

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ჯანმრთელობის უფლების ცალკეული ასპექტები საქართველოში

მიგნებები:

ა) სახელმწიფო არ ფლობს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე (შშმ) პირთა ზუსტი ოდენობის თაობაზე მონაცემებს.

ბ) სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის ნაკლოვანებაა მომლოდინეთა რიგების არსებობა და შეთავაზებული სერვისის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა.

გ) საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის უფლება არ არის რეალიზებული.

დ) შშმ პირთა ჯანმრთელობის ზრუნვის საქმეში ადგილობრივი თვითმმართველობების როლი მინიმალურია.

აბსტრაქტი

სტატის მიზანს არ წარმოადგენს შშმ პირთა ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის საკითხის სრულყოფილი გამოკვლევა და ანალიზი. ნაშრომში, არსებული პრაქტიკის საფუძველზე, იდენტიფიცირებულია ცალკეული პრობლემები, რომლებიც აფერხებს შშმ პირთა ჯანმრთელობის უფლების სრულყოფილ რეალიზებას. საჯარო ინფორმაციაზე დაყრდნობით, მიმოხილულია სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ შშმ პირებისათვის შეთავაზებული სერვისების ეფექტურობა და გამოსადეგობა.

1. შშმ პირთა ჯანმრთელობის უფლება

1.1 სტატისტიკური მონაცემები

საქართველო მიუერთდა „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ გაეროს 2006 წლის 13 დეკემბრის კონვენციას. დასახელებული კონვენციის 31-ე მუხლის შესაბამისად, ეფექტური იმპლემენტაციისათვის საჭირო პოლიტიკის შემუშავების პროცესში სახელმწიფო ვალდებულია მოიძიოს შესაბამისი სტატისტიკური და კვლევითი მონაცემები. მოცემულ საკითხთან დაკავშირებით, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან¹ (შემდგომში - საქსტატი) და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან² გამოთხოვილ იქნა ინფორმაცია შშმ პირთა რაოდენობის თაობაზე ასაკობრივ, სქესობრივ და შშ ხარისხის ჭრილში.

საქსტატიდან მიღებული ინფორმაციით დგინდება, რომ 2017 წლის მდგომარეობით შშმ პირთა რაოდენობამ შეადგინდა 125,064,³ ხოლო სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ცნობით ასეთ პირთა რაოდენობა 2018 წლის მარტის მდგომარეობით განისაზღვრა 128,751 ადამიანით. ზემოხსენებული ინფორმაციის საფუძველზე, ერთი მხრივ, დგინდება, რომ შშმ პირთა რაოდენობა მზარდი ტენდენციით ხასიათდება. მეორე მხრივ, წარმოებული სტატისტიკა სრულად ეფუძნება სახელმწიფო გასაცემლის (სოციალური პაკეტი, სახელმწიფო კომპენსაცია და აკადემიური სტიპენდია) მიმღებ შშმ პირთა რაოდენობას.

¹ იხ. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2018 წლის 21 მარტის N8-787 წერილი.

² იხ. სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2018 წლის 2 აპრილის N04/17216.

³ იხ. შენიშვნა: საქსტატის მონაცემები, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მსგავსად, სრულად ეფუძნება სახელმწიფო გასაცემლის მიმღებ სუბიექტთა რაოდენობას.

საგულისხმოა, რომ შშმ პირთა რაოდენობის აღრიცხვის ხსენებული მეთოდი არ იძლევა ქვეყანაში შშმ პირთა რეალური ოდენობის განსაზღვრის შესაძლებლობას. მონაცემებს შორის ცდომილება განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ შშმ პირის სტატუსის ქონა *a priori* სახელმწიფო გასაცემლის მიღებას არ გულისხმობს. ასე მაგალითად, სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემებით ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტში შშმ პირთა რაოდენობა 4,482-ია, ხოლო ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტის მერიის ცნობით ასეთ პირთა რაოდენობა მუნიციპალიტეტში 5,247 ადამიანს შეადგენს.⁴

ხსენებულიდან გამომდინარე, სახელმწიფოს მიერ შშმ პირთა ოდენობის განსაზღვრის დამკვიდრებული პრაქტიკა უარყოფით შეფასებას იმსახურებს, რადგან მისი გამოყენებით ვერ ხერხდება შშმ პირთა რეალური ოდენობის დადგენა, რაც, თავის მხრივ, აუცილებელი ელემენტია ასეთ პირთა ჯანდაცვის პოლიტიკის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში.

