



# საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის

2017



ევროკავშირი  
საქართველოსთვის

The European Union for Georgia



Empowered lives.  
Resilient nations.

მომზადა საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტმა, ევროკავშირისა და გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP) მხარდაჭერით. პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები ავტორისეულია და არ შეიძლება ჩაითვალოს დონორი ორგანიზაციების პოზიციად.

## **შინაარსი**

<b>შესავალი</b> . . . . .	5
<b>მიზანი და ძირითადი პრინციპები</b> . . . . .	6
1. მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება . . . . .	8
2. მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრები . . . . .	11
3. სამკურნალწამლო საშუალებები . . . . .	14
4. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა . . . . .	16
5. მმართველობა და ჯანმრთელობის დაცვის ელექტრონული სისტემა . . . . .	17
<b>გამოყენებული ლიტერატურა</b> . . . . .	21

## აკრონიმები

ACSCs	ამბულატორიული მომსახურებით მართვადი მდგომარეობები
BMJ	ბრიტანული სამედიცინო ჟურნალი
GEOSTAT	საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
NCDC & PH	ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
STEP	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა
UNFPA	გაეროს მოსახლეობის ფონდი
UNICEF	გაეროს ბავშვთა ფონდი
USAID	აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტო
WHR	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მსოფლიოს ჯანმრთელობის ანგარიში
WHS	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მსოფლიოს ჯანმრთელობის სტატისტიკის ანგარიში
მშპ	მთლიანი შიდა პროდუქტი
პჯდ	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები
ჯანმო/WHO	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
უპგ	უნყვეტი პროფესიული განვითარება
სსდს	სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურები
DTRA	აშშ საფრთხეების შემცირების სააგენტო

## შესავალი

2017 წლის მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციის მიხედვით, საქართველო საშუალოზე დაბალი შემოსავლების ქვეყნების ჯგუფს მიეკუთვნება. მთლიანი შიდა პროდუქტი (მშპ) ერთ სულ მოსახლეზე 2016 წელს 3853 აშშ დოლარი იყო. ქვეყანაში ფარდობითი სიღარიბე მედიანური მოხმარების 60%-ის მიმართ 2016 წელს 20.6%-ს შეადგენდა, ხოლო უმუშევრობის მაჩვენებლები — 11.8%.

მიუხედავად ბოლო წლებში ჯანმრთელობაზე დანახარჯების მნიშვნელოვანი ზრდისა, არსებული მონაცემებით, ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის, საქართველო ჯერ კიდევ ერთ-ერთ ბოლო ადგილზეა სახელმწიფო ჯანდაცვაზე დანახარჯის წილით როგორც მთლიან ჯანდაცვაზე დანახარჯებში (2015 — 36%), ასევე მშპ-სა (2015 — 2.9%) და სახელმწიფო ბიუჯეტში (2015 — 8.6%).

1990-იანი წლების მეორე ნახევრიდან მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა და 2016 წლისთვის 72.7 წელი შეადგინა. აღსანიშნავი პროგრესია დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით: ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2000 წელს იყო ათას ცოცხალშობილზე 24.9, 2016 წელს კი — 10.7; დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2000 წელს იყო ასი ათას ცოცხალშობილზე 49.2, 2016 წელს — 17.8.

სიკვდილიანობის მიზეზებს შორის წამყვანი ადგილი არაგადამდებ დაავადებებს უჭირავს — 2016 წელს გარდაცვალების შემთხვევათა 35% სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებმა გამოიწვია, 13% კი — სიმსივნეებმა. ასევე, ქვეყანაში ავადობის ტვირთის მნიშვნელოვანი წილი სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობებზე მოდის და ის მთლიანი ინციდენტობის 38-40%-ია.

ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის ზრდის თვალსაზრისით, უმნიშვნელოვანესი მიღწევა იყო 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვა, რომელმაც სათავე დაუდო სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვას. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ევროპის ბიურომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა წარმატებულ პროექტად აღიარა ევროპის ქვეყნების 2015 წლის ჯანმრთელობის ანგარიშში.

აღნიშნულის მიუხედავად, მნიშვნელოვანი ნაბიჯებია გადასადგმელი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისათვის, ასევე ჯანდაცვით მომსახურების სრულ სპექტრზე ხელმისაწვდომობის ზრდისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით.

საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ინიციატივა, შეიმუშავოს ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გრძელვადიანი განვითარების ხედვა და კომიტეტის სამოქმედო გეგმა, განხორციელდა ევროკავშირის და გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP) ერთობლივი პროექტის — „საპარლამენტო დემოკრატიის სისტემის გაძლიერება საქართველოში“ — მხარდაჭერით.

