

ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ეროვნული და საერთაშორისო დოკუმენტების მიმოხილვა

შინაარსი

ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ეროვნული და საერთაშორისო დოკუმენტების მიმოხილვა	1
I. კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია და ეპიდემიოლოგიური კონტექსტი	2
II. ადრეული გამოვლენის ხარვეზები და კოორდინაციის გამოწვევები	3
III. მკურნალობასთან დაკავშირებული გამოწვევები	7
IV. მეთვალყურეობა და პალიატიური ზრუნვა	8
V. მონაცემთა და საინფორმაციო სისტემების შეფასება	9
დაინტერესებულ მხარეებთან კონსულტაციების შეჯამება	10
საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბოს ზრუნვის პროცესში ძირითადი ხარვეზების და ბარიერების შეჯამება	11
გამოყენებული წყაროები	13

მიმოხილვა ეფუძნება კიბოს კონტროლისა და მართვის ეროვნულ და საერთაშორისო სტრატეგიებს, ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს, სკრინინგის ანგარიშებს და ჯანდაცვის სისტემის შეფასებებს, ასევე საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და ძუძუს კიბოს მართვის კლინიკურ გზამკვლევებს. მასში განხილულია პაციენტის ტრექტორიის ოთხ ძირითად კომპონენტთან დაკავშირებული სიტუაცია, გამოწვევები და ხარვეზები, როგორიცაა: **ადრეული გამოვლენა, დროული დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და მეთვალყურეობა/პალიატიური მზრუნველობა**, ასევე, აღნიშნული აქტივობის ეფექტიანი განხორციელებისთვის აუცილებელი მონაცემთა და საინფორმაციო სისტემები.

I. კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია და ეპიდემიოლოგიური კონტექსტი

1. **სტრატეგიული ჩარჩო:** კიბოს კონტროლის ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში (2017-2020) აღწერილია კიბოს პრევენციისა და მართვის კუთხით ქვეყანაში არსებული სიტუაცია, განსაზღვრულია 2017-2020 წლების პრიორიტეტები, ხაზგასმულია ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესების და მულტისექტორული მიდგომის საჭიროება, რაც შესაძლებელს გახდის, მიღწეულ იქნას გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის 3.4 ამოცანა აგდ-თან დაკავშირებით – ადრეული სიკვდილიანობის შემცირება.

2020 წლის შემდეგ კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია არ განახლებულა, თუმცა, მასში ხაზგასმულია, რომ ონკოლოგიური დაავადებები კვლავაც მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით. ამასთან, საერთო სიკვდილიანობის 14% მოდის ონკოლოგიურ დაავადებებზე და მას გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემდეგ (რომელზეც საერთო სიკვდილიანობის 69% მოდის) მეორე ადგილი უჭირავს¹.

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია მოიცავს 10 სტრატეგიულ ამოცანას, რომელთა შესრულებაც მიზნად ისახავს ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ავადობითა და სიკვდილიანობით გამოწვეული თავიდან აცილებადი ტვირთის შემცირებას მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით. აღნიშნული სტრატეგიული ამოცანებია:

სტრატეგიული ამოცანა #1. კიბოთი ავადობის შესახებ სრულყოფილი, ზუსტი და დროული მონაცემებისადმი ხელმისაწვდომობა

სტრატეგიული ამოცანა #2. ცხოვრების არაჯანსაღ წესთან (თამბაქოს მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე, არასწორი კვება) და სხვა ფაქტორებთან (გარემო, პროფესიული, ინფექციური) დაკავშირებული კიბოს რისკის შემცირება

სტრატეგიული ამოცანა #3. კიბოს სკრინინგ-პროგრამის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით ორგანიზებული სკრინინგის სტრუქტურის და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების დანერგვა

სტრატეგიული ამოცანა #4. ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ნებისმიერი მოქალაქისთვის ჯანდაცვის ყველა დონეზე ხარისხიანი მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა

სტრატეგიული ამოცანა #5. ონკოლოგიურ დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკის გზით კიბოთი სიკვდილიანობის შემცირება

სტრატეგიული ამოცანა #6. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის სწორი სქემების დანერგვის გზით გადარჩენის მაქსიმალური შესაძლებლობების და ცხოვრების ხარისხიანი წლების უზრუნველყოფა

სტრატეგიული ამოცანა #7. მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა და ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

სტრატეგიული ამოცანა #8. ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობით მაქსიმალური მოცვა

სტრატეგიული ამოცანა #9. ადამიანური რესურსების განვითარება კიბოს კონტროლისა და მართვის მიზნით

სტრატეგიული ამოცანა #10. პრეციზიზებული (ზუსტი/პერსონალიზირებული) მედიცინის განვითარების ხელშეწყობა. კვლევები და მკურნალობის თანამედროვე მიდგომები ონკოლოგიაში

2. **საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბოს ტვირთი:** GLOBOCAN-ისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის 2022 წლის მონაცემებით, ძუძუს კიბო წარმოადგენს ქალებში სიმსივნის ყველაზე გავრცელებულ ლოკალიზაციას, როგორც ავადობის, ისე სიკვდილიანობის თვალსაზრისით საქართველოში, ხოლო საშვილოსნოს ყელის კიბო ასევე შედის ქალებში ავადობისა და სიკვდილიანობის ტოპ 5 ლოკალიზაციაში^{2,3}. აღნიშნული სტატისტიკა ადასტურებს ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრიორიტეტულობას ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტის მოძრაობის ტრაექტორიის შემუშავების კუთხით.