1.2 შშმ ბავშვთა ჯანმრთელობის უფლება და რეაბილიტაციის პროგრამები

განსაკუთრებულად მოწყვლად ჯგუფს მიეკუთვნებიან შშმ ბავშვები, რაზეც გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციაც (UNCRC) მიუთითებს⁵ და, შესაბამისად, სახელმწიფოებს სათანადო ყურადღების მიპყრობას ავალდებულებს. ამასთან, ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში რეაბილიტაციის ელემენტი პაციენტის გამოჯანმრთელების აუცილებელ პირობადაა დანახული.

ამ მხრივ, მიმოხილვას უნდა დაექვემდებაროს „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის“ სახელმწიფო პროგრამა. კანონის საფუძველზე, ერთი მხრივ, ფიქსირებულია ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებიც 2018 წლის განმავლობაში პროგრამის ფარგლებში ისარგებლებენ შეთავაზებული მომსახურებით, ხოლო, მეორე მხრივ, განსაზღვრულია ქვეპროგრამის ფარგლებში დაგეგმილი ვიზიტების რაოდენობა შესაბამის სპეციალისტთან.

არსებული პრაქტიკა ცხადყოფს, რომ „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის“ სახელმწიფო პროგრამის სხვადასხვა ქვეპროგრამა მიმართულია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ჯანმრთელობის უფლების დაცვაზე, თუმცა სრულად ვერ ფარავს მათს საჭიროებებს. ზემოთქმულს ადასტურებს შემდეგი: სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს⁶ მიერ მოწოდებული ინფორმაციით დგინდება, რომ „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვთა ზრუნვის“ სახელმწიფო პროგრამის სხვადასხვა ქვეპროგრამის ფარგლებში ფიქსირდება მომლოდინეთა რიგების მაღალი მაჩვენებელი (იხილე ცხრილი #1).

ცხრილი #1 – „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვთა ზრუნვის“ სახელმწიფო პროგრამის სხვადასხვა ქვეპროგრამის მომლოდინეთა რიგი

ქვეპროგრამა	მაძიებელი
ბავშვთა ადრეული განვითარება	421

⁴ იხ. ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტის 2018 წლის 29 მარტის წერილი; შენიშვნა: ორივე ორგანოდან მონაცემები დროის ერთსა და იმავე მონაკვეთშია გამოთხოვილი.

⁵ იხ, გაეროს კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, მე-7 მუხლი, ხელმისაწვდომია აქ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289>

⁶ იხ, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2018 წლის 23 მარტის N04/17216 წერილი.

დღის ცენტრები	307
მიტოვების რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვებისთვის განკუთვნილი ქვეპროგრამა	63
6-18 წლამდე შშმ პირთა ბავშვებისთვის განკუთვნილი ქვეპროგრამა	134
მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვებისთვის განკუთვნილი ქვეპროგრამა	1
სათემო ორგანიზაციები	180

ამასთან, პრობლემურია ქვეპროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის საკითხი. ასე მაგალითად, „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის“ ქვეპროგრამა მთელი ქვეყნის მასშტაბით მისაწვდომია მხოლოდ თბილისში, ზუგდიდსა და თელავში, მთლიანობაში 4 ორგანიზაციის სახით.

