



**ჯანმრთელობის ადრეულ
მეთვალყურეობას, ადრეულ
სერვისებსა და ადრეულ
განათლებას შორის
ინტერსექტორული
კოორდინაცია**

რეკომენდაციები შემუშავებულია ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასის პროექტის, -
„ადრეული ასაკის ბავშვის განვითარების და ინკლუზიური განათლების
გაუმჯობესება სპეციალური საჭიროების მქონე ბავშვებისათვის საქართველოში“
ფარგლებში.

პროექტის მხარდამჭერია ჩეხეთის განვითარების სააგენტო, საქართველოს
მთავრობასთან განვითარების სფეროში ორმხრივი თანამშრომლობის
პროგრამის ფარგლებში.

პროექტის მენეჯერი: რუსუდან ჩხუბიანიშვილი

© ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი საქართველოში, 2025

ჩინამდებარე ანგარიშში გამოთქმული მოსაზრებები ავტორებისეულია და იგი
შესაძლოა არ ასახავდეს ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასის ან ჩეხეთის
განვითარების სააგენტოს შეხედულებებს.

კვლევის ავტორები:

ნინო ცინცაძე

მაია გაბუნია

Table of Contents

თავი 1. ინტერსექტორული კოორდინაციის რაობა და მიზნები	4
თავი 2. დოკუმენტის შექმნის მეთოდოლოგია.....	6
თავი 3. ინტერსექტორული კოორდინაციის საჭიროების დასაბუთება	8
თავი 4. ადრეულ სერვისებსა და ადრეულ განათლებას შორის ინტერსექტორული კოორდინაციის საერთაშორისო გამოცდილება	9
ფინეთი	9
შვედეთი:	11
ნიდერლანდები.....	14
პორტუგალია.....	20
ისრაელი	25
თავი 5. სიტუაციური ანალიზი: ადრეულ სერვისებსა და ადრეულ განათლებას შორის ინტერსექტორული კოორდინაციის ხარვეზები საქართველოში	28
თავი 6. ჯანმრთელობის, სოციალური დაცვისა და ადრეულ განათლების სერვისებს შორის ინტერსექტორული კოორდინაციის შესაძლო გზები.....	36
7. თავი 7. ინტერსექტორული კოორდინაციის მოდელის შერჩევა და იმპლემენტაციის ეტაპები	45

თავი 1. ინტერსექტორული კოორდინაციის რაობა და მიზნები

ადრეული ბავშვობის წლებად საერთაშორისო ორგანიზაციები, მათ შორის იუნესკო, იუნისეფი და ჯანმო, ძირითადად მიიჩნევენ დაბადებიდან 6 ან 8 წლამდე პერიოდს. ეს არის თავის ტვინის, ემოციური და სოციალური უნარების განვითარების კრიტიკული ეტაპი, რომელსაც განსაკუთრებული ზრუნვა და განათლება სჭირდება. იუნისეფი განსაკუთრებით გამოყოფს ბავშვის ცხოვრების პირველ 1000 დღეს, როგორც ტვინის განვითარებისთვის ყველაზე მგრძობიარე ფაზას. ჯანმო კი ხაზგასმით მიუთითებს, რომ 5 წლამდე პერიოდი განსაზღვრავს ბავშვის ჯანმრთელობისა და განვითარების დიდ ნაწილს.

იუნესკო და იუნისეფი ადრეულ ბავშვობას 0–8 წლით განსაზღვრავენ, OECD და ევროკავშირი კი – დაბადებიდან დაწყებითი სკოლის დაწყებამდე, ანუ დაახლოებით 6 წლამდე. მიუხედავად მცირე ასაკობრივი სხვაობებისა, ყველა ჩარჩო უსვამს ხაზს ამ პერიოდის მნიშვნელობას ბავშვის შემდგომი განვითარების საფუძვლად.

ამ ასაკის ბავშვთა განათლებისა და განვითარების სფეროში ინტეგრირებული, სექტორთაშორისი მმართველობა სულ უფრო მეტად განიხილება როგორც ეფექტური და მდგრადი პოლიტიკის აუცილებელი შემადგენელი. საერთაშორისო გამოცდილება მიუთითებს, რომ მხოლოდ უწყებათაშორისი თანამშრომლობის საფუძველზე არის შესაძლებელი ისეთი სერვისების დაგეგმვა და მიწოდება, რომლებიც პასუხობენ ბავშვის მრავალგანზომილებიან საჭიროებებს – ჯანმრთელობაზე, განათლებაზე, სოციალურ კეთილდღეობასა და ოჯახურ მხარდაჭერაზე.

საქართველოში ადრეული ასაკის ბავშვებისათვის მომსახურების მიწოდება კვლავ ფრაგმენტულად, სხვადასხვა სახელმწიფო უწყების მიერ ცალ-ცალკე ხდება. შედეგად, სისტემაში არის დუბლირებები, ხარვეზები მომსახურების უწყვეტობასა და ხარისხში და ის არ არის საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი.

2023 წელს, ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით, ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასის პროექტის, - **“ადრეული ასაკის ბავშვის განვითარების და ინკლუზიური განათლების გაუმჯობესება სპეციალური საჭიროების მქონე ბავშვებისათვის საქართველოში”** - ფარგლებში, ჩატარდა კვლევა საქართველოში ბავშვთა ადრეული განვითარების ხელშემწყობი სახელმწიფო სერვისების შესახებ. ჩატარებული კვლევა¹ წარმოაჩენს სისტემას, რომელიც, ერთი მხრივ,

¹ <https://www.facebook.com/CCRGeorgia2015/posts/for-english-scroll-down-%EF%B8%8F-%E1%83%A9%E1%83%94%E1%83%AE%E1%83%94%E1%83%97%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94-%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%90%E1%83%92%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%9D%E1%83%A1-%E1%83%9B%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%A0->

მნიშვნელოვან პროგრესს განიცდის და მაღალი მოთხოვნით სარგებლობს, მაგრამ, მეორე მხრივ, სერიოზული სისტემური გამოწვევების წინაშე დგას. კვლევის მთავარი დასკვნაა, რომ სერვისების ფრაგმენტულობა, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემები და, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, უწყებათაშორისი კოორდინაციის მწვავე დეფიციტი, მნიშვნელოვნად აფერხებს პროგრამების ეფექტიანობას და ბევრი ბავშვის განვითარების პოტენციალის სრულად რეალიზებას.

წინამდებარე დოკუმენტი მიზნად ისახავს ამ მდგომარეობის ანალიზს და ინტერსექტორული კოორდინაციის გზამკვლევის შეთავაზებას. ის ემყარება როგორც საერთაშორისო პრაქტიკას, ისე საქართველოს საკანონმდებლო და პოლიტიკურ ბაზას. დოკუმენტში თავმოყრილია არსებული მექანიზმების შეფასება, მათ შორის ადგილობრივ და ცენტრალურ დონეზე, და წარმოდგენილია რეკომენდაციები კოორდინაციის გაუმჯობესებისა და ბავშვის საუკეთესო ინტერესებზე დაფუძნებული მმართველობითი სისტემის ჩამოყალიბებისთვის.

თავი 2. დოკუმენტის შექმნის მეთოდოლოგია

დოკუმენტი მომზადებულია:

- ადრეული და სკოლამდელი აღზრდისა და განათლების შესახებ კანონის
- ბავშვის უფლებათა კოდექსის
- შშმ პირთა უფლებების შესახებ კანონის
- ადრეული იდენტიფიცირების, განვითარების და განათლების სფეროს მარეგულირებელი სსხვა დოკუმენტების
- ბოლო წლებში ადრეული განვითარებისა და განათლების მიმართულების ჩატარებული კვლევების, კერძოდ:
 - საქართველოში ბავშვთა ადრეული განვითარების ხელშემწყობი სახელმწიფო სერვისები კვლევა² (ჩეხეთის კარიტასი)
 - საქართველოში ბავშვთა კეთილდღეობაზე ჩატარებული კვლევა³ (გაეროს ბავშვთა ფონდი)
 - ადრეული განათლების დივერსიფიკაციის კონცეფციის შესამუშავებლად ჩატარებული კვლევა⁴ (JICA)
 - ადრეული ინკლუზიური განათლების მხარდაჭერისა და ბარიერების კვლევა (NDI)
 - შრომითი მიგრანტების სამშობლოში დარჩენილი ბავშვების საჭიროებები⁵ (Civitas Georgica)
 - სახალხო დამცველის ანგარიში⁶ სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობისთვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის მონიტორინგის შედეგები - ინფრასტრუქტურის შეფასება
 - JICA-ს მხარდაჭერით, საქართველოს განათლების, მეცნიერების და ახალგაზრდობის სამინისტროსთვის მომზადებული - სიტუაციური ანალიზი:

² <https://www.facebook.com/CCRGeorgia2015/posts/for-english-scroll-down-%EF%B8%8F-%E1%83%A9%E1%83%94%E1%83%AE%E1%83%94%E1%83%97%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%90%E1%83%92%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%9D%E1%83%A1-%E1%83%9B%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%A0-%E1%83%9B%E1%83%AE%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AD%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98-%E1%83%9E%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%94%E1%83%A5/791612676397720/>

³ https://www.unicef.org/georgia/reports/child-wellbeing-georgia-2023?utm_source=chatgpt.com

⁴ <https://www.mes.gov.ge/content.php?id=13824&lang=geo&csrt=8048306628768245191>

⁵ https://www.civitas.ge/files/Publication%20texts/LBC-%20%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%98_CG.pdf

⁶ <https://ombudsman.ge/res/docs/2022120811061477006.pdf>

“ადრეული აღზრდისა და განათლების სისტემა და მომსახურებები საქართველოში დაბადებიდან 2 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის”

- კურაციოს საერთაშორისო ფონდის მიერ, 2024 წელს მომზადებული რეკომენდაციები რეაბილიტაციის პროგრამის განახლების საჭიროებების შესახებ

ანალიზის საფუძველზე, მასში ასევე გათვალისწინებულია ჩეხეთის კარიტასის მიერ ფორმირებული ინტერსექტორული ჯგუფის წევრების ექსპერტული მოსაზრებები.

თავი 3. ინტერსექტორული კოორდინაციის საჭიროების დასაბუთება

ადრეული ასაკი წარმოადგენს ადამიანის განვითარების ყველაზე გადამწყვეტ ფაზას – ეს არის დრო, როდესაც ყალიბდება თავის ტვინის სტრუქტურა, ემოციური რეგულაცია, სწავლის უნარი და სოციალური უნარების საფუძველი. მრავალრიცხოვანი ნეირობიოლოგიური და სოციალური კვლევები აჩვენებს, რომ ადრეულ წლებში მიღებული მხარდაჭერა პირდაპირ გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ინდივიდის სიცოცხლის ხარისხზე, არამედ სახელმწიფოს ეკონომიკურ მდგრადობაზე, ჯანმრთელობაზე, უსაფრთხოებაზე და ინოვაციურ პოტენციალზე. **ინვესტიცია ადრეულ წლებში არ არის მხოლოდ სოციალური პასუხისმგებლობა – ის არის სახელმწიფოს სტრატეგიული გეგმის ნაწილი მომავალი თაობების კეთილდღეობისთვის.**

ბავშვის განვითარება ვერ შემოიფარგლება მხოლოდ ერთი სფეროთი. ის მოითხოვს ჯანსაღ კვებასა და სამედიცინო სერვისებზე წვდომას, სტაბილურ და თანმიმდევრულ აღზრდას ოჯახსა და სკოლამდელ გარემოში, ემოციური მხარდაჭერის ქსელს, ინდივიდუალურ საჭიროებებზე პასუხს, სოციალურად უსაფრთხო სივრცეს და სწავლის მდგრად შესაძლებლობას. ამდენად, **ბავშვის კეთილდღეობა ბუნებრივად არის მრავალსექტორული საკითხი**, რომელიც ვერ გადაიჭრება განათლების, ჯანდაცვის ან სოციალური დაცვის სფეროებში ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად.

სწორედ ამიტომ, ინტერსექტორული კოორდინაცია არ არის ტექნიკური დეტალი, არამედ **სტრუქტურული პრინციპია**, რომელზეც უნდა დაფუძნდეს ადრეული და სკოლამდელი ასაკის პოლიტიკა. როდესაც სხვადასხვა სახელმწიფო უწყება ერთმანეთთან გაუზიარებლად გეგმავს მომსახურებებს, შედეგია სპორადული მხარდაჭერა, რესურსების არაეფექტური ხარჯვა და ოჯახების დაბნეულობა.

ინტეგრირებული მმართველობა ქმნის პირობას, სადაც უწყებები არ კარგავენ თავიანთ პასუხისმგებლობებს, არამედ მათ აერთიანებს საერთო მიზანი – ბავშვის საჭიროებების პრიორიტეტიზაცია. **ერთიანი პოლიტიკა, კოორდინირებული დაფინანსება, მონაცემების თანხვედრა და ადგილობრივ დონეზე გადაჭრილი მექანიზმები ქმნის სისტემას, რეალურ მხარდაჭერას ბავშვებისა და ოჯახებისათვის.**

ამ მიდგომის უგულვებლყოფა არა მხოლოდ ზრდის სოციალური უთანასწორობის რისკს, არამედ სამომავლოდ ამძიმებს საზოგადოებრივ დანახარჯებს: სკოლებში წარუმატებლობა, ფსიქო-სოციალური სირთულეები, მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობის სირთულეები – ეს რისკების ის ჩამონათვალია, რომელთა თავიდან აცილება და მინიმუმზე შეიძლება ადრეულ ასაკში კოორდინირებული მხარდაჭერით. სწორედ ამიტომ, ინტერსექტორული კოორდინაცია არის არა არჩევანი, არამედ **სისტემური აუცილებლობა**, თუ გვსურს ისეთი სახელმწიფო, რომელიც დგას თითოეული ბავშვის ინტერესზე და გრძელვადიან ხედვაზე მომავლისთვის.

თავი 4. ადრეულ სერვისებსა და ადრეულ განათლებას შორის ინტერსექტორული კოორდინაციის საერთაშორისო გამოცდილება

ფინეთი



ინტეგრირებული ადრეული ბავშვობის მართვა: ჯანდაცვის, განათლებისა და სოციალური სერვისების კოორდინაცია - სკანდინავიური, ჰოლანდიური და ოჯახზე ცენტრირებული მიდგომის მაგალითი

ადრეული ბავშვობა ფინეთის სახელმწიფო პოლიტიკაში ჩვეულებრივ მოიაზრება დაბადებიდან 6 წლამდე, ზოგჯერ 7 წლამდე ასაკი, ანუ სანამ ბავშვი იწყებს სავალდებულო სკოლას.

ასაკი	სერვისები	ხასიათი
0-1 წელი	მშობლის შვებულება (~9 თვე ან მეტი, ანაზღაურებადი)	ოჯახზე ორიენტირებული
1-5 წელი	varhaiskasvatus – სკოლამდელი აღზრდის სერვისები (მუნიციპალური ან კერძო)	ინტეგრირებული სწავლა, ზრუნვა, განვითარება
6 წელი	esiopetus – სკოლამდელი მოსამზადებელი წელი, სავალდებულო	განათლებაზე ფოკუსირებული
7 წელი	იწყება ძირითადი სკოლა (peruskoulu)	ფორმალური სწავლება

ფინეთში მცირეწლოვანი ბავშვებისა და მათი ოჯახებისთვის განკუთვნილი სერვისების კოორდინაცია ასახავს ინტეგრაციის კარგად გააზრებულ და კანონით განსაზღვრულ მიდგომას.

მიუხედავად იმისა, რომ ადრეული ბავშვობის განათლება და ზრუნვა (ECEC) განათლებისა და კულტურის სამინისტროს დაქვემდებარებაშია, ხოლო ჯანდაცვა და სოციალური მომსახურება – სოციალურ საქმეთა და ჯანდაცვის სამინისტროს კომპეტენციაში, სერვისების ფაქტობრივი

მიწოდება და კოორდინაცია ძირითადად მუნიციპალურ დონეზე ხორციელდება. ადგილობრივ დონეზე ასეთი ინტეგრაცია უზრუნველყოფს, რომ ბავშვების მხარდაჭერა არა ფრაგმენტული, არამედ კომპლექსური, ხელმისაწვდომი და ბავშვზე ორიენტირებული იყოს.

ეს კოორდინირებული სისტემა არ არის მხოლოდ საუკეთესო პრაქტიკის საკითხი – ის იურიდიულად სავალდებულოა ურთიერთდაკავშირებული ეროვნული კანონების სერიით. ადრეული ბავშვობის განათლებისა და ზრუნვის შესახებ კანონი (540/2018) მოითხოვს თანამშრომლობას ECEC-სა და ჯანდაცვის/სოციალურ სერვისებს შორის. სოციალური კეთილდღეობის შესახებ კანონი (1301/2014) ავალდებულებს მუნიციპალიტეტებს, მოახდინონ სერვისების ინტეგრირება და უზრუნველყონ ადრეული მხარდაჭერა, განსაკუთრებით რისკის ქვეშ მყოფი ოჯახებისთვის. ჯანდაცვის შესახებ კანონი (1326/2010) მოითხოვს პრევენციული ზრუნვის მიწოდებას საგანმანათლებლო სერვისებთან თანამშრომლობით. ბოლო რეფორმებმა ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ორგანიზების შესახებ კანონის (612/2021) ფარგლებში შემოიღო რეგიონული კეთილდღეობის მომსახურების ერთეულები, რომლებიც ახლა მართავენ ჯანდაცვისა და სოციალურ სერვისებს, ხოლო მუნიციპალიტეტები ინარჩუნებენ პასუხისმგებლობას ECEC-ზე – რაც მოითხოვს უწყვეტ პარტნიორობას მმართველობის სხვადასხვა დონეზე.