II. ადრეული გამოვლენის ხარვეზები და კოორდინაციის გამოწვევები

ადრეული გამოვლენისა და დიაგნოსტიკის ხარვეზები (პრე-დიაგნოსტიკური და დიაგნოსტიკური ინტერვალები)

სკრინინგში დაბალი ჩართულობა: საქართველოში ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა დაიწყო 2008 წელს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს და საქართველოს პირველი ლედის მხარდაჭერით, 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, რომელსაც აფინანსებს და მეთვალყურეობას უწევს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ხოლო ზემოთ აღნიშნულ ორივე პროგრამას როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებში ახორციელებს ეროვნული სკრინინგ ცენტრი და მის მიერ დაკონტრაქტებული სხვადასხვა დონის სამედიცინო დაწესებულებები.

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის თანახმად, თბილისის და რეგიონალური სკრინინგ პროგრამებიდან მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს, რომ მიზნობრივი მოსახლეობის მოცვა დაბალია, მაგალითად თბილისის პროგრამაში მუშაობის მე-2 და მე-3 წლისთვის სამიზნე მოსახლეობის მონაწილეობის მაჩვენებელმა ძუძუს სკრინინგში $\approx 16.0\%$ და საშვილოსნოს ყელის სკრინინგში $\approx 18.5\%$ შეადგინა, ხოლო მეოთხე წელს მაჩვენებელი რამდენადმე შემცირდა; კიდევ უფრო დაბალია მოცვა რეგიონალურ პროგრამაში, კერძოდ,

მიმდინარეობის მესამე წელს ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის მაჩვენებელმა შეადგინა 6.8%, ხოლო საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში - 9.6%¹.

2025 წელს პროექტ „კიბოს პრევენცია და ზრუნვის გაუმჯობესება“ (2025–2027) ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით „ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი“-ს მიერ, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან თანამშრომლობით, ჩატარდა კვლევა, რომლის მიზანი იყო შეესწავლა ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა (KAP) კიბოს პრევენციასა და ადრეულ დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებით, რათა გამოიკვეთილიყო ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები სკრინინგის პროგრამებში მონაწილეობის მისაღებად. კვლევის შედეგად გამოვლინდა მნიშვნელოვანი ხარვეზები პაციენტების ინფორმირების, გადამისამართების და შედეგების კონტროლის პროცესებში. აღმოჩნდა, რომ არსებობს ცოდნის მნიშვნელოვანი ხარვეზები სკრინინგის ასაკობრივ კრიტერიუმებს, სიხშირესა და მეთოდებთან დაკავშირებით, როგორც მოსახლეობაში, ასევე ჯანდაცვის ზოგიერთ პროვაიდერთა შორის.

გამოვლინდა ფიზიკური ბარიერები (გეოგრაფიული დისტანცია, ტრანსპორტის სირთულე, ემიგრაცია) და სოციალური ბარიერები (ოჯახის ექიმების დაბალი ჩართულობა, მოწვევისა და შეხსენების სისტემის არქონა). ეთნიკურ უმცირესობებში ენობრივი ბარიერი და კულტურულად მორგებული ინფორმაციის ნაკლებობა დამატებით აფერხებს ჩართულობას.

შიში, სირცხვილი, დიაგნოზისადმი უარყოფითი დამოკიდებულება და რისკების დაბალი აღქმა მოტივაციურ ბარიერებს ქმნის. თუმცა, ასევე გამოვლინდა ძლიერი მოტივატორები, როგორცაა პრევენციის მნიშვნელობის აღქმა და ოჯახისადმი პასუხისმგებლობის გრძნობა.

სკრინინგის პროგრამებში შეხსენებების და მოწვევის სისტემის ეფექტური ამუშავება კვლავ გამოწვევად რჩება, რაც კრიტიკულია ჩართულობის გასაზრდელად.

ადრეული გამოვლენა: 2021 წლის მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკა 35%-ში, ხოლო სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკა 33%-ში დაავადების III-IV სტადიაზე ხორციელდებოდა, ხოლო 2023 წლის მონაცემებით, ყველა ლოკალიზაციის სიმსივნის შემთხვევათა მინიმუმ 40%-ში დიაგნოზი ისმებოდა დაავადების III-IV სტადიაზე, რაც წარუმატებელი მკურნალობის და სიკვდილიანობის რისკს ზრდის⁴.

ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენის ძირითადი მიზეზებია:

- მოსახლეობის მიერ პრევენციული ღონისძიებებისადმი არასერიოზული მიდგომა
- ოჯახის ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლე
- ქრონიკული და კიბოსწინა დაავადებების მქონე ავადმყოფთა მეთვალყურეობის დაბალი დონე
- არსებული სკრინინგ-პროგრამებით მოსახლეობის არასრული დაფარვა.

ამასთანავე, მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ იცნობს ონკოლოგიური დაავადების ნიშნებს და არ აქვთ გაცნობიერებული ექიმისათვის დროულად მიმართვის აუცილებლობა, რაც ქვეყანაში კიბოს შესახებ ინფორმირებულობის დეფიციტსა და საგანმანათლებლო მუშაობის სისუსტეზე მიუთითებს.