## მიზანი და ძირითადი პრინციპები

ჯანმრთელობის განმარტებით, ჯანდაცვის სისტემა არის ყველა ორგანიზაციის, დაწესებულების და ერთობლივი ძალისხმევა, რისი მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესება (WHR-2000). 2008 წელს აღნიშნული დეფინიცია ტალინის კონფერენციაზე დაკონკრეტდა. დაზუსტებული განმარტებით, ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს: სამედიცინო მომსახურების (პერსონალური და საზოგადოებრივი) მიწოდებას — პირველად და მეორად პროფილაქტიკას, მკურნალობას, ზრუნვას და რეაბილიტაციას; სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისთვის მიმართულ ქმედებებს, განსაკუთრებით, დაფინანსების, რესურსების გენერირებისა და მართვის ფუნქციებს; მმართველობით აქტივობებს სხვადასხვა სექტორში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რელევანტურ ინტერვენციებზე გავლენის მიზნით, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა მათი პირველადი მიზანი ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

ჯანმრთელობის საუკეთესო მდგომარეობა მეტად მნიშვნელოვანია მოსახლეობის კეთილდღეობისა და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისთვის. აღნიშნულის მისაღწევად აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის ე.წ. ექვსი „სისტემური ბლოკის“ ეფექტიანი და გამართული ფუნქციონირება. ეს ბლოკებია — სამედიცინო მომსახურება; ადამიანური რესურსები; სამკურნალო საშუალებები და ტექნოლოგიები; ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა; საინფორმაციო სისტემები; ლიდერობა და მმართველობა.

წინამდებარე დოკუმენტში აღწერილია ამოცანები და ქმედებები თითოეული სისტემური ბლოკის მიხედვით. თითოეული უნდა ემსახუროდეს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მთავარ მიზანს, რომელიც შეიძლება ასე ჩამოყალიბდეს: **ჯანმრთელობის ფუნდამენტური უფლების რეალიზაციისათვის, ყველას აქვს ხელმისაწვდომობა ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხიან მომსახურებასა და პროდუქტებზე ფინანსური სირთულის გარეშე, ეფექტიანი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მეშვეობით.**

### ძირითადი პრინციპები

- ადამიანის უფლებათა დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობა, როგორც სამოქალაქო, ასევე პენიტენციურ სისტემაში;
- სიცოცხლის მანძილზე ჯანმრთელობის რისკების მართვის სამართლიანი გადანაწილება პიროვნებას, ბაზარსა და სახელმწიფოს შორის;
- თავსებადობა ქვეყნის ეკონომიკური და დემოგრაფიული განვითარების ტენდენციებსა და სოციალური პოლიტიკის ერთიან ხედვასთან;
- ორიენტაცია პირველად ჯანდაცვაზე, ინტეგრირებულ სერვისებზე დაფუძნებულ მიდგომებზე, დაავადებათა პრევენციასა და პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტად აღიარებაზე;

- სახელმწიფოს ექსკლუზიური პასუხისმგებლობა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამებზე;
- ჯანდაცვის ბაზარზე ერთიანი თამაშის წესები: სახელმწიფო და კერძო სექტორის წარმომადგენელთა თანასწორუფლებიანი თანაარსებობა საერთო და ერთგვაროვან მარეგულირებელ სივრცეში.

**საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი სამიზნე მაჩვენებლები (გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის ზოგიერთი სამიზნე მაჩვენებლის მიხედვით):**

ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას	72.7 (2016, GEOSTAT)	არანაკლებ 76
ჯანმრთელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა	66.4 (2015, WHO)	არანაკლებ 70
0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1,000 ცოცხალშობილზე	10.2 (2015, NCDC & PH)	6
ნეონატალური სიკვდილიანობა 1,000 ცოცხალშობილზე	6.1 (2015, NCDC & PH)	5
დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100,000 ცოცხალშობილზე	32 (2015, NCDC & PH)	12
მომარდთა შობადობის მაჩვენებელი 15-19 წლის ასაკის 1000 ქალზე	51.0 (2015, NCDC & PH)	40%-ით კლება
აივ შიდსის ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე	19.2 (2015, NCDC & PH)	1.25
ტუბერკულოზის ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე	74.7 (2015, NCDC & PH)	15
C ჰეპატიტის პრევალენტობა	Anti-HCV+ 7.7% HCV RNA + 5.4% (2015, ჰეპატიტის სეროპრევალენტობის კვლევა)	Anti-HCV+ 7.0% HCV RNA+ 0.5%
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა 100,000 მოსახლეზე	562.7 (2015, NCDC & PH)	1/3-ით შემცირება

კიბოს შედეგად სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100,000 ადამიანზე	168.0 (2015, NCDC & PH)	1/3-ით შემცირება
დიაბეტის შედეგად სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100,000 ადამიანზე	26.8 (2015, NCDC & PH)	1/3-ით შემცირება
ქვედა სასუნთქი გზების დაავადებათა გავრცელება	2669.9 (2015, NCDC & PH)	საგრძნობი შემცირება
15 წლის და უფროსი ასაკის პირებში თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარების ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებელი	31.0% (STEPS 2016)	<20%
ალკოჰოლის მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე (18 წლის და მეტი ასაკის) კალენდარული წლის განმავლობაში (სპირტი ლიტრებში)	6.4 ლიტრი სპირტი (STEPS 2010)	10%-ით შემცირება
საოჯახო მეურნეობასა და გარემოში ჰაერის დაბინძურების შედეგად სიკვდილიანობის მაჩვენებელი	292.3 (2012, WHS 2016)	65
საფრთხის შემცველ წყალთან, სანიტარულ პირობებსა და ჰიგიენის ნაკლებობასთან (ყველა ადამიანისთვის საფრთხის შემცველი წყლის, სანიტარული პირობებისა და ჰიგიენის (WASH) სერვისებთან) დაკავშირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი	0.2 (2012, WHS 2016)	0.2

## 1. მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ სათავე დაუდო ქვეყანაში სამედიცინო სერვისებზე უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას და მათი უტილიზაციის მნიშვნელოვნად გაიზრდას (ამბულატორიული მიმართვები ერთ სულზე 2012 — 2.3; 2015 — 4.0; ჰოსპიტალიზაცია 100 სულ მოსახლეზე 2012 — 8.0; 2015 — 12.6).