მუნიციპალიტეტებს კანონით ევალებათ ადრეული განათლების, ჯანდაცვის და სოციალური კეთილდღეობის სერვისების ორგანიზება და კოორდინირება. ეს სერვისები კოორდინირებულია ერთობლივი სტრატეგიული დაგეგმვის, საერთო საინფორმაციო სისტემებისა და საოჯახო ცენტრების (Perhekeskus) პრაქტიკული ინტეგრაციის გზით. ეს ცენტრები ფუნქციონირებს, როგორც ადრეული მხარდაჭერის მთავარი ჰაბი, რომელიც უზრუნველყოფს ECEC-ში ჩარიცხვას, ბავშვის ჯანმრთელობის შემოწმებას, ვაქცინაციას, მეტყველებისა და ენის თერაპიას, მშობელთა კლასებს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდაჭერას და სოციალურ კონსულტაციებს – ხშირად ერთი ჭერის ქვეშ. სხვადასხვა სექტორის პროფესიონალები ქმნიან ინტერდისციპლინურ გუნდებს, ერთობლივად აფასებენ ბავშვებისა და ოჯახების საჭიროებებს და მშობლების აქტიური მონაწილეობით შეიმუშავენ ინდივიდუალური საოჯახო მომსახურების გეგმებს (IFSPs).

ბავშვის ჯანმრთელობის საყოველთაო მონიტორინგი მჭიდროდ არის დაკავშირებული ადრეული განათლების სისტემასთან. ბავშვთა ჯანმრთელობის საჯარო კლინიკებში (უფასო და ყველასთვის ხელმისაწვდომი) რუტინული განვითარების სკრინინგის მეშვეობით, საჭიროების მქონე ბავშვები ადრეულ ეტაპზე გადამისამართდებიან ECEC ან ინტერვენციის სერვისებზე. ეს უწყვეტი გზა მხარდაჭერილია პედაგოგებსა და ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის არსებული საერთო საკომუნიკაციო პროტოკოლებით.

ოჯახის ცენტრის მოდელი, მიუხედავად იმისა, რომ ერთი კანონით არ არის კოდიფიცირებული, სავალდებულოა ისეთი ეროვნული სტრატეგიებით, როგორცაა *KASTE პროგრამა და ბავშვთა და ოჯახის პოლიტიკის მიმდინარე სტრატეგია*, რომლებიც ამ იურიდიულ ვალდებულებებს ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობის, ერთობლივი ზრუნვის გეგმებისა და საერთო პროტოკოლების მეშვეობით ახორციელებენ. დამატებითი კანონმდებლობა, როგორცაა *ბავშვთა კეთილდღეობის შესახებ კანონი (417/2007) და სოციალურ და ჯანდაცვის სერვისებში კლიენტზე*

ორიენტირებულობის შესახებ კანონი (2021), კიდევ უფრო აძლიერებს ადრეულ იდენტიფიკაციასა და ინტეგრაციას, როგორც იურიდიულ და ეთიკურ იმპერატივებს.

0–7 წლის ასაკამდე ბავშვებსა და ოჯახებს, რომლებიც საჭიროებენ დამატებით მხარდაჭერას ბავშვის განვითარებაზე, ქცევაზე, მეტყველებასა და ემოციურ პრობლემებზე მიეწოდებათ **სპეციალური მხარდაჭერის სერვისები**:

- **Lastenneuvola** (ბავშვთა კონსულტაცია) – წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის ნაწილს. იძლევა განვითარებაზე დაფუძნებულ მონიტორინგს და საჭიროების შემთხვევაში გადაამისამართებს სპეციალისტებთან.
- **Erityistyöntekijät** – სპეციალისტთა გუნდი, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს ლოგოპედს, ფსიქოლოგს, ბავშვის განვითარების თერაპევტს, ოჯახურ მრჩეველს და სოციალური მუშაკს.
- თანამშრომლობა ხშირად ხდება **päiväkoti**-ებთან (საბავშვო ბაღებთან), რათა შეფასება და მხარდაჭერა იყოს ჩართული ყოველდღიურ ცხოვრებაში.
- სერვისები უფასოა და მოქმედებს **უნივერსალური დაფარვის პრინციპით**.

საბოლოო ჯამში, ფინეთის მოდელი უზრუნველყოფს, რომ განათლება, ჯანდაცვა და სოციალური ზრუნვა არ არის იზოლირებული სერვისები, არამედ ერთიანი სისტემის კომპონენტები, **რომელიც მხარს უჭერს 7 წლამდე ასაკის ყველა ბავშვს**, მიუხედავად მათი წარმომავლობისა. ეს მოდელი აგებულია მკაფიო იურიდიულ საფუძვლებზე, მუნიციპალურ პასუხისმგებლობასა და ისეთ პრაქტიკულ სტრუქტურებზე, როგორცაა ოჯახის ცენტრები, რომლებიც ინტერდისციპლინურ თანამშრომლობას ყველა თემში აცოცხლებს.

შვედეთი:



კოორდინირებული ადრეული ბავშვობის სერვისები: ჰოლისტური და ოჯახზე ორიენტირებული მოდელი

შვედეთში, ფინეთის მსგავსად:

- **დაბადებიდან ~1 წლამდე**: ბავშვი, როგორც წესი, ოჯახურ გარემოშია. მშობლებს აქვთ ხანგრძლივი, ანაზღაურებადი მშობლური შვებულება (~480 დღე).

- **1 წლიდან 5 წლამდე:** ბავშვებს შეუძლიათ იარონ förskola-ში (სკოლამდელი დაწესებულება), რომელიც აერთიანებს სწავლას, ზრუნვას და სოციალურ განვითარებას. მომსახურება სუბსიდირებულია და თითქმის უნივერსალურია.
- **6 წელი:** იწყება "förskoleklass" – სკოლამდელი მოსამზადებელი კლასი, რომელიც უკვე მიიჩნევა ფორმალური განათლების ნაწილად და არის სავალდებულო.
- **7 წლიდან:** ბავშვი გადადის ფორმალურ სასკოლო სისტემაში.

შვედეთის მიდგომა, ფინური მიდგომის მსგავსად, ადრეული ბავშვობის განვითარებისადმი ეფუძნება ჰოლისტურ, ოჯახზე ორიენტირებულ ფილოსოფიას, რომელიც მხარდაჭერილია ძლიერი უნივერსალური სერვისებით და სექტორთაშორისი კოორდინაციის მაღალი ხარისხით. სისტემა შექმნილია იმისთვის, რომ ყველა ბავშვს, მიუხედავად წარმომავლობისა, დაბადებიდან ადრეულ წლებამდე ჰქონდეს წვდომა ადრეულ სწავლებაზე, ჯანდაცვასა და განვითარების მხარდაჭერაზე. განათლების, ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ინტეგრაცია ხელშეწყობილია ეროვნულ დონეზე მკაფიოდ განსაზღვრული პასუხისმგებლობებით და ადგილობრივ დონეზე კოორდინირებული იმპლემენტაციით.

შვედეთის კოორდინაციის მოდელი იმართება კანონებითა და ეროვნული პოლიტიკის ჩარჩოებით, მათ შორის *განათლების აქტით (2010:800)*, *ჯანდაცვისა და სამედიცინო მომსახურების აქტით (2017:30)* და *სოციალური მომსახურების აქტით (2001:453)*, რომლებიც ყველა მოითხოვს ადრეულ მხარდაჭერას, უწყებათაშორის თანამშრომლობას და ბავშვის საუკეთესო ინტერესების დაცვას. ადგილობრივი მუნიციპალიტეტები ანგარიშვალდებულნი არიან სერვისის მიწოდებაზე, და ისეთი მექანიზმები, როგორცაა მუნიციპალური აუდიტი, ეროვნული შეფასებები და შედეგების მონიტორინგი, უზრუნველყოფს ეროვნულ მიზნებთან შესაბამისობას.

ეროვნულ დონეზე კოორდინაციას იზიარებენ ძირითადი უწყებები: **შვედეთის განათლების ეროვნული სააგენტო (Skolverket)**, რომელიც ადგენს სასწავლო გეგმებსა და ხარისხის სტანდარტებს ადრეული განათლებისთვის; **ჯანდაცვისა და კეთილდღეობის ეროვნული საბჭო (Socialstyrelsen)**, რომელიც ზედამხედველობს ჯანდაცვასა და სოციალურ სერვისებს; და **მუნიციპალიტეტები**, რომლებსაც კანონით ევალებათ სერვისების ორგანიზება და მიწოდება. ეს უწყებები ერთად მუშაობენ ეროვნული სტრატეგიებისა და უწყებათაშორისი შეთანხმებების მეშვეობით, რათა ხელი შეუწყონ თანმიმდევრული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ადრეული ინტერვენციის პოლიტიკას მთელი ქვეყნის მასშტაბით. დაფინანსება ცენტრალური მთავრობიდან მუნიციპალიტეტებში მიედინება, რომლებიც სერვისებს ადგილობრივ საჭიროებებზე მორგებულად ახორციელებენ.

სკოლამდელი დაწესებულება, რომელიც ხელმისაწვდომია ერთი წლის ასაკიდან ყველა ბავშვისთვის, თითქმის საყოველთაოა სამი წლის ასაკიდან და წარმოადგენს ადრეული გამოვლენისა და მხარდაჭერის მთავარ პლატფორმას. მასწავლებლები მომზადებულნი არიან, რომ დააკვირდნენ ბავშვების განვითარებასა და სოციალურ ქცევას, და ბევრ სკოლამდელ დაწესებულებაში დასაქმებულია **სპეციალური პედაგოგები**, რომლებიც უშუალოდ მუშაობენ ბავშვებთან და მხარს უჭერენ მასწავლებლებს. ეს პროაქტიული მოდელი უზრუნველყოფს, რომ

განვითარების ან ფსიქოსოციალური პრობლემები მოგვარდეს მათ ესკალაციამდე, იმ გარემოში, სადაც ბავშვები თავს უსაფრთხოდ და კომფორტულად გრძნობენ.

პრაქტიკაში, **ბავშვთა ჯანმრთელობის ცენტრები (Barnavårdscentraler ან BVCs)** ქმნიან ადრეული განვითარების მხარდაჭერის ხერხემალს. ეს საჯარო დაფინანსების მქონე კლინიკები სთავაზობენ უფასო და უნივერსალურ ჯანმრთელობის შემოწმებას, ვაქცინაციას, განვითარების სკრინინგსა და მშობელთა კონსულტაციებს **დაბადებიდან ექვს წლამდე** ასაკის ყველა ბავშვს.

ადგილობრივ დონეზე, **ბავშვთა გუნდები (barnteam)** იქმნება მუნიციპალიტეტების მიერ ინტერდისციპლინური თანამშრომლობის გასაძლიერებლად. ეს გუნდები, როგორც წესი, მოიცავს სკოლამდელი დაწესებულების პედაგოგებს, BVC-ის ექთნებს, პედიატრებს, ფსიქოლოგებს, სოციალურ მუშაკებსა და ლოგოპედებს. ისინი რეგულარულად ხვდებიან, რათა გააზიარონ ინფორმაცია, შეაფასონ ბავშვების საჭიროებები და მოახდინონ ინტერვენციების კოორდინირება. რაც მთავარია, ეს კეთდება ოჯახის ჩართულობისა და თანხმობით და პრევენციული, და არა რეაქტიული, ორიენტაციით.

შვედეთში 0–6 წლის ასაკის ბავშვები, ვისაც აქვთ განვითარების შეფერხება ან რისკი ან მშობლები, რომლებიც საჭიროებენ მხარდაჭერას ბავშვის აღზრდაში, ემოციურ-ქცევით სირთულეებთან ან მშობლის ფსიქოსოციალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებით, მისამართდებიან **Habiliteringstjänster-ში** – ინტერდისციპლინური კლინიკებში, რომლებიც ემსახურებიან ბავშვებს შეზღუდული შესაძლებლობებით ან სერიოზული განვითარების შეფერხებებით. აქ თითოეულ ოჯახს შეიძლება დაენიშნოს **samordnare** (კოორდინატორი) – რომელიც მუშაობს ოჯახის საჭიროებებზე მორგებული მომსახურების განრიგზე.

Habilitering შვედეთში აწვდის სერვისებს ბავშვებს დაბადებიდან მოზარდობამდე, საჭიროების შემთხვევაში ზრდასრულობაშიც განაგრძობს მხარდაჭერას. მთელი მოდელი დაფუძნებულია განგრძობადობაზე, ადრეულ ჩარევაზე და ინდივიდზე მორგებულ დახმარებაზე.

- **0–6 წელი:** ადრეული ჩარევის პერიოდი, სადაც განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა განვითარების შეფერხებების ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მშობლის მხარდაჭერას. ამ ეტაპზე კოორდინაცია განსაკუთრებით მჭიდროა Förskola-სთან (საბავშვო ბაღებთან).
- **7–18 წელი:** სკოლაში ჩარიცხვის შემდეგ, Habilitering განაგრძობს მუშაობას სკოლასთან და სხვა შესაბამის სერვისებთან კოორდინაციით. აქ მეტი ფოკუსი გადადის ფუნქციურ დამოუკიდებლობაზე, განათლებაზე, კომუნიკაციაზე და სოციალური ურთიერთობების განვითარებაზე.

Habilitering-ს შვედეთში აფინანსებს რეგიონული სამედიცინო თვითმმართველობა – ანუ ყოველი რეგიონი (region) თავად არის პასუხისმგებელი მის დაფინანსებაზე. ეს რეგიონები საჯარო დონეზე აკონტროლებენ ჯანდაცვის, სპეციალიზებული მხარდაჭერისა და გარკვეულწილად სოციალური სერვისების მიწოდებას. ოჯახებისთვის ის სრულიად უფასოა.

შვედეთში **Habilitering** და **Förskola** (საბავშვო ბაღი) ერთმანეთთან მჭიდროდ კოორდინირებულად მუშაობენ მაშინ, როცა ბავშვს აქვს განვითარების შეფერხება ან სპეციალური საჭიროება. აი როგორია მათი ურთიერთმიმართება:

Habilitering არის სპეციალიზებული გუნდი, რომელიც შედგება ბავშვთა ფსიქოლოგებისგან, ლოგოპედებისგან, ფიზიოთერაპევტებისგან, სპეციალური პედაგოგებისა და ექიმებისგან. ისინი მუშაობენ **დიაგნოსტიკაზე, ფუნქციურ შეფასებაზე, ინდივიდუალური მხარდაჭერის დაგეგმვასა და მშობლის გაძლიერებაზე.**

Habilitering-ის გუნდი მშობლის თანხმობით ბავშვთან აზიარებს შეფასებებს, რეკომენდაციებს და ინდივიდუალურ გეგმებს ან **Habilitering** და **Förskola** (ბაღი) ერთად ადგენენ **ინკლუზიური განათლების გეგმას (Individuell utvecklingsplan)** ან მხარდაჭერის გეგმას. საჭიროებისამებრ **Habilitering**-ის სპეციალისტები **წვევიან ბავშვს**, დააკვირდებიან ბავშვს ბუნებრივ გარემოში, ჩაატარებენ სუპერვიზიას ან წვრთნას ბავშვის მასწავლებლებისთვის. მშობელი მოქმედებს როგორც ხიდი **Habilitering**-სა და **Förskola**-ს შორის, მაგრამ სისტემა ცდილობს მათ მჭიდროდ ჩართვას, რათა გადაწყვეტილებები თანხმობით იქნეს მიღებული.

ნიდერლანდები



დეცენტრალიზებული მმართველობა სავალდებულო ადგილობრივი კოორდინაციით

ნიდერლანდები წარმოადგენს ადრეული ბავშვობის განათლებისა და ზრუნვის (ECEC) დეცენტრალიზებული, მაგრამ მაღალ დონეზე კოორდინირებული მიდგომის საინტერესო მაგალითს. ამ მოდელში **მუნიციპალიტეტები** ცენტრალური აქტორები არიან, რომლებსაც ეკისრებათ იურიდიული და პრაქტიკული პასუხისმგებლობა მცირეწლოვანი ბავშვებისა და ოჯახების სერვისების ორგანიზებაზე, დაფინანსებასა და ინტეგრაციაზე. მიუხედავად იმისა, რომ მმართველობა განაწილებულია სხვადასხვა სექტორზე — განათლება, ჯანდაცვა და სოციალური სერვისები — ეროვნული საკანონმდებლო ჩარჩო უზრუნველყოფს, რომ ეს აქტორები იზოლირებულად არ მუშაობდნენ. კოორდინაცია არ არის არჩევითი; ის **კანონით დადგენილი მოთხოვნაა.**

- **ეროვნული მთავრობა** ადგენს ფართო საკანონმდებლო ჩარჩოებს, ინკლუზიის პოლიტიკასა და დაფინანსების პარამეტრებს.
- **მუნიციპალიტეტებს** ევალებათ სერვისების იმპლემენტაცია და სექტორთაშორისი თანამშრომლობის უზრუნველყოფა.
- **სექტორული მმართველობა** (განათლება, ჯანდაცვა, სოციალური სერვისები) რჩება დამოუკიდებელი, მაგრამ კანონით ვალდებულია, ერთად იმუშაოს ადგილობრივ დონეზე.