კოორდინაცია და კომპეტენციები: არსებული სიტუაციის მიმოხილვა გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად სხვადასხვა პროექტის ფარგლებში განხორციელებული აქტივობებისა, კვლავ გამოწვევად რჩება ჯანდაცვის სხვადასხვა დონეებს შორის კოორდინაცია და სამედიცინო პროფესიონალების კომპეტენციების გაუმჯობესება კიბოს ადრეული სიმპტომების ამოცნობისა და დროული რეფერალის კუთხით. კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის თანახმად, მოცემულ ეტაპზე პირველი რიგის ამოცანად ისახება პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რგოლის ექიმების განათლება და ონკოლოგიური სიფხიზლის ამალგება. აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ეფექტური და ორმხრივი კომუნიკაცია მეორეულ და მესამეულ დონესთან.

საქართველოში მეორეულ და მესამეულ დონეებზე გამიჯვნა რეალურად არ ხდება. გაღრმავებულ დიაგნოსტიკას, ქირურგიულ, მედიკამენტურ და რადიაციულ მკურნალობას უზრუნველყოფს ონკოლოგიური სერვისის მიმწოდებელი ნებისმიერი დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს კანონით დადგენილ სალიცენზიო პირობებს. საერთაშორისო პრაქტიკა აჩვენებს, რომ ონკოლოგიური სერვისების მიწოდება უმჯობესია ხდებოდეს ისეთი ტიპის მაღალტექნოლოგიურად აღჭურვილ ცენტრებში, სადაც ერთ ჭერქვეშ თავმოყრილია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ყველა ხელმისაწვდომი სერვისი და პაციენტის მულტიდისციპლინური მიდგომით მართვა (ე.წ. კიბოს ცენტრ(ებ)ი). საქართველოს მასშტაბით, როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებშიც, ფუნქციონირებს რამოდენიმე ასეთი მსხვილი ცენტრი, თუმცა ცალკეულ სერვისებს (მაგ. გაღრმავებულ დიაგნოსტიკა, ქიმიოთერაპია, იმუნოთერაპია) აწვდის ასევე არაერთი მრავალპროფილური, თუ მცირე ზომის არაპროფილური სამედიცინო დაწესებულება.

ჯერჯერობით კვლავ გამოწვევად რჩება ის ფაქტი, რომ სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობისთვის არ არის ცნობილი რეფერალის და უკურეფერალის კრიტერიუმები და პრაქტიკულად არ არსებობს კოორდინაცია ჯანდაცვის პირველად და მეორეულ-მესამეულ დონეებს შორის. ეს არის უმთავრესი გამოწვევა პაციენტის გზაზე, რადგან დროული დიაგნოზი მოითხოვს პირველადი რგოლიდან სპეციალიზებულ სერვისებზე სწორ გადამისამართებას, ხოლო სპეციალიზებული სერვისიდან პაციენტის დაბრუნებას პირველად ჯანდაცვაში რეგულარული მეთვალყურეობის განხორციელების მიზნით.

ნორმატიული აქტები მკაფიოდ განსაზღვრავენ პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) მიმწოდებლების (მათ შორის, სოფლის ექიმების) როლს კიბოს სკრინინგის პროცესში და პაციენტების მართვაში. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №529 (29.12.2023)⁵, ასევე ამ დადგენილების დანართი №18.3.1 - პირველადი ჯანდაცვა სოფლად, განსაზღვრავს პირველადი ჯანდაცვის ჩართულობის მოცულობას კიბოს სკრინინგულ პროგრამებში, კერძოდ

- მონაწილეობა პრევენციულ/სკრინინგის პროგრამებში (მათ შორის, კიბოს ორგანიზებული სკრინინგი) და რეგისტრირებული კონტინგენტის მომსახურებით უზრუნველყოფა.
- საინფორმაციო-საგანმანათლებლო სამუშაოების ჩატარება კიბოს სკრინინგში ორგანიზებული ჩართვის მიზნით (მუშუს, საშვილოსნოს ყელის, კოლორექტული კიბო).
- ვიზიტის წინასწარ დაჯავშნა სპეციალურ ელექტრონულ სისტემაში, ბენეფიციარების ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, სკრინინგის სერვისის მიმწოდებელთან.

საოჯახო მედიცინის დამტკიცებული კომპეტენციებით სიმსივნეების შემთხვევაში გათვალისწინებულია:

- დაავადებების დიაგნოსტიკა, მართვა და გადამისამართება, საჭიროებისამებრ
- ინფორმაციის უკან დაბრუნების შემთხვევაში - მეთვალყურეობისა და მკურნალობის უზრუნველყოფა (სპეციალისტიდან/ჰოსპიტლიდან მიმართვის შემდეგ).
- პირველადი, მეორეული (სკრინინგის ჩათვლით) და მესამეული პრევენციის უზრუნველყოფა

ნორმატიული ჩარჩოს მიუხედავად, პრაქტიკაში არსებობს რამდენიმე მნიშვნელოვანი ხარვეზი, რომელიც აფერხებს კიბოს სკრინინგის ეფექტურ მიმდინარეობას და პაციენტების უწყვეტ მართვას

- კონფიდენციალობის ბარიერი: პერსონალურ მონაცემთა დაცვის კანონი და №01-63/57 ბრძანება (2022 წლის 12 ივლისი) პაციენტის თანხმობის აუცილებლობას განსაზღვრავს. ეს იწვევს მონაცემთა გაუზიარებლობას მეორეული ჯანდაცვის დონიდან პჯდ-ს მიმწოდებელთან.
- კოორდინაციის ნაკლებობა: მაშინაც კი, თუ მოსარგებლე თანახმაა, სპეციალისტი ხშირად არ აძლევს რეკომენდაციას ინფორმაციის პჯდ-ში დაბრუნებაზე, რაც შეუძლებელს ხდის პჯდ-ს მიერ შემდგომი მეთვალყურეობისა და მართვის უზრუნველყოფას.
- პრევენციული აქტივობების არასაკმარისი ინსენტივიზაცია და პჯდ-ს გადატვირთულობა, რის გამოც ეს მოთხოვნები არ სრულდება სრულყოფილი სახით.