ამდენად, ზემოხსენებული პროგრამის მეტად ეფექტურობისათვის სახელმწიფომ თავისი ძალისხმევა ორი ძირითადი პრობლემის მოსაგვარებლად უნდა მიმართოს: მაქსიმალურად შეამციროს მომლოდინეთა რიგები და გაიზარდოს ქვეპროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა.

1.3 ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობა ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარეშე არ არსებობს ჯანმრთელობა. აქედან გამომდინარე, საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანდაცვა გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.⁷

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეფექტურობის განმსაზღვრელი ერთ-ერთი ინდიკატორი ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემაში საკმარისი ადამიანური რესურსის არსებობაა. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის შესაბამისად,⁸ 2016 წლის მონაცემებით საქართველოში ძირითად მუშაკთა რაოდენობა აერთიანებს 259 ფსიქიატრს (მათ შორის 12 ბავშვთა ფსიქიატრი), 99 ფსიქოთერაპევტს (მათ შორის 7 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი), 171 ნარკოლოგს, 15 სექსოლოგსა და 4 სასამართლო ფსიქიატრს. გამოთხოვილი ინფორმაციის ანალიზის საფუძველზე, ერთი მხრივ, სახეზეა, ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემაში ადამიანური რესურსების მკვეთრი ნაკლებობა, რაზეც ყურადღება გამახვილებულია, მათ შორის, საქართველოს სახალხო დამცველის 2015 წლის „ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის ანგარიშში“. დოკუმენტში მითითებულია, რომ „ფსიქიატრების დეფიციტი საშუალო ევროპულ ინდექსთან შედარებით ორჯერ მეტადაა გამოხატული, რაც აბსოლუტურ რიცხვებში უდრის მინიმუმ 250

⁷ იხ. Saraceno B, Freeman M. and Funk, M. (2011) Public Mental Health. Oxford University Press.

⁸ იხ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2018 წლის 3 აპრილის N01/19599 წერილი.

ფსიქიატრის ნაკლებობას⁹. მეორე მხრივ, გამოიკვეთა, ზემოხსენებული მუშაკების გეოგრაფიული დაფარვის სიმცირე¹⁰.

ცხრილი #2 – 2018 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი	
კომპონენტი	ბიუჯეტი (ათასი ლარი)
სათემო ამბულატორიული მომსახურება	5,570.7
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია	77.8
ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა	151.0
ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის	662.3
თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება	774.0
ფსიქიკური აშლილობის მქონე მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	12,793.7
ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	350.0
ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი	620.5
სულ	21,000.0

კიდევ ერთი აქტუალური პრობლემა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის განაწილების მოდელია. საქართველოს სახალხო დამცველმა არაერთხელ გააკრიტიკა არსებულ პრაქტიკა და მიუთითა, რომ სტაციონარული მომსახურების დაფინანსების შემცირება და ამ გზით გამოთავისუფლებული რესურსის სხვა სერვისებზე განაწილება განვითარებული ევროპული სახელმწიფოების წარმატებული მოდელია. აღსანიშნავია ასევე, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის რეკომენდაცია თემზე დაფუძნებული შესაბამისი სერვისების უზრუნველყოფის მიზნით მეტი ფინანსური რესურსის გამოყოფის თაობაზე.¹¹ არსებული რეკომენდაციების მიუხედავად ფინანსური რესურსების უმეტესობა კვლავ

⁹ იხ. ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის ანგარიში, საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმი, 2015 წელი, გვ.21.

¹⁰ იხ. მაგალითად, ქ. ფოთის მუნიციპალიტეტის მასშტაბით არ არის შესაძლებელი ფსიქიატრის, ფსიქოთერაპევტისა და სექსოლოგის მომსახურების მიღება.

¹¹ იხ. გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები შვედეთის შესახებ, (2014), პარ.36.

მიმართულია სტაციონალურ ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე, ხოლო ამბოლათორიული და თემზე დაფუძნებული მომსახურების დაფინანსება ისევ მცირეა. (იხ. ცხრილი #2).

