

ვებგვერდი, 17/01/2017
სარეგისტრაციო კოდი
470010000.10.003.019710

**საქართველოს მთავრობის
დადგენილება №2
2017 წლის 11 იანვარი ქ. თბილისი**

**საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და
კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის
დამტკიცების თაობაზე**

მუხლი 1

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 73-ე და 74-ე მუხლების, „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის, 31-ე მუხლის პირველი პუნქტის „დ“, „ვ“ და „ზ“ ქვეპუნქტებისა და „საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლის შესაბამისად, დამტკიცდეს თანდართული საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია.

მუხლი 2

დადგენილება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

პრემიერ-მინისტრი

გიორგი კვირიკაშვილი

დანართი

**საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წლების
ეროვნული სტრატეგია**

სარჩევი

შემოკლებები

შესავალი

1. არსებული სიტუაციის ანალიზი
 - 1.1. საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი
 - 1.2. მთავარი გამოწვევები და პრობლემები
2. სტრატეგიის მიზანი, ამოცანები, ხედვა და ძირითადი პრინციპები
3. სტრატეგიული ამოცანები და ინტერვენციები
 - 3.1. სტრატეგიული ამოცანა №1:
 - 3.2. სტრატეგიული ამოცანა №2
 - 3.3. სტრატეგიული ამოცანა №3:

- 3.4. სტრატეგიული ამოცანა №4:
 - 3.5. სტრატეგიული ამოცანა №5.
 - 3.6. სტრატეგიული ამოცანა №6:
 - 3.7. სტრატეგიული ამოცანა №7:
 - 4. სტრატეგიის განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ინსტიტუტები
 - 5. სტრატეგიის განხორციელების პროცესში და მის შედეგად წარმოქმნილი შესაძლო რისკები
 - 6. სტრატეგიის მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები
 - 7. აგდ-ის პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების დაფინანსება
- დანართი 1. მონაცემები
- დანართი 2. არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის და კონტროლის სამოქმედო გეგმის შესრულების ინდიკატორები, 2017-2020
- დანართი 3. სტრატეგიის განხორციელების სამოქმედო გეგმა 2017-2020 გამოყენებული ლიტერატურა

შემოკლებები

აგდ არაგადამდები დაავადებები

დკსჯეც სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“

მგმ მდგრადი განვითარების მიზნები

გაერო გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია

გბრდს საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტრო

გმს საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო

ემგს საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო

სას საქართველოს სპორტისა და ახლგაზრდობის სამინისტრო

სმს საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო

საქსტატი საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ფს საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო

ფქოდ ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები

შსს საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო

შჯსდს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ჯანმო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ინგლისურენოვანი შემოკლებები

EUROPREV პრევენციისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ევროპის ქსელი

GERHS საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა

GERAMOS საქართველოს რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევა

EHESI ევროპის ჯანმრთელობის კვლევის ინიციატივა

GAVI ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსი

ICD-O დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია ონკოლოგიაში

IARC კიბოს კვლევათა საერთაშორისო სააგენტო

PACT კიბოს თერაპიის სამოქმედო პროგრამა

STEPS არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების საფეხურებრივი (სამ-ეტაპიანი) კვლევა
UNFPA გაეროს მოსახლეობის ფონდი
USAID აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო
UNICEF გაეროს ბავშვთა ფონდი
SC/FELTP სამხრეთ კავკასიის სავლეთ ეპიდემიოლოგიისა და ლაბორატორიის სასწავლო პროგრამა
MediPIET ხმელთაშუა ზღვის ქვეყნების ინტერვენციული ეპიდემიოლოგიის სწავლების პროგრამა

შესავალი

არაგადამდები დაავადებები მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს გლობალური ჯანმრთელობისათვის. მიუხედავად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციებისა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ცალსახა პროგრესისა, არაგადამდები დაავადებები კვლავაც მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის.

მსოფლიოში, ამ ჯგუფის, განსაკუთრებით კი გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური, ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით, ინსულტითა და დიაბეტით განპირობებული ავადობისა და სიკვდილიანობის მზარდმა ტენდენციამ, 2011 წლის შექტემბერში გაეროს უმაღლესი დონის შეხვედრაზე (1) მონაწილე ქვეყნებისა და მთავრობათა მეთაურების მიერ გლობალურ დონეზე აგდ-ის პრევენციის და კონტროლის თვალსაზრისით აღებულმა ვალდებულებებმა ეროვნული სტრატეგიის შემუშავების საჭიროება გააჩინა.

სტრატეგიის შემუშავების პროცესის კოორდინაცია სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა“ ითავა, სადაც შეიქმნა სტრატეგიის სამუშაო ჯგუფი. სტრატეგიაზე მუშაობის პროცესში ჩართული იყვნენ აგდ-ის მართვისა და პრევენციის სფეროში მომუშავე ეროვნული ექსპერტები, პროფესიული ასოციაციები – „კლინიკური ონკოლოგიის საქართველოს საზოგადოება“, „საქართველოს ჰიპერტონიის შემსწავლელი ასოციაცია“, „საქართველოს კარდიოლოგთა ასოციაცია“, „დიაბეტის და ენდოკრინოლოგიური ასოციაციების კავშირი“, „ვაჟა ივერიელის სახელობის ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ასოციაცია“, „საქართველოს რესპირაციული ასოციაცია“, „საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის“, აგრეთვე, შპს „აკად. გ.ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის“, შპს „უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის“, შპს „ალერგიისა და იმუნოლოგიის ცენტრის“, შპს „საქართველოს დიაბეტის ცენტრის“, თსსუ ენდოკრინოლოგიისა და ონკოლოგიის დეპარტამენტის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საქართველოს ოფისის, გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის წარმომადგენლები.

ეროვნული დიალოგის პროცესი 6 თვის მანძილზე გაგრძელდა და საფუძვლად დაედო სტრატეგიული ჩარჩოსა და პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრას, რის შემდეგაც სტრატეგიის პროექტი ექსპერტიზისთვის გაიგზავნა ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისში. 2015 წლის 25 დეკემბერს სტრატეგიის პროექტი განსახილველად წარდგენილ იქნა „არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და მართვის საკოორდინაციო მულტისექტორული საბჭოს“ პირველ სხდომაზე, რომლის შემადგენლობაში ჯანდაცვის

სექტორის წარმომადგენლებთან ერთად შედიან საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების, საქართველოს ფინანსთა, საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის, საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის, საქართველოს შინაგან საქმეთა და საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროების წარმომადგენლები.

ამდენად, წინამდებარე გეგმა წარმოადგენს აგდ-ის ინტერვენციების განხორციელებაში მონაწილე ყველა დაინტერესებული მხარისა და იმ საერთაშორისო ექსპერტების თანამშრომლობის შედეგს, რომლებმაც ქვეყანას ტექნიკური დახმარება გაუწიეს შემოთავაზებული ინტერვენციების საერთაშორისო სტანდარტებსა და საუკეთესო პრაქტიკასთან შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად.

წინამდებარე ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში აღწერილია აგდ-ს პრევენციისა და მართვის კუთხით ქვეყანაში არსებული სიტუაცია, განსაზღვრულია მომდევნო ფაზის (2017-2020) პრიორიტეტები, დასაბუთებულია საშინაო რესურსების გამოყენების აუცილებლობა, ხაზგასმულია ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესების და მულტისექტორული მიდგომის საჭიროება, რაც შესაძლებელს გახდის, მიღწეულ იქნეს გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის 3.4 ამოცანა აგდ-თან მიმართებაში – ადრეული სიკვდილიანობის შემცირება.

ეროვნული სტრატეგია ეფუძნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეზოლუციებსა და დოკუმენტებს, რომლებიც მოიცავს: არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გლობალურ სამოქმედო გეგმას 2013–2020 წლებისთვის (9), ჯანმოს ჩარჩო-კონვენციას თამბაქოს კონტროლის შესახებ (26), ჯანსაღი კვების, ფიზიკური აქტივობისა და ჯანმრთელობის შესახებ გლობალურ სტრატეგიას (10), ალკოჰოლის მავნე მოხმარების შემცირების გლობალურ სტრატეგიას (11), ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და აგდ-ს შესახებ პირველი გლობალური მინისტერიალის მოსკოვის დეკლარაციას, აგდ პრევენციისა და კონტროლის შესახებ გაეროს მაღალი დონის ნიუ-იორკის შეხვედრის პოლიტიკურ დეკლარაციას (21).

აგდ-ის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნულ სტრატეგიას აგრეთვე გააჩნია კონცეპტუალური და სტრატეგიული კავშირები „ჯანმრთელობა 2020“-თან და გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მდგრადი განვითარების მიზნებთან (მგმ) 2030 წლისთვის. დამატებით, ეროვნულ სტრატეგიაში გათვალისწინებულია ჯანმოს ევროპის რეგიონის აგდ-ს, თამბაქოს, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების პრევენციისა და კონტროლის, ჯანსაღი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობის სტრატეგიები და სამოქმედო გეგმების რეკომენდაციები (1, 3, 4, 21, 25, 3).

გეგმაში წარმოდგენილია ჩასატარებელი სამუშაოს მთავარი მიმართულებები და დასახულია ახალი მიზნები 2020 წლისთვის, რომელთა მიღწევა ყველა დაინტერესებული მხარის ერთობლივ ძალისხმევას და შიდა და გარე რესურსებიდან ადეკვატური დაფინანსების უზრუნველყოფას საჭიროებს.

1. არსებული სიტუაციის ანალიზი

1.1. საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის განხორციელებისათვის მნიშვნელოვანია ქვეყანაში არსებული საკანონმდებლო ბაზის სრულმასშტაბიანი გამოყენება და მისი შემდგომი სრულყოფა.

დღეისათვის არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისათვის ხელშემწყობი გარემო ეფუძნება შემდეგ კანონებს:

1. საქართველოს კონსტიტუცია;
2. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
3. საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“.

საქართველოს კონსტიტუციაში არსებული დებულებები, რომლებიც ითვალისწინებს: მოზარდთა და ახალგაზრდობის ფიზიკურ აღზრდას და სპორტში ჩართვას და ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში ცხოვრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის უფლებას), მნიშვნელოვან წინაპირობებს ქმნის არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისათვის ხელშემწყობი გარემოს შესაქმნელად.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვას განიხილავს, როგორც სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემას, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა, დაავადებათა პრევენცია, მათი გავრცელების შესწავლა, კონტროლი, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება და ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ხელშეწყობა. კანონი სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებად აღიარებს: თითოეული მოქალაქის მონაწილეობას ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში და ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობას.

„საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა; ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობა და არაგადამდები დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილება. კანონი განსაზღვრავს მოსახლეობისა და იურიდიულ პირთა უფლებამოვალეობებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში და ავალდებულებს მათ არ განახორციელონ ისეთი საქმიანობა, რომელიც ქმნის არაგადამდები დაავადებების გავრცელების საფრთხეს და იწვევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკების წარმოქმნას. კანონის თანახმად, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეიმუშავებს არაგადამდებ დაავადებათა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოლიტიკას.

არსებული საკანონმდებლო ჩარჩო უზრუნველყოფს როგორც ფიზიკურ პირთა ჯანმრთელობის, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვას და საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით გათვალისწინებულ მოთხოვნათა შესრულებას არაგადამდები დაავადებების კონტროლის სფეროში.

ეროვნული სტრატეგიის საფუძველს წარმოადგენს 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, რომლის ერთ-ერთ პრიორიტეტს არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესება წარმოადგენს.

საქართველო-ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულების ფარგლებში თანამშრომლობა მოიცავს არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციასა და კონტროლს, ცხოვრების ჯანსაღი წესის, ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობისა და იმ ძირითადი დეტერმინანტების გათვალისწინებით, როგორცაა კვება, ალკოჰოლის, ნარკოტიკებისა და თამბაქოს მიმართ დამოკიდებულება.

1.2. მთავარი გამოწვევები და პრობლემები

1.2.1. არაგადამდები დაავადებების მსოფლიო ტენდენციები

არაგადამდები დაავადებების ავადობისა და სიკვდილიანობის მზარდი ტენდენცია მძიმე ტვირთად აწევა მოსახლეობასა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას. შესაბამისად, ხელშემშლელი ფაქტორია გლობალური, სოციალური და ეკონომიკური განვითარებისათვის.

ძირითადი არაგადამდები დაავადებები, როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური, დიაბეტი და ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები, საერთო რისკის ფაქტორებით ხასიათდება: თამბაქოს მოხმარება, თამბაქოს პასიური მოხმარების ჩათვლით (16), დაბალი ფიზიკური აქტივობა, არაჯანსაღი საკვები ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალი შემცველობით და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. ეს ოთხი უმნიშვნელოვანესი რისკის ფაქტორი, ისეთი შუალედური რისკის ფაქტორების თანდართვით, როგორცაა სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, გლუკოზისა და ქოლესტეროლის მაღალი კონცენტრაცია სისხლში, წარსულში მიჩნეული იყო განვითარებული ქვეყნების ჯანმრთელობის უმნიშვნელოვანეს და უმწვავეს პრობლემად, თუმცა ამჟამად სრულიად ბუნებრივ და სწრაფად მზარდ პრობლემად გადაიქცა დაბალი შემოსავლების ქვეყნებისთვისაც (7, 13, 18).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მომზადებულ ანგარიშში „არაგადამდებ დაავადებათა გლობალური სტატუსი, 2014“, აღნიშნულია, რომ მსოფლიოში 2012 წელს 56 მლნ. სიკვდილის შემთხვევიდან 38 მლნ-ის (68%) მიზეზი აგდ იყო (12). ამასთან, აგდ-ით გამოწვეული სიკვდილობის თითქმის ერთ მესამედს ადგილი ჰქონდა დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. სიკვდილობის 82%-ზე პასუხისმგებელი იყო ოთხი ძირითადი აგდ: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (17.5 მლნ სიკვდილი, აგდ-თი გამოწვეული სიკვდილიანობის 46.2%), კიბო (8.2 მლნ, აგდ სიკვდილიანობის 21.7%), ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები ასთმისა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების ჩათვლით (4 მლნ, აგდ სიკვდილიანობის 10.7%) და დიაბეტი (1.5 მლნ, აგდ სიკვდილიანობის 4%).

გლობალურად, სიღარიბე ქრონიკული დაავადებების განვითარების, დაავადებათა გართულებების და ნაადრევი სიკვდილიანობის რისკს ზრდის. შესაძლოა, არაგადამდები დაავადებები ცალკეული ინდივიდებისა და მათი ოჯახების სიღარიბის მიზეზად იქცეს, ამავდროულად განაპირობოს სოციალური პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება. ამგვარი გავლენა არა მხოლოდ ინდივიდებსა და მათ ოჯახებს ეხება, არამედ გლობალურად მრავალი ქვეყნის მაკროეკონომიკური განვითარების შესაძლებლობებსაც აფერხებს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, თუ ქვეყნებმა არ მიიღეს გადამჭრელი ზომები, 2030 წლისათვის აგდ-თი გამოწვეული სიკვდილიანობა 50

მილიონამდე გაიზრდება. სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ არაგადამდები დაავადებებისა და მათი დეტერმინანტების შეფასებისა და მონიტორინგის წარმოება, განსაკუთრებული ყურადღების მიპყრობით ღარიბი და მარგინალიზებული პოპულაციისადმი, როგორცაა, მაგალითად მიგრანტი მოსახლეობა. შესაბამისად, არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის საკითხები მკაფიოდ უნდა იქნეს ინტეგრირებული სიღარიბის დაძლევის სტრატეგიებში, მრავალსექტორული და მრავალგანზომილებიანი მიდგომების გამოყენებით რელევანტური ასახვა უნდა ჰპოვოს სოციალურ და ეკონომიკურ პოლიტიკაში, ყველა სახელმწიფო უწყებისა და მონაწილე მხარის ჩართულობის უზრუნველყოფით. ზემოაღნიშნულმა ძალისხმევებმა უნდა უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საკითხებისადმი კომპლექსური მიდგომა და არაგადამდები დაავადებების სოციალური დეტერმინანტების საწინააღმდეგო ყოვლისმომცველი და მიზნობრივი ინტერვენციები. აუცილებელია, გადაუდებელი და ურთიერშეთახმებული რეაგირება, რადგან არცერთ ქვეყანას დამოუკიდებლად არ ძალუძს გაუმკლავდეს ასეთი მასშტაბის მქონე საფრთხეს.

გაეროს „მდგრადი განვითარების მიზნებში“, აგდ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხად განიხილება, კერძოდ მესამე მიზნის – ჯანსაღი ცხოვრების უზრუნველყოფა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში – ქვემიზანი 3.4 ითვალისწინებს 2030 წლისთვის არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ადრეული სიკვდილიანობის ერთი მესამედით შემცირებას პრევენციისა და მკურნალობის გზით და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობას. მდგრადი განვითარების მიზნები საფუძვლად დაედება მსოფლიოში საერთაშორისო განვითარების სამუშაო პროგრამას და ჩაენაცვლება ათასწლეულის განვითარების მიზნებს.

სამეცნიერო მტკიცებულებები ადასტურებს, რომ არაგადამდებ დაავადებებთან ასოცირებული ტვირთი შეიძლება მნიშვნელოვნად შემცირდეს, თუ აგდ პრევენციისა და კონტროლის არსებული ხარჯთეფექტური პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციები დანერგილ იქნება ეფექტურად და ბალანსირებულად.

1.2.2. არაგადამდები დაავადებების მთავარი გამოწვევები და პრობლემები საქართველოში

არაგადამდები დაავადებები კვლავაც მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით. ამასთან, საერთო სიკვდილიანობის 69% მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 14% - ონკოლოგიურ დაავადებებზე, 1% - დიაბეტზე, 4% - ქრონიკულ რესპირაციულ და 6% სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე (12).

2000-2014 წლებში საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ზრდის ტენდენცია ვლინდება, რაც შეიძლება აიხსნას არა მხოლოდ ინციდენტობის რეალური მატებით, არამედ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად, მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფებისათვის მთელი რიგი სამედიცინო სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდითა და წინა წლებთან შედარებით დაავადებათა მონიტორინგის გაუმჯობესებით. თავის მხრივ, დაავადებულთა საერთო რაოდენობის ზრდა განპირობებულია ძირითადი რისკ-ფაქტორების მართვის პრობლემებით, პოპულაციის გათვიცნობიერებისა და ასიმპტომურ პირებში ინტერვენციების დეფიციტით.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებში წამყვანი ადგილი ჰიპერტონულ, იშემიურ და ცერებროვასკულურ დაავადებებს უჭირავს. ოფიციალური სტატისტიკის (დკსჯეც) მიხედვით, საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის ავადობისა და სიკვდილიანობის კუთხით ყველაზე დიდი წილი ჰიპერტენზიაზე მოდის: 2014 წელს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების სტრუქტურაში 54.8% ჰიპერტონულ დაავადებაზე, 19.7% - გულის იშემიურ დაავადებაზე, ხოლო 3.8% - ცერებროვასკულურ დაავადებებზე მოდიოდა. ამასთან, სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. 2009-2011 წლების EUROPREV-ის კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართვიანობის უდიდესი წილი ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებზე მოდიოდა.

ქვეყნის პოპულაციაში ჰიპერტენზიული ავადმყოფობების ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის სიმძიმე მნიშვნელოვნად განპირობებულია ამ ნოზოლოგიის მართვის სერიოზული დეფექტებით. მათ შორის, პაციენტთა დაბალი დამყოლობით ხანგრძლივ მკურნალობაზე, ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების ხშირი ცვლითა და წყვეტილობით მკურნალობაში, ასევე, დოზის ტიტრაციის ხარვეზებით. 2010 წელს ჩატარებული აგდ-ის რისკის ფაქტორების კვლევის შედეგების მიხედვით, რესპოდენტთა 33.4% (მამაკაცების 37% და ქალების 30%) რეალური ან პოტენციური არტერიული ჰიპერტონზიით დაავადებული პირია; მათი 61.1% არ იტარებს ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობას. საშუალო სისტოლური არტერიული წნევა შეადგენდა 129.3 მმ.ვწყ.სვ., ხოლო საშუალო დიასტოლური - 81.3 მმ.ვწყ.სვ.

ცერებროვასკულურ და იშემიურ დაავადებათა როგორც ინციდენტობა, ისე პრევალენტობა მზარდი დინამიკით ხასიათდება, რაც სავარაუდოდ ასოცირებულია არასწორად ნამკურნალებ ჰიპერტენზიასთან. მნიშვნელოვანია პრაქტიკოსი ექიმების მიერ მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის განვითარების მაღალი რისკის მქონე პირების ადრეული გამოვლენა და ამ რისკის სწორი მენეჯმენტი. პროგნოზის გაუმჯობესების თვალსაზრისით განსაკუთრებით ღირებულია პერსონალური კარდიო-ვასკულური რისკის განსაზღვრა ე.წ. ასიმპტომურ პირებში არადიაგნოსტირებული დაავადებისა და რისკის ფაქტორების გამოვლენისას.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში შემცირდა რეგისტრირებული ონკოლოგიური დაავადებების როგორც პრევალენტობის, ისე ინციდენტობის მაჩვენებელი, რაც კიბოს რეგისტრის არარსებობით უნდა აიხსნას. თუმცა, 2015 წლის პირველი იანვრიდან ქვეყანაში კიბოს პოპულაციური რეგისტრის დანერგვის შემდეგ, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ონკოლოგიურ დაავადებათა მონიტორინგი. სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მონაცემებით, საქართველოში ძუძუს კიბო ქალებში და ფილტვის კიბო მამაკაცებში ყველაზე გავრცელებულ ავთვისებიან სიმსივნეებს წარმოადგენს. ონკოლოგიური დაავადებებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალი რჩება. ამასთან, დაბალია 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი: პაციენტთა 30%-ზე ნაკლები ცოცხლობს დიაგნოზის დასმიდან 5 წლის მანძილზე ან უფრო დიდხანს. მაღალი სიკვდილიანობისა და დაბალი გადარჩენის მაჩვენებლების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ კიბოს შემთხვევების დაახლოებით 60%-ის დიაგნოსტიკა მესამე და მეოთხე სტადიაზე ხდება,

რისი მიზეზიც კომპლექსურია და ძირითადად მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობის დონით და ამ პროცესებში ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ნაკლები ჩართულობითაა განპირობებული.

დიაბეტით ავადობა საქართველოს ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. დესჯეც-ის მონაცემებით, საქართველოში დიაბეტის გავრცელება ზრდის ტენდენციით ხასიათდება; არსებული მონაცემების მიხედვით, 2015 წლის ბოლოს შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული იყო 90787 პაციენტი. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ არსებული მონაცემები არ ასახავს რეალობას. ჯანმო-ს ექსპერტთა შეფასებით, საქართველოში 2000 წელს 200,000 დიაბეტით დაავადებული პაციენტი იყო. ნავარაუდევია, რომ 2030 წლისთვის ეს რიცხვი გაიზრდება და 223,000-ს მიაღწევს. დიაბეტის მაჩვენებელთა ზრდა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ისეთი ფაქტორების მოქმედებასთან, როგორცაა, არაჯანსაღი კვება, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების ზრდა, სიმსუქნე, ჭარბი წონა და ჰიპოდინამია.

ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებაში ყველაზე ხშირად დასმულ დიაგნოზებს შორის გვხვდება ბრონქიტი, არტერიულ ჰიპერტენზიასა და გულის იშემიურ დაავადებასთან ერთად (23). მონაცემები ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების პრევალენტობის შესახებ, რომელიც რუტინულ სტატისტიკას ეფუძნება, საკმაოდ დაბალია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველოში რესპირაციული სისტემის დაავადებების სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი 100 ათას მოსახლეზე თითქმის სამჯერ დაბალია ევროპის რეგიონის, ევროკავშირისა და დსთ-ს ქვეყნებთან შედარებით. სავარაუდოდ, ასეთი დიდი სხვაობა საქართველოში ფქოდ-ის არასრული რეგისტრაციითაა განპირობებული. 2008-2009 წლებში საქართველოში „რესპირაციული დაავადებების წინააღმდეგ გლობალური ალიანსის“ მიერ ჩატარებულმა პილოტურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ალერგიული რინიტისა და ასთმის შესახებ ოფიციალური მონაცემები ძალიან ახლოს იყო კვლევის ანგარიშის მონაცემებთან, მაშინ როდესაც ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების პრევალენტობა ხუთჯერ აღემატებოდა ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებს (17).

2010 წელს ჩატარებული არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევის შედეგების მიხედვით, რესპოდენტთა მხოლოდ 4.5%-ს არ გააჩნია არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკის ფაქტორი, ხოლო დაახლოებით 40% სამი და მეტი რისკის ფაქტორის ზემოქმედებას განიცდის.

სხვადასხვა შეფასების მიხედვით, საქართველოში, წელიწადში თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევები 11,000-ს შეადგენს. მწვევლთა წილი გაცილებით მაღალია თბილისსა და სხვა დიდ ქალაქებში, ვიდრე მცირე ქალაქებსა და სოფლად. თამბაქოს გასაღების დონე საქართველოს ბაზარზე 10 მილიარდ ლერს შეადგენს (0.5 მილიარდი კოლოფი) საერთო ღირებულებით 0.58 მილიარდი ლარი (19). აგდ-ის რისკის ფაქტორების კვლევის (2010 წელი) შედეგების მიხედვით, ამჟამად მწვევლთა საერთო წილი 30.3%-ია (27.7% ყოველდღიური მწვევლი). მწვევლთა პროპორციული წილი მამაკაცთა შორის თითქმის თერთმეტჯერ მაღალია, ვიდრე ქალებს შორის (55.5% - მამაკაცებში, 4.8% - ქალებში). რესპოდენტთა 23.3% (32.9% მამაკაცი და 13.7% ქალი) თამბაქოს კვამლის პასიურ ზეგავლენას განიცდის სამუშაო ადგილზე. საქართველოში 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (GERHS10) შედეგების მიხედვით, 15-44

ასაკის ქალთა 6% მწვევლია (8). თამბაქოს კვამლის პასიურ ზეგავლენას განიცდის სახლის პირობებში ქალების 52% და არამწვევლი ქალების 50%, ხოლო სამუშაო ადგილზე - ქალების 44% და არამწვევლი ქალების 40%.

STEPS-ის 2010 კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ იმ პირების პროცენტი, რომელთაც მიიღეს ალკოჰოლი ბოლო 30 დღის განმავლობაში 41%-ს (მამაკაცთა 59.4% და ქალების 23.4%) შეადგენს. ალკოჰოლის მოხმარება ერთ სულზე გადაანგარიშებით დაახლოებით 6.4 ლიტრ სუფთა ალკოჰოლს შეადგენს. 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (GERHS10) მიხედვით, ქალების 31% არასოდეს მოიხმარს ალკოჰოლს, ხოლო 17% მსმელია. ალკოჰოლის მოხმარება უფრო გავრცელებულია ქალაქად მცხოვრებ ქალებში (9%), განსაკუთრებით თბილისში მცხოვრებთა შორის (12%) და უმდიდრესი კვინტილიდან (12%).

კვება. STEPS-ის 2010 კვლევის შედეგების მიხედვით, ხილისა და ბოსტნეულის საშუალო მოხმარება კვირაში 5 დღეს შეადგენდა, ხოლო მიღებული ულუფების საშუალო რაოდენობაა 1.8 ულუფა ხილი და 2.2 ულუფა ბოსტნეული. რესპოდენტთა დიდი უმრავლესობა (70%) საშუალოდ, დღიურად 5 ულუფაზე ნაკლებ ხილსა და ბოსტნეულს იღებს. საქართველოს მოსახლეობის 56% ჭარბწონიანია (მამაკაცთა 58.6%, ქალების 54.2%) და 25.1% - მსუქანი (მამაკაცთა 21.8% და ქალების 28.5%); სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა 26.7. შემთხვევათა 21%-ში (უმეტესად მამაკაცებში (23%), ვიდრე ქალებში (18.6%)), სისხლში გლუკოზის შემცველობის დონე მომატებული იყო, ხოლო 18%-ში (უმეტესად ქალებში (21%), ვიდრე მამაკაცებში - (15%)) მაღალი იყო სისხლში ქოლესტეროლის დონე.

მარილის მოხმარება. ქართულ პოპულაციაში ჰიპერტენზიის, როგორც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ძირითადი რისკის ფაქტორის პრიორიტეტულობიდან გამომდინარე, მარილის ჭარბი მოხმარების პრევენციის აქტუალობა ეჭვს არ იწვევს. საქართველოში არ მოიპოვება მონაცემები მარილის დღიური მოხმარების საშუალო მაჩვენებლის შესახებ. ბოლო წლებში განხორციელებული ეპიდემიოლოგიური კვლევები მარილის მოხმარების თვალსაზრისით მხოლოდ პოპულაციის ქცევის შეფასების საშუალებას იძლევა. მაგალითად, 2015 წელს მარილის შესახებ ინფორმირებულობის ზრდის კვირეულის ფარგლებში დკსჯეც-ის მიერ თბილისის სკოლის მოსწავლეთა შორის განხორციელებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ გამოკითხულ ბავშვთა 26% საკუთარ ულუფას ამატებს მარილს. 2014 წელს მარილის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის შეფასების მიზნით, სოციალური ქსელების გამოყენებით ჩატარებული გამოკითხვით ასევე გამოვლინდა, რომ რესპოდენტთა 30% საკუთარ ულუფას ამატებს მარილს, რომელთა თითქმის მესამედი მარილს ამატებს გასინჯვის გარეშე; 91%-ს გაუგია მარილის ჭარბი მოხმარების მავნეობის შესახებ, თუმცა დიდ უმრავლესობას არ აქვს სწორი ინფორმაცია მარილის მოხმარების რეკომენდირებულ დღიურ ნორმასთან დაკავშირებით. მზა პროდუქტის შექმნისას რესპოდენტთა 75% არ ეცნობა ეტიკეტზე არსებულ ინფორმაციას მარილის შემცველობის შესახებ.

ფიზიკური აქტივობა. STEPS-ის 2010 კვლევის შედეგების მიხედვით რესპოდენტთა 22%-ში ფიზიკური აქტივობის დონე დაბალი იყო.

2. სტრატეგიის მიზანი, ამოცანები, ხედვა და ძირითადი პრინციპები

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგია ეფუძნება ჯანმოს „არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის გლობალური სამოქმედო გეგმას 2013-2020 წლებისთვის“ და ანვითარებს ჯანმოს ევროპის ბიუროს სტრატეგიის „ჯანმრთელობა 2020“-ის ძირითად პრინციპებს. ის მიზნად ისახავს არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის და კონტროლის თვალსაზრისით დასახული გლობალური ამოცანების მიღწევას.

ხედვა: თავიდან აცილებადი არაგადამდები დაავადებების ტვირთისაგან თავისუფალი საქართველო

მიზანი: არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებული ავადობით, სიკვდილიანობითა და უნარშეზღუდულობით გამოწვეული მართვადი და თავიდან აცილებადი ტვირთის შემცირება ეროვნულ დონეზე მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, რათა მოსახლეობამ მიაღწიოს ჯანმრთელობისა და პროდუქტიულობის უმაღლეს სტანდარტებს ნებისმიერ ასაკში და ეს დაავადებები აღარ წარმოადგენდნენ ჯანმრთელობისა და სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ბარიერს.

ძირითადი პრინციპები და მიდგომები:

- სიცოცხლის ციკლის ყველა ეტაპის მოცვა;
- ადამიანთა და თემთა შესაძლებლობების განვითარება;
- ადამიანური რესურსების მდგრადი განვითარების ხელშეწყობა;
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სტრატეგიების ხელშეწყობა;
- ხარჯთეფექტურ სამედიცინო სერვისებსა და ესენციურ მედიკამენტებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა;
- ავადობის და სიკვდილიანობის მაღალი ტვირთის მქონე კლინიკურ მდგომარეობებზე ფოკუსირება;
- ინტერესთა კონფლიქტების თავიდან აცილება;
- ადამიანთა უფლებების დაცვა;
- თანასწორობა და სამართლიანობა;
- ეროვნული აქტივობა, საერთაშორისო თანამშრომლობა და სოლიდარობა;
- მულტისექტორული მიდგომა.

სამიზნეები 2020 წლისთვის (საბაზისო - 2015 წელი):

1. არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილის¹ შემცირება:
 - ✓ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის 5%-ით შემცირება (ყოველწლიურად 1%-იანი კლება);
 - ✓ ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შეჩერება (ნულოვანი ზრდა);
 - ✓ დიაბეტით გამოწვეული სიკვდილიანობის 5%-ით (ყოველწლიურად 1%-იანი კლება) შემცირება;
 - ✓ ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის 5%-ით შემცირება (ყოველწლიურად 1%-იანი კლება).
2. ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების 5%-იანი ფარდობითი შემცირება (ყოველწლიურად 1%-იანი კლება);

3. დაბალი ფიზიკური აქტივობის გავრცელების 5%-იანი ფარდობითი შემცირება (ყოველწლიურად 1%-იანი კლება);
4. მოსახლეობის მიერ მარილის/ნატრიუმის მოხმარების საშუალო მაჩვენებლის 10%-იანი ფარდობითი შემცირება (ყოველწლიურად 2%-იანი კლება);
5. 15 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობაში თამბაქოს მოხმარების 5%-იანი ფარდობითი შემცირება (ყოველწლიურად 1%-იანი კლება);
6. მაღალი არტერიული წნევის პრევალენტობის 10%-იანი ფარდობითი შემცირება (ყოველწლიურად 2%-იანი კლება);
7. დიაბეტისა და სიმსუქნის გავრცელების მატების შეჩერება;
8. მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის პრევენციისათვის სამიზნე პოპულაციის სულ მცირე 50%-ის უზრუნველყოფა მედიკამენტოზური მკურნალობითა და კონსულტირებით (მათ შორის გლიკემიის კონტროლი);
9. ძირითადი არაგადამდები დაავადებების მკურნალობისათვის ბაზისურ ტექნოლოგიებსა და ესენციურ მედიკამენტებზე, მათ შორის ჯენერიკებზე, 80%-იანი ხელმისაწვდომობა.

¹ 2014 წელს 100000 მოსახლეზე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა შეადგენდა 553.2, კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა – 150.9, დიაბეტის – 17.9 და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების 6.3–ს.

სტრატეგიული ამოცანები:

1. საერთაშორისო თანამშრომლობის და ეროვნულ დონეზე პროპაგანდის გაძლიერება, რათა არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებები განუხრელად იყოს აღიარებული, როგორც ქვეყნის ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანესი პრიორიტეტი
2. ეროვნული შესაძლებლობების გაძლიერება არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებათა შემუშავებაში, განხორციელებასა და შეფასებაში;
3. არაგადამდებ დაავადებათა და მათთან ასოცირებული დეტერმინანტების მონიტორინგისა და ეპიდზედამხედველობის გაძლიერება;
4. არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების მოდიფიცირების გაუმჯობესება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლების გზით;
5. არაგადამდები დაავადებების და ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების სკრინინგი და მართვა;
6. არაგადამდებ დაავადებათა სამედიცინო მომსახურებასა და მის მედიკამენტურ მკურნალობაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება;
7. არაგადამდებ დაავადებათა და რისკის ფაქტორების სკრინინგის და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

ეროვნული სტრატეგია ქვეყნისთვის წარმოადგენს გზამკვლევს, რათა განახორციელოს კოორდინირებული და თანმიმდევრული ქმედებები ყველა დონეზე 7 სამიზნე ამოცანის მისაღწევად, რომელთა შორის უმთავრესია კიბოთი, დიაბეტით, გულ-სისხლძარღვთა და

ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილიანობის შემცირება 2020 წლისათვის.

ეროვნული სტრატეგია ფოკუსირებულია 4 ძირითად არაგადამდებ დაავადებაზე - კიბო, დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა და ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები, და მათ საერთო რისკის ფაქტორებზე: თამბაქოს მოხმარება, არაჯანსაღი საკვები ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალი შემცველობით, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება. იგი ასევე მოიცავს შუალედურ რისკის ფაქტორების მართვას, როგორცაა სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, გლუკოზისა და ქოლესტეროლის მაღალი კონცენტრაცია სისხლში.

3. სტრატეგიული ამოცანები და ინტერვენციები

3.1. სტრატეგიული ამოცანა №1: საერთაშორისო თანამშრომლობის და ეროვნულ დონეზე პროპაგანდის გაძლიერება არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებების ქვეყნის ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტად აღიარების მისაღწევად.

დასაბუთება: ჯანმოს ევროპის ბიუროს სტრატეგია „ჯანმრთელობა 2020-ის“ მიხედვით, ქვეყნებს შეუძლიათ მიაღწიონ მოსახლეობის ჯანმრთელობის რეალურ გაუმჯობესებას, თუკი მთავრობა შეეცდება შეასრულოს ორი ურთიერთდაკავშირებული მიზანი: პირველი - შეამციროს უთანასწორობა და გააძლიეროს მიდგომა - „ჯანდაცვა ყველასათვის“; მეორე - გააუმჯობესოს მთავრობის მმართველობა და ჩართულობა ჯანდაცვის სფეროში (14). ძირითადი აგდ-ს და მათი რისკის ფაქტორების პრევენციისა და კონტროლისათვის საჭიროა მულტისექტორული საპასუხო ქმედებები მთავრობისა და საზოგადოების თანამონაწილეობით.

საერთაშორისო კოოპერაციას და ადვოკატირებას სასიცოცხლო მნიშვნელობა გააჩნია რესურსების მობილიზაციის, შესაძლებლობების გაძლიერების და იმ ვალდებულებების შესრულების მიზნით, რომელიც მიღებული იყო აგდ-ს პრევენციისა და კონტროლის შესახებ გენერალური ასამბლეის უმაღლესი დონის შეხვედრაზე ნიუ-იორკში.

მიღწევები და გამოწვევები:

საერთაშორისო და დონორ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის გზით ქვეყანაში:

(ა) მომზადდა არაგადამდებ დაავადებათა, კიბოს, დიაბეტის, ჰიპერტენზიის, ტრავმატიზმისა და ძალადობის, მარილის ჭარბი მოხმარების, ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების, ჯანსაღი კვების, სიმსუქნის პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიების პროექტები და 5-წლიანი სამოქმედო გეგმები;

(ბ) 2014 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოს ერთობლივი კიბოს თერაპიის სამოქმედო პროგრამის (Programme of Action for Cancer Therapy -PACT) ფარგლებში ჩატარდა კიბოს კონტროლისა და საჭიროებების შეფასების მიმოხილვითი მისია, რომლის მიზანს წარმოადგენდა ქვეყანაში არსებული ონკოლოგიურ დაავადებათა კონტროლის სიმძლავრეების ჩაღრმავებული კვლევა, რადიაციული მედიცინის პროგრამის ეფექტური განხორციელებისთვის შესაძლებლობებისა და საჭიროებების შეფასება, ასევე, კიბოს კონტროლის ღონისძიებებისთვის შესაფერისი პროექტების წინადადების და დაფინანსების პოტენციური წყაროების შესწავლა;

(გ) 2015 წლის პირველი იანვრიდან ქვეყანაში კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოსთან (IARC) კოორდინაციისა და ინტეგრაციის შედეგად დაინერგა კიბოს რეგისტრი “CanReg-5”;

(დ) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით 2016 წელს ქვეყანაში მეორედ მიმდინარეობს არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა STEPS მეთოდოლოგიის გამოყენებით.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

1.1. ძირითად არაგადამდებ დაავადებათა (გსდ, კიბო, დიაბეტი, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები) პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებათა ინტეგრირება სახელმწიფოს განვითარების ეროვნულ სტრატეგიასა და სახელმწიფო პროგრამებში, ცალკეული მიზნობრივი ჯგუფების საჭიროებების გათვალისწინებით;

1.2. ქვეყნის ადამიანური რესურსების მდგრად განვითარებაზე აგდ-ით გამოწვეული ავადობის და სიკვდილიანობის ზეგავლენის და აგდ-ის პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებების ეფექტიანობის და ხარჯეფექტურობის შესახებ მტკიცებულებათა ბაზის ჩამოყალიბება და მიზნობრივი ინფორმაციის გავრცელება (მ.შ. ფართო პოპულაციურ, დარგობრივ და საკანონმდებლო ხელისუფლების დონეზე);

1.3. არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებათა განხორციელებისათვის ადექვატური, პროგნოზირებადი და მდგრადი რესურსების მობილიზება სახელმწიფო პროგრამებიდან, კერძო სადაზღვევო სქემებიდან და მათი ინტეგრირება. მულტილატერალური, ბილატერალური და კერძო/არასამთავრობო სექტორის პროგრამების განვითარების ხელშეწყობა;

1.4. საერთაშორისო თანამშრომლობის გაძლიერება დონორ ორგანიზაციებთან და ჯანმოს წევრ ქვეყნებთან არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის და კონტროლის სამოქმედო გეგმის შესრულების უზრუნველსაყოფად.

3.2. სტრატეგიული ამოცანა №2: ეროვნული შესაძლებლობების გაძლიერება არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებათა შემუშავებაში, განხორციელებასა და შეფასებაში

დასაბუთება: 2015 წლის 8 დეკემბერს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით ქვეყანაში დამტკიცდა არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და მართვის საკოორდინაციო მულტისექტორული საბჭო, რომლის შემადგენლობაში ჯანდაცვის სექტორის წარმომადგენლებთან ერთად შედიან საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების, საქართველოს ფინანსთა, საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის, საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის, საქართველოს შინაგან საქმეთა და საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროების წარმომადგენლები.

საკოორდინაციო საბჭოს ძირითადი ფუნქციაა აგდ ავადობისა და სიკვდილობის მონაცემებისა და ქვეყანაში არსებული შესაბამისი სამსახურების სიმძლავრეების შეფასებისა და ანალიზის საფუძველზე, წინადადებების მომზადება აგდ პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერების, ეროვნული პოლიტიკისა და სახელმწიფო პროგრამების პრიორიტეტების განსაზღვრის მიზნით.

აგდ-თა სრულფასოვანი მონიტორინგის, პრევენციისა და მართვის განხორციელების თვალსაზრისით აუცილებელია ადამიანური რესურსების გაძლიერება. რადგან აგდ-ის მართვა მულტისექტორულ მიდგომებს მოითხოვს, საჭიროა, ამ დარგში მომუშავე პროფესიონალები გათვითცნობიერებულნი იყვნენ ისეთ საკითხებში, როგორცაა სამედიცინო ეკონომიკა, კანონმდებლობა, ვაჭრობა, სოფლის მეურნეობა, ბიზნესი, ურბანული დაგეგმარება, რათა ადვილად შეძლონ თითოეულ სექტორთან თანამშრომლობა აგდ-თა ადვოკატირების და ინტერესთა კონფლიქტის ეფექტურად მართვის მიზნით.

მიღწევები და გამოწვევები:

(ა) აგდ პრევენციისა და მართვის ადამიანური რესურსების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, ქვეყნისთვის პრიორიტეტს წარმოადგენს ამ სფეროში მომუშავე კადრების შესაძლობების გაძლიერება გამოყენებით ეპიდემიოლოგიაში და სხვა მომიჯნავე დარგებში, რისთვისაც ხორციელდება მათი მოტივირება და ჩართვა ადგილობრივ და საერთაშორისო სასწავლო პროგრამებში. ჯანმოს მიერ განხორციელებულ სხვადასხვა სასწავლო მოდულებთან ერთად შჯსდს-ს და დკსჯეც-ის თანამშრომლები მოკლე და გრძელვადიან სწავლებას გადიან სამხრეთ კავკასიის სავლე ეპიდემიოლოგიისა და ლაბორატორიის (FELTP) და ხმელთაშუა ზღვის ქვეყნების ინტერვენციული ეპიდემიოლოგიის სწავლების პროგრამების (MediPIET) ფარგლებში;

(ბ) პრობლემად რჩება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონულ ცენტრებში აგდ-თა ეპიდზედამხედველობასა და პრევენციაზე პასუხისმგებელი სტრუქტურული ან ფუნქციური ერთეულების არარსებობა.

სტრატეგიული ინტერვენცია:

2.1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულების გაძლიერება არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის საჭიროებათა შეფასების, სტრატეგიული დაგეგმვის, პოლიტიკის და განხორციელების და მონიტორინგის/შეფასების საკითხებში.

3.3. სტრატეგიული ამოცანა N°3: არაგადამდებ დაავადებათა და მათთან ასოცირებული დეტერმინანტების მონიტორინგის და ეპიდზედამხედველობის გაძლიერება

დასაბუთება

2014 წელს მიღებული არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გლობალური სამოქმედო გეგმის მე-5-6 მიზანს წარმოადგენს არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის, მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის გაძლიერება (9). 2018 წელს, არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გაეროს მესამე მაღალი დონის შეხვედრაზე მოხდება ანგარიშგება აღებული ვალდებულებების შესრულების თაობაზე. გამოვლინდება აქვთ თუ არა წევრ ქვეყნებს მდგრადი ეპიდზედამხედველობის სისტემა არაგადამდები დაავადებებით განპირობებული სიკვდილის მიზეზების, არაგადამდები დაავადებების მაპროვოცირებელი რისკის ფაქტორების შესახებ, ტარდება თუ არა ქვეყანაში რისკ-ფაქტორების საფეხურებრივი (STEPS) კვლევა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტიზებული მეთოდოლოგიის გამოყენებით, მიმდინარეობს თუ არა პროცესების მონიტორინგი არაგადამდები დაავადებების პრევენციის სფეროში.

არაგადამდებ დაავადებებზე ეპიდზედამხედველობის ჰარმონიზაცია გრძელდება ევროკავშირის ქვეყნებში „ევროპის ჯანმრთელობის კვლევის ინიციატივის“ (European Health Examination Survey initiative) ფარგლებში. ევროპის რეგიონში აქტიურად მიმდინარეობს კონკრეტული რისკ-ფაქტორების კვლევები, კერძოდ, 2016-2017 წლებში 11 ქვეყანაში იგეგმება არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების საფეხურებრივი (STEPS) კვლევის ჩატარება.

მიღწევები და გამოწვევები:

(ა) ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში ჩატარდა სამჯერ - 1999, 2005 და 2010 წლებში აშშ-ს საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID), გაეროს მოსახლეობის განვითარების ფონდის (UNFPA), გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) დაფინანსებით და ატლანტის დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის ცენტრების ტექნიკური მხარდაჭრით. კვლევის შედეგებმა უზრუნველყო მნიშვნელოვანი ინდიკატორები დემოგრაფიული მახასიათებლების, ფერტილობის, ბავშვთა სიკვდილიანობის, ოჯახის დაგეგმარების და რეპროდუქციული მახასიათებლების, რეპროდუქციული და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის, სამკურნალო და პრევენციული მომსახურების გამოყენების, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამედიცინო მომსახურების დანახარჯების, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, მავნე ჩვევების (თამბაქო და ალკოჰოლის მოხმარება), ახალგაზრდების ჯანმრთელობის საკითხებზე ინფორმირებულობის, სქესობრივი პარტნიორების მხრიდან ძალადობის, აივ ინფექცია/შიდსის და სხვა სგგდ-ს გავრცელების შესახებ (27).

