსაკუთრებით, *ჰოსპიტალური მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის* სფეროში. ოჯახების 40% ამბობს, რომ ხარჯი ამ მომსახურებით სარგებლობისას არის *აბსოლუტური ბარიერი.* ოჯახების დაახლოებით სამი მეოთხედი აცხადებს, რომ ხარჯი ჰოსპიტალური და დიაგნოსტიკური მომსახურებით სარგებლობისათვის არის აბსოლუტური ბარიერი ან მნიშვნელოვანი შემაფერხებელი ფაქტორი. უნდა აღინიშნოს, რომ ხარჯი აგრეთვე მიიჩნევა *ამბულატორიული მომსახურებით* სარგებლობის მნიშვნელოვან ბარიერად, ოჯახები უღარიბეს კვინტილში ამას მიიჩნევენ აბსოლუტურ ბარიერად ან მნიშვნელოვან შემაფერხებელ ფაქტორად (25%).

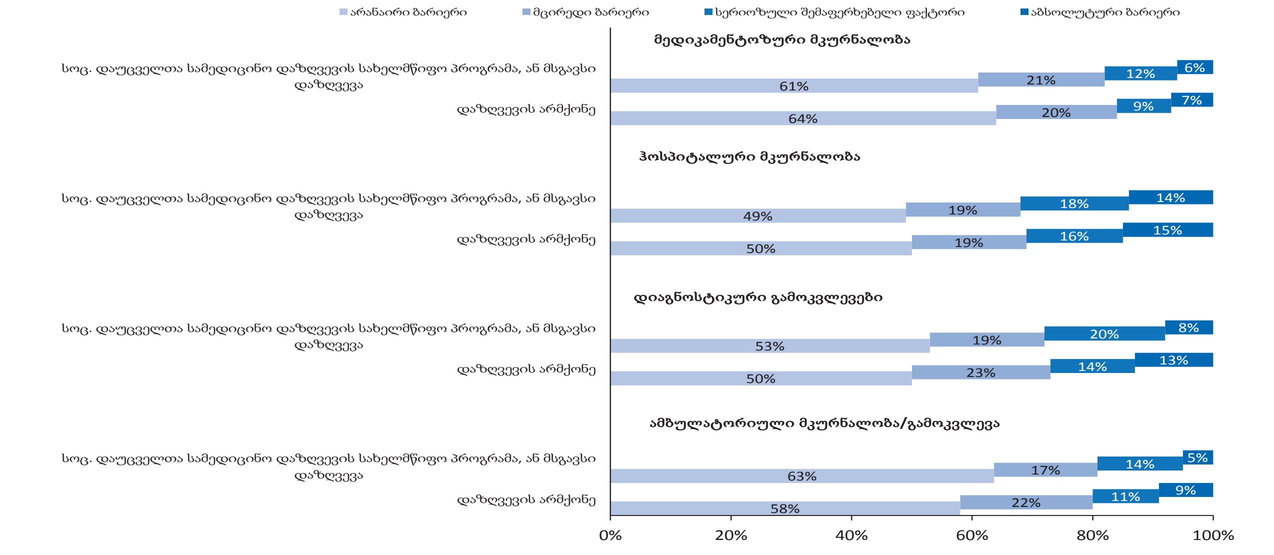


სამედიცინო მომსახურების ხარჯი ჯანმრთელობის დაზღვევის მქონე ოჯახებისთვის ნაკლებად მძიმე ტვირთია, ვიდრე დაზღვევის არმქონე ოჯახებისთვის. მაგალითად, დაზღვევის არმქონე ოჯახების ნახევარის განცხადებით, ჰოსპიტალური მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის ხარჯი მათთვის აბსოლუტურ ბარიერს წარმოადგენდა სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამისა და მსხგავსი დაზღვევის ბენეფიციარ ოჯახებთან შედარებით, შესაბამისად 32% და 27%. ხოლო, ამბულატორიული მკურნალობის შემთხვევაში, ხარჯი აბსოლუტურ ბარიერს წარმოადგენს დაზღვეული ოჯახების 16%-თვის დაზღვევის არმქონე ოჯახების 35%-თან შედარებით. ამდენად, სამედიცინო მომსახურებისათვის (მედიკამენტების შეძენის გარეშე), ხარჯი ორჯერ უფრო ნაკლები ალბათობით წარმოადგენს აბსოლუტურ ბარიერს დაზღვეული ოჯახებისათვის, ვიდრე ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე ოჯახებისათვის.

სხვადასხვა ტიპის მომსახურების ფინანსური ბარიერები
ხარჯები, როგორც სხვადასხვა ტიპის მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერი კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უღარიბეს კვინტილში სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით, საქართველო 2010წ.

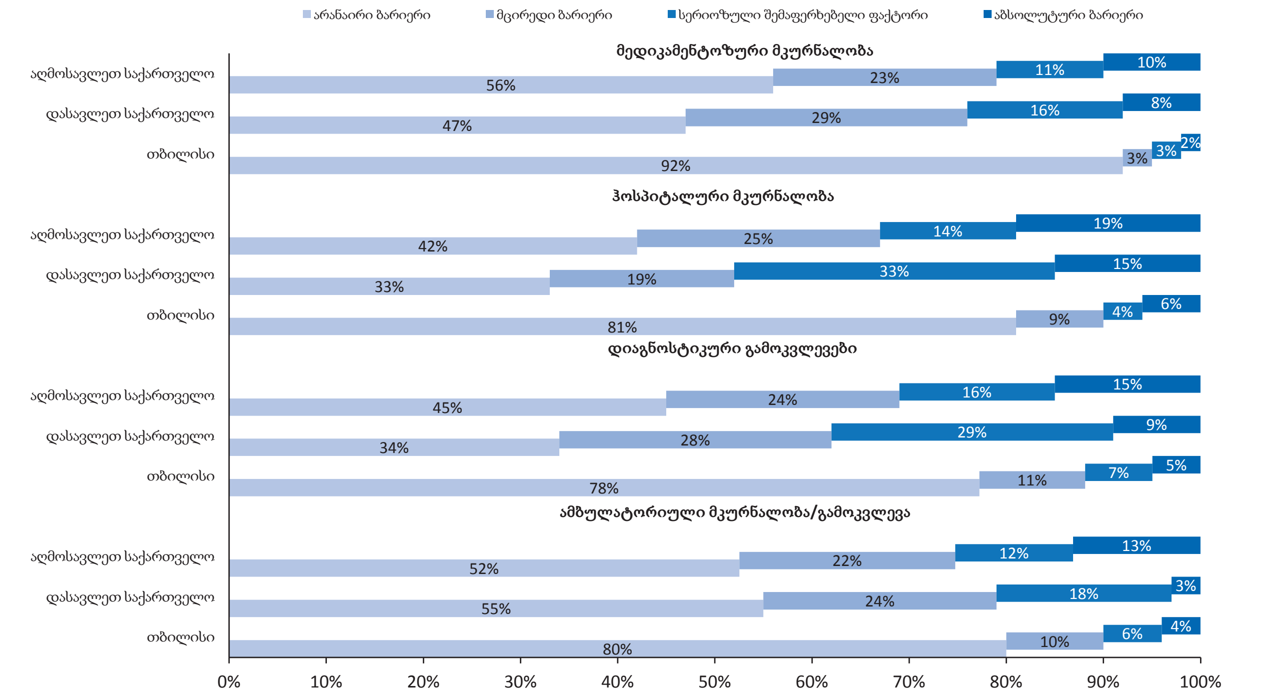


სხვადასხვა ტიპის მომსახურებით სარგებლობის გეოგრაფიული ბარიერები
მანძილი, როგორც სხვადასხვა ტიპის მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერი კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უღარიბეს კვინტილში სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით, საქართველო 2010წ.



გეოგრაფიული მანძილი სამედიცინო დაწესებულებამდე მნიშვნელოვნად ნაკლებ ბარიერს წარმოადგენს, ვიდრე სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების საფასური. თუმცა, იგი კვლავ პრობლემატურია სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის ზოგიერთ ნაწილში. ფიზიკური სიშორე სამედიცინო დაწესებულებამდე, ან აფთიაქამდე, როგორც ჩანს, ნაკლებ მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს თბილისში მცხოვრები ოჯახებისათვის (დაახლოებით 10% მანძილს, როგორც აბსოლუტურ, ან მნიშვნელოვან ბარიერად მიიჩნევს ჰოსპიტალური მკურნალობისა და დიაგნოსტიკისათვის). თუმცაღა, დედაქალაქის გარეთ კვლავ არსებობს გამოწვევები გეოგრაფიული მისაწვდომობის თვალსაზრისით. ფიზიკური მანძილი ჰოსპიტალამდე მიიჩნევა აბსოლუტურ ბარიერად ოჯახების 19%-ის მიერ აღმოსავლეთ საქართველოში, ხოლო დასავლეთ საქართველოში 15%-ის მიერ. მნიშვნელოვანია ის, რომ აღმოსავლეთ საქართველოში მცხოვრები ოჯახების 13% მანძილს ასახელებს, როგორც *აბსოლუტურ ბარიერს ამბულატორიული მომსახურების მისაწვდომობის თვალსაზრისით* მაშინ, როდესაც ამგვარი მაჩვენებელი დასავლეთ საქართველოში და თბილისში მცხოვრებთათვის უმნიშვნელოა.

მანძილთან დაკავშირებული ბარიერები სხვადასხვა ტიპის მომსახურებისათვის
მანძილი, როგორც სხვადასხვა ტიპის მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერი კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უღარიბეს კვინტილში სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით, საქართველო 2010წ.



სამედიცინო მომსახურების ღირებულების აღქმა და ფინანსური მისაწვდომობა

რესპონდენტებს ჰკითხეს, თუ ჰქონიათ ისეთი შემთხვევა, როდესაც ისინი ან მათი ოჯახის წევრები ექიმთან ან სამედიცინო დაწესებულებაში არ წავიდნენ ფინანსური პრობლემების გამო. რესპონდენტთა დაახლოებით ორმა მესამედმა (65%) განაცხადა, რომ მათ ზოგ შემთხვევებში არ ისარგებლეს სამედიცინო მომსახურებით ფინანსური პრობლემების გამო. ამ რესპონდენტთა უმცირესობამ (15%) წინასწარ იცოდა ექიმისგან/სამედიცინო დაწესებულებისგან, თუ რა დაუჯდებოდა მათი მომსახურება. დაზღვეულ ოჯახებს უფრო ნაკლები ალბათობით უწევთ ექიმთან/სამედიცინო დაწესებულებაში არმისვლის გადაწყვეტილების მიღება.