კოორდინაციის მექანიზმები

1. ეროვნული დონე

კანონი ახალგაზრდებზე ზრუნვის შესახებ (Jeugdwet, 2015)

ეს ფუნდამენტური კანონი ავალდებულებს მუნიციპალიტეტებს, მოახდინონ ყველა სერვისის კოორდინირება 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის. კანონი აერთიანებს პრევენციის, განათლების, ახალგაზრდებზე ზრუნვისა და მხარდაჭერის პასუხისმგებლობებს ერთ ჩარჩოში, ადგილობრივი ხელისუფლების დაქვემდებარებაში. ის ხაზს უსვამს ადრეულ ინტერვენციას, დემედიკალიზაციასა და ოჯახის გაძლიერებას, და მოითხოვს თანამშრომლობას სკოლებს, ჯანდაცვის პროვაიდერებსა და სოციალურ სერვისებს შორის.

ადრეული განათლების პოლიტიკა (Voor- en Vroegschoolse Educatie, VVE)

ეს პოლიტიკა მოითხოვს მუნიციპალიტეტებისგან, უზრუნველყონ ხარისხიან სკოლამდელ განათლებაზე წვდომა 2,5-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის, რომლებიც ენის ან კოგნიტური შეფერხების რისკის ქვეშ არიან. VVE პროგრამები უნდა იყოს ჩანერგილი ოჯახის მხარდაჭერის ფართო სისტემებში და კოორდინირებული ახალგაზრდების ჯანდაცვასა და სოციალურ სერვისებთან. მშობლების ჩართულობა და სახლის მხარდაჭერასთან შესაბამისობა ძირითადი მახასიათებლებია.

2. ადგილობრივი დონე

ახალგაზრდებისა და ოჯახების ცენტრები (Centrum voor Jeugd en Gezin – CJG)

ეს არის ინტეგრირებული სერვისების ჰაბები, რომლებიც აერთიანებს ბავშვთა ჯანდაცვას (JGZ), მშობელთა მხარდაჭერას, განათლების კონსულტანტებსა და სოციალურ მუშაობას. CJG-ები ფუნქციონირებს როგორც ხელმისაწვდომი შესასვლელი წერტილები ოჯახებისთვის და ხელს უწყობს ერთობლივი გადაწყვეტილებების მიღებას, განვითარების რისკების ადრეულ გამოვლენასა და კოორდინირებულ ზრუნვის გზებს. ცენტრები აადვილებს სექტორებს შორის შეუფერხებელ გადამისამართებას.

ადგილობრივი პროტოკოლები და მონაცემთა გაზიარების შეთანხმებები

მუნიციპალიტეტები შეიმუშავებენ ადგილობრივ სექტორთაშორის პროტოკოლებს, რომლებიც მოიცავს საერთო შეფასების ინსტრუმენტებს, კონფიდენციალურობის შეთანხმებებსა და ერთობლივი დაგეგმვის პროცედურებს. ეს მექანიზმები საშუალებას აძლევს სხვადასხვა სფეროს

პროფესიონალებს, ერთობლივად დააკვირდნენ პროგრესს, შეაფასონ შედეგები და მოარგონ სერვისები დუბლირების ან დაყოვნების გარეშე.

ოპერატიული შემთხვევის მართვის მიდგომა

კომპლექსური საჭიროებების მქონე ბავშვებსა და ოჯახებს ხშირად ენიშნებათ **შემთხვევის მენეჯერი**, რომელიც უზრუნველყოფს უწყვეტობასა და კოორდინაციას სერვისების პროვაიდერებს შორის. ეს ერთი საკონტაქტო პირი ამცირებს ფრაგმენტაციას და აძლიერებს ინდივიდუალური ზრუნვის გეგმების ეფექტიანობას. შემთხვევის მენეჯერი შეიძლება იყოს ნებისმიერი სექტორიდან – ჯანდაცვიდან, განათლებიდან ან სოციალური სერვისებიდან – ოჯახის საჭიროების მიხედვით. მისი მთავარი ამოცანაა, უზრუნველყოს, რომ ყველა საჭირო სერვისი – პედიატრიული დახმარებიდან დაწყებული სპეციალური განათლებით დამთავრებული – ოჯახთან შეთანხმებული, ერთიანი გეგმის ფარგლებში მოქმედებდეს.

ეს მოდელი განსაკუთრებით ეფექტიანია, როდესაც ბავშვს მრავალმხრივი მხარდაჭერა სჭირდება. მაგალითად, თუ სამ წლამდე ბავშვი არ მეტყველებს, **ახალგაზრდებისა და ოჯახების ცენტრი (CIG)** იწყებს შეფასებას. თუ გამოიკვეთა ენისა და მეტყველების განვითარებაზე მუშაობის, მშობლის კონსულტაციისა და, შესაძლოა, ფსიქოლოგიური შეფასების საჭიროება, პროცესში ერთვება შემთხვევის მენეჯერი (მაგალითად, ლოგოპედი, რომელსაც კოორდინატორის ტრენინგიც აქვს გავლილი). ის მჭიდროდ თანამშრომლობს ოჯახთან, ჯანდაცვის კლინიკასთან (JGZ) და **ბავშვთა განვითარების ცენტრთან**, რათა ბავშვმა მიიღოს თანმიმდევრული და ჰოლისტური დახმარება. ასეთი მიდგომა ამცირებს ოჯახების დაზნეულობას, რომლებიც ხშირად იკარგებიან სხვადასხვა უწყებას შორის, და უზრუნველყოფს, რომ ბავშვები დროულად იღებენ საჭირო მხარდაჭერას.

ბავშვთა განვითარების (ინტერვენციის) ცენტრების როლი ნიდერლანდებში

ბავშვთა განვითარების ცენტრები (ontwikkelingscentra) წარმოადგენს არა ერთიან სახელმწიფო სტრუქტურას, არამედ მუნიციპალიტეტებისა და პარტნიორი ორგანიზაციების თანამშრომლობით შექმნილ მოდელს. ეს ცენტრები, რომლებიც სხვადასხვა სახელით ფუნქციონირებს (მაგ., vroeghulpcentrum), მიზნად ისახავს **0-7 წლამდე** ბავშვების განვითარების მონიტორინგს, შეფასებასა და დროულ ჩარევას. ცენტრში გაერთიანებული არიან სხვადასხვა პროფესიონალები: ბავშვთა ექიმები, ფსიქოლოგები, ლოგოპედები, ფიზიო და ოკუპაციური თერაპევტები. მუშაობა, როგორც წესი, იწყება გადამისამართების (რეფერალის) საფუძველზე, რომელიც შეიძლება მომდინარეობდეს საბავშვო ბაღიდან, ოჯახის ექიმიდან ან თავად მშობლისგან. ცენტრი, ხშირად შემთხვევის მენეჯერთან ერთად, ქმნის ბავშვის საჭიროებებზე მორგებულ განვითარების გეგმას და პასუხისმგებელია მის კოორდინაციაზე. **დაფინანსება** მრავალფეროვანია და, როგორც წესი, ხორციელდება მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტიდან მთლიანად ან ნაწილობრივ, ჯანმრთელობის დაზღვევიდან ან ახალგაზრდების მხარდამჭერი კანონმდებლობის ფარგლებში მიზნობრივად.

ავსტრალიის მოდელი და მისი შედარება აშშ-სთან



ადრეული ბავშვობის სისტემა: ეროვნული ჩარჩოები ფედერალური მმართველობის მოდელში

ავსტრალიაში ადრეული ბავშვობა (early childhood) ჩვეულებრივ მოიცავს დაბადებიდან დაწყებულ პერიოდს 5 ან 6 წლამდე, ანუ სანამ ბავშვი დაიწყებს სავალდებულო სკოლას.

ასაკი	სერვისები	განმარტება
0–2 წელი	ბავშვის ჯანმრთელობის სერვისები, ოჯახზე ორიენტირებული დახმარება	მოიცავს ახალშობილთა პროგრამებს, მშობლის მხარდაჭერას
3–5 წელი	სკოლამდელი განათლება (preschool, kindergarten, early learning programs)	აქცენტი კეთდება სწავლაზე და სოციალური უნარების განვითარებაზე
5–6 წელი	ზოგიერთ შტატში მოიცავს სავალდებულო prep year , kindergarten , ან foundation year , რაც სკოლის მოსამზადებელია	თვლიან ადრეული განათლების ნაწილად

მართალია, ავსტრალიაში "ადრეული ბავშვობა" უმეტესად მოიცავს დაბადებიდან დაახლოებით 5–6 წლამდე პერიოდს, თუმცა გარკვეული პროგრამები, როგორცაა **transition-to-school initiatives**, შესაძლოა მოიცავდეს ბავშვებს 6 წლამდე და ზოგჯერ მეტი ხანიც (მაგ. განვითარების შეფერხების შემთხვევებში).

ავსტრალია ახორციელებს ადრეული ბავშვობის მმართველობის ფედერალურ მოდელს, რომელშიც პასუხისმგებლობები გადანაწილებულია (ავსტრალიის) მთავრობასა და ცალკეულ შტატებსა და ტერიტორიების მთავრობებს შორის. მიუხედავად მრავალი იურისდიქციისა და სექტორული საზღვრების (განათლების, ჯანდაცვისა და შეზღუდული შესაძლებლობების სფეროებში) სირთულისა, ავსტრალია აღწევს მნიშვნელოვან კოორდინაციასა და თანმიმდევრულობას ეროვნული ჩარჩოებისა და მარეგულირებელი ინსტრუმენტების მეშვეობით.

ავსტრალიის მთავრობა ადგენს ეროვნული პოლიტიკის ჩარჩოებს და აფინანსებს ძირითად ინიციატივებს, მათ შორის ინკლუზიის პროგრამებს. ამავდროულად, შტატებისა და

ტერიტორიების მთავრობები პასუხისმგებელნი არიან ადრეული ბავშვობის სერვისების მიწოდებაზე, ლიცენზირებასა და რეგულირებაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვას, შეზღუდული შესაძლებლობების სფეროსა და განათლებას სხვადასხვა დეპარტამენტი ზედამხედველობს, კოორდინაცია სავალდებულოა დაფინანსების ხელშეკრულებებით, მარეგულირებელი მოთხოვნებითა და საერთო განვითარების მიზნებით.

ავსტრალიის სისტემის გულშია **ეროვნული ხარისხის ჩარჩო (NQF)**, რომელიც დადგენილია **განათლებისა და ზრუნვის სერვისების ეროვნული კანონით 2010 (ეხება დაბადებიდან 18 წლამდე ბავშვებს)**. NQF აერთიანებს განათლებისა და ზრუნვის სერვისებს და მოიცავს **ეროვნული ხარისხის სტანდარტს (NQS)**, ერთიანი შეფასებისა და რეიტინგის სისტემას, და დამტკიცებული სასწავლო ჩარჩოების კომპლექტს, მათ შორის **ადრეული წლების სასწავლო ჩარჩოს (EYLF)**. ადრეული ბავშვობის ყველა სერვისმა უნდა დაიცვას NQF სტანდარტები, რათა შეინარჩუნოს ლიცენზია.

ზედამხედველობა უზრუნველყოფილია **ავსტრალიის ბავშვთა განათლებისა და ზრუნვის ხარისხის ორგანოს (ACECQA)** მიერ — დამოუკიდებელი კანონით დადგენილი ორგანო, რომელიც შექმნილია **განათლებისა და ზრუნვის სერვისების ეროვნული კანონის** შესაბამისად. ACECQA თანამშრომლობს შტატებისა და ტერიტორიების მარეგულირებელ ორგანოებთან და ანგარიშს წარუდგენს განათლების მინისტრების შეხვედრას.

ACECQA უშუალოდ არ ახდენს სერვისების ლიცენზირებას ან რეგულირებას (გარდა ზოგიერთი შემთხვევისა ახალ სამხრეთ უელსში); ეს ამოცანები რჩება შტატებისა და ტერიტორიების ორგანოების კომპეტენციაში. თუმცა, ACECQA მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ეროვნულ აუდიტებში, ტრენინგებში, შეფასების თანმიმდევრულობის მიმოხილვაში და პოლიტიკური რჩევების შეთავაზებაში კვლევისა და სექტორის ჩართულობის საფუძველზე.

ავსტრალიური მოდელი **ანგლოსაქსურ ოჯახს** ეკუთვნის, როგორც ადმინისტრაციული მოწყობის, ასევე სოციალურ-ეკონომიკური პოლიტიკის თვალსაზრისით. თუმცა, მიუხედავად საერთო მახასიათებლებისა (დეცენტრალიზაცია, კერძო სექტორის ჩართულობა, და მშობლის არჩევანის პრინციპი), **ავსტრალიისა და აშშ-ის ადრეული ბავშვობის სისტემები განსხვავდებიან კოორდინაციის დონით, დაფინანსების სტრუქტურითა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობით.**

ავსტრალიის ადრეული ჩარევის სისტემა ბალებთან მჭიდროდ კოორდინირებულად მუშაობს, განსაკუთრებით იმ ბავშვების შემთხვევაში, ვისაც განვითარების შეფერხება ან შეზღუდული შესაძლებლობები აქვთ. ადრეული ჩარევის სპეციალისტები ხშირად თანამშრომლობენ პედაგოგებთან, აწვდიან რეკომენდაციებს გარემოს ადაპტაციის, კომუნიკაციის ან ქცევითი მხარდაჭერის შესახებ და საჭიროების შემთხვევაში, თავადაც მუშაობენ ბავშვებთან ბაღში.

ავსტრალიის მოდელი მნიშვნელოვნად განსხვავდება ამერიკულ-კანადური მიდგომებისგან იმით, რომ ადრეული ჩარევის ასაკობრივი ზღვარი 3 წლის ნაცვლად **6 წლამდეა**. ამის მთავარი მიზეზია სისტემური აღიარება იმისა, რომ ბევრი განვითარების შეფერხება, განსაკუთრებით ენის, ქცევის ან აუტისტური სპექტრის დარღვევები, ხშირად მხოლოდ **3 წლის შემდეგ** ხდება თვალსაჩინო. ამ მიზეზით, ავსტრალიის ეროვნული შეზღუდული შესაძლებლობის სადაზღვევო სქემა (NDIS)

ბავშვებს დაბადებიდან 6 წლამდე სთავაზობს ადრეულ ჩარევას წინასწარი დიაგნოზის გარეშე, რაც ხელს უწყობს სწრაფ რეაგირებას და მშობლის გაძლიერებას.

ეს გაფართოებული ასაკობრივი ზღვარი უზრუნველყოფს, რომ ბავშვებმა სკოლამდელ ასაკში, განვითარების ყველაზე მგრძნობიარე ფაზაში, მიიღონ საჭირო მხარდაჭერა განათლებაში ჩართულობისა და სოციალურ გარემოში ინტეგრაციისთვის. 6 წლის შემდეგ კი, საჭიროების შემთხვევაში, ბავშვები გადადიან გრძელვადიანი NDIS მხარდაჭერის სისტემაში.

AU ავსტრალია vs US აშშ

ადრეული ბავშვობის სერვისები (დაბადებიდან 6 წლამდე): შედარება

ასპექტი	ავსტრალია	აშშ
მართვის მოდელი	ფედერალური მოდელი – პასუხისმგებლობები გადანაწილებულია ფედერალურ და შტატების მთავრობებს შორის.	ფედერალური სისტემა, მაგრამ სერვისების უმეტესობას შტატები და ადგილობრივი მთავრობები არეგულირებენ.
კოორდინაცია განათლებასა და ჯანდაცვას შორის	მაღალი ხარისხის კოორდინაციისკენ სწრაფვა – ძირითადად National Quality Framework (NQF) და Early Years Learning Framework (EYLF) უზრუნველყოფს სტანდარტებს.	სისტემური კოორდინაცია ნაკლებად განვითარებულია – განათლება, ჯანდაცვა და სოციალური მომსახურება ერთმანეთისგან განცალკევებულია.
სავალდებულო განათლების დაწყება	სხვადასხვა შტატში 5 ან 6 წლის ასაკში (Foundation Year/Prep)	უმეტეს შტატში სავალდებულო სკოლა იწყება 5–6 წლის ასაკში
პროგრამების ტიპი (3–5 წელი)	Universal access to preschool (15 საათი/კვირაში), სახელმწიფო პროგრამები და კერძო სექტორი	Head Start, Pre-K (სულ უფრო ფართოვდება შტატების დონეზე), მაგრამ დაფარვა არათანაბარია
ფინანსური მხარდაჭერა	Universal Preschool დაფინანსება (განსხვავდება შტატების მიხედვით), სუბსიდიები ბავშვზე	არაჯეროვანი დაფინანსება – Head Start და Pre-K მხოლოდ დაბალშემოსავლიანი ოჯახებისთვის. უმეტეს

ასპექტი	ავსტრალია	აშშ
	ზრუნვისთვის (Child Care Subsidy)	შემთხვევაში, ბავშვის მოვლა მშობელს აწევს
ჯანდაცვა და განვითარების მონიტორინგი	ოჯახზე ორიენტირებული ჯანდაცვა პირველივე წლიდან, განვითარების სკრინინგი, ბავშვის წიგნაკი და ერთიანი შეფასების პროტოკოლები	არავუნივერსალური – Medicaid და CHIP დაბალშემოსავლიანებისთვის; განვითარების სკრინინგი არ არის თანაბრად გავრცელებული
სამუშაო ძალის განვითარება	ერთიანი ეროვნული ჩარჩოები პროფესიული კვალიფიკაციისთვის, როგორცაც ACECQA	განსხვავებული სტანდარტები შტატებს შორის – ზოგან არც bachelor's ხარისხია საჭირო
ინტეგრაცია/სექტორთაშორისი თანამშრომლობა	ზრდადი ძალისხმევა ინტეგრაციისკენ, განსაკუთრებით ადგილობრივ დონეზე (Community Hubs, wrap-around services)	ინტეგრაცია ნაკლებად გავრცელებულია – silo-ების პრობლემა (განათლება, ჯანმრთელობა, სოციალური სფერო ცალ-ცალკეა)
ადრეული ინტერვენცია	6 წლამდე	3 წლამდე

პორტუგალია



ადრეული ჩარევის ეროვნული სისტემა (SNIPI)

პორტუგალიის მოდელი, რომელიც ოფიციალურად ცნობილია როგორც ადრეული ბავშვობის ჩარევის ეროვნული სისტემა (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância - SNIPI), კანონით (Decree-Law No. 281/2009) 2009 წელს დაფუძნდა. ეს არის უნივერსალური, უფასო და დეცენტრალიზებული სისტემა, რომელიც მიზნად ისახავს 0-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და

მათი ოჯახების მხარდაჭერას, თუ ბავშვს აქვს განვითარების შეფერხება, დადგენილი რისკ-ფაქტორები ან შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსი.