(ბ) რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ეროვნული კვლევები (RAMOS) საქართველოში ჩატარდა ორჯერ - 2008 და 2014 წლებში. კვლევების მიზანს წარმოადგენდა 15-49 წლის ასაკის ქალების სიკვდილიანობის მიზეზების შესწავლა ვერბალური აუტოფსიის გზით. RAMOS 2014-მა გამოავლინა, რომ ონკოლოგიური დაავადებები აღნიშნული ასაკის ქალებში სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია, კერძოდ, კიბოს პროპორციული სიკვდილიანობა 45.3%-ს შეადგენს, ხოლო მომდევნო ადგილებზეა გარეგანი მიზეზებით (18.5%) და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით (13.2%) გამოწვეული სიკვდილიანობა.

(გ) 2010 წელს, სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მიერ, საქართველოში ევროკავშირის მისიისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერით, ქვეყნის მასშტაბით ჩატარდა არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების კვლევა (STEPS), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტის გამოყენებით. კვლევის მიზანს შეადგენს ძირითადი არაგადამდები დაავადებების და რისკის ფაქტორების ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაძლიერება ავღ პრევენციისა და კონტროლის, აგრეთვე სამედიცინო მომსახურების მართვის გაუმჯობესების მიზნით. 2016 წელს საქართველოში არაგადამდები დაავადებების რისკფაქტორების კვლევა მეორედ ტარდება, რომლის მიზანია ავღ ძირითადი ქცევითი, ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების და მათი დეტერმინანტების პრევალენტობისა და დინამიკის შეფასება 2010 წლის ანალოგიური კვლევის შედეგებთან შედარებით 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში.

(დ) კიბოს რეგისტრი: 2015 წლის პირველი იანვრიდან ქვეყანაში ამოქმედდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. კიბოს თითოეული შემთხვევის სწორად და სრულყოფილად

რეგისტრაციის, ტენდენციების სწორად შეფასების და საერთაშორისო დონეზე მონაცემთა შედარების შესაძლებლობების მიზნით, ქართულ ენაზე გამოიცა და ქვეყნის მასშტაბით დაინერგა ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი ICD-O. კიბოს რეგისტრში კიბოს შემთხვევათა შეტყობინება რეგულირდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 18 იანვარის №01-2/5 ბრძანებით. აღნიშნული ბრძანების მიხედვით, ნებისმიერი ონკოლოგი (ონკოქირურგი, კლინიკური ონკოლოგი, რადიაციული ონკოლოგი), ქირურგი, პათოლოგ-ანატომი და სამედიცინო მომსახურების სხვა სპეციალისტი ვალდებულია ყველა ონკოლოგიური პაციენტის შესახებ, რომელსაც გაუწია სამედიცინო მომსახურება ან დაუსვა ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, შეავსოს კიბოს რეგისტრის ფორმა და მიაწოდოს პოპულაციური რეგისტრის ცენტრს (დკსჯეც-ის სამედიცინო სტატისტიკის სამმართველო). აღნიშნული შეეხება ყველა ჰოსპიტალს, კლინიკას, დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო ცენტრს, რადიაციული მკურნალობის ცენტრს, პათოლოგ-ანატომიურ ცენტრს.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

3.1. არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების ეპიდზედამხედველობის სისტემის და მონიტორინგის ინდიკატორების ინტეგრირება ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში, ასევე მათი რუტინულად გენერირების, შეგროვების, ანალიზის და გამოყენების ხელშეწყობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად;

3.2. პოპულაციური და დაწესებულებების დონის (sentinel surveillance) კვლევების დაგეგმვა და პერიოდული განხორციელება აგდ პრევენციისა და კონტროლის საჭიროებათა შეფასების და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღების ხელშესაწყობად;

3.3. დემოგრაფიული სტატისტიკისა და სიკვდილიანობის მიზეზების რეგისტრაციის მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესება;

3.4. არაგადამდებ დაავადებათა რეგისტრების (შესაბამისი ინდიკატორებით) შემუშავებისა და დანერგვის ხელშეწყობა ეროვნული, რეგიონული და ადგილობრივი საჭიროებების უკეთ განსაზღვრის მიზნით;

3.5 ადამიანური რესურსების უნარ-ჩვევებისა და ინსტიტუციური შესაძლებლობების გაძლიერება მაღალი ხარისხის მონაცემთა გენერირების, მართვის, ანალიზის და ანგარიშების უნარების განვითარების მიზნით, არაგადამდებ დაავადებების ეპიდზედამხედველობის, მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების გაუმჯობესების ხელშესაწყობად.

3.4. სტრატეგიული ამოცანა №4:

არაგადამდებ დაავადებათა ქცევითი რისკის ფაქტორების მოდიფიცირების გაუმჯობესება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლების გზით დასაბუთება

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის ძირითად მიზანს მოსახლეობაზე მართვადი რისკ-ფაქტორების ექსპოზიციის შემცირება შეადგენს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის არსებული პოლიტიკა უნდა ეფუძნებოდეს მულტისექტორულ მიდგომებს ჯანმრთელობის

ხელშეწყობი გარემოს ფორმირებისა და მოსახლეობის ჯანსაღი ქცევების მხარდაჭერის მიზნით. აგდ რისკის ფაქტორების ექსპოზიციის შემცირების თვალსაზრისით, სტრატეგიული ინტერვენციები უნდა მოიცავდეს მოსახლეობის ინფორმირებულობის ზრდას, არაჯანსაღი პროდუქტების დაბეგვრის პოლიტიკას, ჯანსაღი პროდუქტის წარმოების ხელშეწყობასა და ხელმისაწვდომობის ზრდას, მავნე ქცევების წინააღმდეგ მიმართულ პროპაგანდას (3, 4, 9, 15, 20, 24).

ქრონიკულ დაავადებათა პირველადი პრევენციის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს „საუკეთესო შენაძენის“ ღონისძიებები თამბაქოს, ალკოჰოლის, დაბალი ფიზიკური აქტივობის, არაჯანსაღი კვების, მარილის ჭარბი მოხმარების მიმართ. ქვეყნამ უნდა გამოიყენოს ისეთი ძლიერი ინსტრუმენტი, როგორცაა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის სრული პოტენციალი, გამკაცრდეს ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების საწინააღმდეგო პოლიტიკა, შემცირდეს ტრანსცხიმების, ნაჯერი ცხიმების, მარილის, თავისუფალი შაქრების შემცველი პროდუქტების მოხმარება, შეიზღუდოს ბავშვებზე არაჯანსაღი საკვები პროდუქტებისა და არაალკოჰოლური სასმელების რეკლამისა და მარკეტინგის ზემოქმედება, გაძლიერდეს ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა.

ფიზიკური აქტივობა ჯანსაღ კვებასთან ერთად ამცირებს კარდიოვასკულური, შაქრიანი დიაბეტისა და სიმსივნის ზოგიერთი ფორმის რისკს, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს წონის კონტროლისა და ქრონიკული დაავადებების მართვაში, დადებით გავლენას ახდენს ფსიქიკურ, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატისა და სასუნთქი სისტემის ჯანმრთელობაზე. ფიზიკურ აქტივობას მნიშვნელოვანი სარგებელი მოაქვს, როგორც ბავშვთა, ისე მოზრდილთა პოპულაციისთვის. დაბალი ფიზიკური აქტივობა სარკოპენიისა და ოსტეოპოროზის ძირითადი რისკ-ფაქტორია (20).

მარილის მოხმარების შემცირება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი ყველაზე ხარჯთეფექტური და ხელმისაწვდომი ინტერვენციაა. მარილის შემცველობის შემცირება პირველადი მოხმარების პროდუქტებში, კვების ინდუსტრიის კონტრიბუციაა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიმართულებით. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ორიენტირებს, საკვები პროდუქტების ეტიკეტირების მონიტორინგს და მოსახლეობის ინფორმირებას ამ მიმართულებით.

არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს ის ინფექციური აგენტები/მდგომარეობები რომლებიც ეტიოლოგიურად დაკავშირებულნი არიან აგდ-სთან: ზოგიერთი არანამკურნალევი ინფექცია (სტრუპტოკოკული ინფექცია და რევმატული ვალვულიტი) შესაძლოა ზოგიერთი კარდიო-ვასკულური ან სიმსივნური დაავადების განვითარების მიზეზი გახდეს; აგდ განვითარებასთან ასოცირებულია ზოგიერთი ვაქცინაციით მართვადი დაავადებაც; ვაქცინაციის გზით შესაძლებელია აღნიშნული ინფექციების და მათთან დაკავშირებული დაავადებების თავიდან აცილება (5). ადამიანის პაპილომა ვირუსით ვაქცინაცია უნდა გახდეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციისა და კონტროლის ყოვლისმომცველი სტრატეგიის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილი. არსებობს მონაცემები, რომ გრიპის ვაქცინაცია ამცირებს ფქოდ-ის გართულებებს; ფილტვის ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტებისათვის პნევმოკოკური ვაქცინაცია შესაძლებელია სასარგებლო იყოს.

მიღწევები და გამოწვევები

(ა) საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 30 ივლისის №196 დადგენილებებით დამტკიცებულია საქართველოს თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგია და 5-წლიანი სამოქმედო გეგმა (2013-2018).

(ბ) 2015 წელს ქვეყანაში დაინერგა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც განხორციელდა: (1) საინფორმაციო-საგანმანათლებლო კამპანიები; (2) ტრენინგები პჯდ სპეციალისტებისათვის თამბაქოსათვის ხანმოკლე კონსულტაციების თანამედროვე მეთოდოლოგიისა და ტექნიკის სწავლებაზე. თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის დარღვევების იდენტიფიკაციისა და რეაგირების მიზნით გადაამზადდა შსს-ს, ფინანსთა სამინისტროს შემოსავლების სამსახურის, თბილისის მერიის ზედამხედველობის სამსახურის 100-მდე წარმომადგენელი. ჩატარდა თამბაქოს ცხელი ხაზის ოპერატორების ტრენინგი; (3) თვისობრივი კვლევა 17 ფოკუს-ჯგუფთან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პრიორიტეტულ თემებზე სამიზნე პოპულაციაში ცოდნის, შეხედულებისა და ქცევის შესახებ ინფორმაციის მოპოვებისა და საკომუნიკაციო მიმართულებების, გზავნილების შემუშავებისა და გატესტვის მიზნით; (4) თამბაქოს არსებული კანონმდებლობის აღსრულებისა და დანერგვის შეფასება სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებში, სადაც კანონით აკრძალულია/შეზღუდულია მოწევა, რეალიზება და რეკლამირება; (5) მიმდინარეობს თამბაქოსა და სხვა ქცევითი რისკის ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის, შეხედულებებისა და ქცევის ეროვნული კვლევა. სახელმწიფო პროგრამას გააჩნია მოქნილი დიზაინი, არსებული პრიორიტეტების გათვალისწინებით მასში ყოველწლიურად მოხდება სტრატეგიული ინტერვენციების განსაზღვრა.

(გ) ქვეყანაში შემუშავებულია „ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების შემცირების“ ეროვნული სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის პროექტები, რომელთა სტრუქტურა და შინაარსი ჰარმონიზებულია ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების შემცირების გლობალურ სტრატეგიასა (ალკოჰოლის მავნე მოხმარების შემცირების სტრატეგია; ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის 63-ე შეხვედრის რეზოლუცია, მე-13 პუნქტი, 2010 წელი, მაისი) და ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების შემცირების ევროპის რეგიონის სამოქმედო გეგმასთან (European[№] actio[№] pla[№] to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020). ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მიმდინარეობს ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლების აქტივობები ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების შემცირების მიზნით.

(დ) ქვეყანაში შემუშავებულია მარილის ჭარბი მოხმარების შემცირების ეროვნული სტრატეგიის პროექტი, რომლის ძირითადი მიზანია ქართულ პოპულაციაში, ამ რისკის ფაქტორთან ასოცირებული ქრონიკულ დაავადებათა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება. მარილის მოხმარების შემცირების მიზნით სტრატეგიაში მოცემული ინტერვენციები, ევროპული ჩარჩოს შესაბამისად, ხუთ ძირითად ელემენტს ეფუძნება, ესენია: (1) მონაცემთა შეგროვება, (2) ძირითად კვების პროდუქტებში მარილის შემცველობის მინიმალური სტანდარტის ფორმირება, (3) მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება, (4) ინდუსტრიის ჩართულობის უზრუნველყოფა, (5) მონიტორინგი და შეფასება და რეფორმულირება.

(ე) 2015 წლის 27 ნოემბერს მიღებულ იქნა საქართველოს მთავრობის განკარგულება (№2567) სურსათში ინდუსტრიული ტრანს-იზომერული ცხიმების რეგულირებასთან დაკავშირებული სამოქმედო გეგმისა და შესაბამისი ღონისძიებების დამტკიცების

თაობაზე. სამოქმედო გეგმა მიზნად ისახავს (1) დაინტერესებული მხარეების ინფორმირებას, (2) ინდუსტრიული ტრანსცხიმების შემცველობის სარეგულაციო მექანიზმების სრულყოფას და (3) სურსათში ინდუსტრიული ტრანსცხიმების შემცველობაზე სახელმწიფო კონტროლს.

(ვ) 2015 წელს B ჰეპატიტის ვაქცინაციით სამშობიარო სახლებში დაბადებიდან პირველ 24 საათში ახალშობილთა 93% აიცრა (ე.წ. ნულოვანი დოზა), ხოლო წლამდე ასაკში პირველი, მეორე და მესამე დოზებით შესაბამისად 96%, 94.4% და 93.7%. რაც შეეხება, ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დანერგვას, ამ პერიოდისათვის ქვეყანა გადაწყვეტილების მიღების პროცესშია ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსის მხარდაჭერით, 2017 წელს ვაქცინის დანერგვასთან დაკავშირებით.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

4.1. პოლიტიკის განსაზღვრა და მარეგულირებელი საკანონმდებლო მექანიზმების შექმნა/დანერგვა თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნაჯერი და ტრანს-ცხიმების, ჭარბი მარილისა და შაქრის შემცველი პროდუქტების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის მიზნით;

4.2. მოსახლეობის განათლება და ცნობიერების ამაღლება ეფექტური საკომუნიკაციო საშუალებებით ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ მყარი ქცევითი ცვლილებების მისაღწევად;

4.3. გარემოსა და ჯანდაცვის სისტემების მოდიფიცირება ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობის მიზნით;

4.4. ვაქცინაციის ხელშეწყობა და ცალკეულ გადამდებ დაავადებათა კონტროლის გაძლიერება;

4.5. სასწავლო დაწესებულებებსა და სამუშაო ადგილებზე ჯანმრთელობის ხელშეწყობი გარემოს ფორმირება;

3.5. სტრატეგიული ამოცანა №5. არაგადამდები დაავადებების და ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორების სკრინინგი და მართვა

დასაბუთება

აგდ ხშირად ძალიან ნელა ვითარდება და შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს წლების განმავლობაში გართულებების გამოვლინებამდეც კი, რაც მათი დაგვიანებული მკურნალობისა და არაადეკვატური კონტროლის მიზეზი ხდება. აგდ-თა ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიდგომაა მძიმე და ძვირადღირებული გართულებების პროფილაქტიკისთვის. სკრინინგის ეფექტურობის გასაზრდელად, მისი ჩატარება მიზანშეწონილია პოპულაციური, ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში, ხარისხის კონტროლის მკაცრი მექანიზმითა და პროგრამის ეფექტურობის შესახებ მტკიცებულებების არსებობის პირობებში. მსოფლიოში შეინიშნება ჯანმრთელობის ყოვლის მომცველი შემოწმებებისა და სკრინინგული პროგრამების ზრდა, რომლებიც ყოველთვის არ არის დაფუძნებული მტკიცებულებებზე, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს რესურსების ხარჯვა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების გარეშე. ზოგიერთი ლოკალიზაციის კიბოს ადრეული აღმოჩენა შესაძლებელია დაავადების ადრეული ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ მოსახლეობისა და პროფესიონალთა ინფორმირებულობის გაზრდით, რაც უზრუნველყოფს სწრაფ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას.

მიოკარდიუმის ინფარქტის ან ინსულტის სიმპტომებისა და ნიშნების ადრეული ამოცნობა და დროული მკურნალობა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს დაავადების გამოსავლებს. სამედიცინო გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ მაღალი კარდიომეტაბოლური რისკის ქვეშ მყოფი პოპულაციის მხოლოდ ნაწილი მკურნალობს ან/და მათი რისკი ადეკვატურად და ეფექტურად მართულია. აგდ აუცილებელ ინტერვენციათა პაკეტის განხორციელება, რეფერირების, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის სათანადო ალგორითმები, აუცილებელი მედიკამენტების და ტექნოლოგიების ხელმისაწვდომობა ადგილებზე, დაეხმარება ქვეყნებს განახორციელონ ჯანდაცვის საყოველთაო მოცვის რეფორმები და თანასწორობა ჯანდაცვაში.

მიღწევები და გამოწვევები

(ა) საქართველოში ხშირია ვიზიტზე არტერიული წნევის გაზომვის პრაქტიკა სამედიცინო დაწესებულებებში (გამოკითხული პაციენტების 87.4% და სამედიცინო ბარათების 91%), თუმცა იმის გათვალისწინებით, რომ დაწესებულებების უმრავლესობაში ქრონიკული დაავადებების მეთვალყურეობას და მართვას სისტემური სახე არა აქვს, შესაძლოა გაკეთდეს დასკვნა, რომ ხშირ შემთხვევაში, არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტების მართვა არათანმიმდევრული და ფრაგმენტულია (USAID-ის ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის 2012 წლის კვლევა).

(ბ) აღსანიშნავია, რომ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პირველადი და მეორეული პრევენციის მეტად ხარჯთეფექტური ინტერვენციები მაღალი ზეგავლენის მედიკამენტების ნაკრებებით, რომლებიც მნიშვნელოვნად ამცირებს გსდ ან გართულებების განვითარებისა და სიკვდილიანობის რისკს, სამედიცინო დაწესებულებებში პრაქტიკულად არ ხორციელდება. კერძოდ, გსდ პრევენცია მულტიმედიკამენტური თერაპიით (ასპირინი, სტატინი და ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები) დიაბეტისა და მაღალი გსდ 10-წლიანი რისკის ($\geq 20\%$) მქონე პაციენტებში დანიშნულია მხოლოდ 2%-ში, ხოლო გართულებების მეორეული პრევენცია მულტიმედიკამენტური თერაპიით (ასპირინი, სტატინი, აგფ-ინჰიბიტორი და ბეტა-ბლოკერი) სრულად მხოლოდ პაციენტთა 6%-ში დანიშნა (USAID-ის ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის 2012 წლის კვლევა).

(გ) საქართველოში ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს მხარდაჭერით 2008 წელს დაიწყო გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის და თბილისის მუნიციპალიტეტის თანადაფინანსებით. 2010 წელს ის გაფართოვდა და დაემატა მსხვილი ნაწლავისა და პროსტატის კიბოს სკრინინგი თბილისის მოსახლეობისთვის. 2011 წელს საქართველოს მთავრობამ გადაწყვიტა გაეფართოვებინა სკრინინგის ოთხივე პროგრამა ქვეყნის მასშტაბით. ამჟამად ქვეყანაში ხორციელდება კიბოს შემდეგი სკრინინგ პროგრამები: ძუძუს (მიზნობრივი პოპულაცია: 40-70 წლის ქალები), საშვილოსნოს ყელის (მიზნობრივი პოპულაცია: 25-60 წლის ქალები), პროსტატის (მიზნობრივი პოპულაცია: 50-70 წლის მამაკაცები) და კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი (მიზნობრივი პოპულაცია: 50-70 წლის ორივე სქესი).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგული კვლევებით მოცვის არეალის გაფართოების მიზნით, 2014 წლიდან, „დაავადებათა ადრეული გამოვლენის და სკრინინგის“

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, გურჯაანის რაიონში პილოტურად დაინერგა საშვილოსნოს ყელის ორგანიზებული სკრინინგის კომპონენტი.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

5.1. აგდ ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების (მაღალი არტერიული წნევა, ჰიპერგლიკემია, ჰიპერლიპიდემია, ჰიპერქოლესტეროლემია) ზეგავლენის შემცირება სკრინინგით (ადრეული გამოვლენით) და მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდით;

5.2. კიბოს დროული დიაგნოსტიკის ხელმისაწვდომობის გაზრდა;

5.3. ადამიანური რესურსების პროფესიული ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და პრაქტიკის გაუმჯობესება აგდ და მისი რისკ-ფაქტორების სკრინინგში, მართვასა და კონსულტირებაში.

3.6. სტრატეგიული ამოცანა №6: აგდ მართვის სამედიცინო მომსახურებასა და მის მედიკამენტურ მკურნალობაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება დასაბუთება

აგდ-სთან დაკავშირებული პოლიტიკური ვალდებულება უნდა გამყარდეს მდგრადი და სათანადო რესურსებით. არაგადამდები დაავადებების ეკონომიკური ხარჯების შესაფასებლად რამდენიმე გზა არსებობს: პირდაპირი ხარჯები, რომელიც მოიცავს სახელმწიფო დანახარჯებს პრევენციაზე, სკრინინგზე და მკურნალობაზე, ადამიანთა დაკარგულ სიცოცხლეს, გაზრდილ პირად სამედიცინო დანახარჯებს, კერძო სექტორის დანახარჯებს ჯანდაცვაზე და არასამედიცინო სექტორის დანახარჯებს; არაპირდაპირი ხარჯები, რომელიც მოიცავს გამოუცხადებლობის გამო დაკარგულ პროდუქციას (შრომის ნაყოფიერებას), იმ მომუშავეთა შეცვლის ღირებულებას, რომლებიც მუშახელს ეთიშება ქრონიკული დაავადების გამო, შემცირებულ ადამიანურ კაპიტალს, დაკარგულ შემოსავალს და სოციალური ვალდებულებების გამო დაკარგულ დროს.

2015 წლის დასაწყისში შეიქმნა ჯანმო-ს გლობალური კოორდინაციის მექანიზმის სამუშაო ჯგუფი, რათა პასუხი გაეცეს კითხვას იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება გადაიჭრას არაგადამდებ დაავადებების რესურსების უკმარისობის გლობალური პრობლემა, რაც, პირველ რიგში, მოითხოვს შიდა რესურსების მობილიზების დაბალანსებულ მიდგომას და საერთაშორისო განვითარებაზე ზემოქმედებას. 2015 წლის ივლისში, განვითარების დაფინანსების მესამე საერთაშორისო კონფერენციაზე, მთავრობებმა მიიღეს ადის-აბებას სამოქმედო დღის წესრიგი, რაც მკაფიო გზავნილია, რომ დაფინანსებაში უფრო მნიშვნელოვან როლს შიდა რესურსები ითამაშებს, ვიდრე ეს ათასწლეულის განვითარების მიზნების ეპოქაში იყო. ადამიანებზე ორიენტირებული უნივერსალური ჯანდაცვა და სოციალური დაცვის მექანიზმები მნიშვნელოვან იარაღს წარმოადგენს ადამიანების ფინანსური პრობლემებისგან დაცვის მიზნით, რომელიც უკავშირდება აგდ-ს და უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობას ყველასთვის, განსაკუთრებით პოპულაციის მოწყვლადი ნაწილისთვის.

მიღწევები და გამოწვევები

(ა) 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის გზით სახელმწიფოს მიერ ფინანსირებული სერვისების ხელმისაწვდომობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა. მსოფლიო ბანკის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების

სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად, 2014 წელს, პაციენტები, საჭიროების შემთხვევაში, უფრო ხშირად აკითხავდნენ სამედიცინო დაწესებულებებს, ვიდრე ეს იყო 2010 წელს. არსებული ფინანსური ბარიერები 2010 წელთან შედარებით მნიშვნელოვნად შემცირდა და ეს შეეხება როგორც ამბულატორიულ, ასევე ჰოსპიტალურ მომსახურებას. თუ 2010 წელს პაციენტთა დაახლოებით 17%-მა ვერ მიიღო სამედიცინო მომსახურება ფინანსების არქონის გამო, 2014 წლისთვის ეს მაჩვენებელი 10%-მდე შემცირდა.