ცხრილი: უღარიბეს კვინტილში იმ ოჯახების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც, როგორც ამბობენ, ექიმს/სამედიცინო დაწესებულებას არ მიმართავენ ფინანსური პრობლემების გამო. სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით, საქართველო 2010 წ. (n=902)

	სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციარი ოჯახები (n=432)	დაზღვევის არმქონე ოჯახები (n=435)	სულ
მომსახურების ზუსტი საფასური წინასწარ შევიტყვეთ სამედიცინო დაწესებულების/ექიმისაგან	12%	18%	15%
მომსახურების ზუსტი საფასური არ გაგვიგია, მაგრამ ვიფიქრეთ, რომ მკურნალობის საფასურს ვერ შევწვდებოდით	48%	52%	50%
ასეთი შემთხვევა არ ყოფილა	40%	30%	35%

რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარი ამბობს, რომ სამედიცინო დაწესებულებამდე დიდი მანძილითა და ფინანსური პრობლემებით გამოწვეული ბარიერების გარდა, სხვა მნიშვნელოვანი დაბრკოლება მათ არ ხვდებათ. სხვა მიზეზი და პრაქტიკა, რის გამოც რესპონდენტები არ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას ჯანმრთელობის პრობლემების არსებობის შემთხვევაში, არის: თვითმკურნალობა; რჩევა, მიღებული აფთიაქში, მეგობრების ან ნათესავებისაგან, რომელთაც აქვთ ან არ აქვთ სამედიცინო განათლება.

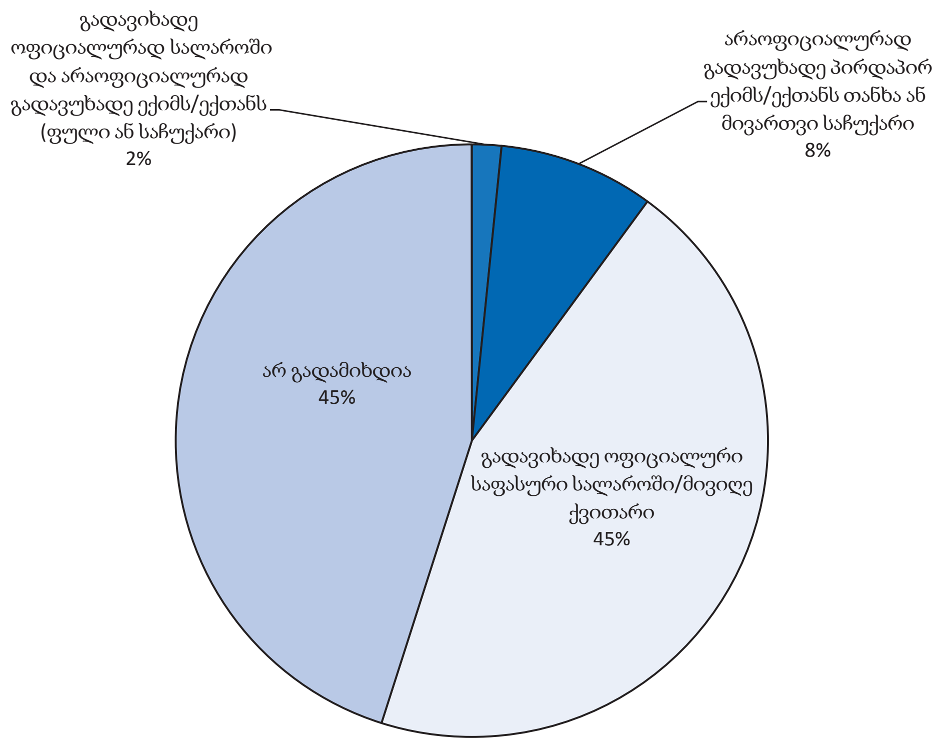
სხვა მიზეზები (n=902), გარდა „მანძილის“ და „ფინანსური პრობლემებისა“, რომელთა გამოც არ მიმართავენ ექიმს/სამედიცინო დაწესებულებებს
▪ საამისო მიზეზი არ გვქონდა (სამედიცინო დაწესებულებამდე დიდი მანძილისა და ფინანსური პრობლემების გარდა) - 46%
▪ თვითმკურნალობას ვეწევით საკუთარი ცოდნის საფუძველზე; თუმცა, ოჯახის არც ერთ წევრს არ აქვს სამედიცინო განათლება - 21%
▪ ყოველთვის მივმართავდით სამედიცინო დახმარებას ჯანმრთელობის პრობლემების წარმოქმნის შემთხვევაში - 13%
▪ რჩევას ფარმაცევტებს ვეკითხებით - 8%
▪ ოჯახის მეგობრებს/ექიმს(ექიმებს) მივმართავთ, რომლებიც უფასოდ გვიწევენ კონსულტაციას ან მკურნალობას - 6%
▪ რჩევას მეგობრებს/ნათესავებს ვეკითხებით, რომლებიც ექიმები/ექთნები არ არიან - 6%
▪ ჩვენი ოჯახის წევრს სამედიცინო განათლება აქვს და ჩვენი ჯანმრთელობის პრობლემებზე ის ზრუნავს - 2%
▪ ფიზიკურად არ შეუძლია – 0.3%
▪ სამსახურის გამო – 0.2%
▪ სხვა, უფრო მნიშვნელოვანი ოჯახური პრობლემები გვაქვს – 0.2%
▪ სამედიცინო დაწესებულებებში გრძელი რიგებია და დიდი ხანი ლოდინი გვიწევს – 0.1%
▪ ჩვეულებრივ, ტრადიციული ექიმბაშის მომსახურებით ვსარგებლობთ – 0.1%

იმ ადამიანების მნიშვნელოვანი რაოდენობა, რომელთაც სამედიცინო დახმარება ესაჭიროებოდათ, დამოკიდებული იყო ან ოჯახის წევრი ან მეგობარი ექიმის არაფორმალურ რჩევებზე (8%); ან რჩევას იღებდა აფთიაქში (8%), ან სამედიცინო განათლების არმქონე მეგობრის/ნათესავისაგან (6%). 21%-მა აღიარა, რომ ეწეოდა თვითმკურნალობას.

სამედიცინო მომსახურების თვითდაფინანსება (ფორმალური/არაფორმალური)

იმ რესპონდენტთა უმრავლესობამ, რომლებმაც ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას კვლევის ჩატარებამდე 12 თვის განმავლობაში მიმართა, მხოლოდ მომსახურების ოფიციალური საფასური გადაიხადა სალაროში და გადახდის ქვითარი მიიღო (45%) ან არაფერი გადაუხდია (45%). დაზღვეულ ოჯახებს ნაკლები ალბათობით უწევთ მომსახურების თვითდაფინანსება. სოციალურად დაუცველი ოჯახების სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციარი ოჯახების 60%-მა განაცხადა, რომ არაფერი გადაუხდია, დაზღვევის არმქონეთა 28%-გან განსხვავებით. მიღებული მომსახურებისათვის არაოფიციალური საფასურის გადახდის პრობლემა, როგორც ჩანს, არც თუ მნიშვნელოვანია მიუხედავად იმისა, რომ ათიდან ერთმა რესპონდენტმა პირდაპირ ექიმს/ექთანს გადაუხადა თანხა ან საჩუქარი მიართვა. ჯამში, იმ ოჯახებიდან, რომელთაც მოუწიათ სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდა, 18%-მა არაფორმალურად გადაიხადა თანხა (არა სალაროში) ან ექიმს მიართვა საჩუქარი.

სამედიცინო მომსახურების საფასური
სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდის ფორმა ექიმთან/სამედიცინო დაწესებულებაში უკანასკნელი ვიზიტის დროს, კვლევამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში უღარიბეს კვინტილში, საქართველო 2010წ.

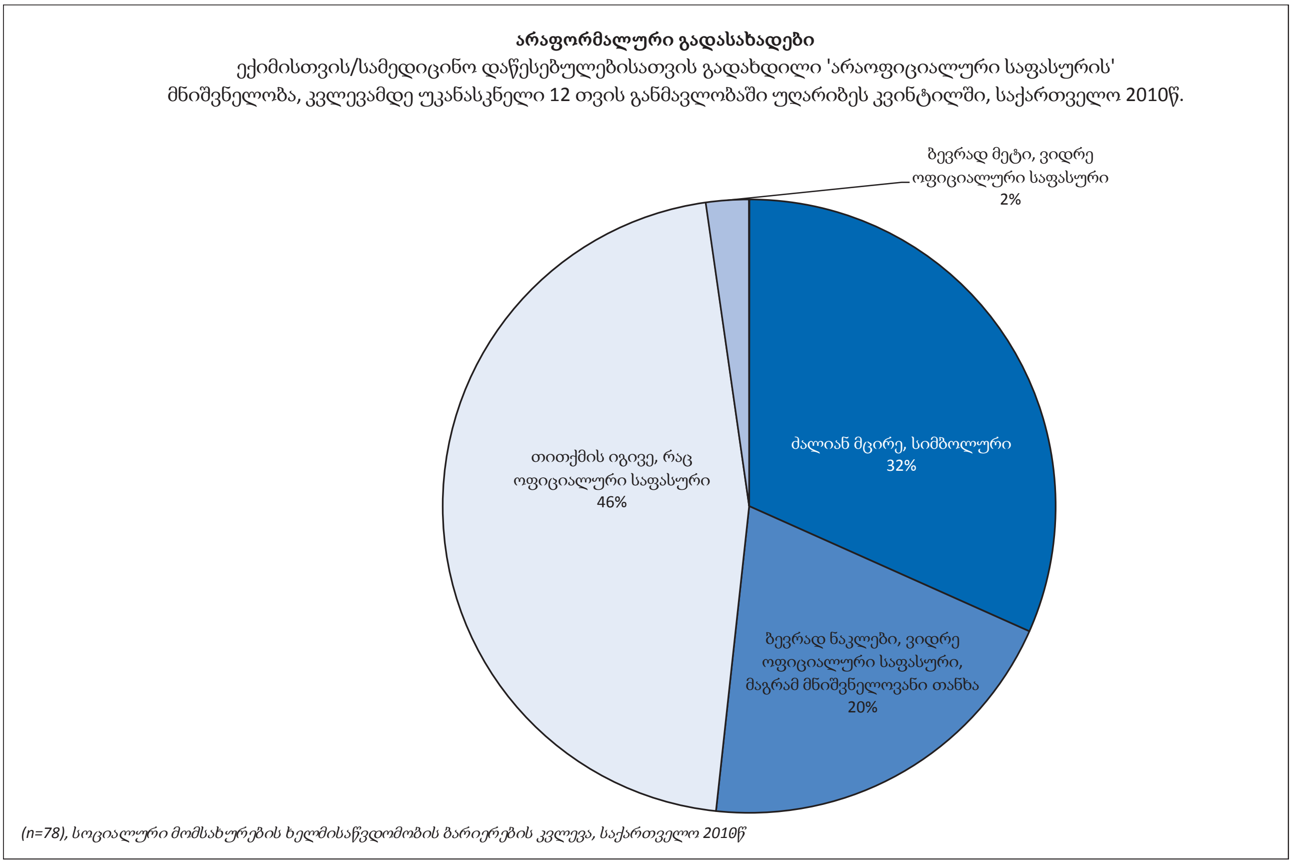


(n=646), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

ცხრილი: უღარიბეს კვინტილში გადახდის მეთოდი ექიმთან/სამედიცინო დაწესებულებაში უკანსკნელი ვიზიტის დროს, სადაზღვევო სტატუსის მიხედვით, კვლევის ჩატარებამდე უკანსკნელი 12 თვის განმავლობაში, საქართველო, 2010 წ. (n=902)

	სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, ან მსგავსი დაზღვევის ბენეფიციარი ოჯახები (n=432)	დაზღვევის არმქონე ოჯახები (n=435)	სულ
მხოლოდ ოფიციალური საფასური გადავიხადე სალაროში/მივიღე ქვითარი	32%	59%	45%
არაოფიციალურად გადავუხადე პირდაპირ ექიმს/ექთანს თანხა ან მივართვი საჩუქარი	7%	11%	8%
გადავიხადე ოფიციალური საფასური სალაროში და არაოფიციალურად გადავუხადე ექიმს/ექთანს (თანხა ან საჩუქარი)	1%	2%	2%
არ გადამიხდია	60%	28%	45%

იმ რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარმა, რომელმაც სამედიცინო მომსახურების საფასური „არაოფიციალურად“ გადაიხადა, განაცხადა, რომ არაფორმალური გადასახადი თითქმის იგივე ოდენობის იყო (46%) ან ზევრად მეტი (2%), ვიდრე ოფიციალური გადასახადი „სალაროში“.