მიუხედავად ამისა, დღეს არსებული ჯანდაცვის სექტორის მარეგულირებელი სამართლებრივი საფუძვლები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, უწყვეტობას, თანმიმდევრულობას და ეფექტიანობას. კერძოდ, შემუშავდა სამედიცინო დანესებულებათა კლასიფიკაციის დოკუმენტი, თუმცა, ჯერ არ არის განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების დონეებს შორის კავშირები და უკუკავშირები. რიგი საქმიანობებისათვის (მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვა) დასადგენია რეგულირების ინსტ-



რუმენტები. გადასახედია სამედიცინო საქმიანობის უფლების (ლიცენზია/ნებართვა, ტექნიკური რეგლამენტი) მოპოვების მექანიზმები, უპირველეს ყოვლისა, ინფრასტრუქტურასა და ადამიანურ რესურსებთან მიმართებაში, რათა ისინი შესაბამისობაში მოვიდეს სამედიცინო მომსახურების ინტეგრირებული მოდელის საერთაშორისო დონეზე აღიარებულ კრიტერიუმებთან.

დანესებულებათა დონეზე, სრულყოფილი არ არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ გადანყვეტილებათა მიღების პროცესი. გადასახედია სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობისა და ხარისხის შეფასების მექანიზმები. არ არის შემუშავებული სპეციფიკური ფინანსური თუ სხვა სახის (არაფინანსური) მოტივაცია, რაც სტიმულს მისცემს სამედიცინო დანესებულებებს, იზრუნონ მომსახურების ხარისხის მუდმივ ზედამხედველობასა და გაუმჯობესებაზე.

მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით, წინ გადადგმული ნაბიჯია საერთაშორისო ორგანიზაციებთან (USAID/SUSTAIN, UNICEF, UNFPA) თანამშრომლობით შემუშავებული პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის გეგმა, ასევე მაღალი რისკის ორსულთა და ახალშობილთა რეფერალის სისტემის მკაფიო კრიტერიუმების განსაზღვრა.

კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება პირველადი ჯანდაცვის დეფინიცია, სისტემის ორგანიზაციული მოწყობის მოდელი და მარეგულირებელი გარემო, სუსტი უკუკავშირი პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებებსა (პჯდ) და ჰოსპიტალურ დანესებულებებს შორის, მომსახურების ფრაგმენტულობა, ნაკლები ყურადღება დაავადებათა პრევენციაზე, მათ ადრეულ გამოვლენასა და მართვაზე.

ქვეყნის დონეზე არაერთგვაროვანი და საკმაოდ განსხვავებულია პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის ხარისხი. ათწლეულია არ ჩატარებულა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების ინვენტარიზაცია.

ასევე ყურადსაღებია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურების (სსდს) გადაჭარბებული უტილიზაცია, დაბალი ფუნქციური და საინფორმაციო თანამშრომლობა სსდს და პჯდ სამსახურებს შორის.

**ამოცანა:** ჯანდაცვის მომსახურების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შენარჩუნება და უწყვეტობის უზრუნველყოფა, პრევენციული და პირველადი ჯანდაცვის უპირატესი განვითარებით; ამასთან, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განუხრელი გაუმჯობესება სამედიცინო ინფრასტრუქტურისა და პერსონალის კვალიფიკაციის რეგულირებისა და ხარისხის მართვის ეფექტიანი სისტემების განვითარების გზით.

### **ღონისძიებები:**

- 1.1. სამედიცინო დანესებულებათა რეგულირების მექანიზმების გაუმჯობესება, მათ შორის, შიდა აუდიტის, სალიცენზიო/სანებართვო პირობების, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობების ტექნიკური რეგლამენტებისა და აკრედიტაციის მექანიზმების განვითარება;