საშვილოსნოს ყელისა და სარძევე ჯირკვლის კიბოს მართვის სტანდარტიზებული მიდგომის უზრუნველყოფის მიზნით 2024 წელს დამტკიცდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკის⁸ და ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის კლინიკური გზამკვლევები⁹. აღნიშნული გზამკვლევები განსაზღვრავს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის (ოჯახის ექიმის/თერაპევტის), მეორეული და მესამეული დონის სპეციალისტების როლს, ასევე მოიცავს დიაგნოსტიკურ ალგორითმებს და ბიომარკერების (ER, PgR, HER2, PD-L1) შეფასების აუცილებლობას. კლინიკური გზამკვლევების მიზანია ხელი შეუწყოს საქართველოში საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბოს მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკის უნიფიცირებული, მტკიცებულებებზე და საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკაზე დაფუძნებული, სტანდარტიზებული მიდგომის დანერგვას. გზამკვლევები დაეხმარება სამედიცინო პერსონალს საშვილოსნოს ყელისა და ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკისა და მართვის პროცესში რაციონალური და ხარჯთეფექტური გადაწყვეტილებების მიღებაში, რაც ხელს შეუწყობს დიაგნოსტიკის სტანდარტიზებული მიდგომების დანერგვას და მომსახურების ხარისხისა და უსაფრთხოების გაუმჯობესებას. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული გზამკვლევების დანერგვის მიზნით აუცილებელია შესაბამისი სპეციალობის სამედიცინო პროფესიონალების სწავლება და მათ საფუძველზე სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება, რაც პრაქტიკულად გააუმჯობესებს საშვილოსნოს ყელისა და ძუძუს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მართვის ხარისხს.

III. მკურნალობასთან დაკავშირებული გამოწვევები

ფინანსური და ხელმისაწვდომობის ბარიერები

დაფინანსების ლიმიტები: 2020 წელს IDFI-ის ანგარიშში ხაზგასმით აღინიშნა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიუხედავად, კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტები სრულ მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვანი გამოწვევების წინაშე იდგნენ არაქირურგიული მკურნალობის (ქიმიოთერაპიის, ჰორმონოთერაპიის, სხივური თერაპიის) დაფინანსების დაბალი ლიმიტებისა და გარკვეული მოწყვლადი ჯგუფებისთვის თანაგადახდის მოთხოვნის გამო.¹⁰

2020 წლის 1 სექტემბერს დაფინანსების ლიმიტი გაიზარდა არაქირურგიული მკურნალობისთვის. დღეისათვის მედიკამენტური (ქიმიო-ჰორმონოთერაპია/ იმუნოთერაპია/ტარგეტული თერაპია) და რადიაციული (სხივური) მკურნალობის საფასური საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით პრაქტიკულად სრულად იფარება, პაციენტის მხრიდან ყოველგვარი თანაგადახდის გარეშე. მიუხედავად ამისა, დიაგნოსტიკური საფეხურის დაფინანსების საკითხები და ქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებული DRG პრობლემები კვლავ გამოწვევად რჩება და უარყოფითად აისახება დაავადების საბოლოო გამოსავალზე.

თბილისის C/CAN-ის მიერ განხორციელებული სამედიცინო სერვისების შეფასების შედეგად გამოვლინდა შემდეგი მონაცემები¹¹:

(1) კლინიკური და პათოლოგიური ლაბორატორიები და სისხლის ბანკი:

- ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამების ნაკლებობა ლაბორატორიულ მედიცინაში, სისხლის ბანკების ჩათვლით.
- კიბოს პათოლოგიის ანგარიშგების ხარისხის სტანდარტების ვარიაბელობა.
- ბიომასალის ტრანსპორტირების დადგენილი პროტოკოლის არარსებობა.
- ნებაყოფლობითი სისხლის დონორების შეზღუდული რაოდენობა (თითქმის ყველა სისხლის ბანკი იყო კომერციული).

(2) ქირურგიული მკურნალობა:

- ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამების ნაკლებობა ქირურგიულ განყოფილებებში.
- კიბოს ქირურგიული ოპერაციებისთვის წერილობითი სტანდარტული პროტოკოლების არარსებობა (უსაფრთხოების პროტოკოლების ჩათვლით).

(3) ონკოლოგიური მედიკამენტები (მოზრდილები და პედიატრია)

- ესენციური ონკოლოგიური მედიკამენტების სიის არარსებობა, რაც აფერხებდა მათ პრიორიტეტიზაციას სადაზღვევო პოლისებით დაფინანსების თვალსაზრისით.
- ქიმიოთერაპიის მხოლოდ მცირე წილი კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტებში.
- ქიმიოთერაპიის მომზადების ხარისხის და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ხარვეზები ონკოლოგიური სერვისების მიმწოდებელ სხვადასხვა დაწესებულებებში.

(4) ვიზუალიზაცია (რადიოლოგია და ბირთვული მედიცინა)

- სხვადასხვა საავადმყოფოს PACS (Picture Archiving and Communication System - გამოსახულებათა არქივისა და კომუნიკაციის სისტემა) სისტემებში შენახული გამოსახულებების ხელმისაწვდომობის სირთულეები.
- რადიოლოგიური კვლევის სტანდარტიზებული ანგარიშგების ხარვეზები.
- ხარისხის გარე კონტროლის მექანიზმის არარსებობა დიაგნოსტიკურ რადიოლოგიასა და ბირთვულ მედიცინაში.
- თბილისში რადიო-იზოტოპების ადგილზე წარმოების შესაძლებლობის არარსებობა.