3.5 საოჯახო დახმარება

შესავალი

მიზნობრივი სოციალური დახმარების შემოღებამდე სოციალური დახმარების ძირითად სახეობას წარმოადგენდა საოჯახო დახმარება. 2006 წლიდან იგი დახურულია ახალი მაძიებლებისათვის და მისი მილევა ეტაპობრივად უნდა მოხდეს. ამჟამად საოჯახო დახმარებას შემდეგი კატეგორიის პირები იღებენ: ა) მარტოხელა პენსიონერები; ბ) პენსიონერი წყვილები; გ) შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები; დ) პირველი ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები; ე) მრავალშვილიანი ოჯახები, რომელთაც შვიდზე მეტი შვილი ჰყავთ. 2010 წლის ნოემბრის მდგომარეობით ამ სახეობის დახმარებას 20 586 ადამიანი იღებდა.

კვლევის შედეგები

შინამეურნეობათა 4%-მა განაცხადა, რომ საოჯახო დახმარებას იღებს, ძირითადად, მარტოხელა პენსიონერებისთვის, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისა და სოციალურად დაუცველი ბავშვებისათვის:

მიღებული საოჯახო დახმარების სახეობა უღარიბეს კვინტილში, საქართველო, 2010 წ. (n=38)
▪ სოციალური დახმარება მარტოხელა პენსიონერისათვის - 30%
▪ სოციალური დახმარება რამდენიმე მარტოხელა პენსიონერისათვის - 8%
▪ სოციალური დახმარება უსინათლო და პირველი ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისათვის - 26%
▪ სოციალური დახმარება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის - 19%
▪ სოციალური დახმარება ობოლი ბავშვებისათვის - 16%
▪ სოციალური დახმარება მრავალშვილიანი ოჯახებისათვის - 2%

3.6 სოციალური მუშაკი

შესავალი

საქართველოში სოციალური მუშაკის პროფესიული ინსტიტუტი განვითარების ადრეულ ეტაპზე იმყოფება. მიუხდავად იმისა, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ყველა რაიონში ჰყავს სოციალური მუშაკი, ისინი უფრო კონცენტრირებულად რეგიონულ ცენტრებსა და დედაქალაქში არიან. ამ სახელმწიფო სოციალურმა მუშაკებმა საგანგებო სამთვიანი სერტიფიცირებული სწავლება გაიარეს. ამჟამად საქართველოს უნივერსიტეტებში არსებობს სოციალურ მუშაკთა ბაკალავრიატის და სამაგისტრო პროგრამა, თუმცა ისინი ახლად შექმნილია და დღეისათვის მხოლოდ ერთმა ან ორმა ჯგუფმა დაასრულა სწავლა. როგორც წესი, კურსდამთავრებულები მუშაობას არასამთავრობო ორგანიზაციებში იწყებენ, ვინაიდან ისინი უფრო ხელსაყრელ პირობებს სთავაზობენ.

უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში სწრაფად ვითარდება ბავშვთა სოციალური მომსახურება. შეიქმნა დღის ცენტრები და დაინერგა მიზნობრივი სოციალური დახმარება უკიდურესად ღარიბი ოჯახებისათვის. სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალურ მუშაკებს მცირე გამოცდილება და რესურსი აქვთ

ოჯახის დაშლის პრევენციისათვის ან მშობლებთან მუშაობისათვის, რომ მოხდეს ბავშვების ოჯახში დაბრუნება. მიუხედავად იმისა, რომ ამჟამად ბავშვთა დაცვის რეფერალური სისტემა არსებობს, რეალურად სოციალურ მუშაკებს მცირე, თუმცა მზარდი ცოდნა აქვთ ბავშთა მიმართ ძალადობის საქმეებზე სამუშაოდ.

კვლევის შედეგები

ინფორმირებულობა სოციალური მუშაკის შესახებ

რესპონდენტებს გამოჰკითხეს, რა იცოდნენ სოციალური მუშაკის შესახებ. კითხვები ისე იყო შემუშავებული, რომ შეკითხვაშივე ჩანდა, რომ ეს მუშაკები არიან სახელმწიფოს წარმომადგენლები, რომლებიც ეხმარებიან ოჯახებს, რომელთა პრობლემების გადაწყვეტა მხოლოდ ფინანსური დახმარებით შეუძლებელია. ამასთანავე, რესპონდენტებს განუმარტეს, რომ სოციალური მუშაკის ფუნქციები განსხვავებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური აგენტის ფუნქციებისაგან. ათი გამოკითხულიდან ერთს გაგონილი ჰქონდა სოციალური მუშაკის შესახებ (9%).

იმ ადამიანების უმრავლესობამ, ვისაც სმენია სოციალური მუშაკის შესახებ, ზუსტად არ იცის, თუ კონკრეტულად რა სახის მომსახურებას ეწევა სოციალური მუშაკი (62%). შინამეურნეობათა პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც ასახელებენ სოციალური მუშაკის მიერ ოჯახებისათვის გაწეული მომსახურების სხვადასხვა სახეობას:

სოციალური მუშაკების მიერ ოჯახებისათვის გაწეული მომსახურების სახეობა უღარიბეს კვინტილში იმ გამოკითხულთა მიხედვით, რომლებმაც იციან სოციალური მუშაკის საქმიანობის შესახებ, საქართველო, 2010 წ. (n=82)
▪ არ ვიცი – 62%
▪ დახმარება ოჯახური კონფლიქტების მოგვარებაში - 18%
▪ ოჯახისათვის დახმარება ბავშვის აღმზრდელობით დაწესებულებაში (ბავშვთა სახლში) მოთავსების პრევენციისათვის – 7%
▪ შვილად აყვანის პროცესში დახმარება – 9%
▪ ბავშვების დახმარება ტანსაცმლით – 2%
▪ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სათანადო მოწყობილობებით უზრუნველყოფა – 1%
▪ ბავშვების აღმზრდელობითი დაწესებულებიდან საოჯახო გარემოში დაბრუნებაში დახმარება – 0%
▪ მსჯავრდებულთა მომზადება პრობაციისათვის – 0%

იმ რესპონდენტთა უმრავლესობამ, რომელსაც სოციალური მუშაკის შესახებ გაუგია, არ იცის, ვის და სად მიმართოს, როცა საჭირო გახდება სოციალური მუშაკის დახმარება - 53%.

უღარიბეს კვინტილში ინფორმირებულობა იმის შესახებ, თუ სად უნდა მიმართონ სოციალური მუშაკის დახმარების მისაღებად საჭიროების შემთხვევაში იმ გამოკითხულთა თანახმად, რომლებმაც იცოდნენ სოციალური მუშაკის საქმიანობის შესახებ, საქართველო, 2010 წ. (n=82)
▪ არ ვიცი - 53%
▪ სოციალური მომსახურების სააგენტო - 33%
▪ ადგილობრივი თვითმმართველობა - 14%

ოდესმე მიუმართავს სოციალური მუშაკის მომსახურების მისაღებად

იმ ადამიანების 9%-ს, რომელსაც სმენია სოციალური მუშაკის შესახებ, მიუმართავს კიდეც სოციალური მუშაკის მომსახურების მისაღებად (8.8%). გამოკითხულთა მთლიანი რაოდენობიდან სოციალური მუშაკის მომსახურების მისაღებად მიუმართავს 1%-ზე ნაკლებს (0.8%).

სოციალური მუშაკის საქმიანობით კმაყოფილების ხარისხი რესპონდენტებმა შეაფასეს 1-დან (ძალიან კარგი) 5-მდე (ძალიან ცუდი) სკალით.

სოციალური მუშაკის საქმიანობის შეფასება უღარიბეს კვინტილში იმ გამოკითხულთა მიერ, ვინც სოციალური მუშაკის დახმარებით ისარგებლა, საქართველო, 2010 წ. (n=8)
▪ ძალიან კარგი – 1 ოჯახი
▪ კარგი – 4 ოჯახი
▪ საშუალო – 2 ოჯახი
▪ ცუდი – 1 ოჯახი
▪ ძალიან ცუდი – 0 ოჯახი

უმეტეს შემთხვევაში, სოციალურმა მუშაკმა მოახერხა, გადაეჭრა პრობლემა, რომლის მოგვარებაშიც ოჯახმა დახმარება ითხოვა? (79% [დიახ, სრულად - 44%; დიახ, ნაწილობრივ – 35%]).

3.7 პროგრამები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის

შესავალი

ამჟამად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის რამდენიმე პროგრამას უწევს ადმინისტრირებას და/ან დაფინანსებას[14]. ამ პროგრამებით შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის (მათ შორის ბავშვებისათვის) უზრუნველყოფილია შემდეგი მომსახურება:

- ბავშვთა სახლები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის;
- დღის ცენტრის მომსახურება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის;
- ფსიქოსომატური რეაბილიტაცია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის;
- სათემო მომსახურება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის;
- ინსტიტუციური მომსახურება ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებისათვის;
- მინდობით აღზრდა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის;
- ბავშვებში შენელებული ფიზიკური და ფსიქოლოგიური განვითარების ადრეული დიაგნოსტიკა და პრევენცია;
- შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების უზრუნველყოფა სპეციალური მოწყობილობებით (სასმენი აპარატი, ეტლი და სხვ.);

[14] 2009 წლის ბოლოსათვის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე თითქმის 140 000 (რომელიც 120 000 ოჯახში ცხოვრობს) რეგისტრირებული იყო სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში და სახელმწიფო პენსიას იღებდა. ამ ჯგუფიდან 100 000 ადამიანს იძულებით ადგილნაცვალი პირის სტატუსი აქვს. მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებულ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა 74%-ს ხელი მიუწვდება სამედიცინო დაზღვევაზე. 17 წლამდე ბავშვების 12%-ს, რომლებიც დახმარებას იღებენ პრევენცია-რეინტეგრაციისათვის, შეზღუდული შესაძლებლობები აქვთ. „მინდობით აღზრდის" პროგრამაში ბავშვების 15%-ს აქვს რაიმე ფორმის შეზღუდული შესაძლებლობები. 2009 წლის დეკემბრის მდგომარეობით 18 წლამდე ასაკის 3 653 შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვი იღებდა საოჯახო დახმარებას.