ფსიქიკური ჯანდაცვის ხარისხის შეფასებისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული დამატებით რამდენიმე გარემოება, სახელდობრ, განმეორებითი რეჰოსპიტალიზაციის, პაციენტთა გარდაცვალებისა და პაციენტთა სტაციონარში 6 თვეზე მეტხანს დაყოვნების სტატისტიკა. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის შესაბამისად¹², ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის „სტაციონარული მომსახურების - ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურების“ კომპონენტის ფარგლებში, 2016 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა ერთი თვის განმავლობაში განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის 814, ხოლო 2017 წლის განმავლობაში - 767 შემთხვევა. ამასთან, 2016 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა გარდაცვალების 48 შემთხვევა, ხოლო 2017 წელს გარდაცვლილთა რაოდენობამ 31 მიაღწია.

რეჰოსპიტალიზაციის მაღალი ინდექსი მიგვანიშნებს, რომ პაციენტის მდგომარეობის მართვა შესაბამისი ფინანსური რესურსის სიმწირის გამო ხორციელდება მოკლე პერიოდში, რაც არ არის საკმარისი მყარი რემისიის მისაღწევად და შედეგად მდგომარეობის ხელახალ გამწვავებასა და განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაღალ რისკს იწვევს¹³. როგორც გამოთხოვილი ინფორმაციით დგინდება, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო არ ამუშავებს ინფორმაციას გარდაცვალების მიზეზების თაობაზე, რაც ართულებს გარდაცვალების გამომწვევი ფაქტორების შეფასებას, მაგალითად, პაციენტთა გარდაცვალება, რიგ შემთხვევებში, მიზეზობრივ კავშირში არის თუ არა არაადეკვატურ ფსიქიატრიულ დახმარებასთან.

სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის შესაბამისად, 2017 წელს დაფიქსირდა სტაციონარში 6 თვეზე მეტხანს დაყოვნების 963 შემთხვევა. ასეთი პაციენტები „უვადო“ პაციენტების სტატუსს ფლობენ. მათი ხანგრძლივი დაყოვნება ინსტიტუციაში განპირობებულია არა სტაციონალური მომსახურების საჭიროებით, არამედ მაგალითად, გაწერილი პაციენტის მხარდაჭერის სისტემის არარსებობით, მატერიალური დაუცველობით, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისის ხელმიუწვდომლობით და სხვა.¹⁴ არსებული მდგომარეობა იწვევს პაციენტთა ე.წ. ინსტიტუციურ სინდრომს და დასწავლილ უსუსურობას. ამდენად, ასეთ ადამიანთა სოციუმში დაბრუნების მიზნით სახელმწიფომ უნდა გადადგას ქმედითი ნაბიჯები, მათ შორის, აიკრძალოს პაციენტთა ინსტიტუციონალიზაციის დამკვიდრებული პრაქტიკა და მის ნაცვლად განვითარდეს თემზე დაფუძნებული სერვისები.

2. შშმ პირთა ჯანმრთელობის უფლება ადგილობრივი თვითმმართველობების დონეზე

შშმ პირთა სტატისტიკური და კვლევითი მონაცემების მოძიებასთან დაკავშირებით საქართველოს საერთაშორისო ვალდებულება აქვს აღებული. ამ პროცესში დიდია ადგილობრივი თვითმმართველობების როლი, ვინაიდან მათ პირდაპირი და აქტიური შემხებლობა აქვთ კონკრეტულ პირთა საჭიროებებსა და მოთხოვნილებაზე. ადგილობრივი თვითმმართველობის

¹² იხ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2018 წლის 12 აპრილის N01/20844 წერილი.