(ბ) საყოველთაო ჯანდაცვის არსებული შედეგების შენარჩუნების და შემდგომი პროგრესის მიღწევის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია: 1. ღარიბი მოსახლეობის, სოფლის მაცხოვრებლებისა და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის სერვისებისა და მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის მაქსიმალური გაზრდა და ფინანსური დაცვა; 2. ესენციური მედიკამენტების მყარი მარაგის შექმნა, ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მოცვა მარტივი და მოქნილი დიზაინის გამოყენებით ფინანსური დაცვლობის, თანასწორობის და ხარჯთეფექტურობის გაზრდის მიზნით.

(გ) სამედიცინო სერვისების ეფექტურობა იქნება დაბალი, თუ ადამიანებს არ ექნებათ გაზრდილი ხელმისაწვდომობა საჭირო მედიკამენტებისადმი, განსაკუთრებით იქ, სადაც გადამდები და არაგადამდები ქრონიკული დაავადებებით გამოწვეული ავადობის ტვირთი მაღალია.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

6.1 არაგადამდებ დაავადებათა რისკის შეფასების და მართვის, სამედიცინო მომსახურების სერვისების და მედიკამენტური მკურნალობის დაფინანსების სხვადასხვა მექანიზმის ინტეგრირება;

6.2. სახელმწიფო რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის და ხარჯთეფექტურობის გაზრდა ავდ პრევენციისა და კონტროლის სერვისებისა (დიაგნოსტიკური და სამკურნალო) და მედიკამენტების სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით დაფარვის გზით;

6.3. არაგადამდებ დაავადებათა ესენციური მედიკამენტების ნუსხის განახლება, მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა.

3.7. სტრატეგიული ამოცანა №7: არაგადამდებ დაავადებათა და მისი რისკ-ფაქტორების სკრინინგის და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება დასაბუთება

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება მნიშვნელოვანია ქრონიკულ დაავადებათა მართვის თვალსაზრისით (6, 22). ყველაზე ეფექტური მიდგომა არსებული სამედიცინო მომსახურების პოტენციალის და შესაძლებლობების გაძლიერებაა ახალი ცოდნით, უნარებით, აღჭურვილობით და ა. შ., რათა არსებულ სისტემას მიეცეს აუცილებელი სერვისების ხარისხიანი განხორციელების საშუალება. ასევე მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინების ადაპტირება და აღიარება საქართველოში. სასურველია ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამების პილოტური დანერგვა და შემდგომი გაფართოება საქართველოს მასშტაბით, არსებული დიპლომისშემდგომი განათლების/რეზიდენტურის პროგრამების განახლება იმ სპეციალობებში, რომლებიც მოიცავს ავდ მართვასა და სკრინინგს. ასევე, უწყვეტი

პროფესიული განათლების პროგრამების შემუშავება/განახლება აღნიშნულ მიმართულებებში.

მიღწევები და გამოწვევები

(ა) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით უკანასკნელ წლებში დამტკიცებულია შემდეგ აგდ-თა გაიდლაინები და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტები:

– „იდიოპათიური გენერალიზებული ეპილეფსიური სინდრომების დიაგნოსტიკა და მართვა“ კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) დამტკიცების თაობაზე“ მინისტრის 2016 წლის 29 ივლისის №01-175/ო ბრძანება);

– „გესტაციური დიაბეტის მართვა“ – კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) დამტკიცების თაობაზე“ მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისის №01-184/ო ბრძანება;

– „საოჯახო მედიცინის დარგში“ – კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცების თაობაზე“ მინისტრის 2015 წლის 12 იანვრის №01-4/ო ბრძანება:

– „გულის ქრონიკული უკმარისობის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში“;

– „პოდაგრისა და ჰიპერურიკემიის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში“;

– „მოზრდილ პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში“;

– „ბავშვებსა და მოზარდებში კვებითი ალერგიის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში“.

– „კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების დამტკიცების (პროტოკოლების) დამტკიცების თაობაზე“ მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის №01-150/ო ბრძანება:

– „პრეგესტაციური დიაბეტის მართვა“;

– „ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მართვა“;

– „ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“;

– „ენდომეტრიუმის პოლიპების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“;

– „ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი დაავადების მართვა“;

– „რადიაციული ონკოლოგიის“ დარგში – კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცების თაობაზე“ მინისტრის 2014 წლის 18 დეკემბრის №01-342/ო ბრძანება:

– „ენის წინა და შუა მესამედის კიბოს რადიოთერაპია“, „ენის სხვა ნაწილების კიბოს რადიოთერაპია“, „ენის ძირის კიბოს რადიოთერაპია“, „პირის ღრუს ფსკერის კიბოს რადიოთერაპია“, „ზედა ყბის სინუსის კიბოს რადიოთერაპია“, „პირხახის კიბოს რადიოთერაპია“, „ცხვირხახის კიბოს რადიოთერაპია“, „ნუშურა ჯირკვლის კიბოს რადიოთერაპია, ყბაყურა ჯირკვლის კიბოს რადიოთერაპია, კუჭის კიბოს რადიოთერაპია“, „პროსტატის კიბოს რადიოთერაპია“, „საშვილოსნოს ტანის კიბოს რადიოთერაპია“, „სარძევე ჯირკვლის კიბოს რადიოთერაპია“, „ჰოჯკინის ლიმფომის რადიოთერაპია“;

– „ჰიპოვპლემიური შოკის მართვა ბავშვთა ასაკში“, „დაუზუსტებელი შოკის მართვა ბავშვთა ასაკში“, „ბრადიარითმიების დიაგნოსტიკა და მართვა ბავშვებში“ და „გულის გაჩერების მართვა ბავშვებში“ – კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო

სტანდარტების (პროტოკოლები) დამტკიცების თაობაზე“ მინისტრის 2014 წლის 16 დეკემბრის №01-337/ო ბრძანება:

- „ზრდიართმეების დიაგნოსტიკა და მართვა ბავშვებში“;
- „ტაქიართმეების დიაგნოსტიკა და მართვა ბავშვებში“;
- „გულის გაჩერების მართვა ბავშვებში“.

„ონკოლოგიის“ დარგში – კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) დამტკიცების თაობაზე“ მინისტრის 2014 წლის 10 დეკემბრის №01-327/ო ბრძანება:

- ონკოლოგიურ დაავადებათა, კერძოდ, ძუძუს პირველადი და ადგილობრივად რეციდივირებული და მეტასტაზური კიბოს, ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი და წვრილუჯრედოვანი, თირკმლის, კოლინჯის, კუჭის, სასქესო ასოს, საყლაპავი მილის და გასტროეზოფაგული, საშვილოსნოს ყელის, სწორი ნაწლავის და შარდის ბუშტის კიბოს მართვა.

- „მოზრდილებში პირველადი ჰიპერტენზიის მართვა“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა (გაიდლაინი) და „მოზრდილებში პირველადი ჰიპერტენზიის მართვა: - კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) დამტკიცების თაობაზე“ მინისტრის 2014 წლის 21 ოქტომბრის №01-260/ო ბრძანება;

- „გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება და მართვა (მინისტრის 2014 წლის 8 მაისის №01-105/ო ბრძანება);

- „არასტაბილური სტენოკარდიის (UA) და ST- სეგმენტის ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის (N°STEMI) ჰოსპიტალური მართვა“ (მინისტრის 2014 წლის 20 მარტის № 01-66 /ო ბრძანება);

- „ST-სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის (STEMI) ჰოსპიტალური მართვა“ (მინისტრის 2014 წლის 11 მარტის №01-58/ო ბრძანება);

- „სპირომეტრული გამოკვლევის პროცედურა“ (მინისტრის 2014 წლის 28 თებერვლის №01-53/ო ბრძანება);

- „შაქრიანი დიაბეტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში“ (მინისტრის 2010 წლის 24 აგვისტოს №280/ო ბრძანება);

- „ბრონქული ასთმის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში“ (მინისტრის 2010 წლის 24 აგვისტოს №281/ო ბრძანება);

- „ინსულტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში“ (მინისტრის 2010 წლის 16 აგვისტოს №258/ო ბრძანება);

- „ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა და მართვა“ (მინისტრის 2010 წლის 3 აგვისტოს №226/ო ბრძანება);

- „სტაბილური სტენოკარდიის მართვა“ (მინისტრის 2007 წლის 21 დეკემბრის №261/ო ბრძანება);

- „თირკმლის ქრონიკული დაავადების მართვა“ (ბრძანება №364/ო, 2007 წლის 21 დეკემბერი);

- „ეპილეფსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“ (ბრძანება №275/ო, 2007 წლის 21 დეკემბერი);

- „გულმკერდში ტკივილის მართვა“ (ბრძანება №264/ო, 2007 წლის 27 აგვისტო);

– „გულის ქრონიკული უკმარისობის დიაგნოსტიკა და მართვა“ (ბრძანება №266/ო 2007 წლის 27 აგვისტო);

– „საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიათა ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა პაპანიკოლაუს მეთოდით“ (ბრძანება №263/ო, 2007 წლის 27 აგვისტო);

(ბ) პროფესიულ ასოციაციებთან თანამშრომლობით საჭიროა გაგრძელდეს მუშაობა აგდ-თა მართვის გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავების, დანერგვის და მონიტორინგის თვალსაზრისით.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

7.1. აგდ და მისი რისკ-ფაქტორების სკრინინგში, მართვასა და კონსულტირებაში ადამიანური რესურსების პროფესიული ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და პრაქტიკის გაუმჯობესება;

7.2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ზედამხედველობის გაუმჯობესება;

7.3. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება, დამტკიცება და მათი პრაქტიკაში რუტინული გამოყენების უზრუნველყოფა.

4. სტრატეგიის განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ინსტიტუტები

თითოეული ამოცანისა და სტრატეგიული ინტერვენციის ფარგლებში გათვალისწინებული აქტივობების ჩამონათვალი მოცემულია დანართში №2. აღნიშნულ დანართში ასევე მოცემულია ინფორმაცია განხორციელებაზე პასუხისმგებელი ინსტიტუტებისა და მათი პარტნიორი ორგანიზაციების შესახებ.

პასუხისმგებლობა არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის ეფექტიან განხორციელებაზე გადანაწილდება სხვადასხვა სამთავრობო ინსტიტუტსა და სააგენტოს შორის, მათი მანდატებისა და კომპეტენციების გათვალისწინებით. ქვემოთ ჩამოთვლილია ის ძირითადი უწყებები, რომლებიც უხელმძღვანელებენ და კოორდინირებასა და მეთვალყურეობას გაუწევენ სტრატეგიული გეგმის განხორციელებას:

- აგდ საკოორდინაციო საბჭო, რომელიც წარმოადგენს აგდ პრევენციის, კონტროლისა და მართვის საკითხებში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სათათბირო ორგანოს და აგდ ავადობისა და სიკვდილიანობის მონაცემებისა და ქვეყანაში არსებული შესაბამისი სამსახურების სიმძლავრეების შეფასებისა და ანალიზის საფუძველზე, შეიმუშავებს რეკომენდაციებს აგდ პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერების, ეროვნული პოლიტიკისა და სახელმწიფო პროგრამების პრიორიტეტების განსაზღვრის მიზნით;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც პასუხისმგებელია ზოგადად ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზებაზე, ასევე აგდ დარგში ეროვნული პოლიტიკისა და რეგულაციების შემუშავებასა და განხორციელებაზე;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“, რომელს ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას წარმოადგენს არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება და რომელიც ახორციელებს აგდ საკოორდინაციო საბჭოს სამდივნოს ფუნქციას.

ეროვნული სტრატეგიული გეგმის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია მჭიდრო თანამშრომლობა სახელმწიფო და საერთაშორისო სექტორებს შორის და მულტისექტორული მიდგომები. ვინაიდან არაგდამდებ დაავადებებს მულტიფაქტორული ბუნება გააჩნიათ, მისი პრევენციისა და მართვის თვალსაზრისით გარკვეული პროგრესი წარმოუდგენელია, თუ არ იქნება ინტერსექტორული მიდგომა. სწორედ ამიტომ, სტრატეგიის განხორციელების პასუხისმგებელ და პარტნიორ ორგანიზაციებს შორის ჯანდაცვის სექტორთან ერთად მითითებულია საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების, საქართველოს ფინანსთა, საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის, საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის, საქართველოს შინაგან საქმეთა და საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროები.

5. სტრატეგიის განხორციელების პროცესში და მის შედეგად წარმოქმნილი შესაძლო რისკები

სტრატეგიის განხორციელების პროცესში გასათვალისწინებელია გარკვეული ფინანსური და სოციალური რისკები, რომლებმაც შესაძლოა შეაფერხოს სტრატეგიული გეგმით განსაზღვრული შედეგების მიღწევა.

სტრატეგიის განხორციელების ფინანსური რისკი განპირობებულია არაგდამდები დაავადებების სფეროში დონორული დაფინანსების სიმწირით, რაც სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივ, მაგრამ არსებით ზრდას მოითხოვს სტრატეგიით განსაზღვრული ფინანსური საჭიროებების სრულად დასაფარად.

საჭიროა აგდ პრევენციისა და კონტროლის პროგრამების ეროვნული განვითარების მიზნებში ჩართვა. აუცილებელია ადეკვატური, პროგნოზირებადი და მდგრადი რესურსების მობილიზაციის პრიორიტეტულობის აღიარება, რათა მოხდეს აგდ პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული ძალისხმევის განხორციელება ადგილობრივი ბიუჯეტის ალოკაციით.

რესურსების უკმარისობის პრობლემის გადაჭრა მოითხოვს შიდა რესურსების მობილიზების დაბალანსებულ მიდგომას და დონორ ორგანიზაციებზე ზემოქმედებას.

ჯანმრთელობის ევროპის ბიუროს სტრატეგია „ჯანმრთელობა 2020“-ის ერთ-ერთ ამოცანას „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მიდგომის გაუმჯობესება და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უთანასწორობის შემცირება წარმოადგენს. ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას მნიშვნელოვნად აფერხებს სოციალური უთანასწორობა, განსხვავებული ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის არსებული სერვისებისადმი, რაც ადამიანებში ნეგატიურ დამოკიდებულებას და დაუცველობის შეგრძნებას აღრმავებს (14). უთანასწორობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებთან, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარების, კვების, ფიზიკური აქტივობის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჩათვლით, რაც, რა თქმა უნდა, ადამიანების ცხოვრებაში სტრესსა და უარყოფით გავლენებს იწვევს. ამასთან, სოციალური დაცვის თვალსაზრისით გასათვალისწინებელია, რომ ქრონიკული დაავადებების (ონკოლოგიური დაავადებები, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ინსულტი) განვითარების შემდეგ ადამიანებს სამსახურში დაბრუნებისას ყველაზე ხშირად ესაჭიროებათ გარკვეული შეღავათები დამსაქმებლების მხრიდან. დამსაქმებლები უნდა დაეხმარონ ასეთ პაციენტებს მათ ვალდებულებებში კორექტივების შეტანის, ან სამუშაოზე ეტაპობრივი დაბრუნების მხარდაჭერის გზით. საჭიროა მოსახლეობის ინფორმირებულობის ზრდა, გენდერული საკითხების გათვალისწინება, სოციალური

დაცვა და სიღარიბის შემცირება, სამუშაო ადგილები, კერძო სექტორთან მუშაობის გზით ქრონიკული პრობლემების მქონე პირთა სამუშაოზე აყვანისას ბარიერების შემცირება და მათთვის სათანადო სამუშაო პირობების უზრუნველყოფა. ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით უთანასწორობის ელიმინაცია მნიშვნელოვნად განაპირობებს სტრატეგიით დასახული სამიზნეების მიღწევას.

6. სტრატეგიის მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები

აგდ პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის განხორციელებაში პროგრესისა და გამოწვევების დროული გამოვლენისა და რეაგირების მიზნით, მოხდება რეგულარული მონიტორინგი და შეფასება სათანადო მექანიზმების საშუალებით.

აგდ სტრატეგიის განხორციელებაზე მონიტორინგს ახდენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მეშვეობით.

სტრატეგიული გეგმის მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორები, მოცემულია დანართ №2-ში. 2017-2020 წლების აგდ ეროვნული სტრატეგიული გეგმის განხორციელების შეფასება მოხდება აღნიშნულ დანართში მოცემული ინდიკატორების დაგეგმილი მაჩვენებლების შესრულების შესაბამისად.

მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩოს ცალკეული ინდიკატორების მონაცემების განსაზღვრისათვის, დაგეგმილია წლიური ანგარიშგების ფორმატის შემოღება. სტრატეგიის განხორციელების მონიტორინგისთვის აუცილებელი ინდიკატორების დიდი ნაწილი გროვდება დაავადებების რუტინული სტატისტიკის, კიბოს რეგისტრის, კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის, არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების და სხვა კვლევების ფარგლებში. შეფასებისა და მონიტორინგის პროცესში ასევე გამოყენებული იქნება სიკვდილიანობასა და მის გამომწვევ მიზეზებთან ასოცირებული ინდიკატორები, რომლებიც გენერირდება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურში.

აგდ ეპიდემიოლოგიის ხარისხის შეფასებისთვის, ასევე დაგეგმილია ოპერაციული კვლევების განხორციელება (სამოქმედო გეგმის შესაბამისად).

მონაცემთა აღნიშნული წყაროების საფუძველზე მიღებული იქნება სტრატეგიული გეგმის ინდიკატორების მონაცემები შესაბამისი პერიოდულობით.

დკსჯეც პასუხისმგებელია ინდიკატორების შესახებ ინფორმაციის მოგროვებაზე, ვალიდაციაზე, ანალიზსა და ანგარიშგებაზე, ქვეყნის აგდ საკოორდინაციო საბჭოსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წინაშე.

დკსჯეც-ის მიერ ყოველწლიურად მზადდება აგდ და მისი რისკის ფაქტორების გავრცელების თავისებურებების შესახებ ანგარიში, რომელიც წარედგინება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს.

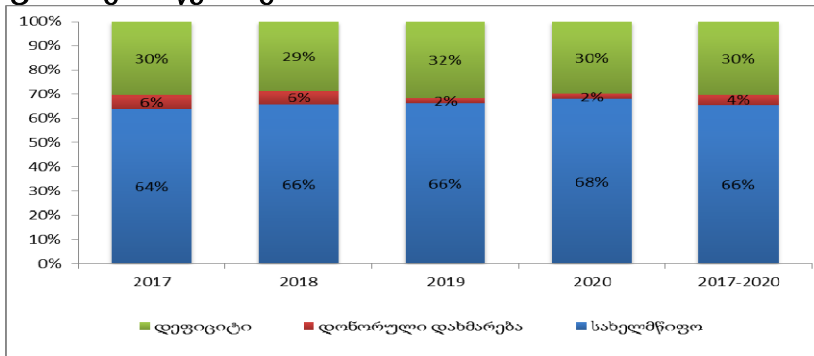
7. აგდ-ის პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების დაფინანსება

მაღალი ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების გამო, არაგადამდები დაავადებები მნიშვნელოვან ფინანსურ და საზოგადოებრივ ტვირთს წარმოადგენს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისთვის. ეროვნული სტრატეგიის ღონისძიებების ბიუჯეტის გაანგარიშებები განხორციელდა ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის, მოცვის დაგეგმილი მაჩვენებლების და მომსახურების პოტენციალის გათვალისწინებით. ერთეულის ხარჯები

ეფუძნება დღეისათვის არსებულ ფასებს ადგილობრივი ინფლაციის და საერთაშორისო ფასების ტენდენციებიდან გამომდინარე.

2017-2020 წლებში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების დაფინანსებისათვის საჭირო თანხის მოცულობა 774 მლნ. ლარია (დანართი 3). სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრებით მოხდება პრიორიტეტული მიმართულებების 66%-ის დაფინანსება, რაც შეადგენს დაახლოებით 511 მლნ. ლარს ოთხი წლის განმავლობაში. დონორი ორგანიზაციების მიერ გამოყოფილი თანხებით იფარება საჭიროებათა მხოლოდ 4-5%. სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების დასაფინანსებლად საჭირო დეფიციტი თითქმის 30%-ია და 2017-2020 წლებში სულ 233 მლნ ლარს წარმოადგენს (სურათი 1).

სურათი 1. არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების დაფინანსების წყაროები



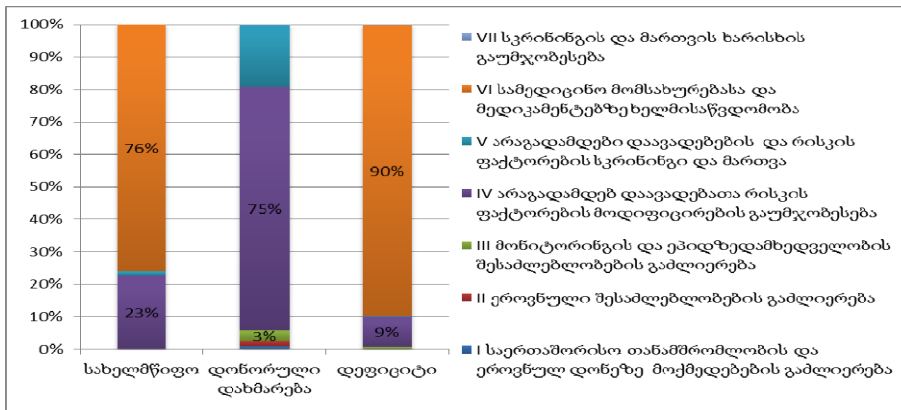
როგორც სურათი 2-დან ჩანს, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხების 99% მიმართული იქნება არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების მართვაზე, სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებით მკურნალობაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე.

დონორული დახმარებების უდიდესი ნაწილი (97%) მოხმარდება არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირების გაუმჯობესებას, მონიტორინგის და ეპიდზედამხედველობის შესაძლებლობების გაძლიერებას, არაგადამდები დაავადებების და ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების სკრინინგსა და მართვას.

დაფინანსების დეფიციტი (90%) უფრო მეტად აღინიშნება ძირითადი არაგადამდები დაავადებების მედიკამენტური მკურნალობის ნაწილში. თუმცა დიდი ძალისხმევა იქნება მიმართული აღნიშნული მიმართულებით ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისათვის ფინანსური ტვირთის შესამსუბუქებლად.

4.5.2 აქტივობით „C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროექტის განხორციელების ხელშეწყობა“ გათვალისწინებული ღონისძიებების დაფინანსება განხორციელდება საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის მეშვეობით (154 მლნ. ლარი 2017-2020 წწ).

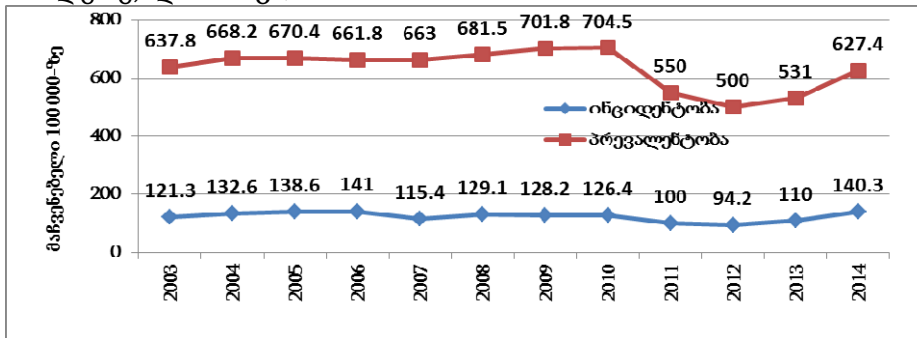
სურათი 2. სტრატეგიული მიზნების დაფინანსების წყაროების ხვედრითი წილი 2017-2020 წლებში



სტრატეგიული გეგმის დეტალური ბიუჯეტი, მიზნებისა და ამოცანების მიხედვით დაფინანსების წყაროები მოცემულია დანართ 3-ში.