ზემოაღნიშნული მომსახურების გარდა, არსებობს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის მცირემასშტაბიანი პროგრამები და მომსახურება, რომელთა ადმინისტრირებასა და დაფინანსებას ქვეყნის სხვადასხვა ნაწილში ადგილობრივი და საერთაშორისო საქველმოქმედო ორგანიზაციები უზრუნველყოფენ.

კვლევის შედეგები

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები

შვიდი შინამეურნეობიდან ერთი (15%) აცხადებს, რომ მისი ოჯახის ერთ ან მეტ წევრს აქვს ფიზიკური, სენსორული ან გონებრივი შეზღუდვა.

ინფორმირებულობა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ გაწეული დახმარების შესახებ

იმ გამოკითხულთა უმრავლესობას, რომელთა ოჯახშიც ცხოვრობს ფიზიკური, სენსორული ან გონებრივი შეზღუდვის მქონე ერთი ან მეტი წევრი (n=138), არ სმენია სოციალური მომსახურების სააგენტოში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის არსებული დახმარების შესახებ (62%). რესპონდენტებმა, რომელთაც გაუგიათ ასეთი დახმარების შესახებ, ძირითადად ფულადი დახმარება დაასახელეს.

უღარიბეს კვინტილში დასახელებული დახმარების სახეობა იმ ოჯახების მიერ, რომელთაც ოჯახში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი ჰყავთ და იციან სოციალური მომსახურების სააგენტოში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის არსებული დახმარების შესახებ, საქართველო, 2010 წ. (n=57)
▪ ფულადი დახმარება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის - 73%
▪ სამედიცინო დახმარება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის - 16%
▪ სპეციალური მოწყობილობა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის - 5%
▪ დახმარება საკვებით - 5%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა - 13%

⌧ შინამეურნეობების 1.5%-ში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვი ცხოვრობდა (902 შინამეურნეობიდან 13-ში).

სერვისები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის

ოჯახებს, რომელთა ერთ ან მეტ ბავშვს ფიზიკური, სენსორული ან გონებრივი შეზღუდვა აქვს, სთხოვეს მიეთითებინათ, ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელი მომსახურებით ისარგებლეს კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში.

დახმარების სახეობა, რომელიც უღარიბეს კვინტილში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვის ოჯახს უცდია, რომ მიეღო უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, საქართველო, 2010 წ. (n=13)
▪ მკურნალობა – 5 ოჯახი
▪ ზოგადი განათლება – 3 ოჯახი
▪ ფსიქიატრის კონსულტაცია, მკურნალობა – 2 ოჯახი
▪ ტრანსპორტირება – 2 ოჯახი
▪ სპეციალური თერაპია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის (ლოგოთერაპია, ფიზიოთერაპია და სხვ.) – 1 ოჯახი

დახმარების სახეობა, რომელიც უღარიბეს კვინტილში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვის ოჯახს უცდია, რომ მიეღო უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, საქართველო, 2010 წ. (n=13)
▪ დღის ცენტრის მომსახურება – 0
▪ პროფესიული განათლება – 0
▪ სპეციალური მოწყობილობა ფიზიკური შეზღუდვისათვის (ეტლი, სასმენი აპარატი და სხვ.) – 0
▪ სარეაბილიტაციო მკურნალობა – 0

დახმარება, რომელსაც იღებენ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების ოჯახების უმრავლესობამ (62%) უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სახელმწიფოსაგან ან ნებისმიერი სხვა ორგანიზაციისაგან მიიღო გარკვეული სახის დახმარება. დახმარებას, ძირითადად, უზრუნველყოფს სოციალური მომსახურების სააგენტო:

- სოციალური მომსახურების სააგენტო - 77 %.
- ადგილობრივი თვითმმართველობა/მუნიციპალიტეტი - 26 %.
- არასამთავრობო ორგანიზაცია - 10 %.

ფინანსური დახმარება (ფულადი) – იმ ოჯახებიდან, რომელთაც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები ჰყავთ და განაცხადეს, რომ უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სახელმწიფოსაგან ან ნებისმიერი სხვა ორგანიზაციისაგან მიიღეს რაღაც სახის დახმარება, 67-მა პროცენტმა მიიღო ფინანსური დახმარება. ეს ნიშნავს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვიანი ოჯახების 42-მა პროცენტმა მიიღო ფულადი დახმარება. დახმარებას, ძირითადად, უზრუნველყოფს სოციალური მომსახურების სააგენტო:

ვაუჩერი - იმ შეზღუდული შესაძლებლობების ბავშვიანი ოჯახებიდან, რომლებმაც უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში სახელმწიფოსაგან ან რაიმე სხვა ორგანიზაციისაგან რაღაცა სახის დახმარების მიღების შესახებ განაცხადეს, 9 %-მა მიიღო ვაუჩერი. ეს იმას ნიშნავს, რომ ვაუჩერი მიიღო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვიანი ოჯახების 3%-მა.

მიღებული დახმარების სხვადასხვა სახეობა

სხვადასხვა სახის დახმარებასთან დაკავშირებით რესპონდენტებს ჰკითხეს, მიიღო თუ არა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვმა დახმარება კვლევის ჩატარებამდე, ბოლო 12 თვის განმავლობაში:

დახმარების სახეობა, რომელიც უღარიბეს კვინტილში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვის ოჯახმა მიიღო ბოლო 12 თვის განმავლობაში, საქართველო, 2010 წ. (n=9)
▪ მკურნალობა – 4 ოჯახი
▪ ზოგადი განათლება – 2 ოჯახი
▪ ტრანსპორტირება – 1 ოჯახი
▪ დღის ცენტრის მომსახურება – 0
▪ პროფესიული განათლება – 0
▪ ფიზიკური შეზღუდვისათვის სპეციალური მოწყობილობა (ეტლი, სასმენი აპარატი და სხვ.) – 0
▪ სპეციალური თერაპია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის – 0
▪ ფსიქიატრის კონსულტაცია, მკურნალობა – 0
▪ სარეაბილიტაციო მკურნალობა – 0

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისათვის დახმარების ხელმისაწვდომობის ბარიერები

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვიანი ცამეტი ოჯახიდან ცხრა აცხადებს, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჰქონდა შემთხვევა, როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვს კონკრეტული მომსახურება ესაჭიროებოდა და ვერ მიიღო. ამ მომსახურების ვერმიღებას რესპონდენტები შემდეგნაირად ხსნიან:

- არ ვიცით, თუ როგორ მივმართოთ დახმარების მისაღებად - 7
- დახმარებას უახლოეს მომავალში ველით -1
- გვაკლია საბუთები - 2

3.8 ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარება

შესავალი

სკოლამდელი აღზრდა უმნიშვნელოვანესი ინვესტიციაა საქართველოს გრძელვადიან განვითარებაში. სიცოცხლის ადრეულ ეტაპზე ბავშვთა შემეცნებითი პოტენციალის გაღვივებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს თითოეული ბავშვის განვითარების შესაძლებლობების მაქსიმალურად გამოვლენისთვის. საერთაშორისო კვლევებმა აჩვენა, რომ სკოლამდელი აღზრდის კარგად ორგანიზებული სისტემა განაპირობებს ბავშვების სასკოლო მოსწრების გრძელვადიან გაუმჯობესებას - უფრო მაღალ შეფასებას; ბავშვების კლასში ჩარჩენის შემთხვევათა შემცირებას და უფრო მაღალ აკადემიურ მიღწევებს (მეტი ბავშვი აბარებს გამოცდებს უნივერსიტეტში). თუმცა, აღსანიშნავია, რომ სკოლამდელი განათლების დადებითი გავლენა მნიშვნელოვნად სცდება აკადემიურ მოსწრებას სკოლაში. ეკონომიკურმა გათვლებმა აჩვენა, რომ ეს არის ქვეყნის მიერ ჩადებული საუკეთესო ინვესტიცია, რომელსაც საზოგადოებისათვის ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი ეკონომიკური უკუგება აქვს. საერთაშორისო კვლევებმა, ძირითადად აშშ-სა და ევროპაში, აჩვენა, რომ სკოლამდელი განათლება უმუშევრობის, სახელმწიფო სოციალურ მომსახურებაზე დამოკიდებულებისა და დამნაშავეობის შემცირების საწინდარია; ჯანმრთელობის თვალსაზრისით უკეთეს შედეგები მოაქვს, იწვევს შემოსავლებისა და, შესაბამისად, საგადასახადო შემოსავლების ზრდას.

სამხრეთ კავკასიის რეგიონში სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებში ჩარიცხვის მაჩვენებელი ყოველთვის უფრო დაბალი იყო, ვიდრე ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპასა თუ რუსეთში. პოსტსაბჭოთა პერიოდის დასაწყისში საბავშვო ბაღებში ჩარიცხვის წმინდა მაჩვენებელი უკვე არსებული დაბალი, 45%-იანი მაჩვენებლიდან 23%-მდე დაეცა 3-5 წლის ასაკის ბავშვებში, ხოლო საბავშვო ბაღების რაოდენობა განახევრდა. 2011 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის თანახმად, უკანასკნელ წლებში ეს რაოდენობა გაიზარდა 41,2%-მდე, თუმცა მნიშვნელოვანი უთანასწორობაა ქალაქში თუ სოფელში მაცხოვრებელ ბავშვებსა და უღარიბეს და უმდიდრეს კვინტილში მყოფ ბავშვებში. შესაბამისად, საბავშვო ბაღში დადის ქალაქში მცხოვრები ბავშვების 51,5 % და სოფლად მცხოვრები ბავშვების 31,1 %, ასევე ბავშვების 25,8 % - უღარიბესი კვინტილიდან და 53,5 % - უმდიდრესი კვინტილიდან.

მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და მშობელთა ქცევის შესახებ 2005-2007 წწ.-ში ჩატარებული კვლევების მიმოხილვამ გამოავლინა სკოლამდელი აღზრდის დასწრების დაბალი წმინდა მაჩვენებლის ორი მიზეზ-შედეგობრივი ფაქტორი: პირველი, მშობლებს არ შეეძლოთ საბავშვო ბაღის საფასურის გადახდა, რაც მჭიდროდ უკავშირდება ზემოაღნიშნულ განსხვავებას სიღარიბესთან დაკავშირებით; მეორე, ბევრი

მშობლის მოსაზრება, რომ სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულება აუცილებელი არ არის, ვინაიდან ერთი უფროსი მაინც ყოველთვის არის სახლში, რომ ბავშვს მოუაროს; საბავშვო ბაღი კი „ბავშვის დატოვების" საშუალებას უთანაბრდება. შესაბამისად, მშობლები არ ანიჭებდნენ მნიშვნელობას შემეცნებით და განვითარების ასპექტებს, რომელთაც ხელს უწყობს საბავშვო ბაღი.