(5) პალიატიური და დამხმარე ზრუნვა

- ყოვლისმომცველი პოლიტიკის არარსებობა პალიატიური მზრუნველობის შესახებ, მათ შორის ჰოსპიტალიზაციისა და ჰოსპიტლიდან გაწერის კრიტერიუმების თაობაზე.
- ოპიოიდების გამოწერის შეზღუდული სისტემა.

(6) სხივური თერაპია

- ხარისხის კრიტერიუმების განსხვავება სხივური თერაპიის სხვადასხვა განყოფილებებში.

IV. მეთვალყურეობა და პალიატიური ზრუნვა

კიბოს ეროვნული სტრატეგიის თანახმად, პალიატიური და/ან დამხმარე (SUPPORTIVE) მზრუნველობა უნდა ჩაერთოს მულტიდისციპლინურ გუნდში კიბოს დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან, ის უზრუნველყოფს პაციენტის ცხოვრების სასურველ ხარისხს და მოიცავს ტკივილის და სხვა თანმხლები სიმპტომების მენეჯმენტს, მენტალური, სოციალური და სულიერი პრობლემების შემსუბუქებას, პაციენტთათვის სიცოცხლის მაქსიმალურად შესაძლებელი ხარისხიანი წლების უზრუნველყოფას, პაციენტის ოჯახისადმი მხარდაჭერას.

პალიატიური მზრუნველობა უნდა ტარდებოდეს სამედიცინო მომსახურების პირველად, მეორე და მესამე დონეებზე, ასევე პაციენტთა ბინაზე, როცა ბინაზე არსებული სიტუაცია და პაციენტის სიმპტომები პალიატიური მზრუნველობის საშუალებას იძლევა.

2010 წელს მომზადდა პალიატიური მზრუნველობის სამოქმედო გეგმა 2011–2015 წწ, რომელიც განხილულ და დამტკიცებულ იქნა საქართველოს პარლამენტის მიერ; 2012 წელს შეიქმნა და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინი.

მიუხედავად ამ მიმართულებით განხორციელებული ჩარევებისა, კვლავ რჩება გამოწვევები პალიატიური პროგრამების ეფექტური ფუნქციონირების კუთხით. კერძოდ, დღესდღეობით პროგრამა ვერ პასუხობს ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებებს. მოქმედი პროგრამა, ძალზე მწირი დაფინანსების პირობებში, პრაქტიკულად ვერ ფარავს ყველა აუცილებელ სამედიცინო სერვისს, არ გულისხმობს ამ დარგში სპეციალურად მომზადებული სამედიცინო პერსონალის ჩართვას, არც მულტიდისციპლინურ გუნდს. მოქმედი პროგრამა მხოლოდ ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების ჩართვას მოიაზრებს, ამ მდგომარეობაში კი ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობა იშვიათად აღემატება რამდენიმე თვეს, რაც, თავის მხრივ, ეწინააღმდეგება პალიატიური მზრუნველობის არსსა და პრინციპებს.

დაბალია პალიატიური მზრუნველობის გაცნობიერების დონე პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. საზოგადოებრივ/ბინაზე დაფუძნებული პალიატიური მზრუნველობა ძირითადად მიუწვდომელია.

V. მონაცემთა და საინფორმაციო სისტემების შეფასება

1. **კიბოს რეგისტრი:** კიბოთი ავადობის შესახებ სრულყოფილი, დროული და ზუსტი მონაცემების შეგროვება წარმოადგენს კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის N1 ამოცანას. 2015 წლის პირველი იანვრიდან ქვეყანაში დანერგილია კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. კიბოს კვლევათა საერთაშორისო სააგენტოსთან (WHO, IARC, Lyon, France) კოორდინაციისა და ინტეგრაციის შედეგად მოხდა საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარება, მიღებულია კიბოს რეგისტრის “CanReg-5” პროგრამა, რომელიც ითარგმნა ქართულ ენაზე და ჩაიტვირთა პროგრამაში ყველა კლასიფიკატორი (ტოპოგრაფიული, მორფოლოგიური, ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული და ონკოლოგიური სერვისების მწარმოებელ დაწესებულებათა ნუსხა). რეგისტრისთვის შემუშავებულია სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (სოპ). რეგისტრი იყენებს საერთაშორისო კოდირების სისტემებს, მათ შორის TNM-ის კლასიფიკაციის ელემენტებს.

სისტემის გაუმჯობესების საჭიროება: ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით მიმდინარე პროექტის ფარგლებში, 2024 წლის დეკემბერში განხორციელდა კიბოს ერთიანი ელექტრონული რეგისტრის შეფასება ინფორმაციული ტექნოლოგიების კუთხით და საჭიროებების განსაზღვრა მის გასაუმჯობესებლად. დოკუმენტის მომზადებისას საკონსულტაციო პროცესში ჩართული იყო დაავადებათა კონტროლის ცენტრი, შედგა კომუნიკაცია ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოსთან, ასევე გამოყენებული იქნა სხვადასხვა კომპეტენტური ადგილობრივი და საერთაშორისო ორგანიზაციების/ექსპერტების დასკვნები კიბოს რეგისტრის გასაუმჯობესებლად სხვადასხვა ტექნიკური სამუშაოების ჩატარების საჭიროებების შესახებ. კიბოს ერთიანი ეროვნული რეგისტრის შეფასებამ გამოავლინა, რომ მონაცემთა სისრულე და ხარისხი სუბოპტიმალურია. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, სისტემის გაუმჯობესება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია პაციენტის ტრეკტორიის მონიტორინგისთვის. არასაკმარისია მონაცემები რეგისტრში შეყვანილი ინფორმაციის სისრულისა და ხარისხის შესახებ.