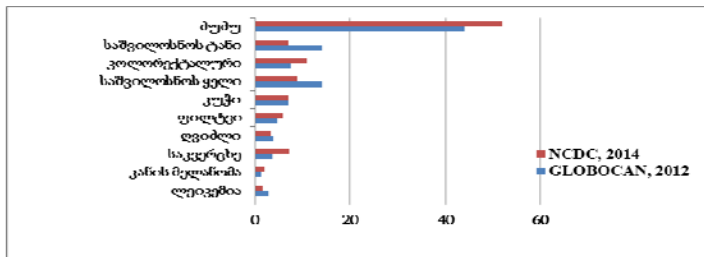
დანართი 1. მონაცემები

სურათი №1. ონკოლოგიურ დაავადებათა ინციდენტობისა და პრევალენტობის (100000 მოსახლეზე) დინამიკა, 2003-2014



წყარო: დკსჯეც

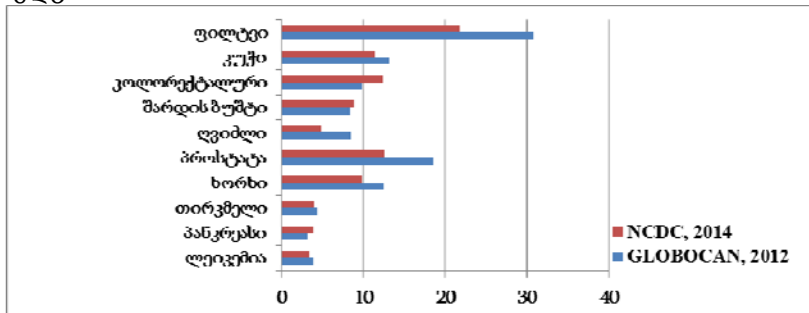
სურათი №2. ქალთა შორის ათი ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური დაავადების ინციდენტობა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCD, 2014) და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (GLOBOCAN, 2012) მიხედვით



წყარო: დკსჯეც

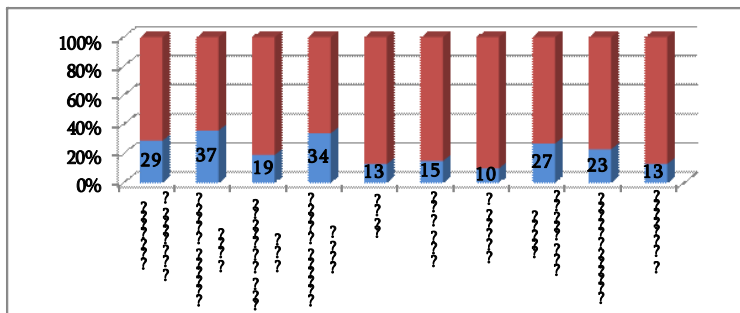
სურათი №3. მამაკაცთა შორის ათი ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური დაავადების ინციდენტობა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული

ცენტრის (№CDC, 2014) და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (GLOBOCAN®, 2012) მიხედვით



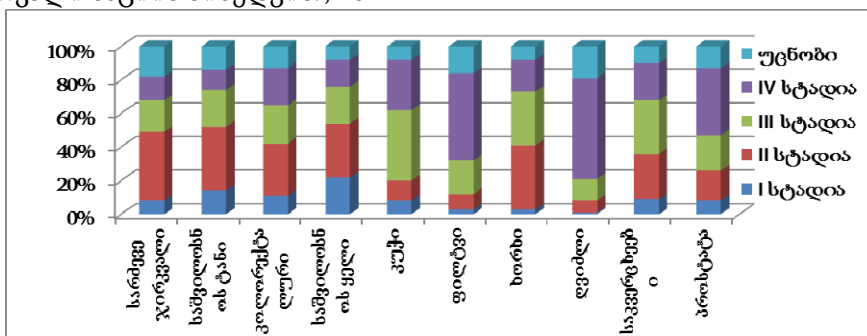
წყარო: დკსჯეც

სურათი №4. ხუთი და მეტი წელი აღრიცხვაზე მყოფ პაციენტთა ხვედრითი წილი კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით, 2014



წყარო: დკსჯეც

სურათი №5. ონკოლოგიურ დაავადებათა სტადია დიაგნოზის დადგენისას კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით, 2014



წყარო: დკსჯეც

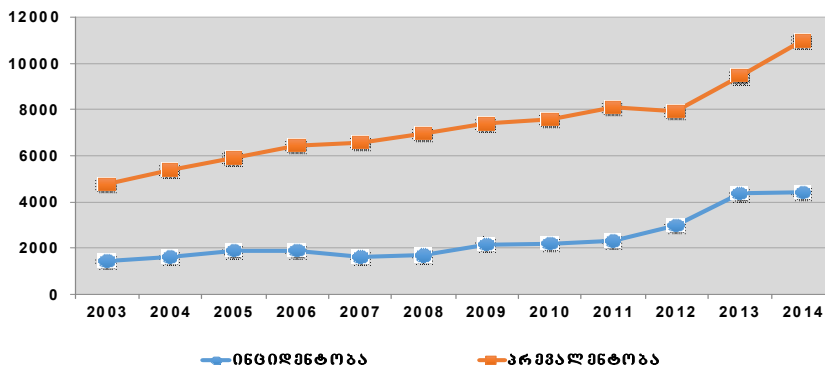
ცხრილი №1. მოსახლეობის ჩართულობა (მოცვა) კიბოს სკრინინგის პროგრამაში კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით, 2014

კიბოს ლოკალიზაცია	მიზნობრივი პოპულაცია	12-თვიანი პერიოდის მიზნობრივი პოპულაცია	ბენეფიციართა რაოდენობა 12 თვეში	მოცვის მაჩვენებელი (%)
ბუბუ	588 353	294177	21865	7,4

საშვილოსნოს ყელი	807 257	269086	23532	8,7
პროსტატა	268 341	268 341	6178	2,3
კოლორექტალური	654 694	654 694	6417	1,0

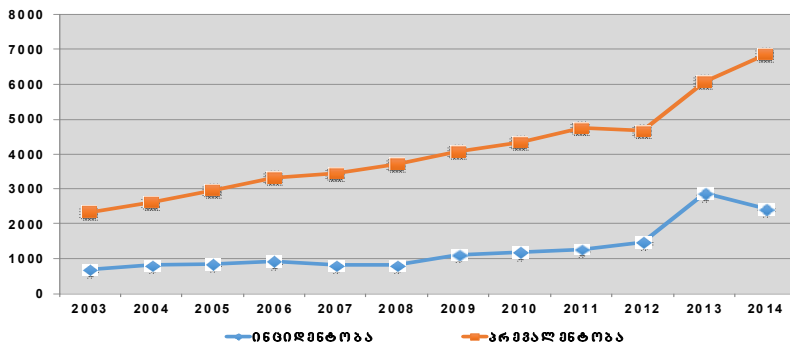
წყარო: დკსჯეც

სურათი №6. სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელება, საქართველო, 2003-2014



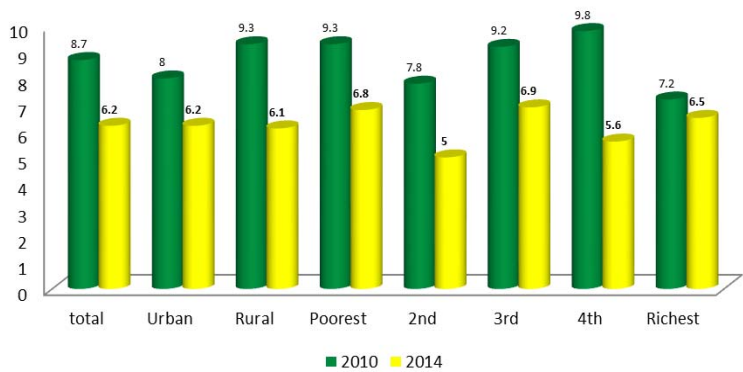
წყარო: დკსჯეც

სურათი №7. ჰიპერტენზიული ავადმყოფობების გავრცელება, საქართველო, 2003-2014



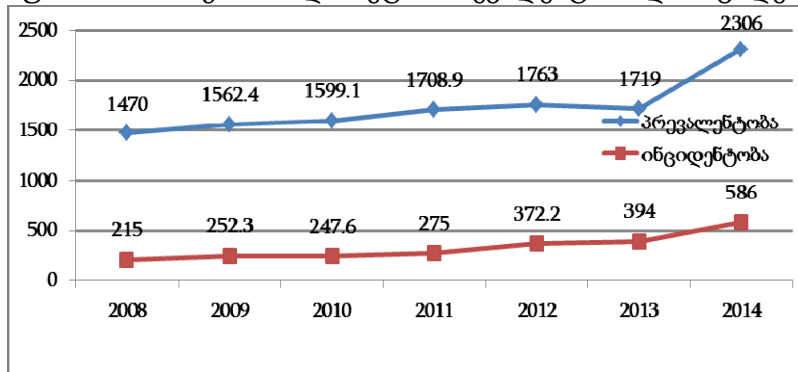
წყარო: დკსჯეც

სურათი №8. იმ პირთა პროცენტული წილი, რომელთაც აღნიშნეს, რომ იყვნენ ავად და მიმართეს თვითმკურნალობას ბოლო 30 დღის განმავლობაში, 2010 და 2014 წლებში



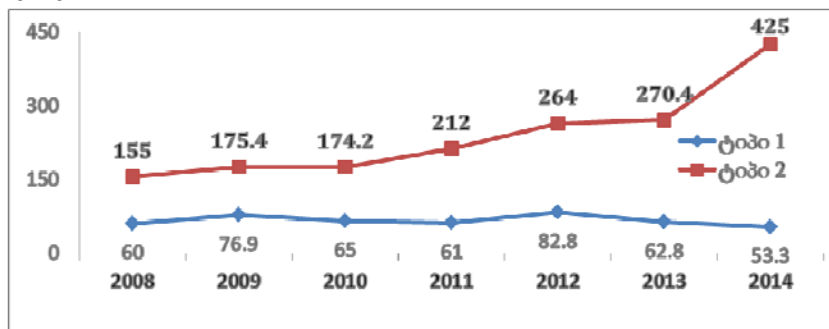
წყარო: ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა, 2014.WHO,USAID,WB

სურათი №9. შაქრიანი დიაბეტის პრევალენტობა და ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე 2008-2014



წყარო: დკსჯეც

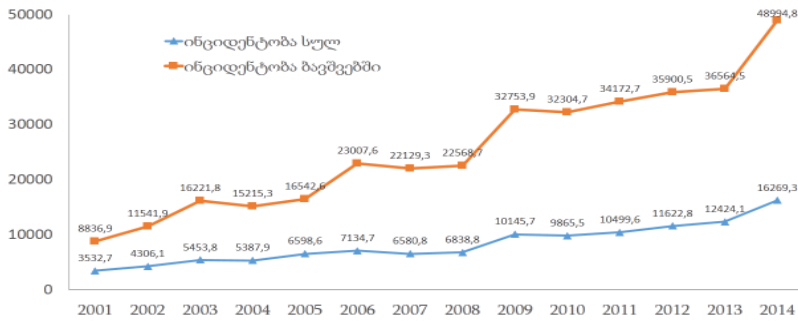
სურათი №10. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1-ისა და ტიპი 2-ის ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე, 2010-2014



წყარო: დკსჯეც

სურათი №11

სასუნთქი სისტემის დაავადებების ინციდენტობა 2001-2014, საქართველო



წყარო: დესჯეც

დანართი 2. არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის და კონტროლის სამოქმედო გეგმის შესრულების ინდიკატორები, 2017-2020

აქტივობა	გეგმის განხორციელების შეფასების ინდიკატორი	საბაზისო მონაცემი (2016/2015)	სამიზნე მონაცემი (2020)	განხორციელების ვადები					
				2016	2017	2018	2019	2020	
1. საერთაშორისო თანამშრომლობის და ეროვნულ დონეზე მოქმედებების გაძლიერება ავტოპრევენციის და კონტროლის ღონისძიებების ქვეყნის ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტად აღიარების მისაღწევად									
1.1.1.	ავტოპრევენციის და კონტროლის 2017-2020 წწ სამოქმედო გეგმის განხილვა და ინტერვენციული პროექტების შესახებ შეთანხმების მიღწევა	ავტოპრევენციის და კონტროლის 2017-2020 წწ სამოქმედო გეგმა საპარლამენტო კომიტეტის სხდომაზე განხილულია	შემუშავებულია	დამტკიცებულია		P			
1.1.2.	ავტოპრევენციის და კონტროლის ღონისძიებათა განხორციელების გეგმის, მონიტორინგის და შეფასების ინდიკატორების ჩარჩოს და პასპორტების შემუშავება არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გლობალური მონიტორინგის ჩარჩოს შესაბამისად, არსებული ინდიკატორების ჩარჩოს გადახედვა	ავტოპრევენციის და კონტროლის ღონისძიებათა განხორციელების გეგმა შემუშავებულია ღონისძიებათა მონიტორინგის და შეფასების ინდიკატორების ნუსხა მომზადებულია	სამუშაო ვერსია	მომზადებულია	P				
1.2.1.	საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ერთად კვლევის განხორციელება	ავტოპრევენციის და კონტროლის ავადობის და სიკვდილიანობის და ავტოპრევენციის და კონტროლის	მონაცემი არ არის	ჩატარებულია გამოქვეყნებულია	P	P	P	P	P

		<p>ლონისძიებების ეფექტიანობის და ხარჯთეფექტურობის შესახებ შეფასების კვლევები</p> <p>ჩატარებულია, ანგარიში მომზადებულია</p> <p>- საერთაშორისო მტკიცებულებების შესახებ ანგარიში მომზადებულია</p>							
1.3.1	<p>საერთაშორისო მტკიცებულებების მოძიება და გავრცელება</p>	<p>რეკომენდაციები აგდ-ის პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებათა რესურსებით უზრუნველყოფის შესახებ მომზადებულია</p>	<p>მონაცემი არ არის</p>	<p>მომზადებულია</p>	P	P	P	P	P
1.3.2	<p>აგდ-ის პრევენციის და კონტროლის სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული ღონისძიებების განსახორციელებლად საჭირო რესურსების შეფასება და მდგრადი რესურსებით უზრუნველყოფის თაობაზე რეკომენდაციების მომზადება</p>	<p>აგდ პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებების ბიუჯეტი გაზრდილია</p>	<p>მიმდინარეობს მუშაობა</p>	<p>მომზადებულია</p>	P	P	P	P	P
1.4.1	<p>სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული ღონისძიებების მონიტორინგის, შეფასების და სამიზნე მაჩვენებლების შესრულება, მიღწეული შედეგების, გამოვლენილი საჭიროებების, არსებული გამოწვევების და ეფექტური პროცესების შესახებ ინფორმაციის გაცემა; საერთაშორისო და დონორ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის გამლიერება</p>	<p>აგდ პრევენციის და კონტროლის სამოქმედო გეგმის შესრულების შესახებ საერთაშორისო დონორ ორგანიზაციებთან ინფორმაციის რეგულარული გაცემა და ანგარიშგება მიმდინარეობს</p>	<p>თანამშრომლობა დაწყებულია</p>	<p>ხორციელდება რეგულარული გაცემა და ანგარიშგება</p>	P	P	P	P	P
1.4.2.	<p>აგდ პრევენციის და კონტროლის გლობალურ და რეგიონულ ალიანსებში გაწევრიანება და ინიციატივებში მონაწილეობა</p>	<p>აგდ პრევენციის და კონტროლის ალიანსებში, პროფესიულ ორგანიზაციებში მონაწილეობის და თანამშრომლობის მოკლე და საშუალო ხანგრძლივობის გეგმა</p>	<p>თანამშრომლობა დაწყებულია (ოსტეოპოზის საერთაშორისო გაერთიანება; -გულის მსოფლიო ფონდი;</p>	<p>საერთაშორისო ალიანსებთან თანამშრომლობა დაწყებულია</p>	P	P	P	P	P

		და შესრულების ანგარიში მომზადებულია	-მსოფლიო აქტივობა- მარლი და ჯანმრთელობა და სხვ.)						
2. ეროვნული შესაძლებლობების გაძლიერება ავღ პრევენციის და კონტროლის ღონიძიებათა შემუშავების, განხორციელებისა და შეფასების თვალსაზრისით									
2.1.1	საჭიროებების შესაბამისად სშესდს, დკსჯეც შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულების თანამშრომელთა ავღ პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებებში ოპერირების ხელშეწყობა ტრენინგებით და კონფერენციებში მონაწილეობით	ანგარიშები სშესდს, დკსჯეც სტრუქტურული ერთეულების თანამშრომელთა საერთაშორისო შეხვედრებში, ტრენინგებში და კონფერენციებში მონაწილეობის შესახებ მომზადებულია	აქტიურად არიან ჩართული საერთაშორისო შეხვედრებში, ტრენინგებსა და კონფერენციებში	ხელშეწყობა გრძელდება	P	P	P	P	P
3. არაგადამდებ დაავადებათა და მათთან ასოცირებული რისკის ფაქტორების მონიტორინგის და ეპიდზედამხედველობის გაძლიერება									
3.1.1	შესაბამისი მარეგულირებელი ბაზის განახლება საჭირო ინდიკატორების გენერირებისა და რუტინულად მფგროვების ხელშეწყობად	ავღ და რისკის ფაქტორების ეპიდზედამხედველობის სისტემის და მონიტორინგის ინდიკატორების ნუსხა მომზადებულია	არსებობს მარეგულირებელი ბაზა, რომელიც საჭიროებს განახლებას	შემუშავებულია		P	P	P	P
3.2.1	ავღ რისკის ფაქტორების კვლევების პერიოდული განხორციელება	ავღ რისკის ფაქტორების კვლევები ჩატარებულია	STEPS, 2010	STEPS, 2016 და 2020 ჩატარებულია დამუშავებულია	P				P
3.2.2	გსდ რისკის ფაქტორების კვლევების დაგეგმვა- განხორციელება შერჩეულ დაწესებულებებსა და რეგიონებში	- მომზადებულია დაწესებულებებისა და რეგიონების ჩამონათვალი, სადაც განხორციელდა გსდ რისკის ფაქტორების კვლევა; - ჩატარებული კვლევის ანგარიში მომზადებულია	ჩატარებული კვლევები	ჩატარებულია და შედეგები დამუშავებულია	P	P	P	P	P
3.2.3	ნუტრიციული (მ. შ. მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის) ზედამხედველობისა და მონიტორინგის ეროვნული სისტემის ფორმირება	- შეფასებულია რკინის დეფიციტის პრევალენტობა 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში; - შეფასებულია რკინის და იოდის დეფიციტის პრევალენტობა 2 წლამდე ასაკის ბავშვებსა და ორსულებში; - შეფასებულია იოდის დეფიციტის	მიმდინარეობს მუშაობა	სისტემა ჩამოყალიბებულია	P	P	P	P	P

		პრეკლენტობა 12-13 წლის ასაკის ბავშვებში; – შესაბამისი ანემიის პრეკლენტობა 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში.							
3.3.1	სიკვდილიანობის მიზეზების რეგისტრირების მექანიზმის დახვეწა შესაბამისი საკანონმდებლო ცვლილებების საშუალებით	მომზადებულია სიკვდილის მიზეზების რეგისტრატორთა რ-ბა, რომელთაც გაიარეს ტრენინგი	უნდა განისაზღვროს	რეგისტრატორთა 100% ტრენირებულია	P	P	P	P	P
3.3.2	სიკვდილიანობის მიზეზების რეგისტრაციის განმახორციელებელთა ტრენინგი მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით	შემუშავებულია სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის მექანიზმი, განხორციელებულია საკანონმდებლო ცვლილებები	უნდა განისაზღვროს	შემუშავებულია დანერგულია		P	P	P	
3.3.3	სიკვდილიანობის მიზეზების რეგისტრაციის მონიტორინგი	მომზადებულია სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის მონიტორინგის ანგარიში	არ ხდება სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის მონიტორინგი	მონიტორინგი მიმდინარეობს		P	P	P	P
3.4.1	შესაბამისი მარეგულირებელი კანონმდებლობის შემუშავება/ადაპტირება რეგისტრის ფუნქციონირების და ინფორმაციის რუტინული ანგარიშების უზრუნველსაყოფად	აგდ რეგისტრების დანერგვის მიზნით დამტკიცებული მთაურობის დადგენილება /განკარგულება /ზრმანება მომზადებულია	2016 წელს განხორციელდა ცვლილება	განახლებული რეგულაციები შემუშავებულია დანერგულია		P	P	P	P
3.4.2	დიაბეტი ტიპი 2-ის, ინსულტის, მიოკარდიუმის ინფარქტის რეგისტრის რელევანტური მოდელის განსაზღვრა, შემუშავება და დანერგვა	– დიაბეტი ტიპი 2-ის, ინსულტის, მიოკარდიუმის ინფარქტის რეგისტრაციის მექანიზმი შექმნილია; შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც ჩართული არიან დიაბეტი ტიპი 2-ის, ინსულტის, მიოკარდიუმის რეგისტრის სისტემაში	არ ფუნქციონირებს	შემუშავებულია დანერგულია				P	P
3.5.1	აგდ ეპიდზედამხედველობის, მონიტორინგისა და შესასვლის სისტემების გაუმჯობესების ხელშესაწყობად ტრენინგების ჩატარება დკსჯეც-ის თანამშრომლებისთვის	აგდ ეპიდზედამხედველობის, მონიტორინგისა და შესასვლის სისტემების გაუმჯობესების მიზნით ჩატარებულია ტრენინგები, მომზადებულია ანგარიში, სადაც	პერიოდულად ტარდება პუჯრ-ის ექიმებისთვის	- სწავლება გავლილი აქვს საჭიროების მქონე ყველა თანამშრომელს და პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებს		P	P	P	P

		ასახულია: 1.ჩატარებული ტრენინგების რ-ბა; 2.დესჯეც-ის თანამშრომელთა რ-ბა, რომელთაც გაიარეს სწავლება 3. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების რ-ბა, რომელთაც გაიარეს შესაბამისი სწავლება							
3.5.2	აგდ ეპიდზედამხედველობის, მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების გაუმჯობესების ხელშესაწყობად ტრენინგების ჩატარება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისთვის	ჩატარებულია აგდ რეგისტრის და რუტინული სტატისტიკის ფარგლებში შეკრებილი მონაცემების ვალიდაციის კვლევები, მომზადებულია ანგარიში	უნდა განისაზღვროს ჩატარების პერიოდულობა, დიზაინი	ეპიდზედამხედველობის სისტემის შეფასება ჩატარებულია		P	P	P	P
3.5.3	რეგისტრების და რუტინული სტატისტიკის ფარგლებში გენერირებულ მონაცემთა რეგულარული ვალიდაცია		ვალიდაციის სისტემა შესამუშავებელია	რეგულარულად ტარდება მონაცემთა ვალიდაცია			P	P	P
4. არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების მოდიფიცირების გაუმჯობესება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლების გზით									
4.1.1	თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენციით ნაკისრი ვალდებულებების და ასევე „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონის აღსრულების ხელშეწყობა. კონვენციაში მონაწილე მხარეთა მიერ მიღებული სახელმძღვანელო პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობა	განხორციელებული თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენციით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულების მიზნით დანერგილი კანონების შესრულების რევიზია / მომზადებულია კონტროლის შესახებ ანგარიში;	საქართველოს მთავრობისთვის განსახილველად წარდგენილია კანონებში ცვლილებების პროექტები	მიმდინარეობს ნაკისრი ვალდებულებების ა და საქართველოს კანონმდებლობის აღსრულების მონიტორინგი		P	P	P	P
4.1.2	საზოგადოებრივი თავშეყრის ობიექტებში თამბაქოს მოხმარების არსებული შემზღუდავი საკანონმდებლო მექანიზმების ხელშეწყობა სრულფასოვანი საკანონმდებლო პაკეტის შემუშავების და გამოყენების გზით	საზოგადოებრივი თავშეყრის ობიექტებში თამბაქოს მოხმარების შემზღუდავი და დანერგილია საკანონმდებლო აქტები/ ბრძანებები; - მომზადებულია ანგარიში მათი დანერგვის და შესრულების შესახებ	საქართველოს მთავრობისთვის განსახილველად წარდგენილია შესაბამის კანონში ცვლილებების პროექტი	კანონმდებლობის აღსრულების მონიტორინგი	P	P	P	P	P
4.1.3	თამბაქოსა და ალკოჰოლის ფასებზე პოლიტიკის შემუშავება და ადვოკატირება	თამბაქოსა და ალკოჰოლის ფასებზე შემუშავებულია და დამტკიცებულია პოლიტიკის	თამბაქო: შემუშავების პროცესშია ალკოჰოლი: უნდა	დამტკიცებული და დანერგილი	P	P	P	P	P