- 1.2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემების შემუშავება/დანერგვა, როგორც ამბულატორიული, ისე ჰოსპიტალური სერვისების ფარგლებში. ეს მოიცავს ხარისხის ინდიკატორების შემუშავებას, მათ სისტემურ მონიტორინგსა და ინტეგრირებას ანგარიშგების ფორმებსა და ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემაში, შიდა და გარე (დამოუკიდებელი) აუდიტისა და აკრედიტაციის მექანიზმებს;
- 1.3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარების ხელშეწყობის სახელმწიფო გეგმის შემუშავება, სადაც გაიწერება მექანიზმები სახელმწიფო და კერძო სექტორის ხვედრითი წილის სწორი დაგეგმვისა და ვალდებულებათა რეგულირების მექანიზმები. განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდება მაღალმთიან რეგიონებსა და კონფლიქტის ზონების მიმდებარე ტერიტორიაზე მცხოვრებთა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საჭიროებებზე;
- 1.4. ჰჯდ განვითარების სტრატეგიულ გეგმაზე მუშაობის დასრულება და მისი ეტაპობრივი დანერგვა შესაბამის ინსტიტუციურ თუ საკადრო შესაძლებლობათა ინვენტარიზაციის საფუძველზე;
- 1.5. კავშირებისა და რეფერალის კრიტერიუმების ჩამოყალიბება პირველად ჯანდაცვას, სასწრაფო დახმარებასა და ჯანდაცვის სერვისების სხვა დონეებს შორის;
- 1.6. „ვერტიკალური პროგრამების“ (მაგ.: ანტენატალური მოვლა, ინფექციური დაავადებები, სოფლის ექიმი) ეტაპობრივი ინტეგრაცია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში; სერვისების რეგიონალიზაცია;
- 1.7. ბაზისურ სერვისებთან მიმართებაში „საჭიროების სერტიფიკატის“ მექანიზმის შემოღება; ტექნოლოგიების შეფასების სისტემის ჩამოყალიბება, რომელზე დაყრდნობითაც გადაწყდება ამა თუ იმ მომსახურების სტანდარტიზებულ ბაზისურ პაკეტში ჩართვის საკითხი;
- 1.8. პროფესიულ ასოციაციებთან მჭიდრო თანამშრომლობით, ახალი მექანიზმის მომზადება/დანერგვა ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინებისა) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) ადაპტირებისა და რეგულარული განახლებისათვის;
- 1.9. ძირითად გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის, ადრეული გამოვლენის, მკურნალობისა და მართვის სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფა, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობა;
- 1.10. მწვავე, პოსტ-მწვავე, რეაბილიტაციისა და ხანგრძლივი მოვლის (მათ შორის, შინმოვლის) სერვისების განვითარება;
- 1.11. სათემო სერვისების განვითარების ხელშეწყობა.

## სამიზნე მაჩვენებლები:

ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
პჯდ ვიზიტების საერთო რაოდენობა ერთ მოსახლეზე	4.0 (2015)	არანაკლებ 8
მგზავრობის წილი, რომელთაც გადაადგილების ჩვეული მეთოდით შეუძლიათ იმ სამედიცინო დაწესებულებაში 30 წუთის განმავლობაში მისვლა, სადაც ისინი ჩვეულებრივ ხვდებიან ექიმს	სულ: 85.5%; ქალაქად: 93.6% სოფლად: 77.8% (2014)	ქალაქად: 100% სოფლად: 100%
სამედიცინო დაწესებულებების %, სადაც ჯანდაცვის ხარისხის შეფასება ხდება ხარისხის ინდიკატორების მეშვეობით	არ არის საბაზისო მონაცემები	100%
სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი 100.000 მოსახლეზე	984 (2014, WHO/EURO)	1/3-ით შემცირება
30 დღიანი სამედიცინო რეჰოსპიტალიზაცია	არ არის საბაზისო მონაცემები, ხელმისაწვდომი იქნება 2017 წელს	<20%
დიაბეტის გართულებების დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები (ACSCs) 100.000 მოსახლეზე	42.6	<5%
ქრონიკული ჰიპერტენზიის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები (ACSCs) 100.000 მოსახლეზე	93.8	<5%

## 2. მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრები

კვალიფიციური ადამიანური რესურსის ნაკლებობა და მათი არათანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება კვლავ რჩება მნიშვნელოვან ბარიერად ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის მიწოდებისათვის. კრიტიკულ ზღვარს მიაღწია ექიმებისა და ექთნების არაბალანსირებულმა თანაფარდობამ (1:0.67), ამ მონაცემით საქართველო მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებლებს. საქართველოში გაცილებით მაღალია მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი (573.3 ყოველ 100,000 მოსახლეზე — 2015), ვიდრე ევროპულ ქვეყნებში (322). სახეზეა ექთნების ნაკლებობა როგორც ქალაქად, ისე სოფლად. საგრძნობია ზოგადი პროფილის ექიმების ნაკლებობა, დეფიციტურ საექიმო სპეციალობებ-

ში კადრების დაბერების ტენდენცია და, ზოგადად, სამედიცინო პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაცია. მდგომარეობას ამძიმებს მკვეთრი დისბალანსი ადამიანური რესურსის წარმოებასა და მოთხოვნას შორის. ასევე, ქმედითი არ არის არსებული ნებაყოფლობითი, მოტივაციის ყოველგვარ ქმედით მექანიზმს მოკლებული უწყვეტი პროფესიული განვითარების (უპკ) სისტემა, რომელიც ვერ აძლევს სამედიცინო პერსონალს ადეკვატური თეორიული ცოდნისა თუ კლინიკური უნარ-ჩვევების განვითარების შესაძლებლობას, რაც კიდევ უფრო ამწვავებს ადამიანური რესურსის პრობლემას.