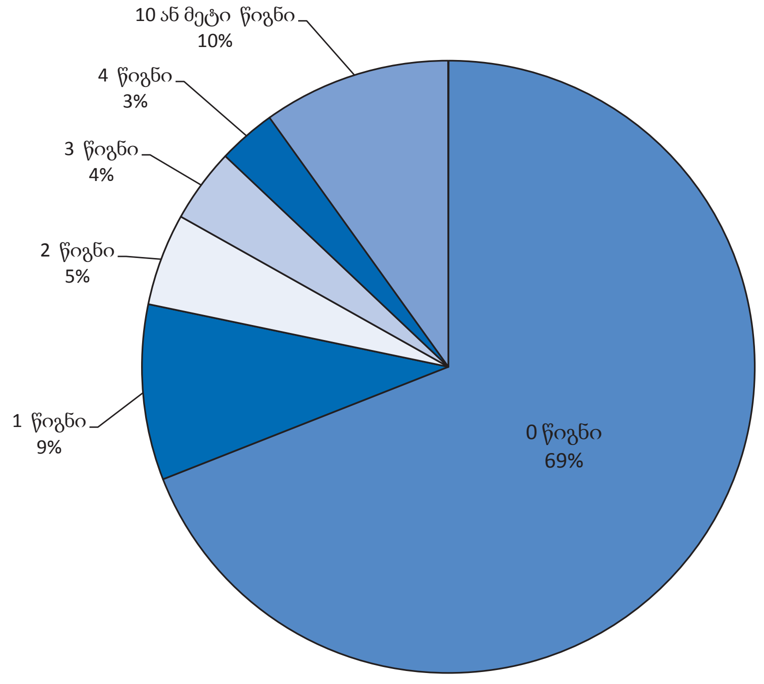
კვლევის შედეგები

სასწავლო მასალა

იმის შესაფასებლად, თუ რამდენად აქვთ ბავშვებს ხელსაყრელი სასწავლო გარემო ოჯახებში, ოჯახებს ჰკითხეს, აქვთ თუ არა ბავშვებს საბავშვო ან ილუსტრირებული წიგნები 3-5 წლის ასაკის ბავშვებისათვის. აქ არ შედის სასკოლო წიგნები. ბავშვების უმრავლესობას ხელი არ მიუწვდება საბავშვო წიგნებზე (69 %). ბავშვების მხოლოდ 18 %-ს მიუწვდება ხელი სამ ან მეტ საბავშვო წიგნზე.

სასწავლო მასალა: საბავშვო წიგნები

უღარიბეს კვინტილში 3-5 წლის ასაკის ბავშვების პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ 3 ან მეტი საბავშვო წიგნი საქართველო 2010წ.



(n=130), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

არასათანადო მოვლა

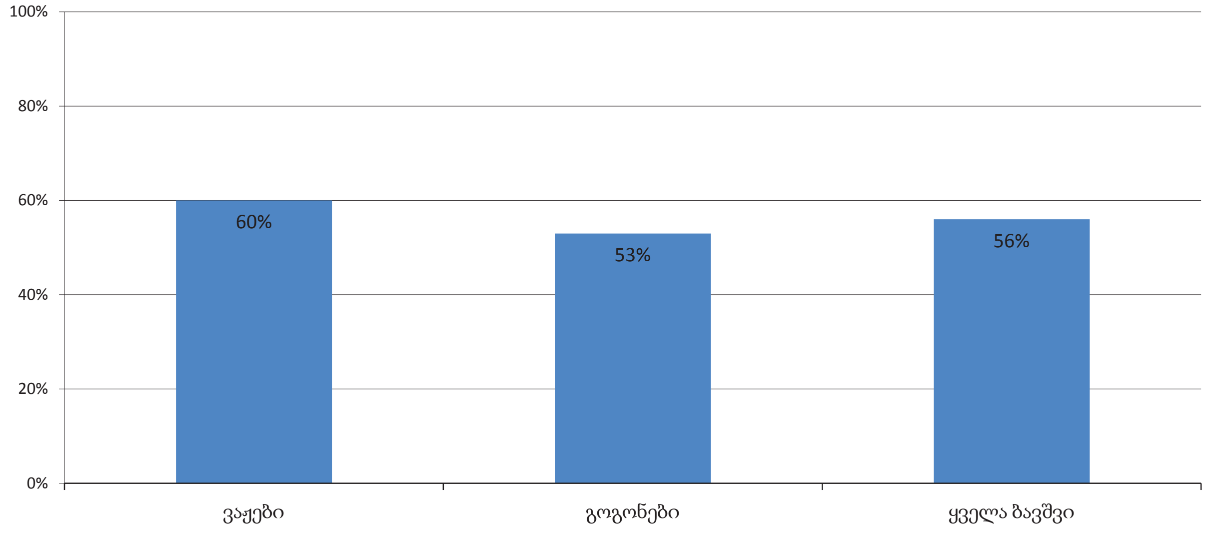
მზრუნველთა მიერ ბავშვთა მოვლა და მხარდაჭერა ასევე მოიცავს იმის უზრუნველყოფასაც, რომ ბავშვი დაცული იყოს ფიზიკური საფრთხისაგან. ბავშვის მარტო ან სხვა ბავშვის ზედამხედველობის ქვეშ დატოვება ზრდის ბავშვის დაშავების და მის მიმართ ძალადობის ან დაუდევრობის რისკს. რესპონდენტთა 13%-მა განაცხადა, რომ კვლევის ჩატარებამდე უკანასკნელი შვიდი დღის განმავლობაში, როდესაც სახლიდან გასვლა დასჭირდა საყიდლებზე ან სხვა საჭიროების გამო, ბავშვი დატოვა სახლში მარტო ერთ საათზე მეტი ხნით (12%) და/ან სხვა ბავშვის ზედამხედველობის ქვეშ მანქანაში ერთ საათზე მეტი ხნით (0,8%).

ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების დაწესებულებებში დასწრება

ადრეული ასაკის ბავშვზე ზრუნვა წარმოადგენს ხარისხიანი საბაზო განათლების საფუძველს. ადრეული ასაკის ბავშვთა განათლების ყოვლისმომცველი სისტემის გაფართოება და გაუჯმობესება, განსაკუთრებით ყველაზე მოწყვლადი ბავშვებისათვის, ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სტრატეგიაა იმისათვის, რომ ბავშვებს თვითრეალიზაციისა და სწავლის შესაძლებლობა მიეცეთ. მსოფლიოში ადრეული ასაკის ბავშთა სასწავლო პროგრამების მრავალფეროვნებაა - სათემო ცენტრები, დღის ცენტრები, საბავშვო ბაღები და სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებები, რომლებიც ჩამოყალიბებულია სახელმწიფოს, კერძო ან სხვადასხვა სათემო ორგანიზაციის მიერ (მათ შორის, რელიგიური ჯგუფების ჩათვლით). მნიშვნელოვანი ის არის, რომ ბავშვი მონაწილეობდეს ადრეული ასაკის ორგანიზებულ სასწავლო პროგრამაში.

3-5 წლის ასაკის ბავშვების ნახევარზე ოდნავ მეტი (56%) მონაწილეობს რაიმე სახის ორგანიზებულ საბავშვო სასწავლო ან საგანმანათლებლო პროგრამაში, როგორიცაა კერძო ან საჯარო საბავშვო ბაღი ან მსგავსი დაწესებულება. ბიჭები უფრო მაღალი ალბათობით ერთვებიან ორგანიზებულ სასწავლო პროგრამებში (60%), ვიდრე გოგონები (53%).

სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებში დასწრება
უღარიბეს კვინტილში 3-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც საბავშვო ბაღში დადიან, საქართველო 2010წ.



(n=130), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

- ბავშვების უმრავლესობა საჯარო საბავშვო ბაღში დადის (87%).
- ოჯახების სამი მეოთხედი აცხადებს, რომ დაწესებულება მათ სახლთან ახლოს მდებარეობს (75%).

კმაყოფილება საბავშვო ბაღით

უმრავლესობა კმაყოფილია იმ საბავშვო ბაღით, რომელშიც მათი ბავშვი დადის (88%).

საბავშვო ბაღით კმაყოფილების ხარისხი უღარიბეს კვინტილში, ოჯახებში, რომელთა ბავშვი ამ მომსახურებით სარგებლობს, საქართველო , 2010 წ. (n=65)
▪ ძალიან კმაყოფილი - 55%
▪ მეტ-ნაკლებად კმაყოფილი - 34%
▪ არც კმაყოფილი, არც უკმაყოფილო - 7%
▪ მეტ-ნაკლებად უკმაყოფილო - 5%
▪ ძალიან უკმაყოფილო – 0%

- ყველა ოჯახი კმაყოფილია საბავშვო ბაღის მასწავლებლებით (100%).
- ოჯახების დაახლოებით სამი მეოთხედი კმაყოფილია საბავშვო ბაღში უზრუნველყოფილი კვებით (დიახ: 77%, არა: 7%, მიჭირს პასუხის გაცემა: 16%)
- ხუთი ოჯახიდან ოთხი კმაყოფილია საბავშვო ბაღის შენობით (დიახ: 79%, არა: 15%, მიჭირს პასუხის გაცემა: 6%)

საბავშვო ბაღის ღირებულება

ოჯახების ორი მესამედი, რომელთა ბავშვი საბავშვო ბაღში დადის, განათლების საფასურს იხდის, ნაწილობრივ მაინც.

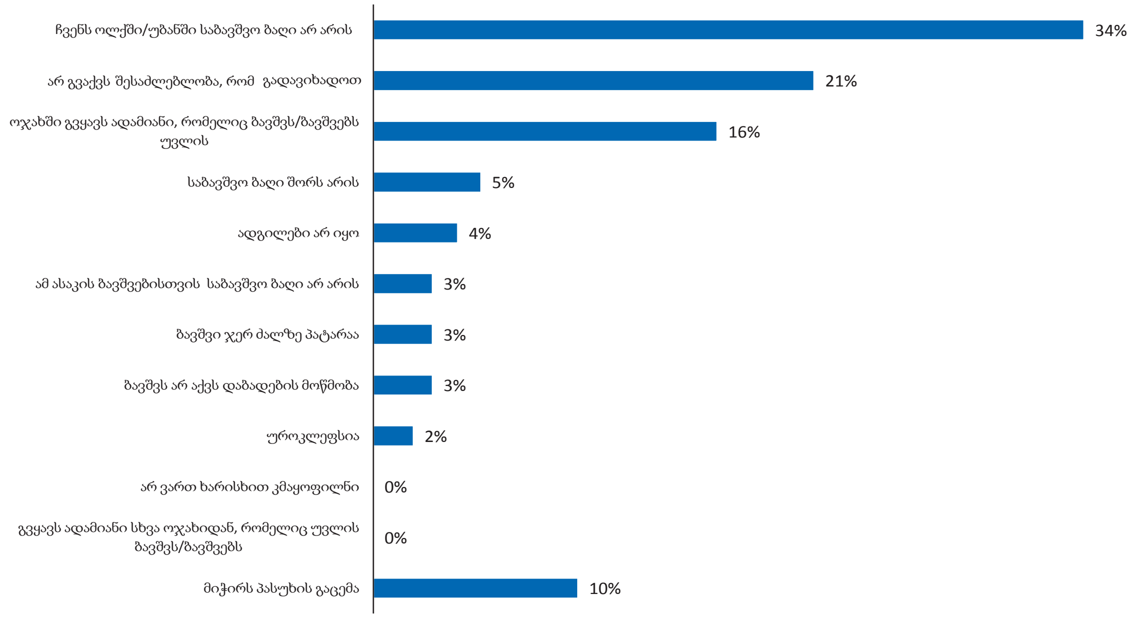
უღარიბეს კვინტილში საბავშვო ბაღის საფასურის გადახდაზე პასუხისმგებლობა, საქართველო, 2010 წ. (n=65)
▪ სრულად დაფინანსებულია ოჯახის მიერ - 48%
▪ თანადაფინანსებულია ოჯახის მიერ - 14%
▪ უფასოა (ჩვენ არ ვიხდით საფასურს/საფასურს იხდის სახელმწიფო) – 13%
▪ უფასოა ყველა ბავშვისათვის – 26%

- ოჯახების უმრავლესობა აცხადებს, რომ უჭირს სხვადასხვა წრის/განყოფილების საფასურის გადახდა (83%).
- გამოკითხულთა დაახლოებით ნახევარი (56%) აცხადებს, რომ სხვადასხვა არაოფიციალური გადასახადი (საჩუქრები, სხვა გადასახდელები) მათთვის ფინანსური თვალსაზრისით ბარიერს წარმოადგენს.