SNIPI-ს მოდელის მთავარი სიძლიერე მის ინტერსექტორულ და ინტერდისციპლინურ ბუნებაშია. ის აერთიანებს სამ ძირითად სექტორს:

1. ჯანდაცვას (Ministério da Saúde)
2. განათლებას (Ministério da Educação)
3. სოციალურ დაცვას (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social)

ეს სამი სამინისტრო ერთობლივად არის პასუხისმგებელი სისტემის მართვაზე, დაფინანსებასა და კოორდინაციაზე ეროვნულ დონეზე, თუმცა სერვისების რეალური მიწოდება ადგილობრივ, დეცენტრალიზებულ დონეზე ხდება.

სისტემის სტრუქტურა და ფუნქციონირება

SNIPI-ს სტრუქტურა სამ დონეზეა ორგანიზებული:

1. ეროვნული დონე – საკოორდინაციო კომისია (Comissão de Coordenação Nacional)
 - ეს კომისია შედგება სამივე პასუხისმგებელი სამინისტროს წარმომადგენლებისგან.
 - მისი ფუნქციაა ეროვნული სტრატეგიის, პოლიტიკის, სტანდარტებისა და გაიდლაინების შემუშავება, სისტემის მონიტორინგი და შეფასება. ის უზრუნველყოფს, რომ მთელი ქვეყნის მასშტაბით მიდგომები იყოს თანმიმდევრული და ხარისხიანი.
2. რეგიონული დონე – ქვეკომისიები (Subcomissões Regionais)

ქვეყანა დაყოფილია რეგიონებად, სადაც ფუნქციონირებს ქვეკომისიები, რომლებიც ასევე სამივე სექტორის წარმომადგენლებისგან შედგება. ისინი პასუხისმგებელი არიან რეგიონულ დონეზე სტრატეგიის განხორციელებაზე, ადგილობრივი გუნდების კოორდინაციასა და მათთვის ტექნიკური და ადმინისტრაციული მხარდაჭერის გაწევაზე.

3. ადგილობრივი დონე – ადგილობრივი ინტერვენციის გუნდები (Equipas Locais de Intervenção - ELI)

ეს არის სისტემის ოპერაციული ხერხემალი. ELI-ები წარმოადგენს ინტერდისციპლინურ გუნდებს, რომლებიც უშუალოდ მუშაობენ ბავშვებთან და ოჯახებთან. თითოეული ELI შედგება სხვადასხვა პროფესიონალისგან, მათ შორის:

- სოციალური მუშაკი
- ფსიქოლოგი
- სპეციალური პედაგოგი

- ფიზიოთერაპევტი
- ოკუპაციური თერაპევტი
- ლოგოპედი

ELI-ები გეოგრაფიულად არის განაწილებული და ემსახურება კონკრეტულ თემს (მაგ., ერთ ან რამდენიმე მუნიციპალიტეტს).

მუშაობის პროცესი და პრინციპები

SNIPI-ს მუშაობა ეფუძნება რამდენიმე ფუნდამენტურ პრინციპს:

1. ოჯახზე ორიენტირებული მიდგომა: სისტემის ცენტრში დგას არა მხოლოდ ბავშვი, არამედ მთლიანად ოჯახი. პროფესიონალები მუშაობენ ოჯახის გასაძლიერებლად, რათა მშობლებმა თავად შეძლონ თავიანთი შვილის განვითარების ხელშეწყობა.
2. მუშაობა ბუნებრივ გარემოში: ELI-ს გუნდები სერვისებს აწვდიან იქ, სადაც ბავშვი და ოჯახი ყველაზე მეტ დროს ატარებს – სახლში, საბავშვო ბაღში, პარკში ან სხვა სათემო სივრცეში. ეს ამცირებს კლინიკური გარემოს სტრესს და უზრუნველყოფს, რომ ბავშვმა უნარები ყოველდღიურ ცხოვრებაში გამოიყენოს.
3. ინდივიდუალური საოჯახო მხარდაჭერის გეგმა (Plano Individual de Apoio à Família - PIAF):
 - ყველა ოჯახისთვის, რომელიც სისტემაში ერთვება, ELI-ს გუნდი, ოჯახთან ერთად, შეიმუშავებს ინდივიდუალურ გეგმას.
 - PIAF არ არის მხოლოდ თერაპიული მიზნების ჩამონათვალი. ის მოიცავს ოჯახის მიზნებს, საჭიროებებს, რესურსებსა და ძლიერ მხარეებს. გეგმაში დეტალურად არის გაწერილი, თუ რა ტიპის მხარდაჭერა სჭირდება ოჯახს, რა სიხშირით და რომელი სპეციალისტები იქნებიან ჩართულნი.
4. ერთი ძირითადი პროფესიონალი (Case Manager):
 - თითოეულ ოჯახს ELI-ს გუნდიდან ენიშნება ერთი ძირითადი კონტაქტი, ანუ შემთხვევის მენეჯერი. ეს პროფესიონალი არის ოჯახის მთავარი პარტნიორი, რომელიც კოორდინაციას უწევს სხვა სპეციალისტების მუშაობას, უზრუნველყოფს ინფორმაციის უწყვეტობას და ეხმარება ოჯახს სისტემაში ნავიგაციაში.

როგორ ხდება სისტემაში ჩართვა?

სისტემაში ბავშვის გადამისამართება (რეფერალი) შეიძლება მოხდეს ნებისმიერი წყაროდან:

- ჯანდაცვის სისტემიდან: პედიატრი, ოჯახის ექიმი ან სამშობიარო სახლი.
- განათლების სისტემიდან: საბავშვო ბაღის პედაგოგი.
- სოციალური სამსახურიდან: სოციალური მუშაკი.

- თავად ოჯახის ინიციატივით: მშობელს შეუძლია, პირდაპირ მიმართოს ადგილობრივ ELI-ს.

რეფერალის შემდეგ, ELI-ს გუნდი ატარებს შეფასებას და ოჯახთან ერთად წყვეტს, არის თუ არა საჭირო სისტემაში ჩართვა და რა ტიპის მხარდაჭერა იქნება ყველაზე ეფექტიანი.

პორტუგალიის ადრეული ჩარევის ეროვნული სისტემის (SNIP) ეფექტიანობა დიდად არის დამოკიდებული მის მდგრად დაფინანსების მოდელსა და სერვისების გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობაზე.

დაფინანსების მოდელი: ერთობლივი პასუხისმგებლობა

SNIP-ს დაფინანსება, ისევე როგორც მისი მართვა, ინტეგრირებულია და ეფუძნება სამი ძირითადი სამინისტროს – ჯანდაცვის, განათლების და სოციალური დაცვის – ერთობლივ პასუხისმგებლობას. დაფინანსების მექანიზმი შემდეგნაირად არის სტრუქტურირებული:

1. ცენტრალური ბიუჯეტი:

- სისტემის დაფინანსების ძირითადი წყარო არის სახელმწიფო ბიუჯეტი. ყოველწლიურად, სამივე პასუხისმგებელი სამინისტრო გამოყოფს თანხებს თავიანთი ბიუჯეტებიდან, რომლებიც ერთიანდება SNIP-ს საერთო ფონდში.
- ეს ცენტრალიზებული ფონდი უზრუნველყოფს სისტემის საბაზისო ხარჯების დაფარვას, მათ შორის, ადგილობრივი ინტერვენციის გუნდების (ELI) პროფესიონალების ხელფასებს. ეს არის მოდელის მდგრადობის მთავარი გარანტი – სპეციალისტების ანაზღაურება არ არის დამოკიდებული პროექტებზე ან მოკლევადიან დაფინანსებაზე.

2. რესურსების ერთობლივი გამოყენება:

- ფულადი დაფინანსების გარდა, სამინისტროები სისტემას უზრუნველყოფენ არსებული რესურსებით. მაგალითად:
 - ჯანდაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს ELI-ს გუნდების წვდომას ჯანდაცვის ცენტრების (Centros de Saúde) ინფრასტრუქტურაზე. ELI-ს ოფისები ხშირად სწორედ ამ ცენტრებშია განთავსებული.
 - განათლების სამინისტრო უზრუნველყოფს წვდომას სკოლებისა და საბავშვო ბაღების რესურსებზე, მათ შორის სპეციალური პედაგოგების ჩართულობას.
 - სოციალური დაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს კავშირს სოციალური მხარდაჭერის სხვა პროგრამებთან და სერვისებთან.

3. მუნიციპალური და ადგილობრივი რესურსები:

- მიუხედავად იმისა, რომ ძირითადი დაფინანსება ცენტრალურია, ადგილობრივი მუნიციპალიტეტები და პარტნიორი არასამთავრობო ორგანიზაციები (განსაკუთრებით სოციალური სოლიდარობის კოოპერატივები - IPSS) ასევე მონაწილეობენ სისტემის მხარდაჭერაში. მათი წვლილი შეიძლება მოიცავდეს:
 - დამატებითი სივრცის გამოყოფას ELI-ს გუნდებისთვის.
 - ტრანსპორტის უზრუნველყოფას, რათა სპეციალისტებმა შეძლონ შორეულ სოფლებში მცხოვრებ ოჯახებთან მისვლა.
 - დამატებითი პროგრამების დაფინანსებას, რომლებიც ავსებს SNIPI-ს სერვისებს.

მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახებისთვის SNIPI-ს ყველა სერვისი სრულიად უფასოა. ეს უნივერსალური ხელმისაწვდომობა სისტემის ფუნდამენტური პრინციპია.

ადგილობრივი ინტერვენციის გუნდების (ELI) განლაგება: დეცენტრალიზაცია და ხელმისაწვდომობა

SNIPI-ს სერვისების მიწოდება სრულად დეცენტრალიზებულია და ხორციელდება ადგილობრივი ინტერვენციის გუნდების (ELI) ქსელის მეშვეობით, რომელიც მთელ ქვეყანას ფარავს.

1. გეოგრაფიული დაფარვა:

- ELI-ები შექმნილია ისე, რომ მოიცვას ყველა მუნიციპალიტეტი. ქვეყანა დაყოფილია "ინტერვენციის ზონებად". თითოეული ზონა, როგორც წესი, ემთხვევა ერთ ან რამდენიმე მუნიციპალიტეტის საზღვრებს, რაც დამოკიდებულია მოსახლეობის რაოდენობასა და გეოგრაფიულ თავისებურებებზე.
- დღეისთვის პორტუგალიაში 280-ზე მეტი ELI ფუნქციონირებს, რაც უზრუნველყოფს, რომ ოჯახებს არ უწევთ შორ მანძილზე მგზავრობა მხარდაჭერის მისაღებად.

2. ფიზიკური განლაგება:

- როგორც აღინიშნა, ELI-ს გუნდების ოფისები, როგორც წესი, განთავსებულია ადგილობრივ ჯანდაცვის ცენტრებში (Centros de Saúde). ეს სტრატეგიული გადაწყვეტილებაა, რადგან:
 - აადვილებს იდენტიფიკაციასა და რეფერალს: ჯანდაცვის ცენტრები პირველი ადგილია, სადაც ახალშობილებისა და მცირეწლოვანი ბავშვების განვითარების მონიტორინგი ხდება, შესაბამისად, საჭიროების შემთხვევაში, ოჯახის გადამისამართება ELI-სთან ძალიან მარტივია.
 - ხელს უწყობს ინტერდისციპლინურ თანამშრომლობას: ELI-ს სპეციალისტებს მუდმივი და უშუალო კონტაქტი აქვთ ექიმებთან, ექთნებთან და სხვა სამედიცინო პერსონალთან.

3. სერვისის მიწოდება – მუშაობა ბუნებრივ გარემოში:

- მიუხედავად იმისა, რომ ELI-ს ოფისი ჯანდაცვის ცენტრშია, გუნდის მუშაობის ძირითადი ნაწილი მის გარეთ მიმდინარეობს. სპეციალისტები რეგულარულად სტუმრობენ ოჯახებს სახლში, მიდიან საბავშვო ბაღებში, სათემო ცენტრებსა და სხვა ადგილებში, სადაც ბავშვი და ოჯახი ცხოვრობს.
- ეს მიდგომა უზრუნველყოფს, რომ მხარდაჭერა იყოს არა მხოლოდ ხელმისაწვდომი, არამედ მაქსიმალურად ინტეგრირებული ოჯახის ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

საბოლოო ჯამში, პორტუგალიური მოდელი გვიჩვენებს, რომ მდგრადი დაფინანსება და სერვისების გონივრული გეოგრაფიული განაწილება არის ეფექტიანი ადრეული ჩარევის სისტემის ორი უმნიშვნელოვანესი საყრდენი. ეს უზრუნველყოფს როგორც სისტემის სტაბილურობას, ასევე მის რეალურ ხელმისაწვდომობას ყველა ოჯახისთვის, განურჩევლად მათი საცხოვრებელი ადგილისა და სოციალური მდგომარეობისა.

ისრაელი



გზა ინტეგრირებული ადრეული ბავშვობის მმართველობისკენ: ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანოს როლი

ბოლო დრომდე, ისრაელის ადრეული ბავშვობის სისტემა იყო კარგად განვითარებული, მაგრამ დაუკავშირებელი სერვისების ნაკრები, რომელსაც ცალკეული სამინისტროები მართავდნენ. **ჯანდაცვის სამინისტრო** მართავდა კარგად ცნობილ **Tipat Halav** კლინიკებს, რომლებიც სთავაზობდნენ პრევენციულ ზრუნვასა და განვითარების მონიტორინგს დაბადებიდან. **განათლების სამინისტრო** ზედამხედველობდა სკოლამდელ დაწესებულებებსა და საბავშვო ბაღებს, ხოლო **კეთილდღეობის სამინისტრო** უზრუნველყოფდა ოჯახურ და სოციალურ მხარდაჭერას, და **ეკონომიკის სამინისტრო** არეგულირებდა დღის ცენტრების მიწოდებასა და აღმზრდელების ტრენინგს. მიუხედავად იმისა, რომ თითოეული კომპონენტი თავისთავად შედარებით კარგად ფუნქციონირებდა, ოჯახები ხშირად აღმოჩნდებოდნენ არაკოორდინირებულ სისტემაში – იტარებდნენ განმეორებით შეფასებებს და იღებდნენ არათანმიმდევრული დონის მხარდაჭერას. პროფესიონალებსაც აკლდათ საერთო განვითარების ჩარჩოები, საერთო ინსტრუმენტები და ერთობლივი დაგეგმვის პლატფორმები.

სისტემური ფრაგმენტაციისა და ბავშვებსა და ოჯახებზე მისი გავლენის გაცნობიერებით, ისრაელის მთავრობამ 2017 წელს დააარსა ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანო. თავდაპირველად პრემიერ-მინისტრის აპარატში განთავსებული, ეს ორგანო შეიქმნა, როგორც უწყებათაშორისი საკოორდინაციო ერთეული, რომელსაც ჰქონდა მანდატი, გაეერთიანებინა ადრეული ბავშვობის სერვისები საერთო ეროვნული სტრატეგიის ქვეშ. მისი შექმნა იყო პირველი რეალური მცდელობა, დაეკავშირებინა ჯანდაცვის, განათლებისა და კეთილდღეობის სისტემები 0-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის.

დღეს მიმდინარეობს სტრუქტურული რეფორმები, რათა ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანო გადავიდეს განათლების სამინისტროს დაქვემდებარებაში, იმ მიზნით, რომ ის უფრო მყარად დამაგრდეს ბავშვთა განვითარების გრძელვადიან ინფრასტრუქტურაში.

ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანოს მუშაობა მრავალ დონეს მოიცავს. ის ხელმძღვანელობს უწყებათაშორის მმართველ კომიტეტებს, რომლებიც აერთიანებს გადაწყვეტილების მიმღებებს ყველა შესაბამისი სამინისტროდან, რაც ეხმარება ერთობლივი პრიორიტეტების განსაზღვრასა და კოორდინირებული ეროვნული გეგმების შემუშავებაში. ის ასევე იძლევა რჩევებს კანონმდებლობასა და დაფინანსების რეფორმებზე, იმ მიზნით, რომ შემცირდეს დუბლირება და გაიზარდოს სერვისების თანასწორობა. ოპერაციულ დონეზე, მან ხელი შეუწყო ინტეგრირებული ოჯახის ცენტრების განვითარებას ისეთ მუნიციპალიტეტებში, როგორცაა იერუსალიმი და ბეერ-შევა. ეს საპილოტე ცენტრები შექმნილია იმისთვის, რომ ერთ ჭერქვეშ მოიყვანოს ჯანდაცვის პროფესიონალები, ადრეული განათლების პედაგოგები და სოციალური მუშაკები — რაც საშუალებას აძლევს ოჯახებს, მიიღონ მრავალი სერვისი ერთ, ნაცნობ ადგილას.

ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანო შეიმუშავებს მონიტორინგისა და შეფასების საერთო ინფრასტრუქტურას. ეს მოიცავს მცდელობებს, ჰარმონიზდეს Tipat Halav-ში, სკოლამდელ დაწესებულებებსა და სოციალურ სერვისებში გამოყენებული განვითარების სკრინინგის ინსტრუმენტები, ასევე, ეროვნული ბავშვთა მონაცემთა ბაზის შექმნას შემთხვევების კოორდინაციისა და გრძელვადიანი თვალყურის დევნების მხარდასაჭერად.

ადგილობრივი მთავრობები, ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანოს ხელმძღვანელობით, ასევე იწყებენ საკუთარი მუნიციპალური ადრეული ბავშვობის განვითარების გეგმების მომზადებას, რომლებიც მორგებულია მათი თემების სპეციფიკურ საჭიროებებსა და დემოგრაფიაზე.

თუმცა, გამოწვევები რჩება. მიუხედავად იმისა, რომ ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანოს მნიშვნელოვანი წარმატება აქვს კოორდინაციის ხელშეწყობაში, მას ჯერ კიდევ არ აქვს იურიდიული უფლებამოსილება, აიძულოს სამინისტროებს შესაბამისობა. საბიუჯეტო ნაკადები რჩება იზოლირებული, რაც ზღუდავს ადგილობრივი აქტორების შესაძლებლობას, გააერთიანონ სახსრები ან შეიმუშაონ სრულად ინტეგრირებული სერვისების გზები. უფრო მეტიც, დაგეგმილი ინსტიტუციური გადასვლა განათლების სამინისტროში ჯერ არ დასრულებულა, რაც ტოვებს კითხვებს მისი გრძელვადიანი პოზიციონირებისა და გავლენის შესახებ.

მიუხედავად ამ დაბრკოლებებისა, ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანო წარმოადგენს მნიშვნელოვან ინსტიტუციურ ინოვაციას ისრაელის სოციალური პოლიტიკის ლანდშაფტში. ის თანდათან ცვლის, თუ როგორ არის შექმნილი და მიწოდებული სერვისები, და ქმნის ადრეული ბავშვობის მხარდაჭერის ხედვას, რომელიც არა მხოლოდ უფრო თანმიმდევრული და ხელმისაწვდომია, არამედ უფრო მეტად პასუხობს ბავშვებისა და ოჯახების მრავალფეროვან საჭიროებებს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ისრაელში მშობიარობიდან 14დღის ვადაში ბავშვი თუ არ მოდის კლინიკაში (სადაც ძუძუთი კვების მხარდაჭერას და სხვა ჯანდაცვის სერვისებს სთავაზობენ), თვითონ მიდიან ოჯახში ვიზიტით და იწყებენ ოჯახის მხარდაჭერას. ამას გარდა ერთიან ბაზაში ინახება ყველა (ჯანდაცვის სფერო+სოციალური) შეფასების შედეგი და ბავშვი სადაც არ უნდა წავიდეს ყველას შეუძლია ნახოს განვითარების ისტორია.

თავი 5. სიტუაციური ანალიზი: ადრეულ სერვისებსა და ადრეულ განათლებას შორის ინტერსექტორული კოორდინაციის ხარვეზები საქართველოში

სიტუაციური ანალიზი - სექტორებს შორის კოორდინაციის ბარიერები

როგორც საერთაშორისო გამოცდილების ანალიზი ცხადყოფს. საუკეთესო პრაქტიკის მქონე ქვეყნებს სამი მნიშვნელოვანი საერთო მახასიათებელი აქვთ:

- სახელმწიფო პოლიტიკის დონეზე ცხადადაა გააზრებული და პრიორიტიზირებული ჯანმრთელობის, სოციალური სერვისების და განათლების კოორდინირების მნიშვნელობა - როგორც ადრეულ წლებში, ასევე ბავშვობის მთელი პერიოდის განმავლობაში;
- ჯანმრთელობის, სოციალური სერვისების და განათლების კოორდინირების მნიშვნელობა მკაფიოდ და დეტალურადაა ასახული კანონებში, ზოგიერთ ქვეყანაში ამისთვის ცალკე მდგომი კანონი არსებობს, ზოგიერთში კი, კოორდინირების მექანიზმები ჯანდაცვის, განათლებისა და სოციალური სფეროს მარეგულირებელ კანონებშია ასახული;
- სერვისების მიწოდებასა და მათ კოორდინაციაზე პასუხისმგებელია მუნიციპალიტეტი, ცენტრალური ხელისუფლება კი ამისთვის ხელსაყრელ პოლიტიკურ, საკანონმდებლო და საზედამხებველო მექანიზმებს ქმნის.

საქართველოში ამგვარი პირობების არსებობა კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, რადგან ბავშვთა მოწყვლადობისა და არაეფექტური სისტემის არსებობას არაერთი კვლევა უსვამს ხაზს.

2023 წელს იუნისეფის მიერ საქართველოში ჩატარებული ბავშვთა კეთილდღეობის კვლევა⁷ გვეუბნება, რომ საქართველომ მიაღწია პროგრესს ბავშვების გადარჩენისა და საბაზისო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის კუთხით, მაგრამ **სერიოზულ გამოწვევად რჩება უთანასწორობა და ხარისხი**. ღარიბი, სოფლად მცხოვრები, ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები კვლავ ყველაზე მოწყვლად ჯგუფებად რჩებიან. იუნისეფის კვლევებში გამოიყოფა სამი მნიშვნელოვანი მიმართულება:

- სოციალური მდგომარეობა,
- განათლება,
- ძალადობა და ბავშვთა დაცვა.

საქართველოში ყოველი მეხუთე ბავშვი სიღარიბის ზღვარს მიღმა ცხოვრობს. ეს ნიშნავს, რომ მათ ოჯახებს არ აქვთ საკმარისი შემოსავალი მინიმალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. მიუხედავად იმისა, რომ მიზნობრივი სოციალური დახმარება მნიშვნელოვან როლს ასრულებს

⁷ https://www.unicef.org/georgia/reports/child-wellbeing-georgia-2023?utm_source=chatgpt.com

უკიდურესი სიღარიბის შემცირებაში, ის ხშირად არ არის საკმარისი ოჯახების სიღარიბიდან სრულად გამოსაყვანად. დახმარების ოდენობა ხშირად ვერ ფარავს ცხოვრების მინიმალურ ხარჯებს. ფულადი სიღარიბის გარდა, ბევრი ბავშვი განიცდის მატერიალურ დეპრივაციას. ეს ნიშნავს, რომ მათ არ აქვთ წვდომა ისეთ საბაზისო პირობებზე, როგორცაა: სრულფასოვანი კვება, ზამთარში სათანადო გათბობა, საკუთარი საწოლი, ინტერნეტი განათლებისთვის და ა.შ. სიღარიბის რისკი გაცილებით მაღალია სოფლად მცხოვრები, მრავალშვილიანი და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების ოჯახებში.

სიღარიბე განვითარების შეფერხების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი წინაპირობაა. შესაბამისად ქვეყანაში, სადაც ყოველი მე-5 ბავშვი სიღარიბის ზღვარს მიღმაა, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მიზნობრივი და კოორდინირებული სახელმწიფო პოლიტიკა - დროული იდენტიფიცირებისა და მხარდაჭერის სერვისები, როგორც ჯანდაცვის, ასევე განათლებისა და სოციალური საკითხების მიმართულებით.

იგივე კვლევის მიხედვით, სკოლამდელ დაწესებულებებში (ბაღებში) ჩართულობის მაჩვენებელი დაბალია სოფლად და ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ რეგიონებში. ასევე, პრობლემაა ბაღების ხარისხი და ინფრასტრუქტურა.

ამ შედეგებს ეხმიანება „ადრეული და სკოლამდელი განათლების სერვისების დივერსიფიკაციის კონცეფციის ⁸“ შესამუშავებლად განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთვის იაპონიის განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით ჩატარებული 2024 წლის კვლევა. ამ კვლევის მიხედვით, ჩონხატაური, სამტრედია, დუშეთი, წალკა, ლაგოდეხი, საგარეჯო, გარდაბანი, ბოლნისი, დმანისი და მარნეული არიან ის მუნიციპალიტეტები, სადაც ხელმისაწვდომობის სირთულე განსაკუთრებით საყურადღებოა. კერძოდ, მარნეულში ადრეულ განათლებაზე ხელმისაწვდომობის ბარიერი 2023 წლის მონაცემებით 51.6% იყო. დმანისში 66.4%, ბოლნისში 65.2% ხოლო საგარეჯოში 52%, ეს მონაცემები ეთნიკური უმცირესობებით კომპაქტურად დასახლებულ სოფლებში ბაღებისა და სხვა ადრეული სერვისების არარსებობის ხარჯზე იქმნება.

ძალადობა და ბავშვთა დაცვა ერთ-ერთი ყველაზე მტკივნეული სფეროა, სადაც იუნისეფის მონაცემები საგანგაშო სურათს გვიჩვენებს. ბავშვების დიდი ნაწილი (ორ მესამედზე მეტი) ოჯახში კვლავ განიცდის რაიმე ფორმის ძალადობრივ დისციპლინას (ფიზიკური დასჯა, ფსიქოლოგიური აგრესია). საზოგადოების მნიშვნელოვანი ნაწილი ჯერ კიდევ ამართლებს ბავშვის მიმართ ძალადობას, როგორც "აღზრდის მეთოდს". მიუხედავად რეფორმებისა, ბავშვთა დაცვის სისტემა (სოციალური მუშაკები, რეფერირების მექანიზმები) ჯერ კიდევ სუსტია, განსაკუთრებით რეგიონებში, და ვერ უზრუნველყოფს ძალადობის ყველა შემთხვევაზე დროულ და ეფექტიან რეაგირებას.

⁸ <https://www.mes.gov.ge/content.php?id=13824&lang=geo&csrt=8048306628768245191>

იუნსეფის მიერ ჩატარებული კვლევების საერთო დასკვნაა, რომ: სისტემური პრობლემები, როგორცაა უწყებათაშორისი კოორდინაციის ნაკლებობა, სერვისების ფრაგმენტულობა და არასაკმარისი დაფინანსება, ხელს უშლის ბავშვების უფლებების სრულყოფილ რეალიზებას.

ბავშვების სოციალური და ემოციური მდგომარეობის სირთულის კიდევ ერთ მახასიათებელს ეხმიანება *Civitas Georgica-ს მიერ ჩატარებული კვლევა, რომელმაც გამოიკვლია შრომითი მიგრანტების სამშობლოში დარჩენილი ბავშვების საჭიროებები*⁹. ეს ბავშვები საზოგადოების «უხილავი ჯგუფია», რომელთა შესახებაც საჯარო პოლიტიკა ნაკლებად ზრუნავს და მათი საჭიროებების შესახებ მონაცემები თითქმის არ არსებობს.

კვლევის ფარგლებში პედაგოგებისა და სოციალური მუშაკების მონათხრობიდან გამოიკვეთა, რომ მშობელთა ემიგრაცია ბავშვების განვითარებაზე მრავალმხრივად ახდენს გავლენას. მიუხედავად იმისა, რომ გზავნილების შედეგად მატერიალური მდგომარეობა გარეგნულად გაუმჯობესებულია, ხშირად ეს რესურსი მიმართულია კრედიტების დაფარვაზე და არა ბავშვის საჭიროებებზე. ამ ბავშვებში ემოციური მიტოვებულობის განცდა, აგრესია, დეპრესია და მენტალური სირთულები მუდმივი თანამგზავრებია. აკადემიური თვალსაზრისითაც აღინიშნება მოტივაციის დაქვეითება. ამ ბავშვების მზრუნველები (ბებია-ბაბუები) ხშირად არ ფლობენ ადეკვატურ ცოდნას აღზრდის თანამედროვე მიდგომებზე, რაც ზრდის ბავშვთა მოწყვლადობას. **მკვლევრები რეკომენდაციებში მუნიციპალიტეტების ჩართულობის, ადრეული დახმარების პროგრამებისა და სისტემური მონიტორინგის გაძლიერების აუცილებლობას ასახელებენ.**

საქართველოში ბავშვთა ადრეული განვითარების ხელშემწყობი სახელმწიფო სერვისების შესახებ, ჩეხეთის კარიტასის მხარდაჭერით, ჩატარებული კვლევა¹⁰ წარმოაჩენს სისტემას, რომელიც, ერთი მხრივ, მნიშვნელოვან პროგრესს განიცდის და მაღალი მოთხოვნით სარგებლობს, მაგრამ, მეორე მხრივ, სერიოზული სისტემური გამოწვევების წინაშე დგას. კვლევის მთავარი დასკვნაა, რომ სერვისების ფრაგმენტულობა, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემები და, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, უწყებათაშორისი კოორდინაციის მწვავე დეფიციტი, მნიშვნელოვნად აფერხებს პროგრამების ეფექტიანობას და ბევრი ბავშვის განვითარების პოტენციალის სრულად რეალიზებას.

⁹ <https://www.civitas.ge/files/Publication%20texts/LBC->

[%20%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%98_CG.pdf](https://www.civitas.ge/files/Publication%20texts/LBC-%20%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%98_CG.pdf)

¹⁰ <https://www.facebook.com/CCRGeorgia2015/posts/for-english-scroll-down-%EF%B8%8F->

[%E1%83%A9%E1%83%94%E1%83%AE%E1%83%94%E1%83%97%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94-%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%90%E1%83%92%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%9D%E1%83%A1-%E1%83%9B%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%A0-%E1%83%9B%E1%83%AE%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AD%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98-%E1%83%9E%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%94%E1%83%A5/791612676397720/](https://www.facebook.com/CCRGeorgia2015/posts/for-english-scroll-down-%EF%B8%8F-%E1%83%A9%E1%83%94%E1%83%AE%E1%83%94%E1%83%97%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%94-%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%90%E1%83%92%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%9D%E1%83%A1-%E1%83%9B%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%A0-%E1%83%9B%E1%83%AE%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AD%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%98-%E1%83%9E%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%94%E1%83%A5/791612676397720/)

კვლევა ნათლად აჩვენებს, რომ ადრეული ჩარევის პროგრამებზე მოთხოვნა მნიშვნელოვნად აღემატება მიწოდებას, რაც ქმნის გრძელ მომლოდინეთა რიგებს, განსაკუთრებით თბილისში. ამას ემატება კვალიფიციური სპეციალისტების კრიტიკული ნაკლებობა, რაც იწვევს კადრების მუდმივ გადინებას და მომსახურების ხარისხის არასტაბილურობას. გეოგრაფიული უთანასწორობა კიდევ ერთი უმწვევავესი პრობლემაა: სერვისები კონცენტრირებულია დიდ ქალაქებში, ხოლო მაღალმთიან და სოფლად მცხოვრებ ოჯახებს ან საერთოდ არ მიუწვდებათ ხელი მხარდაჭერაზე, ან უწევთ უდიდესი ფინანსური და ემოციური ტვირთის აღება შორ მანძილზე მგზავრობისთვის.

ამ გამოწვევების ფონზე, კვლევა განსაკუთრებით მწვევად წარმოაჩენს **ადრეული ინტერვენციისა და სკოლამდელი განათლების სისტემებს შორის კოორდინაციის თითქმის არარსებობას**. ეს ორი სისტემა, რომლებიც ერთი და იმავე ბავშვის განვითარებაზე უნდა მუშაობდნენ, ფაქტობრივად, პარალელურ, ერთმანეთთან დაუკავშირებელ რეჟიმში ფუნქციონირებს. პრობლემა მრავალმხრივია:

1. **ადრეული გამოვლენის ხარვეზი:** სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებების პედაგოგები ხშირად პირველები ამჩნევენ ბავშვის განვითარების სირთულეებს. თუმცა, მათ არ გააჩნიათ სტანდარტიზებული სკრინინგის ინსტრუმენტები, ფორმალური პროტოკოლები და, ხშირად, არც კომპეტენცია, რომ საკუთარი ექვები მშობელს კვალიფიციურად და დამაჯერებლად მიაწოდონ. ეს იწვევს ძვირფასი დროის დაკარგვას.
2. **იზოლირებული მუშაობა:** მაშინაც კი, როდესაც ბავშვი ჩართულია ადრეული ჩარევის პროგრამაში, ამ სერვისის სპეციალისტებსა და საბავშვო ბაღის პერსონალს შორის თანამშრომლობა „არასისტემური და ფრაგმენტულია“. მათი კომუნიკაცია, როგორც წესი, ფორმალური და ეპიზოდურია და არ ხდება ბავშვის მხარდაჭერის ერთიანი, ჰოლისტიური სტრატეგიის შემუშავება. ადრეული ჩარევის პროგრამის ფარგლებში შემუშავებული ინდივიდუალური გეგმა და ბაღში მიმდინარე საგანმანათლებლო პროცესი ერთმანეთთან სინქრონიზებული არ არის.
3. **მშობელზე გადატანილი ტვირთი:** კოორდინაციის არარსებობის გამო, ამ ორი სისტემის დაკავშირების სრული პასუხისმგებლობა მშობლის მხრებზე გადადის, რაც მას დამატებით სტრესსა და ტვირთს აკისრებს.