¹³ იხ. ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის ანგარიში, საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმი, 2015 წელი, გვ.103

¹⁴ ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის ანგარიში, საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმი, 2015 წელი, გვ.93

ორგანოებიდან გამოთხოვილი საჯარო ინფორმაციით¹⁵ დასტურდება, რომ მუნიციპალიტეტების უმრავლესობა არ აწარმოებს მათი ტერიტორიის მასშტაბით შშმ პირთა რაოდენობის შესახებ სტატისტიკას (ამ თვალსაზრისით გამონაკლისია ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტის მერია¹⁶). შშმ პირთა რეალური ოდენობის თაობაზე ინფორმაციის არარსებობა კი მნიშვნელოვნად აბრკოლებს მათ საჭიროებებზე ორიენტირებული პროგრამების დაგეგმვასა და განხორციელებას.

ამასთანავე, შშმ პირებისათვის ადგილობრივი თვითმმართველობის დონეზე მთავარი გამოწვევა სამედიცინო დახმარებისათვის განსაზღვრული ფინანსური სახსრების ხელმისაწვდომობაა. ერთი მხრივ, სამედიცინო სერვისისათვის გამოყოფილ ადგილობრივ ბიუჯეტში შშმ პირთა საჭიროებებისათვის ფიქსირებული თანხა არ არის გათვალისწინებული¹⁷. მეორე მხრივ, შშმ პირის მიერ სპეციალური საჭიროებისათვის დაფინანსებით სარგებლობა, რიგ შემთხვევაში, დაკავშირებულია დამატებითი კრიტერიუმის დაკმაყოფილებასთან (მაგალითად, სიცოცხლისათვის საშიში დაავადების ქონა, განსაკუთრებული შემთხვევის შედეგად დაავადება)¹⁸, შესაბამისად, დაფინანსების მოპოვებისათვის საკუთრივ შშმ პირის სტატუსი არ არის საკმარისი. ვინაიდან შშმ პირები განსაკუთრებული საჭიროების მქონე სუბიექტებს წარმოადგენენ, ფინანსური რესურსების განაწილების ამგვარი სქემა, უთანასწორო პირების მიმართ თანასწორი მოპყრობის საფუძველს ქმნის, შესაბამისად, დისკრიმინაციულია. ამასთან, მდგომარეობას ართულებს ის გარემოებაც, რომ ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში სამედიცინო სერვისის დაფინანსება ერთჯერად ხასიათს ატარებს¹⁹.

დადებით შეფასებას იმსახურებს ადგილობრივი თვითმმართველობების დონეზე ცალკეული შშმ პირებისათვის მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება²⁰. თუმცა, ამ პროგრამების ნაკლოვანება მათთვის გათვალისწინებული ბიუჯეტის სიმცირე და ყველა შშმ პირის მიმართ გაუზრცელებლობაა. ამასთან, ზოგიერთი მუნიციპალიტეტი საერთოდ არ ახორციელებს მსგავს პროგრამებს²¹.

დამატებით, გამოთხოვილი საჯარო ინფორმაციით დასტურდება, რომ ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში შშმ პირების სამედიცინო მომსახურებაზე გაღებული თანხა წლების მიხედვით შემცირებას განიცდის, რაც ცხადია, დადებითად არ აისახება შშმ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ასე მაგალითად, ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიამ შშმ პირთა მოთხოვნებისათვის 2016 წელს 2,027,404 ლარი გამოყო, ხოლო 2017 წელს ასეთმა თანხამ 1,265,851 ლარი შეადგინა²².

¹⁵ იხ. ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 22 მარტის N01/7456 წერილი; აბაშის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 2 აპრილის N011/605 წერილი; ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 28 მარტის N15-01180872994 წერილი.

¹⁶ ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტის წერილი;

¹⁷ იხ. ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტის წერილი; აბაშის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 2 აპრილის N011/605 წერილი; ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 22 მარტის N01/7456 წერილი.

¹⁸ იხ. ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 22 მარტის N01/7456 წერილი.

¹⁹ იხ. იქვე.

²⁰ იხ. ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 2 აპრილის N01/8459 წერილი; ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტის 2018 წლის 29 მარტის წერილი.

²¹ იხ. აბაშის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 2 აპრილის N011/605 წერილი.

²² იხ. ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის 2018 წლის 28 მარტის N15-01180872994 წერილი.