ადრეული ასაკის ბავშვთა საგანმანათლებლო დაწესებულებაში არდასწრება

ადრეული ასაკის ბავშვთა განათლების დაწესებულებაში ბავშვის არდასწრების მიზეზებია ოჯახის საცხოვრებელთან ახლოს საბავშვო ბაღის არარსებობა (33%) და საბავშვო ბაღის ღირებულება (21%).

სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებში დაუსწრებლობა
უღარიბეს კვინტილში ბავშვების (3-5 წლის ასაკის) საბავშვო ბაღში დაუსწრებლობის მიზეზები, საქართველო 2010წ.



(n = 65), სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა, საქართველო 2010წ.

ოჯახებს, რომელთაც 3-6 წლის ასაკის ბავშვი საბავშვო ბაღში არ დაჰყავთ, ჰკითხეს, ფინანსურად შეძლებდნენ თუ არა ბავშვის საბავშვო ბაღში ტარებას. 61%-მა განაცხადა, რომ ვერ გასწვდებოდა. თითქმის ერთ მეოთხედს (24%) ჰქონდა საამისო ფინანსური შესაძლებლობა , ხოლო 15%-ს პასუხის გაცემა გაუჭირდა.

ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების ინდექსი (ECDI)

ყველა ბავშვი უნდა იყოს ფიზიკურად ჯანმრთელი, ფსიქიკურად ჯანსაღი, სოციალურად განვითარებული, ემოციურად მდგრადი და სწავლისათვის მზადმყოფი. საერთაშორისო დონეზე შემუშავდა ახალი ინსტრუმენტი, რომელიც აფასებს ბავშვის განვითარების სხვადასხვა ასპექტს: *ენობრივ/შემეცნებით, სოციალურ/ემოციურ და ფიზიკურ მზადყოფნას სწავლისადმი*. განვითარება არის ცვლილების პროცესი, რომლის დროს ბავშვი სულ უფრო და უფრო მეტად ეუფლება მოძრაობას, აზროვნებას, გრძნობას და მის ირგვლივ მყოფ ადამიანებთან და საგნებთან ურთიერთობას. ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების ინდექსი (ECDI) შედგენილია რიგი შეკითხვების საფუძველზე. ინდექსის უპირველეს მიზანს წარმოადგენს საჯარო პოლიტიკის ინფორმირება ბავშვთა კოლექტიური კეთილდღეობის შესახებ კონკრეტულ ერში, მოსახლეობის ქვეჯგუფში, გენდერსა თუ ეკონომიკურ კლასში. იგი ეფუძნება მზრუნველის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას ბავშვის განვითარების ოთხ ძირითად სფეროზე: წერა-კითხვისა და არითმეტიკული აზროვნების სფეროზე, ფიზიკურ, სასწავლო და სოციალურ-ემოციურ სფეროებზე. კვლევაში შესული შეკითხვები იძლევა ზოგიერთ მახასიათებელს, რომელიც ბავშვებს, წესით, უნდა ჰქონდეთ, თუკი ისინი მათი ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვების უმრავლესობის მსგავსად ვითარდებიან.

წერა-კითხვისა და არითმეტიკული აზროვნების სფერო - ენობრივი/შემეცნებითი განვითარება ფასდება სამი შეკითხვისაგან შემდგარი კითხვარით, რომელიც აფასებს ბავშვის უნარს ამოიცნოს ასოები და ციფრები 1-დან 10-მდე და წაიკითხოს მარტივი სიტყვები. ეს ნიშნავს იმას, რომ მათ შესწევთ უნარი, გააკეთონ ქვემოთ მოცემული სამი დავალებიდან ორი:

წერა-კითხვისა და არითმეტიკული აზროვნების სფერო - უღარიბეს კვინტილში 3-5 წლის ასაკის ბავშვების რაოდენობა, რომლებიც განვითარების შესაბამის ტემპს მიჰყვებიან, საქართველო, 2010 წ. (n=130)
▪ შეუძლია ამოიცნოს ანბანის 10 ასო მაინც (24%)
▪ შეუძლია წაიკითხოს მინიმუმ ოთხი მარტივი პოპულარული სიტყვა (19%)
▪ იცის 1-დან 10-მდე ყველა ციფრის სახელი და ცნობს სიმბოლოებს (40%)

⌧ 3-5 წლის ბავშვების 22% განვითარების შესაბამის ტემპს მიჰყვება.

ფიზიკური სფერო ფასდება იმაზე დაკვირვებით, რამდენად მიდრეკილია ბავშვი ხშირი ავადმყოფობისაკენ, ასევე - ბავშვის მოტორულ უნარებზე. ბავშვი ფიზიკურად სწორად ვითარდება, თუ ქვემოთ მოცემული მახასიათებლებიდან ერთ-ერთი მაინც სწორია:

ფიზიკური განვითარება - უღარიბეს კვინტილში 3-5 წლის ასაკის ბავშვების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც განვითარების თვალსაზრისით სწორ ტემპს მიჰყვებიან, საქართველო, 2010 წ. (n=130)
▪ შეუძლია მცირე საგნის აღება ორი თითით (87%)
▪ არ იღლება თამაშით (69%)

⌧ 3-5 წლის ასაკის ბავშვების 95% ფიზიკურად სწორად ვითარდება.

სწავლის სფერო ფასდება ბავშვის უნარზე დაკვირვებით, შეასრულოს მარტივი მითითებები და დამოუკიდებლად გაერთოს. ბავშვი სწორად ვითარდება, თუ ქვემოთ მოცემული მახასიათებლებიდან ერთ-ერთი მაინც სწორია:

სწავლის სფერო - უღარიბეს კვინტილში 3-5 წლის ბავშვების პროცენტული რაოდენობა, რომელიც სწორად ვითარდება, საქართველო 2010წ. (n=130)
▪ ასრულებს მარტივ მითითებებს იმის შესახებ, თუ როგორ გააკეთოს რაიმე სწორად (76%)
▪ როდესაც დავალებას აძლევენ, შეუძლია დამოუკიდებლად გაართვას თავი (86%)

⌧ 3-5 წლის ბავშვების 90% სწავლის თვალსაზრისით სწორად ვითარდება.

სოციალურ-ემოციური სფერო ფასდება ბავშვის უნარზე დაკვირვებით, იურთიერთოს სხვა ბავშვებთან, მის უნარზე არ იყოს აგრესიული სხვა ბავშვებთან, მოიკრიბოს ყურადღება და მოახდინოს კონცენტრაცია ყურადღების ადვილად გაფანტვის გარეშე. ბავშვი სწორად ვითარდება, თუ ქვემოთ მოცემულიდან ორი მახასიათებელი მაინც სწორია:

სოციალურ-ემოციური სფერო - უღარიბეს კვინტილში 3-5 წლის ასაკის ბავშვების პროცენტული რაოდენობა, რომელიც სწორად ვითარდება, საქართველო, 2010 წ. (n=130)
▪ კარგად ურთიერთობს სხვა ბავშვებთან (88%)
▪ არ ურტყამს, არ კბენს, ხელს არ კრავს სხვა ბავშვებს (62%)
▪ ადვილად არ ბრაზდება (49%)

⌧ 3-5 წლის ბავშვების 67% სოციალურ-ემოციური თვალსაზრისით სწორად ვითადება.

ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების ინდექსი არის იმ ბავშვების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც სწორად ვითარდებიან ზემოაღნიშნული ოთხი სფეროდან სამში მაინც.

- 36-59 თვის ასაკის ბავშვების 70% სწორად ვითარდება წერა-კითხვის, რაოდენობრივი აზროვნების, ფიზიკურ, სოციალურ-ემოციურ და სწავლის სფეროში.

3.9 სასკოლო განათლების ხელმისაწვდომობა

ვინაიდან განათლების ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით, სკოლაში დასწრება სხვა კვლევებმა მოიცვა (მაგ., 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა), ამჟამად აქცენტს სკოლაში არდასწრების მიზეზებზე გავაკეთებთ. კვლევამ აჩვენა, რომ სასკოლო ასაკის ბავშვების 8.7% (36 შემთხვევა) საგანმანათლებლო დაწესებულებაში არ დადის. ამის მიზეზი ყოველთვის არ არის სკოლის მიტოვება. მსგავსი შემთხვევების რაოდენობა თერთმეტია და შემდეგნაირად ნაწილდება: (ა) ბავშვი ჯერ ძალიან პატარაა, სკოლაში მომავალ წელს წავა (3 შემთხვევა); (ბ) ბავშვმა სკოლა უკვე დაამთავრა (6 შემთხვევა); (გ) ბავშვი პროფესიულ უნარებს სწავლობს (1 შემთხვევა) და (დ) ბავშვი სპორტს მისდევს (1 შემთხვევა). თუ ამ შემთხვევებს გამოვრიცხავთ, სასკოლო ასაკის გამოკითხულ ბავშვებში სკოლის მიტოვების პროცენტული მაჩვენებელი 6.5%-ს შეადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ განზოგადება ვერ ხერხდება შემთხვევების მცირე რაოდენობის გამო, აღსანიშნავია, რომ სკოლის მიტოვების 25 შემთხვევიდან 16 გვხვდება ქვემო ქართლში. აუცილებელია დამატებითი გამოკვლევა.

3.10 დოკუმენტური მომსახურება /რეგისტრაცია დაბადებისას

შესავალი

საბუთების არქონამ შეიძლება შეუძლებელი გახადოს სხვადასხვა სახელმწიფო მომსახურებით, ტრანსფერტით, მათ შორის სკოლამდელი და დაწყებითი სასკოლო განათლებით, ჯანდაცვის მომსახურებით და სოციალური ტრანსფერტების სხვადასხვა ფორმით სარგებლობა. უკანასკნელი წლების განმავლობაში საქართველოს მთავრობამ მნიშვნელოვანი ძალისხმევა განახორციელა იმის უზრუნველსაყოფად, რომ საქართველოს ყველა მოქალაქეს, მათ შორის, ეთნიკურ უმცირესობებს, ჰქონოდათ პირადობის დამადასტურებელი და დაბადების მოწმობა. კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ ამ ძალისხმევამ კიდევ უფრო შეამცირა დაბადების მოწმობის არმქონე ბავშვების რაოდენობა 2005 წელს - 7%-დან, 2009 წელს - 0,1%-მდე.[15]

კვლევის შედეგები

კვლევისას რესპონდენტთა 14%-მა განაცხადა, რომ მათი ოჯახის წევრს დაბადების ან პირადობის მოწმობის აღება უცდია კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში.