კოორდინაციის ნაკლებობაზე, პოლიტიკური ნების დეფიციტსა და საკანონმდებლო ხარვეზებზე საუბრობს **ეროვნულ-დემოკრატიული ინსტიტუტის (NDI) მიერ 2022 წელს მომზადებული კვლევა, „ადრეული ინკლუზიური განათლების მხარდაჭერა საქართველოში“**, ადრეული ინკლუზიური განათლების და ასევე ადრეული ჩარევის სისტემა ფრაგმენტული, არაკოორდინირებული და სისტემური ხარვეზებით დატვირთულია, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების (სსსმ) და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) ბავშვების უფლებების სრულყოფილ რეალიზებას.

კვლევის ძირითადი მიგნებაა ის, რომ მიუხედავად არაერთი პოზიტიური ცვლილებისა, როგორცაა სსსმ/შშმ ბავშვების პრიორიტეტული რეგისტრაცია ბაღებში და ადრეული ჩარევის პროგრამის გაფართოება, სისტემას აკლია **ერთიანი, კოორდინირებული ხედვა**. საკვანძო კანონები

– „ადრეული და სკოლამდელი აღზრდისა და განათლების შესახებ კანონი“, „ბავშვის უფლებათა კოდექსი“ და „შშმ პირთა უფლებების შესახებ კანონი“ – ერთმანეთთან ჰარმონიზებული არ არის. შედეგად, ბუნდოვანია, თუ რომელი უწყება (განათლების თუ ჯანდაცვის სამინისტრო) არის პასუხისმგებელი ერთიანი პოლიტიკის, სტანდარტების შემუშავებასა და მათ აღსრულებაზე. ეს ქმნის პასუხისმგებლობის ვაკუუმს, სადაც მთავრობის მიერ დამტკიცებული კონცეფციები და სამოქმედო გეგმები შეუსრულებელი რჩება. კვლევამ აჩვენა, რომ პარლამენტი, როგორც მაკონტროლებელი ორგანო, არასაკმარისად ახორციელებს ზედამხედველობას მიღებული კანონების აღსრულებაზე. მინისტრების ანგარიშვალდებულება ზედაპირულია, ხოლო მუნიციპალიტეტების უმოქმედობაზე (მაგალითად, ინკლუზიური განათლების სტრატეგიების არარსებობაზე) რეაგირების მექანიზმები არ არსებობს. **ამავდროულად, კანონი ადრეული სკოლამდელი აღზრდისა და განათლების შესახებ არ იძლევა საკმარის საფუძველს ზრუნვისა და განათლების სისტემების კოორდინირებული ინტერსექტორული მუშაობისათვის.**

საქართველოში ბავშვთა უფლებების დაცვისა და მათი კეთილდღეობის უზრუნველყოფისკენ მიმართული რეფორმების ცენტრალური ღერძი 2019 წელს მიღებული „ბავშვის უფლებათა კოდექსია“. ეს დოკუმენტი წარმოადგენს პრინციპულ, კონცეპტუალურ ჩარჩოს, რომელიც ამკვიდრებს ბავშვის საუკეთესო ინტერესის პრიორიტეტს ყველა იმ გადაწყვეტილებაში, რომელიც ბავშვის განათლებას, ჯანმრთელობასა და სოციალურ დაცვას ეხება. **თუმცა, მიუხედავად მისი ფუნდამენტური როლისა, კოდექსის მთავარი დანიშნულება უფლებების დეკლარირება და სამართლებრივი სტანდარტების დანერგვაა, და არა სხვადასხვა სექტორს (განათლება, ჯანდაცვა, სოციალური დაცვა) შორის ოპერაციული და ტექნიკური კოორდინაციის მექანიზმების დეტალური განსაზღვრა.**

საქართველოში ბავშვთა უფლებების დაცვის კოორდინაცია რამდენიმე დონეზე ხორციელდებოდა, თუმცა თითოეულ მათგანს საკუთარი გამოწვევები ახასიათებდა, რაც სისტემის ფრაგმენტულობას განაპირობებს.

1. **ცენტრალური დონის კოორდინაცია:** კოდექსის აღსრულების მონიტორინგისთვის შეიქმნა ორი ძირითადი პლატფორმა:
 - მუდმივმოქმედი საპარლამენტო საბჭო, რომელიც პასუხისმგებელია კანონის აღსრულების მონიტორინგსა და შეფასებაზე.
 - უწყებათაშორისი საკოორდინაციო კომისია, რომელიც UNICEF-ის მხარდაჭერით შეიქმნა და აერთიანებს მთავრობის, პარლამენტის, სასამართლოსა და სამოქალაქო სექტორის წარმომადგენლებს.

მიუხედავად ამ სტრუქტურების ფორმალურად არსებობისა, მათი ფუნქცია უმეტესად კონცეპტუალურ და სტრატეგიულ კოორდინაციას ემსახურება და არა ყოველდღიურ, ოპერაციულ დონეზე სერვისების ინტეგრაციას. მითუმეტეს, რომ არსებული პოლიტიკური კრიზისის ფონზე, ამ საბჭოების მუშაობაც შეჩერებულია.

2. ადგილობრივი დონის კოორდინაცია: მუნიციპალიტეტები და სოციალური სამსახურები თეორიულად, ყველაზე ქმედითი რგოლი კოორდინაციისთვის მუნიციპალიტეტებში არსებული ბავშვთა დაცვისა და მხარდაჭერის განყოფილებებია. მათ ხელთ არსებული ელექტრონული საინფორმაციო ქსელი იძლევა მონაცემების გაცვლისა და მრავალმხრივი რეაგირების შესაძლებლობას (მაგალითად, სოციალური მუშაკი ითხოვს ინფორმაციას ჯანდაცვის ან განათლების საჭიროების შესახებ). თუმცა, პრაქტიკაში ეს მექანიზმი ხშირად ფორმალურ ხასიათს ატარებს და ვერ უზრუნველყოფს სერვისების სრულ ინტეგრაციას.

შესაბამისად, ქვეყანაში ჯანდაცვის, სოციალური მხარდაჭერის (მათ შორის ადრეული განვითარების) და სკოლამდელი განათლების სერვისები კვლავ სექტორულად განცალკევებული და ფრაგმენტულია.

აღსანიშნავია, რომ ბოლო 2 ათწლეულის მანძილზე საქართველოში მრავალი ინიციატივა არსებობდა ადრეული ბავშვობის სფეროში. მაგალითად, გაეროს ბავშვთა ფონდისა (UNICEF) და ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მხარდაჭერით, 2016 წელს ამოქმედდა ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული რეგისტრი. მისი ფუნქციებია: დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დაკვირვება, ექიმების მიერ პაციენტის სამედიცინო ისტორიაზე წვდომა და მონაცემების შეგროვება შესაბამისი პოლიტიკის შესამუშავებლად. ბაზას მართავს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ელექტრონულ სისტემაში მონაცემები იმ დღემდე გროვდება, სანამ დედა და ბავშვი სამშობიაროდან გაეწერება. იგეგმებოდა, რომ მომავალში ეს პერიოდი 6 წლამდე გახანგრძლივებულიყო, რაც მნიშვნელოვან წვლილს შეიტანდა ადრეული განვითარების მხარდაჭერის მიმართულებით და შექმნიდა ბავშვზე თვალყურის მიდევნებისა და მონაცემთა სისტემური გაანალიზების მყარ საფუძველს. თუმცა, მიუხედავად დონორული მხარდაჭერისა, სახელმწიფოს ბაზის 6 წლამდე მიყვანისთვის საჭირო პროცედურები ჯერ არ დაუწყია

ამ პროცესის პარალელურად, ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციამ ქართულ ენაზე თარგმნა და ადაპტირება გაუკეთა ასაკებისა და ეტაპების კითხვარს (ASQ). ამ კითხვარის გამოყენების შესახებ გადამზადდნენ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმები საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში. ამის შედეგად, 2017 წელს დამტკიცდა ბავშვის ნეიროგანვითარებაზე მეთვალყურეობის სკრინინგის პროტოკოლი. პროტოკოლის მიზანია, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მონაცემების საფუძველზე, ბავშვთა ნეიროგანვითარების სირთულეების ადრეული იდენტიფიცირება და სკრინინგი, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს განვითარების შეფერხების რისკის შემცირებას, საჭიროების შემთხვევაში, ადრეულ ინტერვენციას და განვითარების სტიმულირებას. მაგრამ რისკის შემთხვევაში, დროული რეფერალი სიღრმისეული შეფასებისა და შესაბამის მომსახურებათა მისაღებად, შესაძლებელი გახდება მხოლოდ მას შემდეგ, რაც პროტოკოლის შესრულებაზე სისტემური ზედამხედველობის მექანიზმის შემუშავდება, მაგრამ სახელმწიფოს მხრიდან ამ მექანიზმის შესამუშავებლად ჯერ არ გადადგმულა ქმედითი ნაბიჯები.

2009 წლიდან, საქართველოში მუშაობს „დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამები“, რომელთა ფარგლებშიც მშობლებს საშუალება აქვთ, უფასოდ შეაფასონ თავიანთი შვილების ზოგადი და ნეირო განვითარება. მაგრამ ეს მომსახურება ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისში, ხოლო შეზღუდული ოდენობით და პერიოდულად - ქუთაისსა და ბათუმში.

რომ შევაჯამოთ:

- ✓ მიუხედავად იმისა, რომ 2016 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო ადრეული და სკოლამდელი აღზრდისა და განათლების შესახებ კანონი, რომლითაც ადრეული განათლების საჯარო დაწესებულებებს ავალდებულებს ინკლუზიური განათლების უზრუნველყოფას;
- ✓ მიუხედავად იმისა, რომ 2019 წლის 20 სექტემბერს საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული ბავშვის უფლებათა კოდექსმა შემოიტანა ბავშვის საუკეთესო ინტერესის ცნება და მუნიციპალიტეტებს დაევალებათ ბავშვის უფლებებისა და კეთილდღეობაზე საზრუნავად მუნიციპალური სამსახურების შექმნა;
- ✓ მიუხედავად იმისა, რომ 2020 წლის 14 ივლისს საქართველოს პარლამენტმა ასევე დაამტკიცა კანონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ, რომელიც განათლების სამინისტროს ინკლუზიური განათლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცებასა, ხოლოდ ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების სამინისტროს შესაბამისი სერვისების განვითარების საყოველთაოობისკენ მოუწოდებს;
- ✓ მიუხედავად იმისა, რომ ადრეული სკრინინგისა და იდენტიფიცირების მიმართულებით მრავალი ნაბიჯია გადადგმული;
- ✓ მიუხედავად იმისა, რომ 2007 წლიდან საქართველოში არსებობს ადრეული განვითარების ქვეპროგრამა და ამ პროგრამის ბენეფიციართა რიცხვიც და ბიუჯეტიც წლიდან წლამდე იზრდება;

საქართველოში ადრეული იდენტიფიცირების, ადრეული ჩარევისა და ხარისხიანი ადრეული ინკლუზიური განათლების სერვისები ჯერ კიდევ არ არის ყველასთვის ხელმისაწვდომი, რადგან:

- ✓ ადრეული წლები ან ბავშვობის წლები სახელმწიფოს ჯერ არ უღიარებია, როგორც პრიორიტეტი და არ არსებობს გაცხადებული პოლიტიკური ნება ამ სფეროზე სისტემური ფოკუსირებისათვის;
- ✓ არსებული საკანონმდებლო ბაზა არ იძლევა არც ადრეული იდენტიფიცირებისა და არც ადრეული ჩარევის საყოველთაოდ ხელმისაწვდომობის ვალდებულებას; ადრეული ჩარევა არა საყოველთაოდ გარანტირებული უფლება, არამედ პროგრამული შესაძლებლობაა;
- ✓ არსებული საკანონმდებლო ბაზა არ იძლევა ჯანმრთელობის, სოციალური მომსახურებისა და განათლების სერვისების სისტემური კოორდინირების საფუძველს;
- ✓ საქართველოში არ არსებობს სისტემური დეცენტრალიზაციის გამოცდილება, რაც წარმატებულ ქვეყანათა უმრავლესობას ამ სფეროების კოორდინირებულად მართვის საშუალებას აძლევს.

საქართველოს განათლების, მეცნიერების და ახალგაზრდობის სამინისტრომ 2025 წლის ზაფხულში მიიღო სკოლამდელი განათლებისა და ინკლუზიური განათლების სამმართველოების გაუქმების გადაწყვეტილება, რაც ამ მიმართულებების განვითარებისთვის გადადგმული რეგრესული ნაბიჯია და მოწმობს, რომ არ არსებობს ბავშვის გრძელვადიან განვითარებაზე ორიენტირებული პოლიტიკური ხედვა და აჩვენებს, რამდენად დაბალია ცნობიერება და პოლიტიკური ნება ადრეული ბავშვობის მხარდაჭერისა და ინკლუზიური საზოგადოების შენების მიმართულებით.

თავი 6. ჯანმრთელობის, სოციალური დაცვისა და ადრეულ განათლების სერვისებს შორის ინტერსექტორული კოორდინაციის შესაძლო გზები

1. საკანონმდებლო საფუძველი

ბავშობის წლების, ინტეგრირებული მხარდაჭერა სახელმწიფოს რეალური პრიორიტეტი რომ გახდეს ამისთვის საჭიროა:

- მტკიცე პოლიტიკური ნება და გრძელვადიანი ხედვა, რომელიც ადრეულ ბავშვობას აღიარებს როგორც სოციალური სამართლიანობის, ეკონომიკური განვითარებისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის სტრატეგიულ საფუძველს.

ამის აღიარების შემდეგ, რესურსებიდან გამომდინარე, სახელმწიფოს შეუძლია გადაწყვიტოს, რომ ის ზრუნვის კოორდინირების მექანიზმებს შეიმუშავებს და განახორციელებს ან ადრეული ბავშვობის (ფორმალური სკოლის დაწყების ასაკამდე) მიმართულებით, ანდა შექმნის ფორმალური ბავშვობის ასაკის (საქართველოში 18 წლამდე) მთლიან ჩარჩოს, რომლის მნიშვნელოვანი ნაწილიც გახდება ადრეული წლები.

ორივე გადაწყვეტილების შემთხვევაში, მნიშვნელოვანი იქნება, **სექტორთაშორისი მმართველობის მექანიზმების შექმნა და გაძლიერება**, სადაც განათლების, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროები პარალელურად კი არ იმუშავებენ, არამედ გაიზიარებენ საერთო მიზნებს და ფინანსურ პასუხისმგებლობას. ამის მიღწევა შესაძლებელია, როგორც:

- ცალკე მდგომი ბავშვებზე ზრუნვის კანონის შექმნითა და მიღებით, რომელიც განსაზღვრავს ადრეულ წლებში (ან ბავშვობის წლებში 18 წლამდე) ბავშვის განვითარების, ჯანდაცვის, სოციალური და საგანმანათლებლო, ასევე ოჯახების მხარდაჭერის სტანდარტებს, მონიტორინგის მექანიზმებსა და საკოორდინაციო სტრუქტურებს. ეს კანონი უნდა ავალდებულებდეს, მუნიციპალიტეტებს, მოახდინონ ყველა სერვისის კოორდინირება 6/8 წლამდე (ან 18 წლამდე) ასაკის ბავშვებისათვის. კანონი უნდა აერთიანებდეს პრევენციის, ჯანდაცვის, განათლების, ბავშვებზე ზრუნვისა და მხარდაჭერის პასუხისმგებლობებს ერთ ჩარჩოში და ნათლად აღწერდეს ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლების როლებს ამ პროცესში. თუ კანონი გააერთიანებს 18 წლამდე ასაკი ბავშვებს, მასში შესაძლებელია ცალკე ფოკუსირებულად გამოიყოს ადრეული წლების განსაკუთრებული მნიშვნელობა ან შეიქმნას კანონქვემდებარე აქტი ან პოლიტიკა, რომელშიც დეტალურად იქნება აღწერილი რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვების პრევენციისა და ჩარევის ინტეგრირებული სქემა, რომელიც მოიცავს ადრეული

იდენტიფიცირების, ჯანმრთელობის დაცვის, სოციალური მხარდაჭერისა და განათლებაზე ხელმისაწვდომობის პრევენციულ და /ან ინტერვენციულ სქემას.

ანდა სექტორთაშორისი მმართველობის მექანიზმების შექმნა და გაძლიერება შეიძლება

- **შემდეგი კანონების ცვლილებითა და ჰარმონიზაციით:** ადრეული და სკოლამდელი აღზრდისა და განათლების, ზოგადი განათლების (პრიორიტეტის მიხედვით), ჯანმრთელობის დაცვის კანონები, ასევე ბავშვის უფლებათა კოდექსი და შშმ პირთა უფლებების კანონი. ამ კანონებში უნდა შევიდეს ცვლილებები, რომელიც განსაზღვრავს ბავშვობის წლებში კოორდინირებული მხარდაჭერის მექანიზმებს, ისე რომ ისინი ერთმანეთთან ჰარმონიაში მოდიოდნენ.