**ამოცანა:** ჯანდაცვის სისტემის საჭირო რაოდენობის მოტივირებული და კვალიფიციური სამედიცინო კადრებით უზრუნველყოფა.

### **ღონისძიებები:**

- 2.1. ადამიანური რესურსების განვითარებისა და მართვის სტრატეგიული გეგმის შემუშავება, მათ შორის:
  - 2.1.1. ადამიანური რესურსების დაგეგმვის მიმართულებით შესაძლებლობების გაძლიერება და მისი ეტაპობრივი განვითარება;
  - 2.1.2. „საჭიროებათა შეფასების“ ინსტრუმენტების დანერგვა;
  - 2.1.3. ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექიმების ახალი ნაკადის დაბალანსება და ექთნების რაოდენობის გაზრდა სამედიცინო პერსონალის ადეკვატური ბალანსის მისაღწევად.
- 2.2. საექთნო განათლების ხელშეწყობა. მათ შორის:
  - 2.2.1. საექთნო განათლების სახელმწიფო სუბსიდირება/სტიმულირება;
  - 2.2.2. საექთნო პერსონალის დეფიციტიდან გამომდინარე, გარდამავალ ეტაპზე ექთანთა გადამზადების სისტემის ხელშეწყობა;
  - 2.2.3. საექთნო ბაკალავრიატის, მაგისტრატურისა და საექთნო მეცნიერების განვითარების ხელშეწყობა.
- 2.3. დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციების აქტიური ჩართულობით, საექთნო საქმის რეგულირების ინსტრუმენტის შემუშავება და დანერგვა;
  - 2.3.1. საექთნო კომპეტენციების განსაზღვრა, ექთნის პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შეფასების ინსტრუმენტების შემუშავება;
  - 2.3.2. ექთნების რეგისტრაციის/სერტიფიცირების პროცესის ეტაპობრივი შემოღება/დანყება;
  - 2.3.3. ექთანთა უპკ ფორმალიზებული სისტემის ამოქმედება და აღნიშნული სისტემის მდგრადობის ხელშეწყობა.

- 2.4. ექიმების სერტიფიცირების მექანიზმების გაუმჯობესება; მათ შორის, კლინიკური შემთხვევების ანალიზისა და პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევების შეფასების ინსტრუმენტების შექმნა.
- 2.5. დარგობრივ პროფესიულ ორგანიზაციებთან მჭიდრო თანამშრომლობით, ექიმთა უპკ სისტემის ეტაპობრივი სრულყოფა:
- 2.5.1. უპკ პროგრამების აღიარება/შეფასების (აკრედიტაციის) მექანიზმების სრულყოფის მიზნით, უპკ მომწოდებლების აღიარების სისტემის დანერგვა;
- 2.5.2. უპკ აქტივობათა სხვადასხვა ფორმების (დისტანციური განათლების, თვითსწავლების ელექტრონული პლატფორმებისა და სხვა) განვითარების ხელშეწყობა;
- 2.5.3. სამედიცინო პერსონალის მოტივაციისა და კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით, მოტივაციის ქმედითი მექანიზმების (მათ შორის, ფინანსურის) შემუშავება. მაგ.: მიზნობრივი ბონუსური სისტემა, რომლის ნაწილის გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ უპკ მიმართულებით.
- 2.6. საუნივერსიტეტო კლინიკების, როგორც საგანმანათლებო ცენტრების განვითარების ხელშეწყობა;
- 2.7. ფართო პროფილის ექიმი სპეციალისტების კოჰორტის შექმნის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის და სხვადასხვა ტიპის სერვისებს შორის კოორდინაციის გაუმჯობესება, როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ასევე ჰოსპიტალურ დონეზე.

### სამიზნე მაჩვენებლები:

ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
ექიმთა და ექთანთა თანაფარდობა	1:0.7 (2016)	1:2 (SDG 3. გ.)
პჯდ-ში მიმართვების შეფარდება პჯდ-ის ექიმების რაოდენობასთან (დღეში)	3.8 (2014)	12
ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის შეფარდება ჰოსპიტალური ქსელის ექიმთა რაოდენობასთან (წელიწადში)	42 (2014)	80
სასწავლო დაწესებულებებში დიპლომირებული მედიკოსისა და საექთნო პროგრამებზე მიღებული აბიტურიენტების თანაფარდობა	6:1 (2012)	1:2

საექიმო სპეციალობათა ხვედრითი წილი, რომლებშიც სასერტიფიკაციო გამოცდები განახლებული ინსტრუმენტების გამოყენებით მიმდინარეობს		80%
სისტემაში დასაქმებულ ექთანთა ხვედრითი წილი, რომელთაც გავლილი აქვთ რეგისტრაცია/სერტიფიცირება	0%	50%
სისტემაში დასაქმებულ ექიმთა ხვედრითი წილი, რომლებიც მონაწილეობენ უპკ სისტემაში	N/A	60%

### 3. სამკურნალწამლო საშუალებები

არარაციონალური ფარმაცოთერაპია, თვითმკურნალობა და „სააფთიაქო ნარკომანია“ წარმოადგენდა სისტემურ პრობლემებს. მათ დასაძლევად და პაციენტთა უსაფრთხოებისათვის განხორციელდა რიგი საკანონმდებლო ცვლილებები, მათ შორის, 2014 წლის 1 სექტემბრიდან აიკრძალა მე-2 ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის ურეცეპტოდ რეალიზაცია. ამოქმედდა „ელექტრონული რეცეპტი“. მომავლისათვის მნიშვნელოვანია ფარმაცევტული პროდუქციის ხარისხის კონტროლისა და მონიტორინგის მექანიზმების გაუმჯობესება.