იმ ოჯახებს შორის, რომლებიც კვლევის ჩატარებამდე ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაბადების ან პირადობის მოწმობის აღებას ცდილობდნენ (n=113), შვიდიდან ერთმა (14%), მცდელობის მიუხედავად, საბუთის მიღება ვერ მოახერხა. საბუთების ვერმიღების ძირითადი მიზეზი იყო საფასური, რომელიც საბუთების მისაღებად უნდა გადაეხადათ.

ყველა ადამიანმა, რომელმაც საბუთი მიიღო, ეს ერთი თვის ვადაში მოახერხა (100%). რვა ოჯახიდან შვიდმა (87%) საბუთი მოთხოვნიდან 10 დღის ვადაში მიიღო.

15 გაეროს ბავშვთა ფონდი (2007წ.) საქართველოს მრავალინდიკატორიანი კლასტერული კვლევა, 2005 წ.; გაეროს ბავშვთა ფონდი (2010წ.) მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა.

დრო, რომელიც აუცილებელია დაბადების/პირადობის მოწმობის მისაღებად უღარიბეს კვინტილში, ბოლო 12 თვის განმავლობაში, საქართველო, 2010 წ. (n=93)
▪ 1-5დღე - 27%
▪ 6 - 10 დღე - 60%
▪ 11 - 20 დღე - 8%
▪ 21 დღე - 1 თვე - 4%
▪ თვეზე მეტი - 0%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა - 0.6%

იმ ოჯახების 2%-ზე ნაკლებმა, რომლებმაც კვლევის ჩატარებამდე 12 თვის განმავლობაში დაბადების ან პირადობის მოწმობა აიღეს, განაცხადეს, რომ მათ, ოფიციალური გდასახადის გარდა, დამატებითი საფასურის გადახდა მოუწიათ.

გამოკითხულთა 6%-მა, რომელმაც მიიღო მოთხოვნილი დოკუმენტები, განაცხადა, რომ გადააწყდა გარკვეულ სირთულეებს. დასახელდა შემდეგი სირთულეები:

- ვერ ამიხსნეს, თუ რა საბუთები მჭირდებოდა, ამიტომ რამდენჯერმე მომიწია მისვლა - 1
- პირადობის მოწმობა დაპირებულ დროს არ დამიმზადეს - 2
- პირადობის ძველ მოწმობას ჰქონდა პრობლემა და ამას ძალიან დიდი დრო დასჭირდა - 2
- ბავშვს არ ჰქონდა ფოტოსურათი - 1

ოჯახების 7%-ში ოჯახის ერთ-ერთ წევრს აქვს დაბადების ან პირადობის მოწმობის მიღების სურვილი, თუმცა ჯერ არ მიუღია. აუცილებელი საბუთების არქონის ძირითადი მიზეზებია:

დაბადების/პირადობის მოწმობის არქონის მიზეზები უღარიბეს კვინტილში, ბოლო 12 თვის განმავლობაში, საქართველო, 2010 წ. (n=57)
▪ ჯერ არ დაგვჭირვებია. ავიღებთ, როდესაც დაგვჭირდება - 25%
▪ არანაირი ბარიერი. ავიღებთ - 17%
▪ არ გვაქვს აუცილებელი საბუთები - 11%
▪ გვიჭირს სამოქალაქო რეესტრში მისვლა ფიზიკური მდგომარეობის გამო - 4%
▪ გვიჭირს სამოქალაქო რეესტრში მისვლა დიდი მანძილის გამო - 13%
▪ არ ვიცით, სად მივმართოთ - 0%
▪ არ გვაქვს თანხა - 21%
▪ არ გვაქვს მისამართი - 3%
▪ მიჭირს პასუხის გაცემა- 7%

თავი 4. შეჯამება და დასკვნა

სოციალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის ბარიერების კვლევა ჩატარდა იმისათვის, რომ უკეთ გავიგოთ, რა უშლის ხელს საქართველოში ღარიბი შინამეურნეობების უმრავლესობას, რომ ისარგებლოს კუთვნილი შეღავათებით. წინამდებარე კვლევა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვთა სიღარიბისა და კეთილდღეობის საკითხის გასაგებად, ვინაიდან ბავშვების მხარდაჭერისა და მათზე ზრუნვის ძირითადი წყარო სწორედ ოჯახია.

ინფორმირებულობა სოციალური მომსახურების სააგენტოს და სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიანი მონაცემთა ბაზის შესახებ საკმაოდ მაღალია. მონაცემთა ბაზაში განაცხადის მიღებისა და განხილვის ფუნქციას სოციალური მომსახურების სააგენტო ეფექტიანად ახორციელებს. მიუხედავად ამისა, ღარიბი მოსახლეობის ერთ მეოთხედს განაცხადი არ წარუდგენია. თბილისში მცხოვრები ოჯახები და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები ნაკლები ალბათობით მიმართავენ რეგისტრაციისათვის. დაბალი მიმართვიანობის ძირითადი მიზეზები განაცხადის წარდგენის სისტემისადმი უარყოფით დამოკიდებულებას და არასაკმარის ინფორმაციას უკავშირდება. ამ ოჯახების უმრავლესობამ კარგად არ იცის, თუ როგორ მიმართოს მონაცემთა ბაზას, თუმცა მათ უმეტესობას მიმართვის სურვილი აქვს. აუცილებელია დამატებითი საინფორმაციო კამპანიები ამ მოწყვლადი ოჯახების ინფორმირებისათვის, რომ მათ კუთვნილი დახმარების მოთხოვნის შესაძლებლობა მიეცეთ. თბილისში მცხოვრებ ღარიბ ოჯახებსა და ეთნიკურ უმცირესობებს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ინდივიდუალურად მორგებული კომუნიკაციის თვალსაზრისით.

იმ ოჯახების უმრავლესობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, ვინც მონაცემთა ბაზას რეგისტრაციისათვის მიმართა, ზედმეტად კარგად შეფასდა იმისათვის, რომ ფულადი დახმარება მიეღოთ (დაახლოებით 50-60%). ამ ოჯახების ერთმა მესამედმა კი სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის მოთხოვნები ვერ დააკმაყოფილა. აუცილებელია გაიზარდოს ზღვრული სარეიტონგო ქულა, რომ დახმარების ეს ორი პროგრამა მეტმა ადამიანმა გამოიყენოს. ამასთან, მნიშვნელოვნად გასათვალისწინებელია სოციალური მომსახურების სააგენტოს განყოფილებების მიერ დაუცველი მოსახლეობის წვდომის საკითხი იმ რეგიონებში, სადაც სააგენტოს განყოფილებამდე მანძილი პრობლემურია.

სამედიცინო მომსახურების, მათ შორის, მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უპირველეს ბარიერს ღირებულება წარმოადგენს. ჯანმრთელობის დაზღვევას დადებითი გავლენა აქვს იმ ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რომელიც სარგებლობს სოციალურად დაუცველი ოჯახებისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით. ეს ოჯახები უფრო მაღალი ალბათობით სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით და მათთვის ხარჯი ნაკლები ალბათობით წარმოადგენს ბარიერს ამ მომსახურების მისაღებად, ვიდრე დაზღვევის არმქონე ღარიბი ოჯახებისათვის. სამწუხაროდ, უღარიბეს კვინტილში ათიდან მხოლოდ ოთხი ოჯახია დაზღვეული. დასავლეთ საქართველოში ოჯახები თითქმის ორჯერ უფრო მაღალი ალბათობით არიან დაზღვეულნი, ვიდრე ეთნიკურ უმცირესობათა ოჯახები. ვინაიდან ეს ჯგუფები ნაკლები ალბათობით მიმართავენ მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციისათვის, ისინი ნაკლები ალბათობით მიიღებენ ჯანმრთელობის დაზღვევას. დაზღვევის არქონის ძირითადი მიზეზებია: „მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციაზე განაცხადის არწარდგენა", "სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის მოთხოვნების დაუკმაყოფილებლობა" და "კერძო დაზღვევის შესაძენად სახსრების უქონლობა". მედიკამენტების ღირებულება ბარიერად რჩება დაზღვეული ოჯახებისთვისაც.

საქართველოში ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარება არასათანადო დონეზეა. სკოლამდელი ასაკის ბავშვთა მხოლოდ ნახევარი დადის სკოლამდელი განათლების დაწესებულებებში. მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური მუშაკის ინსტიტუტი ფართოვდება, მოსახლეობაში მის შესახებ ინფორმაცია მწირია, ხოლო სოციალური მუშაკების წვდომა თემებში - შეზღუდული.

რეკომენდაციები

- ინტენსიური და მიზნობრივი საინფორმაციო კამპანია სოციალურად დაუცველი ოჯახების ინფორმირებისათვის შეღავათების (მიზნობრივი სოციალური დახმარება, ფულადი დახმარება, სამედიცინო დაზღვევა და სხვ.) მიღების უფლებისა და განაცხადის წარდგენის პროცესის შესახებ. ინფორმაციის გავრცელების მთავარი წყარო უნდა იყოს ტელევიზია. ეთნიკურ უმცირესობათა ჯგუფებისათვის აუცილებელია სპეციალური საკომუნიკაციო სტრატეგია.

- საინფორმაციო მასალა და მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის განაცხადის ფორმები უნდა გადაითარგმნოს უმცირესობების ენებზე.

- თვისობრივი კვლევა (ფოკუს-ჯგუფები) უმცირესობათა ჯგუფებში მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის სპეციფიკური ბარიერების იდენტიფიცირებისათვის. გარდა ამისა, აუცილებელია დამატებითი გამოკვლევა თბილისში დაბალი მიმართვიანობის მაჩვენებლის მიზეზების შესასწავლად.

- გათვალისწინებულ უნდა იქნეს სოციალური მომსახურების სააგენტოს განყოფილებების წვდომა განსაკუთრებით რთულად მისადგომ ადგილებში.

- მიზნობრივი სოციალური დახმარებისა და ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოცვისა და გავლენის გასაზრდელად საჭიროა ზღვრული სარეიტინგო ქულის გაზრდა ორივე სახის დახმარებისათვის.

- მიზნობრივი სოციალური დახმარების მისაღებად შეფასებისას ბავშვის შესაბამისი „წონა" ფორმულაში უნდა გადაისინჯოს ისე, რომ ღარიბი ოჯახები, სადაც რამდენიმე ბავშვია, მოხვდნენ სოციალური დახმარების პროგრამებში.

- ბავშვებისათვის გასათვალისწინებელია შეფასების ცალკე ინსტრუმენტი, რათა მაძიებელ ოჯახებში შეფასდეს ბავშვების საჭიროებების ერთობლიობა (შეზღუდული შესაძლებლობები, სკოლაში სიარული, სკოლამდელი განათლება, დღის ცენტრები და სხვ.).

- მედიკამენტებზე არსებული შეღავათების გაზრდა/გაუმჯობესება – მედიკამენტებთან დაკავშირებული ხარჯები ღარიბი ოჯახებისათვის მძიმე ფინანსური ტვირთია.