აღსანიშნავია, რომ ზემოთ დასახელებულ კანონებში ცვლილებების შეტანა და მათი ჰარმონიზება საჭირო იქნება იმ შემთხვევაშიც, თუ სახელმწიფო შეიმუშავებს ცალკე კანონს ბავშვთა ზრუნვის შესახებ. მთავარია, შესაბამისი სამართლებრივი აქტები მოდიფიცირდეს ისე, რომ კანონმდებლობით დაფიქსირდეს უწყებათაშორისი ვალდებულება კოორდინირებულ საქმიანობაზე, ინფორმაციის გაზიარებაზე, ერთობლივ ანგარიშგებასა და რესურსების თანაბარ განაწილებაზე, რომლის ნაწილიც იქნება ადრეულ ინტერვენციასა და ადრეულ და სკოლამდელ განათლებას შორის ურთიერთობის ჩარჩო - პროტოკოლი.

2. რამდენად საჭიროა ცენტრალური საკოორდინაციო უწყების არსებობა?

იმაზე სამსჯელოდ, უნდა არსებობდეს თუ არა ცენტრალიზებული საკოორდინაციო უწყება, დავუბრუნდეთ სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილებებს.

ჩვენს მიერ განხილულ სამ ევროპულ ქვეყანაში: ფინეთში, შვედეთში და ნიდერლანდებში, სადაც ადრეული ბავშვობის ინტეგრირებული მხარდაჭერა მაღალ დონეზეა აყვანილი, კოორდინირებისა და ანგარიშგების მექანიზმი არის განათლების, ჯანდაცვის და სოციალური მიმართულებებით არსებული მკაფიო საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც მუნიციპალიტეტებს სერვისების კოორდინირებას ავალებს. ამ ქვეყნებში კოორდინირების ხერხემალი მუნიციპალური ბავშვზე ზრუნვის ჰაბებია. ამ ქვეყნებში არ არსებობს ეროვნული დონის მაკოორდინირებელი საბჭო ან რაიმე სხვა უწყება, თუმცა ეს სისტემის გამართულ მუშაობას არ აფერხებს.

მეოთხე ევროპულ ქვეყანაში, პორტუგალიაში, სისტემა განსხვავებულია. იქ ადრეული ინტერვენციის ეროვნული კანონი ქმნის სამინისტროების (განათლება, ჯანდაცვა, სოციალური მომსახურება) და მუნიციპალიტეტების თანამშრომლობის განსხვავებულ ჩარჩოს. ამ კანონით უზრუნველყოფილი პროტოკოლის საფუძველზე, განათლების სამინისტრო აფინანსებს მისი კადრების (სპეც პედაგოგი/ადრეულის სპეციალისტი, ფსიქოლოგი) არსებობას მუნიციპალურ ადრეული სერვისების ინტერვენციის გუნდებში, ჯანდაცვის სამინისტროს აფინანსებს ექიმის, ფიზიკური, ოკუპაციური და ენა-მეტყველების თერაპევტის არსებობას, სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო კი სოციალურ მუშაკს; მუნიციპალიტეტი უზრუნველყოფს სივრცეს და საჭირო რესურსებს/მასალებს. ეს სტრუქტურა სამ დონეზეა ორგანიზებული: მას

ეროვნულ დონეზე საკოორდინაციო კომისია მართავს, რომელიც შედგება სამივე პასუხისმგებელი სამინისტროს წარმომადგენლებისგან. შემდეგი დონეა რეგიონული ქვეკომისიები, რომლებიც ასევე სამივე სექტორის წარმომადგენლებისგან შედგება. ეროვნული და რეგიონული კომისიების მუშაობასაც სამივე სამინისტრო პარიტეტულად აფინანსებს. ადგილობრივი გუნდები კი, როგორც აღინიშნა ყველა მუნიციპალიტეტის პირველად ჯანდაცვის რგოლშია განთავსებული და ყველა სოფელს ფარავს.

ავსტრალია, როგორც რთული მოწყობის ფედერალური ქვეყანა, ხელმძღვანელობს განათლებისა და ზრუნვის სერვისების ეროვნული კანონით. სერვისების უზრუნველყოფა შტატების ვალდებულებაა, ხოლო ზედამხედველობა უზრუნველყოფილია ავსტრალიის ბავშვთა განათლებისა და ზრუნვის ხარისხის სააგენტოს (ACECQA) მიერ – დამოუკიდებელი კანონით დადგენილი ორგანო, რომელიც შექმნილია განათლებისა და ზრუნვის სერვისების ეროვნული კანონით შესაბამისად.

ისრაელში, სადაც ცალკეული სერვისები (განათლების, ჯანდაცვის, რეალიზაციის თუ სოციალური მომსახურების) მაღალ დონეზეა განვითარებული, მაგრამ სირთულე კოორდინაციაა, ამ სერვისების კოორდინირების მცდელობის მიზნით, ისრაელის მთავრობამ 2017 წელს დააარსა პრემიერ-მინისტრის აპარატთან არსებული “ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანო”. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ორგანოს მნიშვნელოვანი წარმატება აქვს კოორდინაციის ხელშეწყობაში, მას ჯერ კიდევ არ აქვს იურიდიული უფლებამოსილება, აიძულოს სამინისტროებს ერთმანეთთან შესაბამისობაში მოსვლა. საბიუჯეტო ნაკადები რჩება იზოლირებული, რაც ზღუდავს ადგილობრივი აქტორების შესაძლებლობას, გააერთიანონ სახსრები ან შეიმუშაონ სრულად ინტეგრირებული სერვისები. ამ სირთული აღმოსაფხვრელად, დღეს ისრაელში მიმდინარეობს სტრუქტურული რეფორმები, რათა ადრეული ბავშვობის განვითარების ეროვნული ორგანო გადავიდეს განათლების სამინისტროს დაქვემდებარებაში, იმ მიზნით, რომ ის უფრო მყარად დაფუძნდეს ბავშვთა განვითარების გრძელვადიან ინფრასტრუქტურაში.

საქართველოში ბავშვის უფლებების კოდექსის აღსრულების მონიტორინგისთვის შექმნილმა **ცენტრალური დონის კოორდინაციის მექანიზმებმა - მუდმივმოქმედმა საპარლამენტო საბჭომ და პრემიერთან არსებულმა უწყებათაშორისი საკოორდინაციო კომისიამ** თავისი ფუნქციები ვერ გაამართლა, მითუმეტეს, რომ მისი ძირითადი ამოცანა არც ყოფილა ინტერსექტორული კოორდინაციის ხელშეწყობა. როგორც ისრაელის მაგალითი გვიჩვენებს, პრემიერთან არსებულ უფრო ეფექტურად აწყობილ საბჭოსაც აქვს თავისი სირთულეები, რამაც ამ სისტემის რეფორმირების აუცილებლობა გამოიწვია. შესაბამისად, პრემიერთან არსებული უწყებათაშორისო საბჭო შესაძლებელია არ განვიხილოთ ინტერსექტორული კოორდინაციის ყველაზე ეფექტურ მაგალითად.

საქართველო არ არის ავსტრალიის ან აშშ-ს მსგავსი ფედერალური მოწყობის ქვეყანა ინტერსექტორული კოორდინირებისთვის ცალკე დიდი სააგენტოს შექმნა რომ გახდეს საჭირო.

დეცენტრალიზაცია და სერვისების ადგილობრივ დონეზე კოორდინაცია, საკმაოდ ეფექტური მოდელია. თუმცა, საქართველოში დეცენტრალიზებული მმართველობის ტრადიციის არქონის გამო, მისი განხორციელება შესაძლოა გართულდეს, მაგრამ მეორე მხრივ, ეს შესაძლოა იყოს ადგილობრივი მმართველობის გაძლიერების და ადგილზე პროფესიული კადრების არსებობის მოთხოვნის ზრდის კარგი შესაძლებლობა.

გარდამავალ ეტაპზე, საქართველოსთვის შესაძლოა უფრო ოპტიმალური იყოს პორტუგალიის მსგავსი კოორდინირების მოდელი. თუმცა, შესაძლოა, საქართველო პირდაპირ არ მიყვეს პორტუგალიაში დანერგილი ინტერვენციის სქემას, სადაც ადრეული ჩარევის მულტიდისციპლინური გუნდი პირდაპირაა განთავსებული პირველადი ჯანდაცვის რგოლში და ამის ნაცვლად, მუნიციპალური ადრეული მხარდაჭერის პუნქტებს ჰქონდეთ ადრეული იდენტიფიცირების, ოჯახების კონსულტირების, რეფერალის, და ასევე, ოჯახების შემთხვევის მენეჯერით უზრუნველყოფის ფუნქცია, როგორც ეს ნიდერლანდებშია.

პორტუგალიის მსგავსი, მოდელის განხორციელების შემთხვევაში, ცენტრალურ დონეზე საჭირო იქნება სამი სამინისტროს (*განათლების, მეცნიერების და ახალგაზრდობის, დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტროების*) წარმომადგენელთა მიერ შედგენილი დამოუკიდებელი საბჭოს არსებობა. საბჭოს უნდა ჰქონდეს სამივე სამინისტროსგან უზრუნველყოფილი დაფინანსება და აპარატი, კანონით გარანტირებული, მკაფიო უფლებამოსილებებით.

რეგიონულ დონეზე ამგვარი საბჭოების ფუნქციონირების განსაზღვრა, კანონის მიხედვით, უნდა ითვალისწინებდეს ა) ამ საბჭოების საქმიანობასა და უფლებამოსილებებს; ბ) მათ შემადგენლობაში, როგორც განათლების, მეცნიერების და ახალგაზრდობის ასევე დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროების წარმომადგენლობის და ადგილობრივი რეგიონული განვითარების წარმომადგენლობის არსებობას; გ) ინფორმაციის შეგროვება-ანალიზისა და ცენტრალურ საბჭოსთან ანგარიშვალდებულების მექანიზმის დეტალურ აღწერას.

3. ადგილობრივი დონის პრიორიტეტიზაცია

ყველა ცვლილება ადგილობრივ დონეზე რეალიზდება. შესაბამისად, მუნიციპალიტეტებში საჭიროა ინტეგრირებული მომსახურების ჰაბების ჩამოყალიბება – ადგილობრივი თვითმმართველობის, სკოლამდელი დაწესებულებების, სოციალური დაცვის და ჯანდაცვის წარმომადგენელთა თანამშრომლობით, სადაც იწარმოებს ერთობლივი საქმეების განხილვა, შემთხვევების მართვა და ადგილობრივი გამოწვევების კოლექტიური გადაწყვეტა. ადრეული ბავშვობა რომ გახდეს არა მხოლოდ დეკლარირებული, არამედ რეალური ეროვნული პრიორიტეტი, და სერვისები — ხელმისაწვდომი, თანმიმდევრული და ბავშვის საუკეთესო ინტერესზე ორიენტირებული, საჭიროა შემდეგი პირობების დაკმაყოფილება:

- **მუნიციპალური დონის გაძლიერება**, რათა ადგილობრივმა ხელისუფლებებმა შეძლონ საჭიროებაზე მორგებული სერვისების ორგანიზება და კოორდინაცია, იმავდროულად იხელმძღვანელონ ეროვნულ მიზნებზე ორიენტირებული მონიტორინგით;
- **პროფესიული კადრების — მასწავლებლების, სპეციალისტების, სოციალური მუშაკებისა და ჯანდაცვის პერსონალის — უწყვეტი გადამზადება და მათი გუნურად მუშაობის ხელშეწყობა**, რაც ინტეგრირებული მხარდაჭერის ეფექტიანად ფუნქციონირების საფუძველია;
- **მშობლების როგორც პარტნიორების**, არა როგორც ბენეფიციარების **ჩართულობის გაძლიერება**, რაც გულისხმობს მათ ინფორმირებულობას, მონაწილეობას გადაწყვეტილების მიღებაში და მხარდაჭერის პროცესში თანასწორობას;
- და ბოლოს, **საფინანსო სტაბილურობა**, რაც გულისხმობს ადრეული ბავშვობის პოლიტიკების ფინანსურ უზრუნველყოფას სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, გრძელვადიანად, და არა მოკლევადიანი პროექტების სახით.

ეფექტიანი კოორდინაცია საჭიროებს ყოველდღიური პრაქტიკის დონეზე ჩამოყალიბებულ მექანიზმებს. მაგალითად:

- **ინტეგრირებულ სარეაგირებო ჯგუფებს** – სოციალური მუშაკების, სკოლამდელი განათლების დაწესებულებათა, განვითარების სპეციალისტთა და ჯანდაცვის წარმომადგენლების ჩართულობით;
- **ბავშვზე ორიენტირებული მონაცემთა სისტემას** – რომელიც აკავშირებს სხვადასხვა უწყების მონაცემებს და იძლევა ბავშვის საჭიროებების მთლიან სურათს;
- **ერთიანი საკომუნიკაციო პროტოკოლს** – ინფორმაციის გადაცემისა და შეფასების სტანდარტით;

4. ინტეგრირებული მომსახურება

ადრეული აღმოჩენა, პრევენციული მუშაობა და დროული მხარდაჭერა ამ სისტემის ქვაკუთხედი უნდა იყოს. სისტემას უნდა შეეძლოს განვითარების შეფერხებების, ფსიქოსოციალური სირთულეების და მშობელთა საჭიროებების იდენტიფიცირება ხდებოდეს სისტემურად და დროულად, და არა მხოლოდ მაშინ, როცა პრობლემები უკვე გამწვავებულია.

როგორც საერთაშორისო მიმოხილვის ნაწილში ჩანს, ბევრ ქვეყანაში არსებობს მუნიციპალური ჰაბები, სადაც ოჯახებს საშუალება აქვთ ერთ სივრცეში შეხვედნენ, როგორც ჯანდაცვის, ასევე განვითარების (განათლებისა) და სოციალური მომსახურების სფეროს წარმომადგენლებს, რომლებსაც საჭიროებების დროული იდენტიფიცირების, კონსულტირებისა და საჭიროების შემთხვევაში, გადამისამართების ან სერვისის ადგილზე გაწევის კომპეტენციები აქვთ. როგორც

წესი, ამგვარი ჰაბები პირველადი ჯანდაცვის სერვისების სივრცეშია და ის სახელმწიფო ეკუთვნის, ან სერვისების მიწოდებაში სახელმწიფოს წვლილი მაღალია.

განვიხილოთ, საქართველოს მუნიციპალიტეტებში რა თეორიული და ინფრასტრუქტურული შესაძლებლობები არსებობს ინტერსექტირული კოორდინაციისთვის.

საქართველოში სოფლისა და მცირე მუნიციპალიტეტების მოსახლეობა ძირითადად სახელმწიფოს მიერ შექმნილ პირველად ჯანდაცვის მომსახურების სისტემას ეყრდნობა, სადაც სოფლის ექიმები და სოციალური მომსახურების სააგენტოს ადგილობრივი ოფისები ფუნქციონირებენ. ქალაქებსა და რამდენიმე დიდ რეგიონში კი ევექსის კლინიკები ასრულებს მნიშვნელოვან როლს, როგორც კერძო პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი. იქ, სადაც ევექსი არ არის ან მისი ქსელი შეზღუდულია, მოსახლეობა მიმართავს სხვა კერძო კლინიკებს, რომლებიც ხშირად თანამშრომლობენ სადაზღვევო პლატფორმებთან.

სოფლის ექიმის პროგრამა საქართველოში 2014 წლიდან არსებობს. მათი ანაზღაურება უზრუნველყოფილია საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ, ისინი ფარავენ როგორც ექიმების, ისე მედდებისა და ტექნიკური პერსონალის ხელფასებს. სოფლის ექიმის პროგრამა ითვალისწინებს, რომ ექიმს უნდა ჰქონდეს ამბულატორია ან მედპუნქტი – ფიზიკური სივრცე, სადაც ტარდება ვაქცინაცია, პროფილაქტიკური შემოწმება, ინახება საჭირო აღჭურვილობა და მედიკამენტები, შესაძლებელია რეფერალების გაცემა და ელექტრონული ჩანაწერების წარმოება. თუმცა, რეალური სურათი ყველგან ასე არ არის.

სახალხო დამცველის 2022 წლის ანგარიშის მიხედვით, ხშირია შემთხვევები, როცა ამბულატორია ამორტიზებულია ან საერთოდ არ არსებობს; ზოგიერთი ექიმი რამდენიმე სოფელს ემსახურება მხოლოდ მობილურად და პაციენტებს საკუთარ სახლში იღებს. ბევრგან არ არის წყალგაყვანილობა, გათბობა, სანიტარული პირობები, ვაქცინების შესანახი მაცივრები ან ინტერნეტზე წვდომა. ეს განსაკუთრებით მწვავედ ვლინდება მაღალმთიან და მცირე დასახლებებში.

შესაბამისად, იმისთვის რომ საქართველოში ადრეული სერვისების კოორდინირებული მიწოდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლს დაეყრდნოს, **საჭიროა ამ რგოლის ინფრასტრუქტურის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება და ადრეული ბავშვობის მიმართულებით პერსონალის სისტემური და არა სპორადული გადამზადება.**

მეორე მხრივ, თეორიულად, საქართველოში, ერთ-ერთი ქმედითი რგოლი კოორდინაციისთვის მუნიციპალიტეტებში არსებული **ბავშვთა დაცვისა და მხარდაჭერის განყოფილებებია**. მათ ხელთ არსებული ელექტრონული საინფორმაციო ქსელი იძლევა მონაცემების გაცვლისა და მრავალმხრივი რეაგირების შესაძლებლობას (მაგალითად, სოციალური მუშაკი ითხოვს ინფორმაციას ჯანდაცვის ან განათლების საჭიროების შესახებ). თუმცა, პრაქტიკაში ეს მექანიზმი ხშირად ფორმალურ ხასიათს ატარებს და ვერ უზრუნველყოფს სერვისების სრულ ინტეგრაციას. მხოლოდ რამდენი მუნიციპალიტეტია, სადაც ამ სამსახურის მუშაობა მეტ-ნაკლებად ქმედით ხასიათს ატარებს, სადაც მათ მიუმართავს რეფერალისათვის და გაუცვლიათ ინფორმაცია სოციალური მოსახურების სააგენტოს რაიონული სოციალური მუშაკებისათვის ანდა ბაგა-ბაღების გაერთიანებებისთვის.