ფარმაცევტული სექტორის კუთხით, პრობლემურია ამ სფეროს ლიბერალური რეგულირება, მათ შორის, ფარმაცევტული პროდუქტის მარტივი რეგისტრაციის წესი და სააფთიაქო დაწესებულებებისადმი წაყენებული მოთხოვნები. დასახვეწია ფარმაცოლოგიურ საშუალებათა კლინიკური კვლევების სახელმწიფო რეგულირების საკითხი. მოქმედი კანონმდებლობა და ინსტიტუციური თუ ფინანსური რესურსების სიმწირე ვერ იძლევა ფარმაცევტული პროდუქტის ხარისხის სრულყოფილი კონტროლისა და მონიტორინგის საშუალებას. პაციენტთა უსაფრთხოების დასაცავად, ფარმაცორეგულაციის კუთხით დასაძლევია შემდეგი სისტემური პრობლემები: არარაციონალური ფარმაცოთერაპია, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენება/დანიშვნა, რეცეპტის მექანიზმის არასაკმარისი გამოყენება, მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯი და ფარმაცევტული ინდუსტრიის „აგრესიული“ მარკეტინგი.

მოსახლეობას მძიმე ტვირთად აწევს დანახარჯები სამკურნალო საშუალებებზე, რაც განუხრელად იზრდება უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში და მათ მიერ ჯანდაცვაზე გაღებული სახსრების თითქმის ნახევარს შეადგენს.

**ამოცანა:** ფარმაცევტული სფეროს რაციონალური პოლიტიკის მეშვეობით ძირითად და ხარისხიან ფარმაცევტულ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

### ღონისძიებები:

- 3.1. ფარმაცევტული სფეროს რეგულაციების, მათ შორის, ფარმაცევტული პროდუქტის რეგისტრაციის წესების ჰარმონიზაცია ევროკავშირის კანონმდებლობასთან;
- 3.2. მედიკამენტების რაციონალური გამოყენების მიზნით, ქვეყნის მასშტაბით ელექტრონული რეცეპტის დანერგვის ხელშეწყობა;
- 3.3. აუცილებელ მედიკამენტებზე წვდომის გაფართოება.;
- 3.4. ხარისხის კონტროლის მექანიზმების დახვეწა და დანერგვა; ხარისხის კონტროლის ლაბორატორიის შექმნის საფუძვლების მომზადება და ამ მიმართულებით კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის (PPP) მექანიზმების გამოყენების შესაძლებლობათა განხილვა;
- 3.5. საკანონმდებლო კონტროლისა და სანქციების გამკაცრება მედიკამენტების მარკეტინგზე, რეკლამირებაზე, სპონსორობაზე, ექიმების საჩუქრებზე და სხვ.;
- 3.6. ფარმაცევტული წარმოების GMP სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა;
- 3.7. სახელმწიფოს მხრიდან დაფინანსების სქემების შემუშავება აუცილებელ ფარმაცევტულ და სიკვდილობის გამომწვევ ძირითად დაავადებათა სამკურნალო საშუალებებზე;
- 3.8. მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება ნამღებების ჭარბი მოხმარების პრობლემებთან დაკავშირებით;
- 3.9. გენერიკული მედიკამენტების გამოყენების ხელშეწყობა.

### სამიზნე მაჩვენებლები

ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
ქვეყნის მასშტაბით ელექტრონული რეცეპტის გამოყენების გავრცელების მაჩვენებელი	თბილისი	საქართველოს ყველა რეგიონი
ამბულატორიულ მედიკამენტებზე დანახარჯების წილი ჯიბიდან გადახდებში	66% (2015)	<30%
ფარმაცევტული წარმოების ხვედრითი წილი, რომლებიც აკმაყოფილებს GMP სტანდარტებს	N/A	90%



## 4. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა

საქართველოს მთავრობის უმთავრესი პრიორიტეტია ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, რაც აისახა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობის უპრეცედენტო გაზრდით (2012 წელს — 450 მლნ ლარი; 2017 წელს — 1 მილიარდი ლარი). თუმცა, საქართველოს მაჩვენებლები კვლავ დაბალია ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტიანობის საერთაშორისოდ აღიარებულ მონაცემებთან მიმართებით. 2015 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-სთან მიმართებით 2.9% შეადგენდა (ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელია 5.7%); ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში კი — 8.6%. კლების მიუხედავად, კვლავ მნიშვნელოვნად მაღალი რჩება მთლიან დანახარჯებში ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების (OOP) წილი (57,3%), რაც მძიმე ტვირთად აწვება შინამეურნეობებს.

ჯანდაცვაზე ეროვნულ დანახარჯებში კრიტიკულად მაღალია ამბულატორულ მედიკამენტებზე განუვლი ხარჯების წილი (38%), რომელიც ძირითადად ჯიბიდან ფინანსდება. ჯერ კიდევ მწირია და არამდგრადი პრევენციული და პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე დანახარჯები (19%) ჰოსპიტალურ ხარჯებთან მიმართებით (31%).

**ამოცანა:** ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტიანობის ამაღლება უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპების გათვალისწინებით.