- დაზღვევის შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდა - რას ფარავს იგი, თანადაფინანსების სისტემა. მაგ. ჯანმრთელობის დაზღვევის მომხმარებლისადმი კეთილგანწყობილი ინსტრუქციების შედგენა, საინფორმაციო ცხელი ხაზების შექმნა.

- კომუნიკაცია ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისების შინაარსის შესახებ (განსაკუთრებით მედიკამენტებთან დაკავშირებით) უნდა გაუმჯობესდეს.

- ჯანმრთელობის შესახებ ცნობიერების ამაღლება და პირველადი ჯანდაცვის/ოჯახის ექიმის/პრევენციული დიაგნოსტიკის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა; თვითმკურნალობის გადამეტებული გამოყენების პრაქტიკის შემცირება.

- ფინანსური და გეოგრაფიული ბარიერების დაძლევის ხელშეწყობა, რათა გაუმჯობესდეს ღარიბი ოჯახების ხელმისაწვდომიბა სკოლამდელ განათლებაზე.

- გათვალისწინებული უნდა იქნეს ღარიბ ოჯახებზე სოციალური დახმარების პროგრამების გავლენისა და ბარიერების მუდმივი მონიტორინგი

დანართი: ძირითადი ინდიკატორების სანდოობის ინტერვალები

B1. იღებს თუ არა ოჯახის რომელიმე წევრი რაიმე სახის პენსიას?

	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
თბილისი	62,8%	4,8%	53,0%	71,6%
დასავლეთ საქართველო	66,2%	2,5%	61,0%	70,9%
აღმოსავლეთ საქართველო	57,2%	2,5%	52,3%	62,0%
ქართველი	62,6%	2,1%	58,5%	66,6%
აზერბაიჯანელი	51,7%	5,3%	41,4%	62,0%
სომეხი	69,0%	9,9%	47,3%	84,7%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	65,9%	2,9%	60,0%	71,2%
სხვა სახის დაზღვევა	60,9%	9,6%	41,3%	77,4%
დაზღვევის არმქონე	58,7	2,7%	53,2%	63,9%

B13.1 თუ შეიძლება მიპასუხეთ, არის თუ არა უმწეოთა ბაზა საფუძველი ამ დახმარებების გაცემისათვის? - ფულადი სოციალური დახმარება

	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
ქართველი	92,7%	1,4%	89,4%	94,9%
აზერბაიჯანელი	92,2%	2,9%	84,5%	96,3%
სომეხი	67,0%	11,0%	43,4%	84.4%
თბილისი	84,8%	4,1%	74,9%	91,2%
დასავლეთ საქართველო	98,4%	0,6%	96,5%	99,3%
აღმოსავლეთ საქართველო	89,4%	1,6%	85,8%	92,2%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	94,8%%	1,2%	91,9%	96.7%
სხვა სახის დაზღვევა	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
დაზღვევის არმქონე	87,3%	2,3%	82,1%	91,2%

B16. შეგიტანიათ განაცხადი სოციალურად დაუცველი (უმწეო) ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში მოსახვედრად?

	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
ქართველი	76,9%	2,1%	72,4%	80,8%
აზერბაიჯანელი	66,6%	5,0%	56,2%	75,6%
სომეხი	63.8%	14,6%	33,8%	85,8%
თბილისი	58,2%	6,0%	46,2%	69,3%
დასავლეთ საქართველო	83,0%	2,0%	78,6%	86,6%
აღმოსავლეთ საქართველო	80,4%	2,2%	75,7%	84,3%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	91,2%	2,1%	86,0%	94,6%
სხვა სახის დაზღვევა	37,0%	9,2%	21,3%	55,9%
დაზღვევის არმქონე	61,6%	3,0%	55,7%	67,2%

C1. **მიგიღიათ თუ არა თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრებს უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში რაიმე ფულადი სახის სოციალური ტრანსფერტი (პენსია, სოციალური დახმარება, შეღავათი გადასახადებზე და სხვ.)?**

	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
თბილისი	70,0%	4,4%	60,8%	77,9%
დასავლეთ საქართველო	79,1%	2,2%	74,5%	83,0%
აღმოსავლეთ საქართველო	66,4%	2,6%	61,2%	71,3%
ქართველი	74,0%	1,9%	70,1%	77,5%
აზერბაიჯანელი	54,7%	5,3%	44,3%	64,8%
სომეხი	72,9%	9,4%	51,3%	87,3%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	85,1%	2,2%	80,4%	88,9%
სხვა სახის დაზღვევა	57,3%	9,7%	38,2%	74,5%
დაზღვევის არმქონე	60,6%	2,7%	55,2%	65,8%

C2.1. **მიგიღიათ თუ არა თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრებს ბოლო 12 თვის განმავლობაში - პენსია ?**

	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
თბილისი	60,9%	4,8%	51,2%	69,8%
დასავლეთ საქართველო	66,6%	2,5%	61,5%	71,3%
აღმოსავლეთ საქართველო	55,3%	2,5%	50,4%	60,2%
ქართველი	61,9%	2,1%	57,8%	65,9%
აზერბაიჯანელი	48,7%	5,3%	38,4%	59,1%
სომეხი	67,4%	10,1%	45,6%	83,6%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	65,9%	2,8%	60,1%	71,3%
სხვა სახის დაზღვევა	57,3%	9,7%	38,2%	74,5%
დაზღვევის არმქონე	56,8%	2.7%	51,4%	62,1%

C2.2. **მიგიღიათ თუ არა თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრებს უკანასკნელი ბოლო 12 თვის განმავლობაში - მიზნობრივი სოციალური დახმარება?**

	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
თბილისი	16,4%	4,6%	9,2%	27,5%
დასავლეთ საქართველო	34,1%	2,4%	29,5%	39,0%
აღმოსავლეთ საქართველო	22,6%	2,2%	18,5%	27,2%
ქართველი	27,9%	2,0%	24,2%	31,9%
აზერბაიჯანელი	10,7%	3,5%	5,5%	19,8%
სომეხი	1,5%	1,6%	0,2%	10,5%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	47,9%	3,0%	42,1%	53,8%
სხვა სახის დაზღვევა	4,7%	3,3%	1,2%	17,4%
დაზღვევის არმქონე	4,1%	0,9%	2,7%	6,2%

E5. ბოლო 12 თვის განმავლობაში რა სახსრებით ფარავდით მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას (მედიკამენტების გარდა)?

ჩვენი ოჯახის ჩვეული შემოსავლებიდან	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
თბილისი	31,4%	5,8%	21,2%	43,6%
დასავლეთ საქართველო	45,1%	3,1%	39,1%	51,2%
აღმოსავლეთ საქართველო	42,7%	3,2%	36,6%	49,0%
ქართველი	38,7%	2,4%	34,1%	43,6%
აზერბაიჯანელი	68,2%	7,0%	53,3%	80,1%
სომეხი	47,7%	18,7%	17,4%	79,8%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	24,6%	2,6%	19,9%	30,1%
სხვა სახის დაზღვევა	43,0%	10,0%	25,3%	62,7%
დაზღვევის არმქონე	60,3%	3,5%	53,3%	66,8%

ოჯახის დანაზოგებიდან	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
თბილისი	20,8%	4,8%	12,8%	31,8%
დასავლეთ საქართველო	4,3%	1,3%	2,4%	7,6%
აღმოსავლეთ საქართველო	6,1%	1,5%	3,7%	10,0%
ქართველი	10,2%	1,8%	7,2%	14,2%
აზერბაიჯანელი	1,9%	1,8%	0,3%	12,1%
სომეხი	11,5%	10,9%	1,5%	51,8%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	8,4%	2,4%	4,7%	14,6%
სხვა სახის დაზღვევა	6,6%	6,3%	0,9%	34,3%
დაზღვევის არმქონე	11,2%	2,2%	7,6%	16,4%

ხარჯები დაფარა დაზღვევამ	მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება	95% სანდოობის ინტერვალი	
			ქვედა	ზედა
თბილისი	28,3%	5,7%	18,6%	40,6%
დასავლეთ საქართველო	39,0%	3,0%	33,3%	45,1%
აღმოსავლეთ საქართველო	33,2%	3,0%	27,6%	39,4%
ქართველი	35,6%	2,4%	31,0%	40,4%
აზერბაიჯანელი	14,9%	5,2%	7,2%	28,2%
სომეხი	21,0%	10,8%	6,8%	48,9%
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ან სხვა მსგავსი პროგრამა	62,0%	3,2%	55,6%	68,0%
სხვა სახის დაზღვევა	18,4%	7,3%	8,0%	37,0%
დაზღვევის არმქონე	1,2%	0,6%	0,4%	3,1%

E15. არის თუ არა თქვენს ოჯახში ისეთი წევრი, რომელსაც არა აქვს სამედიცინო დაზღვევა?

		მაჩვენებელი	სტანდარტული ცდომილება ქვედა	95% სანდოობის ინტერვალი	
				ქვედა	ზედა
თბილისი	ოჯახის არც ერთი წევრი არაა დაზღვეული	44,4%	5,6%	33,9%	55,4%
	ოჯახის ზოგი წევრი არაა დაზღვეული	18,9%	4,2%	12,0%	28,5%
	ოჯახის ყველა წევრი დაზღვეულია	36,7%	5,2%	27,1%	47,5%
დასავლეთ საქართველო	ოჯახის არც ერთი წევრი არაა დაზღვეული	41,1%	2,6%	36,2%	46,2%
	ოჯახის ზოგი წევრი არაა დაზღვეული	8,1%	1,5%	5,6%	11,5%
	ოჯახის ყველა წევრი დაზღვეულია	50,8%	2,6%	45,7%	55,9%
აღმოსავლეთ სა-ქართველო	ოჯახის არც ერთი წევრი არაა დაზღვეული	56,1%	2,4%	51,3%	60,7%
	ოჯახის ზოგი წევრი არაა დაზღვეული	8,8%	1.,1%	6,7%	11,3%
	ოჯახის ყველა წევრი დაზღვეულია	35,2%	2,4%	30,7%	39,9%
ქართველი	ოჯახის არც ერთი წევრი არაა დაზღვეული	43,9%	2,2%	39,6%	48,3%
	ოჯახის ზოგი წევრი არაა დაზღვეული	12,4%	1,5%	9,7%	15,8%
	ოჯახის ყველა წევრი დაზღვეულია	43,7%	2,1%	39,6%	48,0%
აზერბაიჯანელი	ოჯახის არც ერთი წევრი არაა დაზღვეული	68,3%	4,9%	58,1%	77,0%
	ოჯახის ზოგი წევრი არაა დაზღვეული	4,0%	2,0%	1,5%	10,3%
	ოჯახის ყველა წევრი დაზღვეულია	27,6%	4,7%	19,3%	37,8%
სომეხი	ოჯახის არც ერთი წევრი არაა დაზღვეული	71,6%	9,7%	49,6%	86,5%
	ოჯახის ზოგი წევრი არაა დაზღვეული	5,2%	3,9%	1,1%	20,6%
	ოჯახის ყველა წევრი დაზღვეულია	23,3%	9,0%	10,1%	45,0%