

არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებული მიზნებისა და ინდიკატორების ეროვნული ჩარჩო

არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებული მიზნების საქართველოს ეროვნული ინდიკატორები 2030 წლისათვის

სფერო / მიზანი / ინდიკატორი	განსაზღვრება / საზომი ერთეული	მონაცემთა წყარო	მონაცემთა გავრცელები ს სიხშირე	წამყვანი/შესაბამი სი სამინისტრო/სააგენტო
სიკვდილიანობა და ავადობა				
სფერო 1. არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილიანობა				
მიზანი 1. გულსისხლძარღვთა დაავადებებით, კიბოთი, დიაბეტითა ან ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით განპირობებული ზოგადი სიკვდილიანობის 25%-ით შემცირება				
1. გულ - სისხლძარღვთა დაავადებებით, კიბოთი, დიაბეტითა ან ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით განპირობებული სიკვდილის ალბათობა 30-დან 70 წლამდე ასაკში	გულ - სისხლძარღვთა დაავადებებით, კიბოთი, დიაბეტითა ან ქრონიკული რესპირატორული დაავადებებით განპირობებული სიკვდილის ალბათობა 30-დან 70 წლამდე ასაკში. აღნიშნული ოთხი მიზეზით განპირობებული გარდაცვალების შემთხვევები, აღნიშნული ასკ10-ის შემდეგ კოდებს: I00-I99, C00-C97, E10-E14 და J30-J98 სიკვდილის სპეციფიკური მაჩვენებლები ეფუძნება სიკვდილის მონაცემებს ასაკის, სქესისა და სიკვდილის მიზეზების მიხედვით. სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე. უკეთესი თვალსაჩინოებისთვის ინდიკატორი შეიძლება გამოიხატოს, როგორც წილი (%)	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
2. კიბოს ინციდენტობა, ლოკალიზაციის მიხედვით, 100 000 მოსახლეზე	კიბოს ახალი შემთხვევები ლოკალიზაციის მიხედვით მოსახლეობაში ერთი წლის განმავლობაში, როგორც წესი, გამოიხატება, როგორც კიბოს ახალი შემთხვევების რაოდენობა 100000 მოსახლეზე ეს შეიძლება მოიცავდეს კიბოს მრავლობით პირველად ლოკალიზაციებს ერთ პაციენტში. პირველადი ლოკალიზაცია წარმოადგენს იმ პირველ ლოკალიზაციას, სადაც წარმოიქმნა კიბო, და არა მეტასტაზურ ლოკალიზაციას. ზოგადად, ინციდენტობის მაჩვენებელი არ მოიცავს რეციდივებს	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, კიბოს რეგისტრი	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

	მაჩვენებელი			
ქცევითი რისკ-ფაქტორები				
სფერო 2. ალკოჰოლის დამლუპველი მოხმარება				
მიზანი 2. ალკოჰოლის დამლუპველი მოხმარების შემცირება 10%-ით მაინც, ეროვნული თავისებურებების შესაბამისად				
3. ალკოჰოლის ჯამური (აღრიცხული და აღურიცხავი) მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე (18-69 წლის ასაკის) კალენდარული წლის განმავლობაში სუფთა ალკოჰოლის ლიტრების რაოდენობით	ალკოჰოლის ჯამური (აღრიცხული და აღურიცხავი) მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე წარმოადგენს მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობას მოზრდილებში (18-69 წლის ასაკის) კალენდარული წლის განმავლობაში, სუფთა ალკოჰოლის რაოდენობა ლიტრებში სუფთა ალკოჰოლი (ლიტრებში) ერთ სულ მოსახლეზე წელიწადში; სუფთა ალკოჰოლის (ლიტრებში) მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე (18-69 წლის ასაკის) კალენდარული წლის განმავლობაში	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
4. 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში სასმელების მძიმე ეპიზოდური მოხმარების პრევალენტობა	მოზრდილებში სასმელების მძიმე ეპიზოდური მოხმარება განისაზღვრება, როგორც მოზრდილების წილი, რომლებიც თითოეული ეპიზოდის დროს იღებენ სუფთა ალკოჰოლის ≥ 60 გრ. 60 გრ სუფთა ალკოჰოლის მოხმარება შეესაბამება დაახლოებით 6 სტანდარტულ ალკოჰოლურ სასმელს. მრიცხველი: 18-69 წლის ასაკის რესპონდენტთა რიცხვი (სათანადოდ შეწონილი), რომლებმაც აღნიშნეს ყოველკვირეულად ერთხელ მაინც სუფთა ალკოჰოლის ≥ 60 გრ მიღება მნიშვნელი: 18-69 წლის ასაკის რესპონდენტთა რიცხვი, რომლებმაც პასუხი გასცეს კვლევის შესაბამის შეკითხვას, მიმატებული არამსმელთა რაოდენობა წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
5. მოზარდებსა და მოზრდილებში ალკოჰოლის მოხმარებით განპირობებული ჰოსპიტალური ავადობა და სიკვდილიანობა, ეროვნული თავისებურებების შესაბამისად	მოზარდებსა და მოზრდილებში ალკოჰოლის მოხმარებით განპირობებული ავადობა და სიკვდილიანობა, ეროვნული თავისებურებების შესაბამისად (მონიტორინგი ხორციელდება ალკოჰოლით გამოწვეული დარღვევების მიხედვით)	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა

	მოზრდილები (15 წლის და მეტი ასაკის), რომლებსაც აღენიშნებათ ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული დარღვევები (ასკ-10-ის შესაბამისი კოდები: F10.1 ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი; F10.2 ალკოჰოლზე დამოკიდებულება) მოცემული კალენდარული წლის განმავლობაში მაჩვენებელი			კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
სფერო 3. დაბალი ფიზიკური აქტივობა				
მიზანი 3. დაბალი ფიზიკური აქტივობის პრევალენტობის 10%-ით შემცირება				
6. არასაკმარისად ფიზიკურად აქტიური 11, 13 და 15 წლის ასაკის მოზარდების პრევალენტობა, განისაზღვრება, როგორც საშუალო ან ენერგიული ფიზიკური აქტივობა დღეში 60 წუთზე ნაკლები დროის განმავლობაში	11, 13 და 15 წლის ასაკის მოზარდთა წილი (%), რომელთა საშუალო ან ენერგიული ფიზიკური აქტივობა დღეში 60 წუთზე ნაკლებია წილი (%)	ჯანმრთელი ქცევის კვლევა სკოლის ასაკის ბავშვებში (HBSC) ¹	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
7. 18-69 წლის ასაკის არასაკმარისად ფიზიკურად აქტიური პირების ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა	18 – 69 წლის ასაკის მოზრდილი მოსახლეობის წილი (%), რომლებიც არ აკმაყოფილებენ შემდეგ კრიტერიუმებს: – საშუალო-ინტენსიური ფიზიკური აქტივობა კვირაში 150 წუთის განმავლობაში – ენერგიული-ინტენსიური ფიზიკური აქტივობა კვირაში 75 წუთის განმავლობაში – კვირაში საშუალო და მძიმე-ინტენსიური ფიზიკური აქტივობის კომბინაციის ექვივალენტი ჯამურად არანაკლებ დატვირთვის 600 წუთის მეტაბოლური ექვივალენტისა ფიზიკური აქტივობის წუთები შეიძლება დაგროვდეს კვირის განმავლობაში, მაგრამ ხანგრძლივობა უნდა იყოს მინიმუმ 10 წუთი მაინც წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

¹ HBSC ტარდება 11, 13, 15 წლის ასაკის მოსახლეობაში

სფერო 4. მარილის / ნატრიუმის მოხმარება				
მიზანი 4. მოსახლეობის მიერ მარილის / ნატრიუმის საშუალო მოხმარების 30%-ით შემცირება				
8. 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობის მიერ ყოველდღიურად მარილის (ნატრიუმის ქლორიდის) - გრამებში - მოხმარების ასაკ-სტანდარტიზებული საშუალო მაჩვენებელი	ნუმერტორი: 18-69 წლის ასაკის ყველა რესპონდენტისთვის ნატრიუმის ექსკრეცია შარდში; შარდის სპონტანური ან შემთხვევითი ნიმუში. მარილის მოხმარების შეფასების ოქროს სტანდარტი 24 საათის განმავლობაში შარდის შეგროვების მეშვეობითაა შესაძლებელი, თუმცა სხვა მეთოდები, როგორიცაა ადგილზე შარდისა და სურსათის გამოკვლევები, შეიძლება უფრო ხელმისაწვდომი იყოს მოსახლეობის დონეზე. მნიშვნელი: კვლევაში მონაწილე 18-69 წლის ასაკის ყველა რესპონდენტი წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
სფერო 5. თამბაქოს მოხმარება				
მიზანი 5. 15 წლისა და მეტი ასაკის მოსახლეობაში თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარების პრევალენტობის 30%-ით შემცირება				
9. 13-15 წლის და 16 წლის მოზარდებში თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარების პრევალენტობა	ინდიკატორი გამოითვლება რეპრეზენტატულ შენარჩევებში სტანდარტული კითხვარის გამოყენებით ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინტერვიუს ჩატარებისას მოსახლეობის 13-15 წლის ასაკის მოზარდებში თამბაქოს გლობალური სასკოლო კვლევით (GYTS) და 16 წლის ასაკის ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკის მოხმარების შემსწავლელი ევროპის სასკოლო კვლევით (ESPAD) მოზარდებში (სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში) თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარების პრევალენტობა შეიძლება იყოს მიღებული თამბაქოს გლობალური სასკოლო კვლევით (GYTS) ან ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკის მოხმარების შემსწავლელი ევროპის სასკოლო კვლევით (ESPAD) “თამბაქოს მოხმარება” მოიცავს სიგარეტის, სიგარას, ჩიბუხის ან თამბაქოს სხვა მოსაწევი ნაწარმის მოხმარებას “ამჟამინდელი მოხმარება” მოიცავს როგორც ყოველდღიურ, ისე არაყოველღიურ ან შემთხვევით მოხმარებას	GYTS ESPAD	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