2. შესაბამისად, გამოიკვეთა შემდეგი საჭიროებები:
 - **სკრინინგის გაუმჯობესება:** შეხსენებებისა და მოწვევის სისტემის ამუშავება კიბოს სკრინინგის პროგრამებში.
 - **პირველადი რგოლის ჩართვა:** ბუქინგის სისტემის გაუმჯობესება და სამედიცინო პერსონალის (მაგ., ოჯახის ექიმების) ინსენტივიზაცია სკრინინგში ჩართვისთვის.
 - **ინტეგრაცია:** კიბოს მონაცემების ინტეგრაცია *Georgia E Health* მობილურ აპლიკაციაში.
 - **დიაგნოსტიკის ხარისხი:** ლაბორატორიული კომპონენტის, მათ შორის HPV ტესტირების, გაუმჯობესება საინფორმაციო სისტემაში.
 - **ტექნოლოგიური მხარდაჭერა:** ხელოვნური ინტელექტის ინსტრუმენტების დანერგვა ვიზუალური მეთოდების შედეგების შესაფასებლად (მაგ., ძუძუს სკრინინგისთვის).

დაინტერესებულ მხარეებთან კონსულტაციების შეჯამება

პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევის შემუშავების პროცესში განხორციელდა ფართომასშტაბიანი კონსულტაციები ყველა ძირითად დაინტერესებულ მხარესთან. აღნიშნული პროცესის მიზანი იყო დოკუმენტის ვალიდაცია, პრაქტიკული ხარვეზების იდენტიფიცირება და ზრუნვის ტრაექტორიის ოპტიმიზაცია რეალური კონტექსტის გათვალისწინებით.

საკონსულტაციო პროცესის ფორმატი

დოკუმენტი განსახილველად გაეგზავნა და სამუშაო შეხვედრები გაიმართა შემდეგ ორგანიზაციებთან:

- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC).
- ლელა სულაბერიძე - საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტრატეგიული განვითარებისა და ანალიტიკის დეპარტამენტის უფროსი
- საოჯახო მედიცინისა და ოჯახის ექიმთა ასოციაციები
- საქართველოს ონკოლოგთა ასოციაცია
- City Cancer Challenge (C/Can) თბილისის წარმომადგენლობა
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) საქართველოს ოფისი.

ძირითადი განხილვა შედგა 2025 წლის 17 დეკემბერს გამართულ სამუშაო შეხვედრაზე "Workshop on Patient Navigation in Cancer Care", რომელიც ორგანიზებული იყო City Cancer Challenge თბილისისა და ჯანმო-ს ქვეყნის ოფისის მიერ.

მიღებული მიგნებები და მათი გავლენა გზამკვლევაზე

კონსულტაციების შედეგად დოკუმენტში აისახა შემდეგი მნიშვნელოვანი ცვლილებები:

- **ნორმატიულ ჩარჩოსთან შესაბამისობა:** დაავადებათა კონტროლის ცენტრის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დეპარტამენტის ხელმძღვანელის, ვლადიმერ გეთიას რეკომენდაციით, დოკუმენტი სრულ შესაბამისობაში მოვიდა მინისტრის მიერ დამტკიცებულ ნორმატიულ აქტებთან, რომლებიც არეგულირებენ პირველადი ჯანდაცვის ექიმების საქმიანობას.
- **მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბარიერების ასახვა:** City Cancer Challenge-ის მენეჯერის, ნათია ვერძაძისა და ჯანმო-ს ექსპერტის, ტომას რუბალის რეკომენდაციით, გზამკვლევაში ინტეგრირებულ იქნა კარიტასის KAP კვლევის მონაცემები. ამან შესაძლებელი გახადა მოსახლეობის ცოდნისა და დამოკიდებულების რეალური სურათის ასახვა პაციენტის ტრაექტორიაში.
- **პასუხისმგებლობების გამიჯვნა:** მიუხედავად იმისა, რომ განიხილებოდა ნავიგატორის ფუნქციის დამატება, 17 დეკემბრის შეხვედრის საფუძველზე გადაწყდა, რომ ამ ეტაპზე ეს საკითხი ღიად დარჩეს. ნაცვლად ამისა, დოკუმენტში მკაფიოდ გაიწერა

პასუხისმგებლობების გადანაწილება ჯანდაცვის სხვადასხვა დონეებს შორის, კონკრეტული დროითი ინტერვალების მითითებით.

- **დარგობრივი მხარდაჭერა:** პროფესიულმა ასოციაციებმა სიტყვიერად დაადასტურეს დოკუმენტის მნიშვნელობა და გამოხატეს დადებითი შეფასება მისი პრაქტიკული იმპლემენტაციის მიმართ.

აღნიშნულმა კონსულტაციებმა უზრუნველყო, რომ პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი იყოს არა მხოლოდ თეორიული ჩარჩო, არამედ პრაქტიკული ინსტრუმენტი, რომელიც პასუხობს არსებულ სისტემურ გამოწვევებს.