		დოკუმენტი	მომზადდეს						
4.1.4	ალკოჰოლის შესახებ საკანონმდებლო ბაზის დახვეწა და აღსრულების გაუმჯობესების ხელშეწყობა, როგორცაა ალკოჰოლის რეკლამირების, მარკეტინგის, ახალგაზრდებისათვის ალკოჰოლის მიყიდვის, ალკოჰოლურ სასმელებში ალკოჰოლის შემცველობის დოზირების შესახებ	ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების პრევენციის მიზნით: 1. განახლებულია /შექმნილია საკანონმდებლო აქტები 2. დანერგილია საკანონმდებლო აქტები 3. მომზადებულია ანგარიში დანერგილი აქტების აღსრულების შესახებ	დაწყებულია მუშაობა	საკანონმდებლო აქტები განახლებულია /შექმნილია, დანერგილია	P	P	P	P	P
4.1.5	ნასვამ მდგომარეობაში სატრანსპორტო საშუალებების მართვის საწინააღმდეგო კანონმდებლობისა და ნორმატიული აქტების დახვეწა და შესაბამისი ზომები	ნასვამ მდგომარეობაში სატრანსპორტო საშუალებების მართვის პრევენციის მიზნით 1. განახლებულია საკანონმდებლო აქტები; 3. მომზადებულია ყოველწლიურად ჩატარებული რეიდების შესახებ ანგარიში; 2. შეფასებულია მძღოლების %, რომელთაც სისხლში აღმოაჩნდათ ალკოჰოლი შემოწმებისას	დაწყებულია მუშაობა	1.საკანონმდებლო აქტები განახლებულია /შექმნილია, დანერგილია 2. სისხლში ალკოჰოლის შემცველობაზე მიმდინარეობს მძღოლების შერჩევით შემოწმების პროცესი	P	P	P	P	P
4.1.6	საკვებ პროდუქტებზე მარილის, შაქრის, ნაჯერი, უჯერი და ტრანს-ციმების, კალორიებისა და ჯანმრთელობისთვის საშიში ნივთიერებების შემცველობის ეტიკეტირების შესახებ შესაბამისი კანონმდებლობის დახვეწა, დანერგვა და აღსრულების ხელშეწყობა.	1.საკვები პროდუქტების ეტიკეტირების შესახებ განახლებულია კანონმდებლობა, 2. შეფასებულია ეტიკეტირებული საკვები პროდუქტის %	ტრანსციმებითან მიმართებაში ეტიკეტირების მოთხოვნა არსებობს - „სურსათში ინდუსტრიული ტრანსციმირებული ციმების რეგულირებასთან დაკავშირებული სამოქმედო გეგმისა და შესაბამისი ღონისძიებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 27 ნოემბრის №2567 განკარგულებაში	განახლებული კანონმდებლობა დანერგილია	P	P	P	P	P
4.1.7	საზოგადოებრივი კვების ობიექტების, საკვების	მომზადებულია მთავრობის	2015 წლის 27 ნოემბრის	მიღებულია მთავრობის აქტის	P	P	P	P	P

	გადამამუშავებელი და უალკოჰოლო სასმელების საწარმოებისათვის საკვებში ტრანს-ცხიმოვანი მჟავების, ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავების, თავისუფალი შაქრის და სუფრის მარილის შემცველობაზე შეზღუდვების დაწესების ხელშეწყობა	განკარგულება/ დადგენილება საზოგადოებრივი კვების ობიექტების, უალკოჰოლო სასმელების საწარმოებისათვის საკვებში ტრანს-ცხიმოვანი/ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავების, თავისუფალი შაქრის და სუფრის მარილის შემცველობაზე შეზღუდვების დაწესების მიზნით	საქართველოს მთავრობის განკარგულება ; -	დანერგვის ხელშეწყობა						
4.1.8	სკოლებსა და საბავშვო ბაღებში ჯანსაღი საკვების ხელმისაწვდომობის გაზრდა მარეგულირებელი მექანიზმების დანერგვის ხელშეწყობით	მომზადებულია მთავრობის განკარგულება/ დადგენილება სკოლებსა და ბაღებში ჯანსაღი პროდუქტის მიწოდების შესახებ დამტკიცებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გაიდლაინი - „ჯანსაღი და უსაფრთხო კვება სკოლაში“ - საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) დამტკიცების თაობაზე“ სშჯღ მინისტრის ბრძანება №01-306/ო - 27.10.2015	დაწყებულია მუშაობა	სკოლების 50%-ს მიწოდება ჯანსაღი პროდუქტი	P	P	P	P	P	
4.1.9	არაჯანსაღი საკვები პროდუქტების (ნაჯერი ცხიმები, ტრანს-ცხიმები, ჭარბი მარილისა და შაქრის შემცველი, ტკბილი გაზიანი სასმელები) ნებისმიერი სახის მარკეტინგისგან ბავშვების დაცვა	მომზადებულია მთავრობის განკარგულება/ დადგენილება არაჯანსაღი საკვები პროდუქტების ნებისმიერი სახის მარკეტინგისგან ბავშვების დაცვის მიზნით	ტრანსცხიმებთან მიმართებაში მოთხოვნა დამტკიცებულია საქართველოს მთავრობის განკარგულებით №2567 – 27.11.2015	მიღებულია მთავრობის განკარგულება/ ბრძანება	P	P	P	P	P	
4.1.10	საწვავის შემადგენელ მძიმე მეტალებზე, საწარმოო დამაბინძურებლებზე და სხვ. ალერგენებზე (საყოფაცხოვრებო მტვერი, მცენარეული მტვრის მარცვლები, სოკოვანი	- მომზადებულია გარემოს ჯანმრთელობის ეროვნული სამოქმედო გეგმა (№EHAP) - №EHAP-ის ფარგლებში შემუშავებულია და	უნდა განისაზღვოს	გარემოს ჯანმრთელობის ეროვნული სამოქმედო გეგმა (№EHAP) დამტკიცებული და დანერგილია	P	P	P	P	P	

ალერგენები) კონტროლის უზრუნველყოფა მარგულირებელი საკანონმდებლო მექანიზმების შემუშავება- განხორციელების გზით და მეტეოროლოგიური ალერგოპროგნოზის გაუმჯობესებით	დანერგვით მარგულირებელი საკანონმდებლო მექანიზმები							
---	--	--	--	--	--	--	--	--

4.2.1	<p>თამბაქოს, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების, ფიზიკური აქტივობის, სწორი კვების და ზოგადად ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ საკომუნიკაციო კამპანიის (მ.შ. სოციალური და მედია) განხორციელება;</p>	<p>დამტკიცებულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც მოიცავს აგდის ძირითად რისკის ფაქტორებს</p>	<p>პროგრამა დამტკიცებულია , თუმცა არ მოიცავს ყველა რისკის ფაქტორთან ბრძოლის ღონისძიებებს</p>	<p>პროგრამა მოიცავს ყველა რისკის ფაქტორთან ბრძოლის ღონისძიებებს</p>					
		<p>დაბალი ფიზიკური აქტივობის გავრცელება ფარდობითად 10%-ით შემცირებულია</p> <ul style="list-style-type: none"> - გაზრდილია 18-64 წლამდე მოსახლეობის წილი (%), რომელიც იცავს ფიზიკური აქტივობის რეკომენდებულ დონეს - კვირაში -600 მეტრწუთში - გაზრდილია 18-64 წლამდე მოსახლეობის წილი (%), ტიპური კვირის განმავლობაში, რომელიც დადის ფეხით ან ხმარობს ველოსიპედს შეუწყვეტილ მინიმუმ 10 წუთის განმავლობაში 	<p>-78% (STEPS 2010)</p> <p>72% (STEPS 2010)</p>	<p>-81% (STEPS 2020)</p> <p>- 74.8% (STEPS 2020)</p>					
		<p>- გაზრდილია 18-64 წლამდე მოსახლეობის წილი (%), რომელიც საშუალოდ მიირთმევენ ხილის და/ან ბოსტნეულის 5 სტანდარტულ პორციაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში</p>	<p>69.6% STEPS 2010</p>	<p>62% STEPS 2020</p>	P	P	P	P	P
		<p>შეფასებულია 18-64 წლის მოზარდებში ჭარბი წონისა და სიმსუქნის პრევალენტობა (%)</p>	<p>-ჭარბი წონა 56.4%;</p> <p>-სიმსუქნე: 25.1% STEPS 2010</p>	<p>ჭარბი წონისა და სიმსუქნის წილიდან ზრდა</p>					
		<p>თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარება შემცირებულია -შემცირებულია თამბაქოს მოხმარებელთა პრევალენტობა (%) 18-64 წლის მოსახლეობაში;</p> <p>- შემცირებულია თამბაქოს ყოველდღიურად მოხმარებელთა პრევალენტობა (%) 18-64 წლის</p>	<p>-30% STEPS 2010</p> <p>- 27.7% STEPS 2010</p>	<p>- 20% STEPS 2020</p> <p>-19.4% STEPS 2020</p>					

4.2.2	თამბაქოსა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების მავნეობის შესახებ ბავშვებისა და მოზარდების ინფორმირებულობის ზრდა განათლების სამინისტროსთან თანამშრომლობით შესაბამისი საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავების, სასკოლო თუ სხვა საგანმანათლებლო პროგრამებში მათი ინტეგრირების გზით	შემუშავებულია თამბაქოსა და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების კონტროლის ღონისძიებათა გაძლიერების ღონისძიებები, რომელიც მოიცავს ბავშვებისა და მოზარდების ინფორმირებულობას	ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამ ადამტკიცდა 2015 წელს	ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა ფუნქციონირებს	P	P	P	P	P
4.2.3	თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის საკონსულტაციო სერვისების განვითარების ხელშეწყობა	- მომზადებულია თამბაქოს კვამლისგან თავისუფალი გარემოს ხელშეწყობის მიზნით კანონთა და საკანონმდებლო აქტების სრულყოფილი პაკეტი; - შეფასებულია თამბაქოს კვამლისგან თავისუფალი საზოგადოებრივი თავშეყრის ობიექტების %	- საკანონმდებლო აქტები მიღებულია	- მიღებულია და ამოქმედებულია; -საზ. თავშეყრის ობიექტების აბსოლუტურ უმრავლესობაში მოწევა აკრძალულია	P	P	P	P	P
4.2.4	მარილის ჭარბი მოხმარების მავნეობისა და მისი მოხმარების დღე-ღამური დოზის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება და ცნობიერების ზრდა	1. დამტკიცებულია და დანერგულია მარილის ჭარბი მოხმარების შემცირების სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2. შეფასებულია 18 წელზე მეტი ასაკის მოზრდილი პოპულაციის მიერ ყოველდღიურად მოხმარებული მარილის (გრ) საშუალო მაჩვენებელი	1.სტრატეგის სამუშაო ვარიანტი შემუშავებულია; 2. საბაზისო მონაცემი მიიღება STEPS 2016	1.სტრატეგია დანერგულია 2. 2020 წლისთვის მარილის მოხმარების შემცირება 15%-ით		P	P	P	P
4.2.5	საკვები პროდუქტების შესახებ მომხმარებლების ინფორმირებულობის გაზრდა Codex Alimentarius საერთაშორისო ეტიკეტების სტანდარტების დანერგვით	გაზრდილია საკვები პროდუქტების %, რომლის ეტიკეტზეც მითითებულია მარილის, შაქრის, ტრანსცხიმების და სხვ. შემადგენლობა	ინფორმაცია არ არის	საკვები პროდუქტების ეტიკეტის 70%-ზე მითითებულია მარილის, შაქრის, ტრანსცხიმების და სხვ. შემადგენლობა	P	P	P	P	P
4.3.1	ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში;	-ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობის მიზნით განისაზღვრა ახალი პარკები და	უნდა განისაზღვროს	- პარკებისა და დასასვენებელი ადგილების რაოდენობა დიდ		P	P	P	P

		დასასვენებელი ადგილები - კეთილმოწყობილია ველოსიპედით გადასადგილებელი ბილიკების რაოდენობა დიდ ქალაქებში		ქალაქებში გაზრდილია 20%-ით - ველოსიპედით გადასადგილებელი ბილიკები კეთილმოწყობილია დიდ ქალაქებში.						
4.3.2	4.3.2. ფიზიკურ აქტივობაზე დაფუძნებული რეაბილიტაციის პროგრამების მაქსიმალიზაცია	- ფიზიკურ აქტივობაზე დაფუძნებული რეაბილიტაციის პროგრამები მომზადებული და დანერგილია - რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართულია პაციენტების გაზრდილი რაოდენობა.	მონაცემი არ არის	ფუნქციონირებს ფიზიკურ აქტივობაზე დაფუძნებული რეაბილიტაციის პროგრამები	P	P	P	P	P	P
4.3.3	დამკირავებლისთვის პრაქტიკული რჩევების და საუკეთესო გამოცდილების გაზიარება იმის თაობაზე, თუ როგორ მოახდინონ ფიზიკური აქტივობის პროპაგანდა სამუშაო ადგილებზე	დამკირავებლისთვის მომზადებულია პრაქტიკული რეკომენდაციების პაკეტი სამუშაო ადგილებზე ფიზიკური აქტივობის პროპაგანდის მიზნით	მონაცემი არ არის	პრაქტიკული რეკომენდაციები მომზადებულია და პილოტურად დანერგილია		P	P	P	P	P
4.4.1	ყოველწლიური (თამბაქო, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, არაჯანსაღი კვება, ჭარბი წონა, ფიზიკური აქტივობა) სასწავლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის (ექიმები, ექთნები)	ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ პაციენტთა კონსულტირებაში პჯრ ექიმების როლის გაზრდის მიზნით: - შემუშავებულია / დანერგილი პროგრამები; - პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების რ-ბა, რომელთაც გაიარეს აღნიშნული კურსი	სასწავლო პროგრამები ნაწილობრივ მომზადებულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის ფარგლებში	სასწავლო პროგრამები იმპლემენტირებულია პირველადი ჯანდაცვაში	P	P	P	P	P	P
4.4.2	„თამბაქოს მოწყვეტის მიტოვებისა და პრევენციის“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინი) და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) დანერგვის ხელშეწყობა	- პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების რ-ბა, სადაც დანერგილია რეკომენდაცია და სახელმწიფო სტანდარტი; - პაციენტების რ-ბა, რომელთაც სახელმწიფო სტანდარტის შესაბამისად	მონაცემი არ არის	გაიდლაინი და პროტოკოლი იმპლემენტირებულია პირველადი ჯანდაცვაში	P	P	P	P	P	P

		მიეწოდებათ სერვისი							
4.4.3	„ალკოპოლური დამოკიდებულების მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ – კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა (გაიდლაინი) და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლი) დანერგვის ხელშეწყობა	- პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების რ-ბა, სადაც დანერგილია რეკომენდაცია და სახელმწიფო სტანდარტი; - პაციენტების რ-ბა, რომელთაც სახელმწიფო სტანდარტის შესაბამისად მიეწოდებათ სერვისი	მონაცემი არ არის	გაიდლაინი და პროტოკოლი იმპლემენტირებულია პირველად ჯანდაცვაში	P	P	P	P	P
4.4.4	„სიმსუქნის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“, კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების დანერგვის ხელშეწყობა	- პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების რ-ბა, სადაც დანერგილია ნაციონალური რეკომენდაცია	მონაცემი არ არის	გაიდლაინი და პროტოკოლი იმპლემენტირებულია პირველად ჯანდაცვაში	P	P	P	P	P
4.5.1	B ჰეპატიტის ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით მიზნობრივი პოპულაციის მასშტაბური მოცვა	მიზნობრივი პოპულაციის B ჰეპატიტის ვაქცინით ნულოვანი, პირველი, მეორე და მესამე დოზებით მოცვა მაღალია	2015, მოცვა: - 93% ნულოვანი დოზით; I, II, III დოზებით 96%, 94.4% და 93.7%	95%-ზე მაღალი	P	P	P	P	P
4.5.2	C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროექტის განხორციელების ხელშეწყობა	- პაციენტებს ჩატარებული აქვთ სპეციფიკური მკურნალობა; - მკურნალობის შედეგად პაციენტთა % ვირუსისგან თავისუფალთა	-9600-ზე მეტმა პაციენტმა უკვე დამთავრა მკურნალობა; მკურნალობის შემდეგამოკვლეული 1000 პაციენტიდან 84% თავისუფალია	C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა 90%-ის გამოკვლეულია, C ჰეპატიტის ქრონიკული ფორმის მქონეთა 95% ნამკურნალებია და მკურნალობის შედეგად 95% განკურნებულია	P	P	P	P	P
4.5.3	ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო იმუნოზაციის დანერგვა	- მიზნობრივ პოპულაციაში ვაქცინაცია დანერგილია	სავალდებულო აგრების ნუსხაში არ არის შეტანილი	შეტანილია სავალდებულო აგრების ნუსხაში	P	P	P	P	P
4.6.1	ჯანსაღი გარემოს შესახებ არსებული კანონმდებლობისა და შეთანხმების დანერგვა მავნე ფაქტორების (როგორცაა რადონი, ტყვია, ულტრაისფერი გამოსხივება, აზბესტი) ექსპოზიციის შემცირების	- სამუშაო ადგილებსა და სასწავლო დაწესებულებებში ჯანსაღი გარემოს შესახებ განახლებულია საკანონმდებლო ბაზა; - განახლებულია სტანდარტები; - დაწესებულებების რ-	მონაცემი არ არის	-დანერგილი / შემუშავებული სტანდარტები;		P	P	P	P

	მიზნით	ბა, სადაც ფასდება მავნე ფაქტორების არსებული დონე							
5. არაგადამდები დაავადებების და ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების სკრინინგი და მართვა									
5.1.1	გსდ რისკის ფაქტორების სკრინინგი და 10 წლიანი პერსონალური კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასების დანერგვა	სამედიცინო დაწესებულებათა რ-ბა, სადაც აგდ რისკ-ფაქტორების სკრინინგის და 10 წლიანი კარდიოვასკულური რისკის განსაზღვრა დანერგილია	მონაცემი არ არის	მომზადებულია და ხორციელდება		P	P	P	P
5.1.2	ჰიპერტენზიის გამოვლენის და სისხლის მაღალი წნევის მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემის ფორმირება	- 18-64 წლის ასაკის მოზრდილებში მომატებული არტერიული წნევის პრევალენტობა; -არტერიული ჰიპერტენზიის სკრინინგი მიზნობრივ პოპულაციაში დანერგილია, მოცვის მაჩვენებელი მაღალია	- 33.4% STEPS 2010	- 25 % - სისხლის მაღალი წნევის გავრცელება შემცირებულია STEPS 2020		P	P	P	P
5.1.3	შაქრიანი დიაბეტის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემის ფორმირება	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით და კერძო სადაზღვევო სექტორით მოცული სისხლის მაღალი წნევის მართვის ესენციური სერვისების ნუსხა შექმნილია	მონაცემი არ არის	ნუსხა შექმნილია		P	P	P	P
		- 18-64 წლის ასაკის მოზრდილებში სისხლში მომატებული გლუკოზის შემცველობის(დიაბეტის პრევალენტობა განსაზღვრულია;	16.3% STEPS 2010	ჰიპერგლიკემიის /შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება არ იზრდება STEPS 2020	P	P	P	P	P

5.1.4	ჰიპერლიპიდემიის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემის ფორმირება	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით და კერძო სადაზღვევო სექტორით მოცული ჰიპერლიპიდემიის/ მაქრანი დიაბეტის მართვის ესენციური სერვისების წუსხა შექმნილია	მონაცემი არ არის	წუსხა შექმნილია	P	P	P	P	P
		-18-64 წლის ასაკის მოზრდილებში საერთო ქოლესტეროლის მონიტორინგის დონის პრევალენტობა; - სისხლში ლიპიდური ცვლის დარღვევით გამოვლენილ პირთა პრევალენტობა განსაზღვრულია	- 18.1% STEPS 2010 -ჰიპერლიპიდემიის გავრცელების საბაზისო მონაცემი მიიღება STEPS 2016	- 15% SSTEPS 2020; -ჰიპერლიპიდემიის გავრცელება არ იზრდება				P	P
5.1.5	ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემის ფორმირება	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით და კერძო სადაზღვევო სექტორით მოცული ლიპიდური ცვლის დარღვევათა მართვის სერვისების წუსხა მომზადებულია	მონაცემი არ არის	წუსხა შექმნილია		P	P	P	P
		ჭარბი წონითა და სიმსუქნით გამოვლენილ პირთა პრევალენტობა განსაზღვრულია	-ჭარბი წონა 56.4%; -სიმსუქნე: 25.1% SSTEPS 2010	ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გავრცელება არ იზრდება SSTEPS 2020		P	P	P	P
5.2.1	პროფესიონალთა და ფართო საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდა სიმსივნეთა ადრეული ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ	ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით და კერძო სადაზღვევო სექტორით მოცული ჰარბი წონისა და სიმსუქნის მართვის ესენციური სერვისების წუსხა მომზადებულია	მონაცემი არ არის	წუსხა მომზადებულია		P	P	P	P
5.2.2	საშვილოსნოს ყელის, მუცხის და კოლორექტული კიბოს პოპულაციური, ორგანიზებული სკრინინგის და პროსტატის კიბოს სკრინინგის მენეჯმენტის	კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით მომზადებულია: - პჯერ ექიმებისა და მოსახლეობისთვის მომზადებული	მიზნობრივი პოპულაციის სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები: - მუცხუ 7.4%	მიზნობრივი პოპულაციის სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლების 50%-იანი მატება	P	P	P	P	P