შესაბამისად, იმისთვის რომ საქართველოში ადრეული სერვისების კოორდინირებული მიწოდება ბავშვის უფლებათა დაცვის მერიის სამსახურებს დაეყრდნოს, **საჭიროა ამ რგოლის ინფრასტრუქტურის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება და კვალიფიციური კადრების შერჩევა.**

ამ სამსახურების გარდა, მუნიციპალურ დონეზე ყველგან არსებობს ბაგა-ბაღების გაერთიანებები, რომელსაც, იდეალურ შემთხვევაში, შეუძლია ქმედითი როლი შეასრულოს ინფორმაციის შეგროვების, გაცვლისა და სერვისების კოორდინირების საქმეში. თუმცა, საქართველოში ბაგა-ბაღებით მომსახურება 2 წლიდან იწყება (ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში კი 3-დან), შესაბამისად ეს რგოლი კოორდინაციის მთავარ საყრდენად ვერ გამოდგება.

გარდა ამისა, ყველა მუნიციპალიტეტში არსებობს, ცენტრალური ხელისუფლების სამსახურების მუნიციპალური ერთეულები:

- სოციალური მომსახურების სააგენტოს რაიონული განყოფილებები, რომელიც დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სსიპია
- საგანმანათლებლო რესურს-ცენტრები, რომელიც განათლების, მეცნიერებისა და ახალგაზრდობის სამინისტროს დაქვემდებარებაშია

თეორიულად, იმის მიხედვით, თუ როგორი იქნება საკანონმდებლო ბაზა, შესაძლებელია, რომ სოციალური მომსახურების რაიონული განყოფილებები ან საგანმანათლებლო რესურს-ცენტრებიც იქნენ ინტერსექტორული კოორდინაციის ბაზად.

შესაბამისად, ერთეულები, რომელზეც შესაძლებელი იქნება ინტერსექტორული კოორდინაციის დაშენება მუნიციპალიტეტებში არსებობს, როგორც თავად მუნიციპალური ერთეულების სახით - ბავშვის უფლებათა დაცვის სამსახური, ბაგა-ბაღების გაერთიანებები, ასევე ჯანდაცვისა და სოციალური სამინისტროსა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს სახის - სოფლის ექიმის პროგრამა და სოციალური მომსახურების რაიონული განყოფილებები და განათლების სამინისტროს სახით - საგანმანათლებლო რესურს-ცენტრები.

მუნიციპალური	ჯანდაცვის სამინისტრო და სოციალური მომსახურების სააგენტო	განათლების სამინისტრო
<ul style="list-style-type: none"> • მერიის ბავშვის უფლებათა დაცვის ერთეულები • ბაგა-ბაღების გაერთიანებები 	<ul style="list-style-type: none"> • სოფლის ექიმის ამბულატორიები • სოციალური მომსახურების რაიონული განყოფილებები 	<ul style="list-style-type: none"> • საგანმანათლებლო რესურს-ცენტრები

რაც არ არსებობს, ეს არის **პოლიტიკური ნება, საკანონმდებლო ბაზა და ადგილობრივი გაძლიერების ინიციატივები** ამ ერთეულების კოორდინირებული მუშაობისათვის. პოლიტიკური ნების და შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის არსებობის შემთხვევაში, მუნიციპალიტეტებში ერთობლივი მუშაობის კულტურის გაძლიერებით, ადრეულ ასაკის ბავშვებთან და მათ ოჯახებთან საერთო მიზნებზე კოორდინირებული მუშაობა და რეფერალი სავსებით შესაძლებელია.

თუ საერთაშორისო გამოცდილებას გავითვალისწინებთ, სადაც სერვისების მიწოდების ფუნქცია ადგილობრივ ხელისუფლებებს ეკუთვნის, საქართველოში, ადგილობრივ დონეზე, ე.წ. მაკორდინირებელი ჰაბის ფუნქცია შესაძლებელია **ჰქონდეს** პირველადი ჯანდაცვის ამბულატორიებსაც და მერიის ბავშვის უფლებების დაცვის ერთეულებსაც. თუმცა, ორივე შემთხვევაში, აუცილებელი იქნება:

- შესაბამისი საკანონმდებლო ცვლილებები
- ინფრასტრუქტურის მომზადება
- მომსახურე პერსონალის გადამზადება

ა) მაკორდინირებელი ჰაბის ფუნქციის აღება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიერ იმითაა უკეთესი, რომ ამ ტიპის ამბულატორიებთან ოჯახებს ბავშვის დაბადებიდანვე უწევთ ურთიერთობა რუტინული გასინჯვებისა თუ აცრების ფარგლებში. სოფლის ექიმების ნაწილი უკვე გადამზადებულია ადრეული იდენტიფიცირების მიმართულებით და უკვე არსებობს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული “ბავშვის ნეიროგანვითარებაზე მეთვალყურეობის სკრინინგის პროტოკოლი”. ასევე დასამტკიცებლად მზად არის გზამკვლევი: „განვითარების შეფერხების და ამ მხრივ რისკის მქონე 6 წლამდე ასაკის ბავშვების გამოვლენა, შეფასება და რეფერალი“. შესაბამისად, ამავე ერთეულში სულ მცირე ადრეული განვითარების სპეციალისტის არსებობა, რომელსაც ბავშვის უფრო სიღრმისეული შეფასების, ოჯახების კონსულტირებისა და გადამისამართების კომპეტენცია ექნებოდა, ინტერსექტორული კოორდინაციისკენ გადაგმული პირველი ნაბიჯი იქნებოდა. თეორიულად ამგვარი ჰაბის განვითარების კვალდაკვალ, ამ ერთეულებში შესაძლებელია პიდაპირ მუშაობდეს ადრეული ჩარევის ტრანსდისციპლინური გუნდი, რომელთა მომსახურებასაც შესაბამისი სამინისტროები იხდიან, ხოლო ინფრასტრუქტურასა და მასალებს მუნიციპალიტეტი უზრუნველყოფს (პორტუგალიის მოდელი) ან ამ ცენტრის სპეციალისტთა საქმიანობა ოჯახების და ბავშვების საჭიროებების შეფასებით და შემთხვევათა მართვის (ქეისმენეჯრის) ფუნქციით განისაზღვრება (ჰოლანდიური მოდელი), სადაც ადრეული ჩარევის თუ სარეაბილიტაციო პროგრამების ცალკე მდგომი კერძო ერთეულების, რომელთა დაფინანსების წყარო სახელმწიფოცაა, მუნიციპალიტეტიც და ოჯახებიც.

ბ) თავისი შესაძლო უპირატესობები აქვს მაკორდინირებელ რგოლად მუნიციპალური ბავშვის უფლებათა ერთეულების განხილვასაც. ამ სამსახურებში კანონის მოთხოვნის თანახმად ისედაც უნდა მუშაობდნენ ჯანდაცვის წარმომადგენელი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი და განათლების სპეციალისტი და იურისტი, რაც თავისთავად ქმნის ინტერსექტორული თანამშრომლობის პოტენციალს. თუმცა, ადგილზე კომპეტენტური კადრების სიმწირისა და ამ სამსახურის ფუნქციებისა და საჭიროებების გაუაზრებლობის ფონზე, ამ ერთეულებში ხშირად ფორმალურად დასაქმებული ხალხი მუშაობს. სისტემის ასამუშავებლად და კომპეტენტური კადრების სიმწირეზე საპასუხოდ, შესაძლებელია ამგვარი ინოვაციური გზის მოძებნაც - ამ ერთეული თანამშრომელთა გუნდი შეიკრას მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე რეალურად მომუშავე ჯანდაცვის, განათლებისა და სოციალური მიმართულების ერთეულებისგან. ანუ ჯგუფში შედიოდეს სოფლის ექიმიც, რაიონული განყოფილების სოც-მუშაკიც, ბაღების

გაერთიანების თანამშრომელიც, რომელიც სპეციალური საჭიროებების მიმართულებითაა კომპეტენტური და საგანმანათლებლო რესურს-ცენტრის წარმომადგენელიც. თავისთავად ცხადია, ჯგუფის საქმიანობას შესაძლებლობელია კოორდინირებას უწყვედეს უშუალოდ მერიის ერთი ან ორი თანამშრომელი, რომელთაგან ერთ-ერთიც იურისტია. ამ ერთეულში თანამშრომლობა სხვადასხვა უწყებების წარმომადგენელთათვის არ უნდა იყოს ენთუზიაზმის საფუძველზე გაწეული საქმიანობა. ამ საქმისთვის მათი დამატებით დაფინანსებას უნდა უზრუნველყოფდეს ეს მუნიციპალიტეტი ან შესაბამისი ცენტრალური უწყებები, იმისდა მიხედვით, თუ რა მოდელი განისაზღვრება საკანონმდებლო ცვლილებების საფუძველად. უარდესად მნიშვნელოვანია, რომ ამ ერთეულს ქონდეს შესაბამისი ინფრაქტურუქტურა, მერიის შენობაში ან ცალკე, სადაც ისინი გარკვეული პერიოდულობით შეიკრიბებიან, მაგალითად, თვეში 2-ჯერ - განიხილავენ კონკრეტულ შესაბამის ქეისებს, კონსულტაციას გაუწივენ ოჯახებს დაგეგმვავენ და განახორციელებენ ცნობიერების ამაღლებასთან და ოჯახების გაძლიერებასთან დაკავშირებულ აქტივობებს და outreach პროგრამებს, საჭიროების შემთხვევაში. ეს ერთეული ამოცანა უნდა იყოს, რომ მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე არც ერთ ბავშვი არ დარჩეს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების, განვითარების დროული შეფასების, საჭიროების შემთხვევაში დროული ადრეული ინტერვენციის მიღებისა და ადრეული განათლების გარეშე, ისევე როგორც სასკოლო სისტემაში უმტკივნეულო ტრანზიციის გარეშე, რაზეც ამ ერთეულში საგანმანათლებლო რესურს-ცენტრის წარმომადგენელი აიღებდა პასუხისმგებლობას.

5. ადრეული ინტერვენცია- რეაბილიტაცია-ბავშვ-სკოლა - საყოველთაოობისა და ტრანზიციულობის პრინციპი

ინტერსექტორული კოორდინაციისა და სერვისების კოორდინირებული მიწოდების დაგეგმვისას, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ დღეს მოქმედი სამთავრობო პროგრამები მოიცავს სამ ძირითად მიმართულებას: რეაბილიტაციის/აბილიტაციის პროგრამას, ადრეული ჩარევის (EI) პროგრამას და მუნიციპალიტეტის აუტიზმის პროგრამას. მიუხედავად იმისა, რომ თითოეული მათგანი მნიშვნელოვან მხარდაჭერას უზრუნველყოფს ბავშვებისა და მათი ოჯახებისთვის, მკაფიოდ იკვეთება გადაფარვები როგორც მიზნობრივ ჯგუფებში, ისე სერვისების მოცულობასა და ინტენსივობაში. ეს გადაკვეთები იწვევს როგორც რესურსების არაეფექტურ გამოყენებას, ისე გაურკვეველობას ბენეფიციარებისთვის და მომწოდებლებისთვის, ასევე აღსანიშნავია, რომ ძალიან მყიფეა კავშირი ამ სერვისებსა და საგანმანათლებლო დაწესებულებებს (ბავშვ-სკოლა) შორის.

ინტერსექტორული კოორდინაცია რეფორმის ფარგლებში და საკანონმდებლო დონეზე უნდა გადაწყდეს. გადასაწყვეტია, ადრეული ჩარევის, რეაბილიტაციისა თუ აუტიზმის სერვისები ერთიანად მოექცევა მუნიციპალური ან სახელმწიფო პროგრამების ქოლგის ქვეშ, თუ მათი ინტეგრირების სხვა მექანიზმი შემუშავდება. შესაძლებელია ამგვარი შუალედური მოდელის განხილვაც - ადრეული ჩარევის პროგრამები მუნიციპალური და საყოველთაოა, ხოლო სარეაბილიტაციო პროგრამები ცენტრალური და მიზნობრივი. თუმცა, ყველა შემთხვევაში, კოორდინაციის შესანარჩუნებლად და ანგარიშვალდებულების უზრუნველსაყოფად,

რეკომენდირებულია შეფასებისა და მონიტორინგის, ინფორმაციის შეგროვებისა და გაზიარების ერთიანი პროტოკოლის შემოღება.

კოორდინირებულმა ინტერსექტორულმა თანამშრომლობამ, სადაც სხვადასხვა დისციპლინის (მათ შორის განათლების) წარმომადგენლები, მშბლებთან შეთანხმებით, ერთად წყვეტენ რა ტიპისა და რა ინტენსივობის ჩარევა სჭირდება ბავშვს და სად მოხდება მისი მიწოდება - სახლში, ბაღში თუ ცენტრში - უნდა გადაწყვიტოს სერვისების გადაფარვის საკითხი და ამავდროულად სერვისები ბავშვსა და ოჯახზე მიმართული და უფრო ეფექტური და მიზნობრივი გახადოს.

7. ინტერსექტორული კოორდინაციის მოდელის შერჩევა და იმპლემენტაციის ეტაპები

1. თუ სახელმწიფო აღიარებს ადრეულ ასაკს პრიორიტეტად,

მაშინ საჭიროა არჩევა:

- ან შეიქმნას ცალკე კანონი ბავშვზე ზრუნვის შესახებ;
- ან განხორციელდეს საკვანძო კანონების ჰარმონიზაცია და ცვლილება.

2. თუ საკანონმდებლო ცვლილებები განხორციელდება,

მაშინ უნდა გადაწყდეს მართვის მოდელი:

- ან ცენტრალიზებული კოორდინაცია (პორტუგალიის მოდელი);
- ან დეცენტრალიზებული, მუნიციპალურ დონეზე დაფუძნებული კოორდინაცია (ნიდერლანდების მოდელი).

3. მართვის მოდელის შესაბამისად

უნდა გადაწყდეს ადრეული ჩარევის მოდელი:

- ან ადრეულ ჩარევას აკოორდინირებს 3 სამინისტრო და მუნიციპალიტეტი (პორტუგალიის მოდელი);
- ან მუნიციპალურ საკოორდინაციო ერთეულში ხდება შეფასება, გადამისამართება და ქეის მენეჯერის მხარდაჭერა (ნიდერლანდების მოდელი).

4. თუ კოორდინაცია უნდა ცენტრალურ დონეზე,

მაშინ საჭიროა შეიქმნას მაკოორდინირებელი ერთეული:

- 3 სამინისტროსგან შემდგარი საბჭო ცენტრალურ დონეზე;
- ან საბჭოს რეგიონული ფილიალები.

5. თუ კოორდინაცია უნდა მოხდეს ადგილობრივ დონეზე,

მაშინ ჰაბის ფუნქცია უნდა განესაზღვროს:

- ან პირველადი ჯანდაცვის (სოფლის ექიმის) ამბულატორიას (უფრო პორტუგალიური მოდელის

შემთხვევაში);

- ან მერიის ბავშვის უფლებათა დაცვის ერთეულს (უფრო ნიდერლანდების მოდელის შემთხვევაში).

6. ორივე შემთხვევაში უნდა შესრულდეს მინიმუმი:

- ინფრასტრუქტურის გამართული მდგომარეობა;
- ინტერსექტორული გუნდის არსებობა;
- თანამშრომელთა გადამზადება;
- ოჯახთან თანამშრომლობის, რეფერალისა და შემთხვევის მართვის უნარების განვითარება.

7. საბოლოოდ უნდა არსებობდეს ერთიანი (ელექტრონული) სისტემა:

- ბავშვის საჭიროებების ინტეგრირებული შეფასებისთვის;
- ინტერვენციის დაგეგმვისთვის;
- მონიტორინგის, ინფორმაციის გაზიარებისა და ანგარიშგების პროტოკოლისათვის, სადაც ინფორმაცია ხელმისაწვდომი იქნება ყველასთვის, სადაც არ უნდა მიდიოდეს ბავშვი.

საბოლოო მიზანი: ბავშვზე ორიენტირებული, მულტისექტორული, ეფექტური და თანაბრად ხელმისაწვდომი ადრეული სერვისების უზრუნველყოფა, ყოველგვარი სერვისული გადაფარვისა და დანახარჯების დუბლირების გარეშე.

დასკვნა

ინტერსექტორული კოორდინაცია არ შეიძლება იყოს ფორმალური შეთანხმება – ის უნდა გადაიქცეს კანონით გარანტირებულ მოქმედების კულტურად, სადაც ყველა უწყება ხედავს საკუთარ როლს ერთიანი მიზნის – ბავშვის კეთილდღეობის – მიღწევაში. გზამკვლევის პრაქტიკული ამოქმედება მოითხოვს პოლიტიკურ ნებას, ინსტიტუციურ პასუხისმგებლობას და ადრეული ბავშვობის, როგორც საზოგადოებრივი კეთილდღეობის ფუნდამენტის, აღიარებას.