### ღონისძიებები:

- 4.1. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ეტაპობრივი გაზრდა და ოპტიმიზაცია;
- 4.2. ერთიანი სტანდარტიზებული პაკეტის შემოღება, რომელსაც სახელმწიფო სრულად დააფინანსებს დაბალშემოსავლიანი ჯგუფებისთვის, ნაწილობრივ დააფინანსებს საშუალოშემოსავლიანი ჯგუფებისათვის, ხოლო მაღალშემოსავლიან მოსახლეობას კერძო სადაზღვევო ინდუსტრია დაფარავს;
- 4.3. ჰოსპიტალური და გადაუდებელი სერვისების (სტაციონარი) გლობალური ბიუჯეტის ანაზღაურებაზე გადასვლა, რომელიც გაანგარიშებული იქნება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდის გამოყენებით;
- 4.4. პრევენციული და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების კაპიტაციური/ფიქსირებული დაფინანსებიდან შედეგზე ორიენტირებულ დაფინანსებაზე გადასვლა; გარდამავალ პერიოდში შესაძლებელია შერეული მექანიზმის გამოყენება;



- 4.5. სახელმწიფოს მხრიდან ამბულატორიული მედიკამენტების დაფინანსება ქრონიკული ავადმყოფებისათვის (მონყვლადი ჯგუფებიდან მოსახლეობის მოცვის ეტაპობრივი ზრდა);
- 4.6. აქტიური შესყიდვისა და სელექციური კონტრაქტირების მექანიზმების დანერგვა და სრულყოფა;
- 4.7. სახელმწიფოს მიერ გლობალური ფონდის გარდამავალი გეგმით ნაკისრი ვალდებულებების ფინანსური უზრუნველყოფა.

**სამიზნე მაჩვენებლები:**

ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან	2.9% (2015)	>5%
ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში	57% (2015)	<30%
სტაციონარული შემთხვევების წილი, რომელიც ანაბლავრებულია DRG-ის მეთოდით	0%	100%
ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში პირველად ჯანდაცვასა და პრევენციაზე დანახარჯების წილი	19.3%	40%
სტანდარტული პაკეტით უნივერსალური დაფარვა	არ არის საბაზისო მონაცემი	100%

**5. მმართველობა და ჯანმრთელობის დაცვის ელექტრონული სისტემა**

საქართველოში დამკვიდრებულია უწყებათაშორისი შეთანხმებული მოქმედების პრაქტიკა ჯანდაცვის ცალკეულ სერიოზულ პრობლემებთან დაკავშირებით, როგორცაა აივ ინფექცია/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის ქვეყნის ერთიანი საკოორდინაციო საბჭო. თუმცა, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებისა და განხორციელების პროცესში სხვადასხვა სამთავრობო, დონორი თუ არასამთავრობო ორგანიზაციის ძალისხმევა კვლავ ფრაგმენტული და ნაკლებად ჰარმონიზებული რჩება.

2013 წლიდან საფუძველი ჩაეყარა ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან ელექტრონულ სისტემას. 2016 წლიდან ამოქმედდა კიბოსა და „დაბადების“ რეგისტრები, ამოქმედდა ელექტრონული რეცეპტის სისტემა, მიმდინარეობს მუშაობა ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემაზე. მიუხედავად ამისა, ჯანდაც-

ვის არსებული საინფორმაციო სისტემა ჯერ კიდევ არაა სრულყოფილი მონაცემთა მოპოვების, ხარისხის, სტანდარტიზაციის, მტკიცებულებების გენერირების კუთხით. მთლიანობაში, აუცილებელია ელექტრონული ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და სტრატეგიის ისეთი განვითარება, რომ ეს დარგი, ჯანდაცვის სისტემის ქმედით მმართველობასთან ერთად, ინტეგრირებული ჯანდაცვის და პერსონალიზებული მედიცინის სწრაფი დანერგვის თანამედროვე მექანიზმდაც იქცეს.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ელექტრონული სისტემის სხვა მრავალი კომპონენტის — ტელემედიცინის, მობილური ჯანმრთელობის, ტელეპრევენციის, დისტანციური განათლების — განვითარებისათვის აუცილებელია საკანონმდებლო და ტექნოლოგიური ცვლილებების გატარება და ევროკავშირის ანალოგიურ სისტემებთან ჰარმონიზებული ინტეროპერაბილური სისტემის შექმნა.

აშშ საფრთხეების შემცირების სააგენტოს (DTRA) ფინანსური მხარდაჭერით მიმდინარეობს მუშაობა ბრიტანული სამედიცინო ჟურნალის (BMJ) ონლაინ პლატფორმის დანერგვისთვის, რომლის ფარგლებშიც შესაძლებელი იქნება BMJ-ის უწყვეტი სამედიცინო განათლების სასწავლო მოდულების დანერგვა საქართველოში.

სექტორში ჯერ კიდევ დასაანერგია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების მექანიზმები. დღეს მიმდინარე სახელმწიფო პროგრამები და მათი განხორციელების მიზნით გამოყოფილი ფინანსური რესურსები, ძირითადად, პრევენციული დაგეგმარების სისტემით განისაზღვრება. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის პოლიტიკის ციკლის დანერგვისათვის უკვე მიმდინარეობს მუშაობა სამ მნიშვნელოვან დოკუმენტზე: „საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასება“, „საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება“ და „ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები“. თუმცა, არსებული ინფორმაციის სისტემური ანალიზი და გამოყენება ჯანდაცვის პოლიტიკის მუდმივი გადახედვისა და რევიზიის პროცესში ჯერ კიდევ ფრაგმენტულია.

ამასთან, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის მეშვეობით დროულად და სისტემატურად ვერ ხერხდება პოლიტიკის შემუშავებისათვის სანდო მტკიცებულებების გენერირება და თითქმის არ ტარდება კვლევები სამედიცინო დაწესებულებათა დონეზე მიწოდებული სერვისების ხარისხისა თუ პაციენტთა კმაყოფილების დონის შესაფასებლად.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კუთხით პაციენტის უფლებების დაცვას, არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად, უზრუნველყოფს სსიპ „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო“.