	განხორციელება, ხარისხის კონტროლის მკაცრი მექანიზმით	საგანმანათლებლო მასალები; - ჩატრებული ტრენინგები; - მუშუს, საშვილოსნოს ყელის და კოლორექტალური კიბოს სკრინინგით მიზნობრივი პოპულაციის მოცვის მაჩვენებლები; - მომზადებული ხარისხის კონტროლის მექანიზმები	-საშვილოსნოს ყელი 8.7% - კოლრექტალური 1%						
5.3.1	აგდ რისკ-ფაქტორების სკრინინგის, კონსულტირებისა და კონტროლის საკითხების ინტეგრირება უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო პერსონალის, ფარმაცევტების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადმინისტრატორების და სხვა სასწავლო პროგრამებში (მათ შორის, დიპლომის შემდგომ და უწყვეტი სამედიცინო განათლების)	აგდ რისკ-ფაქტორების სკრინინგის, კონსულტირებისა და კონტროლის შესახებ განახლებულია სასწავლო პროგრამები ძირითადი სამედიცინო სპეციალობებისათვის	მონაცემი არ არის	დამუშავებული და დანერგულია			P	P	P
6. აგდ მართვის სამედიცინო მომსახურებასა და მის მედიკამენტურ მკურნალობაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება									
6.1.1	6.1.1. აგდ მართვის სამედიცინო დახმარების სერვისების ინოვაციური დაფინანსების მეთოდების ადოკვატირება და დონორთა ფინანსური დახმარების გაზრდა	აგდ მართვაში სახელმწიფო დაფინანსების წილი განსაზღვრულია	უნდა განისაზღვროს	იზრდება 10-15%-ით			P	P	P
		აგდ მართვაში ინოვაციური დაფინანსების წილი განსაზღვრულია	უნდა განისაზღვროს	იზრდება 10-15%-ით			P	P	P
		აგდ მართვაში დონორთა დაფინანსების წილი გაზრდილია	უნდა განისაზღვროს	შენარჩუნებულია საწყის დონეზე			P	P	P
6.2.1	აგდ პირველადი და მეორეული პრევენციის პაკეტის განსაზღვრა	აგდ პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მართვის სერვისების წილი, რომლებიც დაფარულია სახელმწიფო პროგრამებით	უნდა განისაზღვროს	პაკეტით განსაზღვრული ესენციური დიაგნოსტიკური და სამკურნალო სერვისის ინტეგრირებული შესაბამის სახელმწიფო პროგრამებში			P	P	P
6.2.2	აგდ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯთაღმკვეთი სერვისების უანმრთელობის პროგრამებში და სადაზღვეო სქემებში	სერვისების პროცენტი, რომლებიც დაფარულია სახელმწიფო პროგრამებით	უნდა განისაზღვროს	დამატებითი დიაგნოსტიკური და სამკურნალო სერვისის ინტეგრირებულია			P	P	P

	ინტეგრირების ხელშეწყობა/ადვოკატი-რება			შესაბამის სახელმწიფო პროგრამებში					
6.3.1	მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება (მ.შ. გენერული მედიკამენტების დანიშვნის ხელშეწყობა სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტების განათლების გზით)	აგდ მედიკამენტების რაოდენობა, რომელთა ფასი ადაპტირებულია	მონაცემი არ არის	გენერალურ მედიკამენტებზე ფასები არ იზრდება	P	P	P	P	P
		აღნიშნული სერვისებით დაფარულ პაციენტთა რიცხვი	მონაცემი არ არის	პაციენტთა სულ მცირე 60%, რომლებმაც მიმართეს სამედიცინო დაწესებულებას სერვისის მისაღებად	P	P	P	P	P
6.3.2	გსდ-ის მართვის მიზნით მიზნობრივი პოპულაციის ანტიპიპერტენზიული პრეპარატებით უზრუნველყოფა	საჭიროების მქონე პაციენტთა მოცულის მაჩვენებელი გაზრდილია	მონაცემი არ არის	მოცულია მიზნობრივი პოპულაციის 50%	P	P	P	P	P
6.3.3	მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის მართვის მიზნით სამედიცინო კონსულტაციისა და მედიკამენტური თერაპიის (გლიკემიური კონტროლის ჩათვლით) ხელმისაწვდომობის გაზრდა	მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის მართვის მიზნით მიზნობრივ პოპულაციაში იმ პირთა პროპორცია, რომლებიც ლეზულობენ მედიკამენტურ მკურნალობას და უტარდებთ კონსულტაცია (გლიკემიური კონტროლის ჩათვლით) მიოკარდიუმის ინფარქტის და ინსულტის კონტროლის მიზნით	მონაცემი არ არის	მოცულია მიზნობრივი პოპულაციის 50%	P	P	P	P	P
6.3.4	შაქრიანი დიაბეტის მართვის მიზნით ინსულინით უზრუნველყოფა	პაციენტთა 100% მოცულია	პაციენტთა 100% მოცულია	პაციენტთა 100% მოცულია	P	P	P	P	P
6.3.5	შაქრიანი დიაბეტის მართვის მიზნით პერორალური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	დაწყებულია პერორალური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	მონაცემი არ არის	მოცულია მიზნობრივი პოპულაციის 50%	P	P	P	P	P
6.3.6	ასთმის მართვის მიზნით შესაბამისი მედიკამენტური თერაპიისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა	ხელმისაწვდომობა გაზრდილია	მონაცემი არ არის	მოცულია მიზნობრივი პოპულაციის 50%	P	P	P	P	P
6.3.7	ქრონიკულ დაავადებათა (ონკოლოგიურის ჩათვლით) ქირურგიული მკურნალობის ხელმისაწვდომობის გაზრდა	ხელმისაწვდომობა გაზრდილია	საჭიროების მქონე ყველა პაციენტების ძირითადი ნაწილი მოცულია	საჭიროების მქონე ყველა პაციენტი მოცულია	P	P	P	P	P
6.3.8	ონკოლოგიური	ხელმისაწვდომობა	საჭიროების	საჭიროების მქონე	P	P	P	P	P

	პაციენტებისთვის ქიმიო და ჰორმონოთერაპიის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა	გაზრდილია	მქონე პაციენტების ძირითადი ნაწილი მოცულია	ყველა პაციენტი მოცულია					
6.3.9	ონკოლოგიური პაციენტებისთვის სხივურ თერაპიის და ბირთვული მედიცინის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა	ხელმისაწვდომობა გაზრდილია	სხივური თერაპიის საჭიროების მქონე პაციენტების ძირითადი და ბირთვული მედიცინის საჭიროების მქონე სოციალურია და დაუცველი პაციენტები მოცულია	ხელმისაწვდომობა გაუმჯობესებულია	P	P	P	P	P
7. არაგადამდებ დაავადებათა და მისი რისკის ფაქტორების სკრინინგის და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება									
7.1.1.	აგდ მკურნალობის პროცესში პაციენტის აქტიური ინტეგრირების მიზნით ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის სასწავლო კურსის ადაპტირება პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში	ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის: 1.განახლებული სასწავლო კურსი შექმნილია; 2.ახალი კურსის ფარგლებში მომზადებულია პერსონალი	მონაცემი არ არის	დამუშავებული და დანერგულია		P	P	P	P
7.1.2	არაგადამდებ დაავადებათა მართვის ხარისხის შეფასების ინდიკატორების მომზადება და დანერგვის ინიცირება	ხარისხის შეფასების ინდიკატორები მომზადებულია და დანერგულია	მონაცემი არ არის	ხარისხის შეფასების ინდიკატორები დანერგულია		P	P	P	P
7.2.1	კლინიკური ზედამხედველობის და დაწესებულების შიდა აუდიტის ხელშეწყობა ხარისხის შიდა გუნდის ჩამოყალიბებით, რომელსაც ხელმძღვანელობს დაწესებულების ხარისხის კონტროლზე პასუხისმგებელი მენეჯერი	-ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით შიდა აუდიტის შედეგად განხილული სამედიცინო დოკუმენტაციის შესახებ ანგარიში მომზადებულია; - კლინიკების რ-მა, სადაც ჩამოყალიბებულია ხარისხის მართვის შიდა გუნდი	მონაცემი არ არის	დაწესებულებათა 50%-ზე მეტში ტარდება შიდა კლინიკური აუდიტი და შედეგები ასახულია ანგარიშებში		P	P	P	P
7.2.2	აგდ რისკ-ფაქტორების სკრინინგისა და მართვის პრაქტიკის შემფასებელი ინდიკატორების ინტეგრირების ხელშეწყობა დაწესებულების დონის რუტინული ანგარიშების	მომზადებულია დაწესებულების შიდა ხარისხის შეფასების ძირითადი ინსტრუმენტები	საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2010 წ. 17.12 წ. №385), სშუსდ	დაწესებულებათა უმრავლესობაში ტარდება ხარისხის შიდა შეფასების ძირითადი ინსტრუმენტები დამუშავება და		P	P	P	P

	ფორმებსა და სამედიცინო ბარათებში, საჭირო ინფორმაციის სტანდარტიზაციის და შესაბამისი მარეგულირებელი კანონმდებლობის შემუშავება/გადახედვის გზით		მინისტრის 2012 წ. 12.09 ბრძანება №63)	მათში ასახულია შეფასების შედეგები					
7.2.3	მედიკამენტების ხარისხის და უსაფრთხოების უზრუნველყოფისა და მათ რაციონალურ მოხმარებაზე ზედამხედველობის მექანიზმების სრულყოფა	გაზრდილია სტანდარტული სისტემით (რეცეპტი) გამოწერილი მედიკამენტების ხვედრითი წილი	მონაცემი არ არის	ამოქმედებულია		P	P	P	P
		მედიკამენტების ხარისხის და უსაფრთხოების შეფასების მიზნით ჩატარებულია შემოწმებები, გაფორმებულია ოქმები და გამოვლენილია დეფექტები	მონაცემი არ არის	ამოქმედებულია		P	P	P	P
7.3.1	აგდ-ის მართვის გაიდლაინებისა და რეკომენდაციების დანერგვის კლინიკური ინსტრუმენტების შემუშავება, დამტკიცება და გამოყენება	- ადაპტირებულია გაიდლაინების/ პროტოკოლების რიცხვი - აღნიშნულია რეკომენდაციათა დანერგვის ინსტრუმენტები - მომზადებულია დანერგვის შეფასების სქემები და ინსტრუმენტები	დამტკიცებული გაიდლაინები ხელმისაწვდომი ა შჯსდს-ს ვებგვერდზე	კლინიკური ინსტრუმენტები შემუშავებულია და დანერგილია		P	P	P	P
7.3.2	შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების სქემების შემუშავება: ა) სამედიცინო პერსონალისა და ბ) სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების კონტრაქტირებისათვის	მომზადებულია შედეგებზე ორიენტირებული ანაზღაურების სქემები	უნდა განისაზღვროს	დამუშავებულია ამოქმედებულია			P	P	P

დანართი 3. სტრატეგიის განხორციელების სამოქმედო გეგმა 2017-2020

ხედვა: საქართველოს მოსახლეობისათვის შემსუბუქებული არაგადამდები დაავადებებით განპირობებული ავადობის, სიკვდილობის და ინვალიდობის ტვირთი

მიზანი: არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილობის და ინვალიდობის შემცირება

ამოცანები	აქტივობა	მოსალოდნელი შედეგი	პასუხისმგებელი უწყება	პარტნიორი ორგანიზაცია	ბიუჯეტი წლების მიხედვით					დაფინანსების წყარო
					2016 წელს განხორციელებული აქტივობები (ლარი)	2017 (ლარი)	2018 (ლარი)	2019 (ლარი)	2020 (ლარი)	
<p>1. საერთაშორისო თანამშრომლობის და ეროვნულ დონეზე მოქმედებების გაძლიერება აგდ პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებების ქვეყნის ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტად აღიარების მისაღწევად</p>										

<p>1.1. არაგადამდებ დაავადებათა (გსდ, კიბო, დიაბეტი, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები) პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებათა ინტეგრირება ჯანდაცვის სექტორის განვითარების</p>	<p>1.1.1. აგდ პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წწ სამოქმედო გეგმის განხილვა და ინტერვენციული პროექტების შესახებ შეთანხმების მიღწევა</p>	<p>აგდ პრევენციისა და კონტროლის 2017-2020 წწ. სამოქმედო გეგმა განხილულია და ინტერვენციული პროექტების შესახებ შეთანხმება მიღწეულია</p>	<p>შჯსდს დკსჯცვ საპარლამენტო კომიტეტი</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები პროფესიული ასოციაციები</p>	<p>30 000</p>	<p>30 000</p>	<p>30 000</p>	<p>30 000</p>	<p>30 000</p>	<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი დაფინანსების დევიციტი</p>
<p>ეროვნულ სტრატეგიასა და სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში, ცალკეული მიზნობრივი ჯგუფების საჭიროებების გათვალისწინებით</p>	<p>1.1.2. აგდ პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებათა განხორციელების გეგმის, მონიტორინგის და შეფასების ინდიკატორების ჩარჩოსა და პასპორტების შემუშავება არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გლობალური მონიტორინგის ჩარჩოს შესაბამისად, არსებული ინდიკატორების ჩარჩოს გადახედვა</p>	<p>შეფასების ინდიკატორების ჩარჩო და პასპორტები შემუშავებულია</p>	<p>შჯსდს დკსჯცვ</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებელი პროფესიული ასოციაციები</p>	<p>10 500</p>	<p>10 000</p>	<p>10 000</p>	<p>10 000</p>	<p>10 500</p>	<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი დონორი ორგანიზაციები</p>

<p>1.2. აგდ გამოწვეული ავადობის და სიკვდილიანობის და აგდ-ის პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებების ეფექტიანობის და ხარვეზექტურობის შესახებ მტკიცებულებათა ბაზის ჩამოყალიბება და მიზნობრივი ინფორმაციის გავრცელება (მ.შ. ფართო პიოპულაციურ, დარგობრივ და საკანონმდებლო ხელისუფლების დონეზე)</p>	<p>1.2.1. საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ერთად კვლევის განხორციელება</p>	<p>კვლევა განხორციელებულია, აგდ-ის პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებების ეფექტიანობის და ხარვეზექტურობის შესახებ მტკიცებულებათა ბაზის ჩამოყალიბებულია</p>	<p>შჯსდს დკსჯც</p>	<p>UNFPA USAID MCDDA ღონორი ორგანიზაციები</p>	<p>237 600</p>	<p>80 000</p>		<p>57 450</p>	<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი ღონორი ორგანიზაციები დაფინანსების დევიციტი</p>
<p>1.3. არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებათა განხორციელებისათვის ადეკვატური, პროგნოზირებადი და მდგრადი სახელმწიფო და კერძო რესურსების მობილიზება; შესაბამისი მულტილატერალური, ბილატერალური და კერძო/არასამთავრობო სექტორის პროგრამების განვითარების ხელშეწყობა</p>	<p>1.3.1. აგდ-ის პრევენციის და კონტროლის სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული ღონისძიებების განსახორციელებლად საჭირო რესურსების შეფასება და მდგრადი რესურსებით უზრუნველყოფის თაობაზე რეკომენდაციების მომზადება</p>	<p>მომზადებულია რეკომენდაციები აგდ-ის პრევენციის და კონტროლის სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული ღონისძიებების განსახორციელებლად მდგრადი რესურსებით უზრუნველყოფის თაობაზე</p>	<p>შჯსდს დკსჯც საპარლამენტო კომიტეტი</p>	<p>ღონორი ორგანიზაციები პროექტების განმახორციელებელი პროფესიული ასოციაციები</p>	<p>31 700</p>	<p>51 200</p>	<p>51 200</p>	<p>51 200</p>	<p>ღონორი ორგანიზაციები</p>

<p>1.4. საერთაშორისო თანამშრომლობის გაძლიერება დონორ ორგანიზაციებთან აგდ პრევენციის და კონტროლის სამოქმედო გეგმის შესრულების უზრუნველსაყოფად</p>	<p>1.4.1. სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული ღონისძიებების მონიტორინგის, შეფასების და სამიზნე მაჩვენებლების შესრულება, მიღწეული შედეგების, გამოვლენილი საჭიროებების, არსებული გამოწვევების და ევქტური პროცესების შესახებ ინფორმაციის გაცემა; საერთაშორისო და დონორ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის გაძლიერება</p>	<p>საერთაშორისო და დონორ ორგანიზაციებთან რეგულარულად ხდება ინფორმაციის გაცემა სამიზნე მაჩვენებლების შესრულების, მიღწეული შედეგების, გამოვლენილი საჭიროებების და არსებული გამოწვევების შესახებ</p>	<p>შჯსდს დკსჯც</p>	<p>ჯანმო სხვა დონორი ორგანიზაციები</p>	<p>10 000</p>	<p>15 000</p>	<p>15 000</p>	<p>15 000</p>	<p>15 000</p>	<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი დონორი ორგანიზაციები</p>
<p>ერთიანი შესაძლებლობების გაძლიერება აგდ პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებათა შემუშავების, განხორციელებისა და შეფასების თვალსაზრისით</p>										
<p>2.1 შჯსდს-ის და დკსჯც-ის შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულების გაძლიერება აგდ პრევენციისა და კონტროლის საჭიროებათა შეფასების, სტრატეგიული დაგეგმვის, პოლიტიკის და განხორციელების და მონიტორინგის/შეფასების საკითხებში</p>	<p>2.1.1 საჭიროებების შესაბამისად შჯსდს, დკსჯც შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულების თანამშრომელთა აგდ პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებებში ოპერირების ხელშეწყობა ტრენინგებით და კონფერენციებში მონაწილეობით</p>	<p>სშჯსდს, დკსჯც შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულების თანამშრომლებს გავლილი აქვთ რელევანტური სასწავლო მოდულები</p>	<p>შჯსდს დკსჯც</p>	<p>ჯანმო CDC/ATLA №TA MediPIET UNICEF UNFPA</p>	<p>100 000</p>	<p>100 000</p>	<p>100 000</p>	<p>100 000</p>	<p>100 000</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები</p>
<p>3. არაგადამდებ დაავადებათა და მათთან ასოცირებული რისკის ფაქტორების მონიტორინგის და ეპიდემიოლოგიის გაძლიერება</p>										

<p>3.1. აგდ და რისკის ფაქტორების ეპიდზედამხედველობის სისტემის და მონიტორინგის ინდიკატორების ინტეგრირება ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში, ასევე მათი რუტინულად გენერირების, შერეობის, ანალიზის და გამოყენების ხელშეწყობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად</p>	<p>3.1.1 შესაბამისი მარეგულირებელი ბაზის განახლება საჭირო ინდიკატორების გენერირებისა და რუტინულად მოგროვების ხელშეწყობად</p>	<p>აგდ და რისკის ფაქტორების ეპიდზედამხედველობისა და მონიტორინგის განხორციელების მიზნით საჭირო რეგულაციები შექმნილია</p>	<p>შჯსდს დკსჯც</p>	<p>არასამთავრობო ორგანიზაციები</p>		<p>20 000</p>	<p>20 000</p>	<p>10 000</p>	<p>10 000</p>	<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი დაფინანსების დეფიციტი</p>
<p>3.2 პოპულაციური და დაწესებულებების დონის კვლევების დაგეგმვა და პერიოდული განხორციელება აგდ პრევენციისა და კონტროლის საჭიროებათა შეფასების და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღების ხელშეწყობად</p>	<p>3.2.1. აგდ რისკის ფაქტორების კვლევების პერიოდული განხორციელება</p>	<p>პერიოდულად ხორციელდება აგდ რისკის ფაქტორების კვლევა და ფასდება ტენდენციები</p>	<p>შჯსდს დკსჯც</p>	<p>ჯანმო, CDC/ATLA №TA UNICEF UNFPA</p>						
	<p>3.2.2 გსდ რისკის ფაქტორების კვლევების დაგეგმვა-განხორციელება შერჩეულ დაწესებულებებსა და რეგიონებში</p>	<p>გსდ-ს რისკის ფაქტორების კვლევა შერჩეულ დაწესებულებებსა და რეგიონებში ჩატარებულია, გამოვლენილია მაღალი რისკის რეგიონები (ჯგუფები)</p>	<p>შჯსდს დკსჯც</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებლები პროფესიული ასოციაციები</p>	<p>350 000</p>	<p>250 000</p>	<p>40 000</p>	<p>30 000</p>	<p>250 000</p>	<p>დონორი ორგანიზაციების დაფინანსების დეფიციტი</p>
	<p>3.2.3. ნუტრიციული (მ.შ. მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის) ზედამხედველობისა და მონიტორინგის ეროვნული სისტემის ფორმირება</p>	<p>ნუტრიციული (მ.შ. მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის) ზედამხედველობა და მონიტორინგი გაუმჯობესებულია, გამოვლენილია რისკის ჯგუფები</p>	<p>შჯსდს დკსჯც</p>	<p>UNICEF CDC/ATLA №TA</p>	<p>120 000</p>	<p>120 000</p>	<p>120 000</p>	<p>120 000</p>	<p>120 000</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები</p>

3.3. დემოგრაფიული სტატისტიკისა და სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესება	3.3.1 სიკვდილის მიზეზების რეგისტრირების მექანიზმის დახვეწა შესაბამისი საკანონმდებლო ცვლილებების საშუალებით	სიკვდილის მიზეზების რეგისტრი გაუმჯობესებულია	შჯსდს დასჯავც ჯეოსტატი	იუსტიციის სამინისტრო	0	5 000	5 000	0	0	სახელმწიფო ბიუჯეტი
	3.3.2 სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის განმაზოციელ-ბელთა ტრენინგი მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით	სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის პროცესი და მონაცემთა ხარისხი გაუმჯობესებულია	შჯსდს დასჯავც საესტატი	დონორი ორგანიზაციები;	100 000	80 000	60 000	50 000	40 000	დაფინანსების დეფიციტი
	3.3.3 სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის მონიტორინგი	რუტინულად ხორციელდება სიკვდილის მიზეზების რეგისტრაციის მონიტორინგი	შჯსდს დასჯავც	საესტატი	0	0	0	5 000	5 000	სახელმწიფო ბიუჯეტი
3.4 არაგადამდებ დაავადებათა რეგისტრირების (შესაბამისი ინდიკატორებით) შემუშავებისა და დანერგვის ხელშეწყობა ეროვნული, რეგიონული და ადგილობრივი საჭიროებების უკეთ განსაზღვრის მიზნით	3.4.1 შესაბამისი მარეგულირებელი კანონმდებლობის შემუშავება/ადაპტირება რეგისტრირების ფუნქციონირების და ინფორმაციის რუტინული ანგარიშების უზრუნველსაყოფად	შესაბამისი მარეგულირებელი კანონმდებლობები შემუშავებული/ადაპტირებულია და დანერგილია	შჯსდს დასჯავც	სამედიცინო დაწესებულებები, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები	5 000	10 000	10 000	10 000	10 000	სახელმწიფო ბიუჯეტი
	3.4.2 დიაბეტი ტიპი 2-ის, ინსულტის, მიოკარდიუმის ინფარქტის რეგისტრირების რელევანტური მოდელის განსაზღვრა, შემუშავება და დანერგვა	დიაბეტი ტიპი 2-ის, ინსულტის, მიოკარდიუმის ინფარქტის მონიტორინგი გაუმჯობესებულია	შჯსდს დასჯავც	დონორი ორგანიზაციები; პროფილური ასოციაციები	0	100 000	80 000	40 000	30 000	დაფინანსების დეფიციტი

3.5 მაღალი ხარისხის მონაცემთა გენერირების, მართვის, ანალიზის და ანგარიშების უნარების განვითარების მიზნით, არაგადამდები დაავადებებზე მომუშავე ადამიანური რესურსების უნარ-ჩვევებისა და ინსტიტუციური შესაძლებლობების გაძლიერება და მონაცემთა ვალიდაციის განხორციელება	3.5.1. აგდ ეპიდზედამხედველობის, მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების გაუმჯობესების ხელშესაწყობად ტრენინგების ჩატარება დკსჯეც-ის თანამშრომლებისთვის	დკსჯეც-ის შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულის თანამშრომლებს გავლილი აქვთ სათანადო ტრენინგი	შჯსდს დკსჯეც	დონორი ორგანიზაციები; CDC/ATLA №TA MediPIET	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	დონორი ორგანიზაციები
	3.5.2. აგდ ეპიდზედამხედველობის, მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების გაუმჯობესების ხელშესაწყობად ტრენინგების ჩატარება პირველადი ჯანდაცვის რეგლის ექიმებისთვის	პურ ექიმებს გავლილი აქვთ სათანადო ტრენინგი	შჯსდს დკსჯეც	დონორი ორგანიზაციები	0	400 000	400 000	100 000	100 000	დაფინანსების დევიდტი
	3.5.3. რეგისტრების და რუტინული სტატისტიკის ფარგლებში გენერირებულ მონაცემთა რეგულარული ვალიდაცია	რეგულარულად ტარდება აგდ ეპიდზედამხედველობის სისტემის ვალიდაცია, მონაცემთა ხარისხი გაუმჯობესებულია	შჯსდს დკსჯეც	სამედიცინო დაწესებულებები, პირველადი ჯანდაცვის რეგლი	0	30 000	30 000	30 000	30 000	სახელმწიფო ბიუჯეტი
4. არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების მოდიფიცირების გაუმჯობესება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლების გზით										