საშვილოსნოს ყელის და მუშუს კიბოს ზრუნვის პროცესში ძირითადი ხარვეზების და ბარიერების შეჯამება

დოკუმენტაციის მიმოხილვის შედეგად, გამოიკვეთა, რომ ჯანდაცვის სისტემას ესაჭიროება მნიშვნელოვანი გაძლიერება, რათა ეფექტურად უპასუხოს მუშუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს მხარდ ტვირთს და უზრუნველყოს მდგრადი, ხარჯთეფექტური და სამართლიანი სერვისების მიწოდება.

არსებული ხარვეზები აფერხებს პაციენტის სრულყოფილ ტრაექტორიას (ადრეული გამოვლენიდან მკურნალობის შემდგომ მეთვალყურეობამდე):

1. ინტეგრაციისა და კოორდინაციის სისტემური ხარვეზი

- საშვილოსნოს ყელის და მუშუს კიბოს მართვის წარმატებული სისტემა მოითხოვს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების, მეორეული დონის საავადმყოფოებისა და მესამეული დონის ცენტრების ინტეგრირებულ მუშაობას. მიუხედავად იმისა, რომ სკრინინგი არსებობს, რეფერალის და უკურეფერალის კრიტერიუმების არარსებობა და გაუგებრობა ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და პაციენტებში ქმნის ზრუნვის ფრაგმენტაციას, რაც აფერხებს დროულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას.
- მულტიდისციპლინური ონკოლოგიური გუნდების არარსებობა ან არასრული ჩართულობა ერთობლივ კლინიკურ გადაწყვეტილებებში ამცირებს ზრუნვის ხარისხს და უარყოფითად აისახება მკურნალობის გამოსავალზე.
- **მონაცემთა არასრულყოფილება:** კიბოს პოპულაციური რეგისტრის არსებობის მიუხედავად, არ არსებობს მონაცემთა სრულყოფილების და სიზუსტის გარანტია, რაც აფერხებს პროგრამის ეფექტიანობის შეფასებას.
- **ფინანსური წახალისების ნაკლებობა:** არ არსებობს პჯდ პროვაიდერებისთვის ფინანსური წახალისების (ინსენტივების) სისტემა, რაც გაზრდიდა მათ მოტივაციას პრევენციული აქტივობების (ვაქცინაცია, სკრინინგი) უზრუნველსაყოფად.

2. სკრინინგისა და პრევენციის ბარიერები

- **ოპორტუნისტული სკრინინგი:** საქართველოში სკრინინგი უმეტესად ოპორტუნისტულია (თვითდინებითი), რაც იწვევს არასრულყოფილ დაფარვას და ხელს უშლის ჯანმო-ს 90-70-90-იან სამიზნესთან მიღწევას საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევაში, ხოლო მუშუს

კიბოს ეროვნული სკრინინგის პროგრამით მიზნობრივი პოპულაციის მოცულობა უკიდურესად დაბალია და მხოლოდ 10%-12%-ის ფარგლებში მერყეობს.

- **მოცვის დაბალი მაჩვენებელი:** არ არის დანერგილი ეფექტური მექანიზმები (როგორცაა SMS შეტყობინებები, პჯდ-ის აქტიური ჩართულობა, მობილური ბრიგადები) სკრინინგის მოცვის გასაზრდელად.
- **რეგიონული ხელმისაწვდომობა:** შეზღუდულია კოლპოსკოპიის, მამოგრაფიის და ხარისხიანი დიაგნოსტიკური სერვისების რეგიონული ხელმისაწვდომობა, რაც აფერხებს პათოლოგიური შედეგების დროულ ვერიფიკაციას.
- **მონაცემთა გაზიარების ნაკლოვანება:** სკრინინგის შედეგები (პაპ/HPV, მამოგრაფია) ავტომატურად არ ეცნობება პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერს და არ არის სრულად ხელმისაწვდომი ელექტრონულ ჯანმრთელობის ჩანაწერების (EHR) სისტემაში. აღნიშნული მნიშვნელოვნად აფერხებს პჯდ-ს დროულ ჩართულობას პაციენტის მართვის პროცესში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც საჭიროა პათოლოგიური შედეგის მქონე ქალის სასწრაფო რეფერალი დიაგნოსტიკისთვის.

3. ადრეული გამოვლენის ეფექტურობისა და მონიტორინგის პრობლემები

- საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის დაბალი მაჩვენებლები (10%-15%) მიუთითებს იმაზე, რომ ქალთა გაძლიერების და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მექანიზმები არაეფექტურია. პჯდ ვიზიტების დროს ძუძუს გასინჯვა და პაციენტებისთვის თვითგასინჯვის სწავლება არ ხორციელდება რუტინულად.
- კიბოს რეგისტრის მონაცემთა სისრულე და ხარისხი სუბოპტიმალურია, რაც ხარისხის შეფასების ინდიკატორების და შედეგების ეფექტურ მონიტორინგს შეუძლებელს ხდის. ეს ხელს უშლის მომსახურების მიწოდებაში არსებული ხარვეზების ზუსტი იდენტიფიცირებას.

4. ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების დეფიციტი

- კლინიკურ და პათოლოგიურ ლაბორატორიებში, ქირურგიულ განყოფილებებსა და სხივური თერაპიის ცენტრებში ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამებისა და სტანდარტული პროტოკოლების (მაგ., ქირურგიული და სხვა ბიომასალის ტრანსპორტირების) არარსებობა საფრთხეს უქმნის პაციენტის უსაფრთხოებას და ზუსტი დიაგნოზის დროულ მიღებას.
- მიუხედავად დამტკიცებული ეროვნული კლინიკური დიაგნოსტიკური გზამკვლევების არსებობისა (ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოზე), მათი დაცვის არასაკმარისი დონე პრაქტიკაში ამცირებს მკურნალობის ეფექტურობას.