ამ ეტაპისათვის შეზღუდულია მონაცემთა ხელმისაწვდომობა და პაციენტთა უსაფრთხოების შეფასების იმ ინდიკატორთა რაოდენობა, რომელთათვისაც შესაძლებელია მონაცემთა შეგროვება.

გამონაკლისების გარდა, ფრაგმენტულად მიმდინარეობს კლინიკური მართვის გაიდლაინებისა და პროტოკოლების, ასევე, მათი პაციენტის ვერსიების შემუშავების პროცესი.

**ამოცანა:** ჯანდაცვის სფეროში მმართველობის ეფექტიანი სისტემის ჩამოყალიბება და ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი ელექტრონული სისტემის სრულყოფა; საერთო სახელმწიფოებრივი მულტისექტორული მიდგომის — „ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკაში“ — განვითარება.

### **ღონისძიებები:**

- 5.1. „ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკაში“ მიდგომის ხელშეწყობის მიზნით, უწყებათაშორისი შეთანხმებული მოქმედების გაუმჯობესება;
- 5.2. ელექტრონული და მობილური ჯანმრთელობის, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემებისა და ჯანდაცვითი კვლევების ხელშეწყობა, შესაბამისი ნორმატიული ბაზის ფორმირება;
- 5.3. უპკ თანამედროვე მოდელების — კერძოდ, დისტანციური განათლების, სწავლებისა და თვითშეფასების — ელექტრონული პლატფორმებისა და მობილური აპლიკაციების, ელექტრონული პორტფოლიოსა თუ სხვა ინოვაციური მიდგომების მხარდაჭერა, წარმატებული მოდელების დანერგვა და უწყვეტი განათლების პროცესის ეფექტიანი განხორციელება;
- 5.4. ადგილობრივი თვითმმართველობის რეფორმის ფარგლებში, ჯანდაცვის მომსახურების (მათ შორის, საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის) მიწოდებისა და დაფინანსების მიმართულებით მუნიციპალური პასუხისმგებლობებისა და უფლებების გაძლიერება;
- 5.5. პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების და სამედიცინო დანესებულებებში მომსახურების ხარისხის შეფასების გამართული ფუნქციონირების ხელშეწყობა;
- 5.6. პაციენტის ინფორმირებულობის გაზრდა მომსახურების განვითარების. კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებისა და პროტოკოლების პაციენტის ვერსიების გამოცემა-გავრცელება;
- 5.7. სამედიცინო შეცდომების სისტემური მართვისა და დავის განხილვის ალტერნატიული მექანიზმების შექმნა, რაც უზრუნველყოფს პაციენტთა უსაფრთხოებისა და უფლებების დაცვის გაძლიერებას;
- 5.8. ინოვაციებზე, გენომზე დამყარებული და პერსონალიზებული მედიცინის განვითარების ხელშეწყობა.

**სამიზნე მაჩვენებლები:**

ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
საფინანსო წლის განმავლობაში ჯანდაცვაზე ასიგნებული სახელმწიფო სახსრების წილი, რომელიც არ არის გათვალისწინებული ხარჯების საშუალოვადიანი დაგეგმვის (MTEF) ჩარჩოში	%	0%
სამედიცინო დაწესებულებების წილი, რომლებიც იყენებენ ელექტრონულ სამედიცინო ჩანაწერებს		
მობილური აპლიკაციების გამოყენების მაჩვენებელი სამედიცინო სპეციალობებში (სპეციალობათა %)	სადღეისოდ <5%	>30%

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. სამთავრობო პროგრამა 2016-2020: თავისუფლება, სწრაფი განვითარება, კეთილდღეობა.  
[http://gov.ge/index.php?lang\\_id=GEO&sec\\_id=68&info\\_id=58446](http://gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=68&info_id=58446)
2. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 26 დეკემბრის N724 დადგენილება „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ“
3. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 17 ივნისის N400 დადგენილება საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიის „საქართველო 2020“ დამტკიცებისა და მასთან დაკავშირებული ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე“
4. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები. [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge)
5. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების ანგარიში. 2013
6. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიში 2015
7. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება, საბოლოო ანგარიში. ამერიკის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტი, 2014.  
<http://www.moh.gov.ge/files/JAN-USID/1.pdf>.
8. ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2015, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრი.  
<http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=1055>.
9. 65th World Health Assembly closes with new global health measures.  
[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65\\_closes\\_20120526/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65_closes_20120526/en/).
10. Adelaide Statement on Health in All Policies.  
[http://www.who.int/social\\_determinants/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf)
11. International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action.  
<http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/sitemap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development/ICPD-Summary;jsessionid=601A58E091A75BA2A74F1ADBD79C0589.jahia01#intro>.

12. The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action  
<http://www.oecd.org/dac/effectiveness/34428351.pdf>.
13. WHO, Declaration of Alma-Ata „International Conference on Primary Health Care“  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
14. WHO, Health 2020: the European policy for health and well-being  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>.
15. WHO. World Health Report 2000. <http://who.int/whr/2000/en/>
16. WHO. World Health Statistics 2016.  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/)
17. WHO/EURO. European health for all data base. <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>
18. WHO/EURO. Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/83997/E93699.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/83997/E93699.pdf)
19. World Bank. World Bank Country and Lending Groups.  
<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>
20. World Health Organization, Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978.  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).