	<p>4.1.1. თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციით ნაკისრი ვალდებულებების და ასევე „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონის აღსრულების ხელშეწყობა. კონვენციაში მონაწილე მხარეთა მიერ მიღებული სახელმძღვანელო პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობა</p>	<p>სათანადო რეგულაციები დანერგილია</p>	<p>შჯღს დკსჯეც შსს</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებელი არასამთავრობო ორგანიზაციები</p>						
	<p>4.1.2. საზოგადოებრივი თავშეყრის ობიექტებში თამბაქოს მოხმარების არსებული შემზღუდავი საკანონმდებლო მექანიზმების ხელშეწყობა სრულფასოვანი საკანონმდებლო პაკეტის შემუშავების და გამოყენების გზით</p>	<p>საზოგადოებრივი თავშეყრის ობიექტებში თამბაქოს მოხმარება შემცირებულია</p>	<p>შჯღს დკსჯეც შსს ეს</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებელი პროფესიული ასოციაციები</p>	<p>259 600</p>	<p>101 200</p>	<p>10 000</p>	<p>10 000</p>	<p>10 0000</p>	<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი დონორი ორგანიზაციები</p>
	<p>4.1.3. თამბაქოსა და ალკოჰოლის ფასებზე პოლიტიკის შემუშავება და ადვოკატირება</p>	<p>ფასების პოლიტიკა შემუშავებულია, მიმდინარეობს დანერგვის პროცესები</p>	<p>შჯღს დკსჯეც ფს</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები;</p>						
	<p>4.1.4. ალკოჰოლის შესახებ საკანონმდებლო ბაზის დახვეწა და აღსრულების გაუმჯობესების ხელშეწყობა, როგორცაა ალკოჰოლის რეკლამირების, მარკეტინგის, ახალგაზრდებისათვის ალკოჰოლის მიყიდვების, ალკოჰოლური სასმელებში ალკოჰოლური დოზირების შესახებ</p>	<p>ალკოჰოლის შესახებ საკანონმდებლო ბაზა დახვეწილია, დანერგილია, ხორციელდება აღსრულების მონიტორინგი</p>	<p>შჯღს დკსჯეც ეს ფს</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროფესიული ასოციაციები</p>		<p>10 000</p>	<p>10 000</p>	<p>10 000</p>		<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი</p>
	<p>ნასვამ</p>									

4.3. გარემოსა და ჯანდაცვის სისტემების მოდერნიზაცია ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობის მიზნით	4.3.1. ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში;	ინფორმირე- ბულობა ფიზიკური აქტივობის მნიშვნელობის შესახებ გაზრდილია; მოსახლეობის წილი, რომლებიც ჩართულნი არიან სხვადასხვა სახის ფიზიკურ აქტივობებში, გაზრდილია	შეეს სას რგის							
	4.3.2. ფიზიკურ აქტივობაზე დაფუძნებული რეაბილიტაციის პროგრამების მაქსიმალიზაცია	ფიზიკური აქტივობა ჩართულია რეაბილიტაციის პროცესებში	შეეს	პროფესიუ ლი ასოციაციებ ი		500 000	500 000	500 000		დაფინანსები ს დეფიციტი
	4.3.3. დამკვირვებ- ლისთვის პრაქტიკული რჩევების და საუკეთესო გამოცდილების გაზიარება იმის თაობაზე, თუ როგორ მოახდინონ ფიზიკური აქტივობის პროპაგანდა სამუშაო ადგილებზე	გაზრდილია იმ საწარმოთა წილი, სადაც ფიზიკური აქტივობა დანერგულია სამუშაო ადგილებზე; მოსამსახურეთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება	შეეს დკსჯეც ფს პროფესიული ასოციაციები	პროფესიუ ლ დაავადება თა ინსტიტუტ ი, სსას						

<p>4.4. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისა და სხვა სამედიცინო დაწესებულებების ამბულატორიულ ნაწილებში დაავადებათა პრევენციის პრაქტიკის გაძლიერება</p>	<p>4.4.1. ყოვლისმომცველი (თამბაქო, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, არაჯანსაღი კვება, ჭარბი წონა, ფიზიკური აქტივობა) სასწავლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებსთვის (ექიმები, ექთნები)</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალები ჩართული არიან ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდაში</p>	<p>შჯღს დკსჯეც</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებლები; პროფესიული ასოციაციები</p>					
	<p>4.4.2. „თამბაქოს მოწვევის მიტოვებისა და პრევენციის“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა (გაიდლაინი) და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) დანერგვის ხელშეწყობა</p>	<p>თამბაქოს მოწვევის მიტოვებისა და პრევენციის“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმწიფო სტანდარტი დანერგვით, მიმდინარეობს შესრულების მონიტორინგი</p>	<p>შჯღს დკსჯეც</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებლები; პროფესიული ასოციაციები</p>	<p>100 000</p>	<p>100 000</p>	<p>100 000</p>	<p>100 000</p>	<p>დაფინანსების დეფიციტი</p>
	<p>4.4.3. „ალკოჰოლური დამოკიდებულების მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ – კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა (გაიდლაინი) და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლი) დანერგვის ხელშეწყობა</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალები ჩართული არიან ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების პრევენციის ღონისძიებებში</p>	<p>შჯღს დკსჯეც პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებლები; პროფესიული ასოციაციები</p>					
	<p>4.4.4. „სიმსუქნის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“, კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების</p>	<p>„სიმსუქნის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“, კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური</p>	<p>შჯღს დკსჯეც</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებლები</p>					

4.5. ცალკეულ გადამდებ დაავადებათა ვაქცინაციის ხელშეწყობა და კონტროლის გაძლიერება არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის მიზნით	4.5.1. B ჰეპატიტის ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით მიზნობრივი პოპულაციის მაქსიმალური მოცვა	B ჰეპატიტის ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით მიზნობრივი პოპულაციის მოცვა მაქსიმალურია	შჯსდს დსჯჯე პირველადი ჯანდაცვა	GAVI, დონორი ორგანიზაც იები;	75 500	75 500	75 500	75 500	75 500	სახელმწიფო ბიუჯეტი	
	4.5.2. C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროექტის განხორციელების ხელშეწყობა	გაზრდილია მოსახლეობის ინფორმირებულობა C ჰეპატიტის პრევენციის/თავიდან აცილების შესახებ, დაავადებულთა დიდ წილს ჩატარებული აქვს მკურნალობა, C ჰეპატიტის პრევალენტობა მნიშვნელოვნად შემცირებულია		შჯსდს დსჯჯე	დონორი ორგანიზაც იები; პროექტები ს განმახორცი -ელებლები	26 538 713	32 390 530	37 057 736	43 573 093	40 985 271	სახელმწიფო ბიუჯეტი დონორი ორგანიზაციე ბი დაფინანსების დეფიციტი (C პატიტის ელიმინაციის სტრატეგია)
	4.5.3. ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო იმუნოზაციის დანერგვა	გაზრდილია მოსახლეობის ინფორმირებულობა ადამიანის პაპილომა ვირუსის დადებითი ეფექტების შესახებ, იმუნოზაცია დანერგილია		შჯსდს დსჯჯე	დონორი ორგანიზაც იები; GAVI	0	0	P	P	740 000	დონორი ორგანიზაციე ბი
4.6. სასწავლო დაწესებულებებსა და სამუშაო ადგილებზე ჯანმრთელობის ხელშეწყობი გარემოს ფორმირება	4.6.1. ჯანსაღი გარემოს შესახებ არსებული კანონმდებლობისა და შეთანხმების დანერგვა მავნე ფაქტორების (როგორცაა რადონი, ტყვია, ულტრაიისფერი გამოსხივება, აზბესტი) ექსპოზიციის შემცირების მიზნით	ჯანსაღი გარემოს ხელშეწყობი რეგულაციები დანერგილია, მიმდინარეობს შესრულების მონიტორინგი	შჯსდს დსჯჯე	დონორი ორგანიზაც იები; პროექტები ს განმახორცი -ელებლები	270 000	270 000	270 000	270 000	270 000	სახელმწიფო ბიუჯეტი	
5. არაგადამდები დაავადებების და ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების სკრინინგი და მართვა											

	5.1.1. გსდ რისკის ფაქტორების სკრინინგი და 10-წლიანი პერსონალური კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასების დანერგვა	გსდ რისკის ფაქტორების სკრინინგი და 10-წლიანი პერსონალური კარდიო-ვასკულური რისკის შეფასება დანერგვითა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში	შჯსდს დსკჯეც პირველადი ჯანდაცვის	დონორი ორგანიზაციები	0	30 000	100 000	0	0	დაფინანსების დეფიციტი
5.1. აგდ ბიოლოგიური რისკის ფაქტორების ზეგავლენის შემცირება სკრინინგით (ადრეული გამოვლენა) და მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდით	5.1.2. ჰიპერტენზიის გამოვლენის და სისხლის მაღალი წნევის მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემის ფორმირება	ჰიპერტენზიის გამოვლენის და სისხლის მაღალი წნევის მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემა ფორმირებულია, მიმდინარეობს დანერგვა	შჯსდს დსკჯეც პირველადი ჯანდაცვა	დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებელი პროფესიული ასოციაციები						
	5.1.3. შაქრიანი დიაბეტის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემის ფორმირება	შაქრიანი დიაბეტის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემა ფორმირებულია, მიმდინარეობს დანერგვა	შჯსდს დსკჯეც პირველადი ჯანდაცვა	დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებელი პროფესიული ასოციაციები						დაფინანსების დეფიციტი
	5.1.4. ჰიპერლიპიდემიის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემის ფორმირება	ჰიპერლიპიდემიის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემა ფორმირებულია, მიმდინარეობს დანერგვა	შჯსდს დსკჯეც პირველადი ჯანდაცვა	დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებელი პროფესიული ასოციაციები	0	50 000	50 000	0	0	
	5.1.5. ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემის	ჭარბი წონისა და სიმსუქნის გამოვლენის და მართვის აუცილებელი სერვისების მიწოდების უნივერსალური სისტემა ფორმირებულია,	შჯსდს დსკჯეც	დონორი ორგანიზაციები; პროექტების განმახორციელებელი პროფესიული						

<p>5.2. კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის ხელმისაწვდომობის გაზრდა</p>	<p>5.2.1. პროფესიონალთა და ფართო საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდა სიმსივნეთა ადრეული ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ</p>	<p>გაზრდილია პროფესიონალთა და მოსახლეობის ინფორმირებულობა სიმსივნეთა ადრეული ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ; ადრეულ ეტაპზე გამოვლენილი კიბოს ხვედრითი წილი გაზრდილია</p>	<p>შჯსდს დკსჯკც ეროვნული სკრინინგ ცენტრი</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები</p>	<p>3 000 000</p>	<p>3 000 000</p>	<p>3 000 000</p>	<p>3 000 000</p>	<p>3 000 000</p>	<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი დონორი ორგანიზაციები</p>
<p>5.3. ადამიანური რესურსების პროფესიული ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და პრაქტიკის გაუმჯობესება ადრ და მისი რისკ-ფაქტორების სკრინინგში, მართვასა და კონსულტირებაში</p>	<p>5.3.1 ადრ რისკ-ფაქტორების სკრინინგის, კონსულტირებისა და კონტროლის საკითხების ინტეგრირება უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო პერსონალის, ფარმაცევტების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადმინისტრატორების და სხვა სასწავლო პროგრამებში (მათ შორის დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების)</p>	<p>გაზრდილია პროფესიონალთა ინფორმირებულობა ადრ რისკ-ფაქტორების სკრინინგსა და კონსულტირებაში</p>	<p>შჯსდს განათლების სამინისტრო პროფესიული ასოციაციები</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები პროექტების განმახორციელებლები</p>	<p>0</p>	<p>40 000</p>	<p>40 000</p>	<p>40 000</p>	<p>40 000</p>	<p>დაფინანსების დეფიციტი</p>
<p>6. ადრ მართვის სამედიცინო მომსახურებასა და მის მედიკამენტურ მკურნალობაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება</p>										
<p>6.1. ადრ მართვის სამედიცინო დახმარების სერვისების და</p>	<p>6.1.1. ადრ მართვის სამედიცინო დახმარების სერვისების</p>	<p>ადრ მართვის სამედიცინო დახმარების სერვისების</p>	<p>შჯსდს დკსჯკც ფს</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; პროფესიული</p>		<p>20 000</p>	<p>20 000</p>	<p>10 000</p>	<p>10 000</p>	<p>დაფინანსების დეფიციტი</p>

მედიკამენტური მკურნალობის დაფინანსების სხვადასხვა მექანიზმის ინტეგრირება	ინოვაციური დაფინანსების მეთოდების ადვოკატირება და დონორთა ფინანსური დახმარების გაზრდა	ინოვაციური დაფინანსების მეთოდები შემუშავებულია და დანერგულია		ლი ასოციაციები						
6.2. სახელმწიფო რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის და ხარჯთეფექტურობის გაზრდა სახელმწიფო უანდაცვითი პროგრამებით აგდ პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მლიერი ზეგავლენის სერვისებისა და მედიკამენტების დაფარვის გზით	6.2.1 აგდ პირველადი და მეორეული პრევენციის პაკეტის განსაზღვრა	აგდ პირველადი და მეორეული პრევენციის პაკეტი განსაზღვრულია მიმდინარეობს დანერგვის ხელშეწყობა	შესდს დკსჯც	დონორი ორგანიზაციები; პროფესიული ასოციაციები						
	6.2.2 აგდ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯთეფექტური სერვისების გაანმრთელობის პროგრამებში და სადაზღვეო სქემებში ინტეგრირების ხელშეწყობა/ადვოკატირება	აგდ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯთეფექტური სერვისები გაანმრთელობის პროგრამებში და სადაზღვეო სქემებში ინტეგრირებულია	აგდ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯთეფექტური სერვისები გაანმრთელობის პროგრამებში და სადაზღვეო სქემებში ინტეგრირებულია	შესდს დკსჯც	დონორი ორგანიზაციები; პროფესიული ფარმაცევტული კომპანიები	20 000	5 000	5000	5 000	სახელმწიფო ბიუჯეტი

<p>6.3. არაგადამდებ დაავადებათა მართვის თვალსაზრისით აუცილებელი მედიკამენტების (ჯენერიკების ჩათვლით) და დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მიზნით ძირითადი ტექნოლოგიების ხელმისაწვდომობის გაზრდა მიზნობრივი პოპულაციისთვის</p>	<p>6.3.1 მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება (მ.შ. გენერიული მედიკამენტების დანიშვნის ხელშეწყობა სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტების განათლების გზით)</p>	<p>ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებისადმი გაუმჯობესებუ-ლია; სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტების ინფორმირებუ-ლობა გენერიული მედიკამენტების შესახებ გაზრდილია.</p>	<p>შჯსდს დკსჯც ფარმაცევტული კომპანიები</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები</p>	<p>0</p>	<p>30 000</p>	<p>30 000</p>	<p>30 000</p>	<p>30 000</p>	<p>დაფინანსების დეფიციტი</p>
<p>6.3.2. გსდ-ის მართვის მიზნით მიზნობრივი პოპულაციის ანტიპირეტენ-ზიული პრეპარატებით უზრუნველყოფა</p>	<p>მიზნობრივი პოპულაცია ანტიპირეტენ-ზიული პრეპარატებით უზრუნველყოფა</p>	<p>მიზნობრივი პოპულაცია ანტიპირეტენ-ზიული პრეპარატებით უზრუნველყოფილია</p>	<p>შჯსდს დკსჯც სამედიცინო დაწესებულებები</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; ფარმაცევტული კომპანიები</p>	<p>26 641 807</p>	<p>26 641 807</p>	<p>26 641 807</p>	<p>26 641 807</p>	<p>26 641 807</p>	<p>დაფინანსების დეფიციტი</p>
<p>6.3.3. მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის მართვის მიზნით სამედიცინო კონსულტაციისა და მედიკამენტური თერაპიის (გლიკემიური კონტროლის ჩათვლით) ხელმისაწვდომობის გაზრდა</p>	<p>მართული მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის ხვედრითი წილი გაზრდილია</p>	<p>მართული მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის ხვედრითი წილი გაზრდილია</p>	<p>შჯსდს დკსჯც სამედიცინო დაწესებულებები</p>	<p>დონორი ორგანიზაციები; ფარმაცევტული კომპანიები</p>	<p>19 183 447</p>	<p>19 183 447</p>	<p>19 183 447</p>	<p>19 183 447</p>	<p>19 183 447</p>	<p>დაფინანსების დეფიციტი</p>
<p>6.3.4. შაქრიანი დიაბეტის მართვის მიზნით შესაბამისი გამოკვლევებისა და ინსულინით უზრუნველყოფა</p>	<p>შაქრიანი დიაბეტის მართვა გაუმჯობესებულია</p>	<p>შაქრიანი დიაბეტის მართვა გაუმჯობესებულია</p>	<p>შჯსდს დკსჯც სამედიცინო დაწესებულებები</p>	<p>ფარმაცევტული კომპანიები</p>	<p>8 100 000</p>	<p>8 100 000</p>	<p>8 100 000</p>	<p>8 100 000</p>	<p>8 100 000</p>	<p>სახელმწიფო ბიუჯეტი</p>
<p>6.3.5. შაქრიანი დიაბეტის მართვის მიზნით პერორალური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა</p>	<p>პერორალური მედიკამენტების მიზნით პერორალური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა</p>	<p>პერორალური მედიკამენტების მიზნით პერორალური მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გაზრდილია</p>	<p>შჯსდს დკსჯც სამედიცინო დაწესებულებები</p>	<p>ფარმაცევტული კომპანიები</p>	<p>3 740 723.81</p>	<p>3 740 723.81</p>	<p>3 740 723.81</p>	<p>3 740 723.81</p>	<p>3 740 723.81</p>	<p>დაფინანსების დეფიციტი</p>
<p>6.3.6. ასთმის მართვის მიზნით შესაბამისი მედიკამენტური თერაპიისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა</p>	<p>ასთმის მართვისთვის საჭირო მედიკამენტური თერაპიისადმი ხელმისაწვდომობა გაზრდილია</p>	<p>ასთმის მართვისთვის საჭირო მედიკამენტური თერაპიისადმი ხელმისაწვდომობა გაზრდილია</p>	<p>შჯსდს დკსჯც სამედიცინო დაწესებულებები</p>	<p>ფარმაცევტული კომპანიები</p>	<p>2 690 569.34</p>	<p>2 690 569.34</p>	<p>2 690 569.34</p>	<p>2 690 569.34</p>	<p>2 690 569.34</p>	<p>დაფინანსების დეფიციტი</p>

7. არაგადამდებ დაავადებათა და მისი რისკის ფაქტორების სკრინინგის და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება										
7.1. აგდ და მისი რისკ-ფაქტორების სკრინინგში, მართვასა და კონსულტირებაში ადამიანური რესურსების პროფესიული ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და პრაქტიკის გაუმჯობესება	7.1.1. აგდ მკურნალობის პროცესში პაციენტის აქტიური ინტეგრირების მიზნით ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის სასწავლო კურსის ადაპტირება პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში	პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს გავლილი აქვთ შესაბამისი ტრენინგები	შჯსდს დკსჯეც	სამედიცინო უნივერსიტეტ პროფესიული ასოციაციები	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	სახელმწიფო ბიუჯეტი
	7.1.2. არაგადამდებ დაავადებათა მართვის ხარისხის შეფასების ინდიკატორების მომზადება და დანერგვის ინიცირება	არაგადამდებ დაავადებათა მართვის ხარისხის შეფასების ინდიკატორები მომზადებულია	შჯსდს	პროფესიული ასოციაციები						

7.3. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება, დამტკიცება და მათი აუცილებელი გამოყენების უზრუნველყოფა	7.3.1 აგდ-ის მართვის გაიდლაინებისა და რეკომენდაციების დანერგვის კლინიკური ინსტრუმენტების შემუშავება, დამტკიცება და გამოყენება	მომზადებული და დანერგილია აგდ-ის მართვის გაიდლაინები და პროტოკოლები	შჯსდს პროფესიული ასოციაციები	დონორი ორგანიზაციები; პროფესიული ასოციაციები						
	7.3.2 შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების სქემების შემუშავება ა) სამედიცინო პერსონალისა და ბ) სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების კონტრაქტირებისათვის	შემუშავებულია შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების სქემები	შჯსდს	დონორი ორგანიზაციები; პროფესიული ასოციაციები	0	5 000	5 000	5 000	5 000	დონორი ორგანიზაციები

გამოყენებული ლიტერატურა

1. AP for Prevention and Control of non-Communicable Diseases in the WHO European Region 2016-2025, Copenhagen, Denmark, 2016
2. Addis Ababa Action Agenda of the Thierd International Conference on Financing for Development (Addis Ababa Action Agenda) available at: <http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA-Outcome.pdf>
3. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012
(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>)
4. European food and nutrition action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (EUR/RC64/14;
<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).
5. European Vaccine Action Plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015
6. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012
7. F. Farzadfar, M.M. Finucane, G. Danael et al, national, Regional, and Global Trends in Serum Total Cholesterol Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 321 Country-years and 3.0 Million Participants, On Behalf of the

Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). (Lancet2011, 367: 578–86).

8. F. Serbanescu, V. Egnatashvili, A. Ruiz, D. Suchdev, M. Goodwin, Georgia Reproductive Health Survey, Summary Report (2010); Available from: www.ncdc.ge

9. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013

10. Global Strategy on Diet, Physical activity and Health, WHO, 2004; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy-english-web.pdf>

11. Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol, WHO, 2009; <http://www.who.int/substance-abuse/msbalcstrategy.pdf>

12. GLOBAL STATUS REPORT On nOn-COMMUnICABLE DISEASES, 2014, WHO

13. G. Danaei, MM. Finucane, JK. Lin et al, national, Regional, and Global Trends in Systolic Blood Pressure Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 786 Country-years and 5.4 Million Participants, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). (Lancet2011, 377:568–77).

14. Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st century. <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf-file/0011/199532/Health2020-Long.pdf>

15. Health in all policies (HiAP) framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/cardiovascular-diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf>). Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020>.

-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013).

16. M. Oberg, MS. Jaakkola, A. Woodward, A. Peruga, A. Prüss-Ustün, Worldwide Burden of Disease from Exposure to Second-hand Smoke: a Retrospective Analysis of Data from 192 Countries (Lancet,2011, 377:139–46).

17. Monaldi Archives for Chest Diseases - Pulmonary Series, 2009 - Volume 71, Issue 4,141-146

18. MM. Finucane, GA. Stevens, MJ. Cowan et al, national, Regional, and Global trends in Body Mass Index since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 960 Country-years and 9.1 Million Participants, On Behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). (Lancet2011, 377:557–67).

19. Population Survey on Tobacco Economy and Policy in Georgia (FCTC Implementation and Monitoring Center in Georgia, 2008).

20. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (EUR/RC65/9; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc659-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>)

21. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases. New York: United Nations; 2011 (<http://www.who.int/nmh/events/un-ncd-summit2011/en/>)

22. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centeredness. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015

23. Primary Healthcare Reform Monitoring Project; Georgian Society of Hypertension, 2008

24. Resolution 66/2. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of non-communicable Diseases. In: Sixty-sixth session of the United Nations General Assembly. New York: United Nations; 2011 (A/67/L.36; <http://www.who.int/nmh/events/un-ncd-summit2011/political-declaration-en.pdf>).

25. Roadmap of actions to strengthen implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Region 2015–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (EUR/RC65/10; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6510-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-20152025>).

26. WHO Framework convention on tobacco control, 2003 <http://www.who.int/tobacco/framework/WHO-FCTC-english.pdf>

27. Women Reproductive health survey. <http://www.ncdc.ge/Category/Article/1374>