5. მკურნალობის შემდგომი და პალიატიური ზრუნვის ხარვეზები

- **სუსტი კოორდინაცია ონკოლოგსა და პჯდ-ს შორის:** ონკოლოგისა და პჯდ-ის არასაკმარისი კოორდინირებული მუშაობა მკურნალობის შემდგომ პერიოდში, რაც იწვევს გვიანი გვერდითი მოვლენების (ლიმფედემა, ვაგინალური სტენოზი, აპლაზია, რადიაციული პროქტიტი) დროული იდენტიფიკაციისა და მართვის პრობლემას.

- **ონკოლოგიის ჩართულობის შეწყვეტა:** აქტიური თერაპიის დასრულების შემდეგ ონკოლოგი ხშირად სრულად შორდება პაციენტის მართვას, რაც ქმნის გაურკვევლობას პაციენტის შემდგომ მარშრუტსა და მონიტორინგში.
- **სისტემატური რეაბილიტაციის პროგრამების ნაკლებობა:** არ არსებობს სისტემატური რეაბილიტაციისა და აბილიტაციის პროგრამები (მაგ., ლიმფედემის, სექსუალური დისფუნქციის მართვა) პაციენტის სრულყოფილი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური აღსადგენად.
- **პალიატიური ზრუნვის მწირი ინფრასტრუქტურა:** პალიატიური და ჰოსპისის სერვისები მეტად შეზღუდულია (არასაკმარისი საწოლფონდი, პერსონალი და მინიმალური დაფინანსება), რაც ამცირებს მომსახურების ხარისხს რეგიონებში.
- **პალიატიური ზრუნვის აღქმა მხოლოდ ტკივილის მართვად:** მოსახლეობა და სამედიცინო პერსონალის ნაწილი პალიატიურ ზრუნვას მხოლოდ ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებთან აიგივებს. შედეგად, არ ვითარდება სრული ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი დახმარება.
- **პაციენტთა მხარდაჭერის ინსტიტუციონალიზაციის ნაკლებობა:** არ არის დანერგილი პაციენტთა მხარდაჭერის ინსტიტუციონალიზებული სისტემები (კლუბები, საინფორმაციო პლატფორმები) რეაბილიტაციის პერიოდში.

6. ფინანსური და ხელმისაწვდომობის ბარიერები

- კიბოს დიაგნოზის ანაზღაურებასთან დაკავშირებული ხარვეზები საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში, სხვა თანაგადახდისა და ლიმიტების პრობლემებთან ერთად, ქმნის ბარიერებს, განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.
- კიბოს მართვის არსებული ტარიფები არ ასახავს საბაზრო ფასებს, რაც საფრთხეს უქმნის სერვისების მდგრადობას და იწვევს პროვაიდერების რაოდენობის მატებას ხარისხის კონტროლის შემცირების ხარჯზე.

აღნიშნული გამოწვევებისა და ხარვეზების გათვალისწინებით, თვალსაჩინოდ იკვეთება პაციენტის მოძრაობის ტრაექტორიის გზამკვლევის შემუშავების საჭიროება ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს მომსახურების ინტეგრაციის გაძლიერებისა და ზრუნვის უწყვეტობის უზრუნველყოფის მიზნით.

გზამკვლევი წარმოადგენს ყოვლისმომცველ დოკუმენტს, რომელიც აღწერს კიბოს მართვის პროცესის თითოეულ ნაბიჯს — პაციენტის ან სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლის მიერ საწყისი ექვის გაჩენიდან დაწყებული, დიაგნოზის, მართვისა და მკურნალობის შემდგომი მეთვალყურეობით დამთავრებული.

გამოყენებული წყაროები

¹ კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2017-2020 (National Cancer Control Strategy) — NCDC

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f4ebcc3c-5b3e-4ffb-8244-258746af6452>

² Cancer in Georgia 2015–2021 – NCDC chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=5b773bb3-39d4-45c5-b329-375fa1334200&utm>

³ Global Cancer Observatory, 2022: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/268-georgia-fact-sheet.pdf?utm>

⁴ ავთვისებიანი სიმსივნეები საქართველოში, 2015–2021: <https://ncdc.ge/Api/api/File/GetFile/7bb73fc7-12bc-4b09-a18a-7b17b9cace94>

⁵ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №529; 2023 წლის 29 დეკემბერი:

2024 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ

⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-8/6, 2015 წლის 30 მარტი: საექიმო სპეციალობათა პროფესიული კომპეტენციების დამტკიცების შესახებ

⁷ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-63/6; 2022 წლის 12 ივლისი: „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის, მისი გამოყენებისა და აღრიცხვა-ანგარიშგების წესის დამტკიცების შესახებ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 17 მარტის №01-19/6 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

⁸ საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკა, კლინიკური გზამკვლევი 2024: <https://www.moh.gov.ge/docs/20240321>

⁹ ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის, კლინიკური გზამკვლევი, 2024: <https://www.moh.gov.ge/docs/20240321>

¹⁰ Access to Oncology Treatment in Georgia, IDFI 2020: <https://idfi.ge/public/upload/Article/ENG%20Cancer-final.pdf>

¹¹ Availability of cancer care services: <https://citycancerchallenge.org/city/tbilisi/>