	წილი (%)			
10. თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარების ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა 18 – 69 წლის ასაკის მოსახლეობაში	ინდიკატორი გამოითვლება სტანდარტული კითხვარის გამოყენებით ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინტერვიუს ჩატარებისას მოსახლეობის 18-69 წლის ასაკის რეპრეზენტატულ შენარჩევში “თამბაქოს მოხმარება” მოიცავს სიგარეტის, სიგარას, ჩიბუხის ან თამბაქოს სხვა მოსაწევი ნაწარმის მოხმარებას “ამჟამინდელი მოხმარება” მოიცავს როგორც ყოველდღიურ, ისე არაყოველღიურ ან შემთხვევით მოხმარებას წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორები				
სფერო 6. მომატებული არტერიული წნევა				
მიზანი 6. მომატებული არტერიული წნევის პრევალენტობის 25%-ით შემცირება ან მომატებული არტერიული წნევის პრევალენტობა ეროვნული თავისებურებების შესაბამისად				
11. 18–69 წლის ასაკის მოსახლეობაში მომატებული არტერიული წნევის ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა (განისაზღვრება, როგორც სისტოლური წნევა ≥ 140 მმ/ვწყ და/ან დიასტოლური წნევა ≥ 90 მმ/ვწყ)	18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში სისტოლური წნევა ≥ 140 და/ან დიასტოლური წნევა ≥ 90 მრიცხველი: რესპონდენტთა რაოდენობა, რომელთაც აღენიშნებათ სისტოლური წნევა ≥ 140 მმ/ვწყ ან დიასტოლური წნევა ≥ 90 მმ/ვწყ. საუკეთესო შემთხვევაში წნევის გაზომვა უნდა მოხდეს სამჯერ და გამოყენებულ იქნეს მეორე და მესამე გაზომვის საშუალო მნიშვნელობები, როგორც სისტოლური, ისე დიასტოლური წნევისთვის მნიშვნელი: კვლევაში მონაწილე 18-69 წლის ასაკის ყველა რესპონდენტი წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
სფერო 7. დიაბეტი და სიმსუქნე				
მიზანი 7. დიაბეტისა და სიმსუქნის ზრდის შეჩერება				
12. 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში სისხლში გლუკოზის მომატებული მაჩვენებლის / დიაბეტის ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა (განისაზღვრება, როგორც სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია ≥ 7.0 მმოლ/ლ (126 მგ/დლ) ან მედიკამენტების	18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია ≥ 7.0 მმოლ/ლ (126 მგ/დლ) ან მედიკამენტების მიღება სისხლში გლუკოზის მომატებული მაჩვენებლის გამო	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა

მიღებით სისხლში გლუკოზის მომატებული მაჩვენებლის გამო)	მრიცხველი: 18-69 წლის ასაკის რესპონდენტთა რაოდენობა, რომელთაც აღენიშნებათ სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია ≥ 7.0 მმოლ/ლ (126 მგ/დლ) ან იღებენ მედიკამენტებს სისხლში გლუკოზის მომატებული მაჩვენებლის გამო. სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია უნდა იყოს გაზომილი და არა თვით რესპონდენტის მიერ შეტყობინებული, გაზომვა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი გამოსაკვლევ პირს არ მიუღია საკვები მინიმუმ 8 საათის განმავლობაში მნიშვნელი: კვლევაში მონაწილე 18-69 წლის ასაკის ყველა რესპონდენტი წილი (%)			კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
13. ჭარბი წონისა და სიმსუქნის პრევალენტობა 11, 13 და 15 წლის ასაკის მოზარდებში	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სკოლის ასაკის ბავშვებისა და მოზარდებისთვის განკუთვნილი საცნობარო მასალის შესაბამისად: ჭარბი წონა – სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებლის სტანდარტული გადახრა ერთი ერთეულით ასაკისა და სქესის მიხედვით, სიმსუქნე – სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებლის სტანდარტული გადახრა ორი ერთეულით ასაკისა და სქესის მიხედვით სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი = წონა კილოგრამებში / მეტრებში გაზომილი სიმაღლე კვადრატში. ჭარბი წონა – სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებლის სტანდარტული გადახრა ერთი ერთეულით ასაკისა და სქესის მიხედვით). სიმსუქნე – სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებლის სტანდარტული გადახრა ორი ერთეულით ასაკისა და სქესის მიხედვით. წილი (%)	HBSC	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
14. 18 – 69 წლის ასაკის მოსახლეობაში ჭარბი წონისა და სიმსუქნის ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა	18-69 წლის მოსახლეობაში ჭარბი წონა - სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი ≥ 25 კგ/მ², ხოლო სიმსუქნე ≥ 30 კგ/მ² სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი = წონა კილოგრამებში / მეტრებში გაზომილი სიმაღლე კვადრატში.	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა

	ჭარბი წონა ნიშნავს, რომ სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი ≥ 25 კგ/მ², სიმსუქნე ნიშნავს, რომ სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი ≥ 30 კგ/მ² წილი (%)			კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
15. 18 – 69 წლის ასაკის მოსახლეობაში ნაჯერი ცხიმების მჟავებიდან მიღებული ენერგიის ასაკ სტანდარტიზებული წილი	18 – 69 წლის ასაკის ადამიანებში ნაჯერი ცხიმების მჟავებიდან მიღებული ენერგიის წილი 18 – 69 წლის ასაკის ყველა რესპონდენტისთვის ნაჯერი ცხიმების მჟავებიდან მიღებული ენერგიის ჯამური რაოდენობა. თითოეული რესპონდენტისთვის მთლიანი ენერგიის წილის მისაღებად საჭიროა ნაჯერი ცხიმების მჟავებიდან მიღებული ენერგიის მნიშვნელობის გაყოფა მთლიანი მიღებული ენერგიის მაჩვენებელზე წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
16. 18 – 69 წლის ასაკის იმ მოსახლეობის ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა, რომელიც იღებს ხუთზე ნაკლებ ულუფა (400 გრამი) ხილსა და ბოსტნეულს ერთი დღის განმავლობაში	18 – 69 წლის ასაკის იმ მოსახლეობის წილი (%), რომელიც იღებს ხუთზე ნაკლებ ულუფა ხილსა და ბოსტნეულს ერთი დღის განმავლობაში ხილისა და ბოსტნეულის ერთი ულუფა 80 გრამის ექვივალენტია 18 – 69 წლის ასაკის რესპონდენტთა რაოდენობა, რომლებიც დღეში 5 ულუფაზე ნაკლებ ხილს და / ან ბოსტნეულს იღებენ. ხილისა და/ან ბოსტნეულის ულუფების საშუალო რაოდენობა თითოეული მონაწილისთვის გამოითვლება შემდეგნაირად: 1) ერთი კვირის განმავლობაში მიღებული ბოსტნეულის ულუფების საშუალო რაოდენობის გამოთვლა: ერთი დღის განმავლობაში მიღებული ბოსტნეულის ულუფების რაოდენობა გამრავლებული დღეების რაოდენობაზე, რომლებშიც მიღებულ იქნა ბოსტნეული კვირის განმავლობაში, გაყოფილი შვიდზე. 2) ერთი კვირის განმავლობაში მიღებული ხილის ულუფების საშუალო რაოდენობის გამოთვლა: ერთი დღის განმავლობაში მიღებული ხილის ულუფების რაოდენობა გამრავლებული დღეების რაოდენობაზე, რომლებშიც მიღებულ იქნა ხილი კვირის განმავლობაში, გაყოფილი შვიდზე. 3) კვირის განმავლობაში მიღებული ხილისა და ბოსტნეულის	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

	ულუფების ჯამური საშუალო რაოდენობა. თუ ჯამი ≤ 5, რესპონდენტი ჩაითვლება შეფარდების ნუმერატორში, როგორც ერთი დღის განმავლობაში ხუთზე ნაკლები ულუფა ხილისა და ბოსტნეულის მომხმარებელი წილი (%)			
17. საერთო ქოლესტეროლის მომატებული დონის მქონე 18 – 69 წლის ასაკის მოსახლეობის ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა (განისაზღვრება, როგორც საერთო ქოლესტეროლი ≥ 5.0 მმოლ/ლ ან 190 მგ/დლ); საერთო ქოლესტეროლის საშუალო კონცენტრაცია	საერთო ქოლესტეროლი ≥ 5.0 მმოლ/ლ (190 მგ/დლ) საერთო ქოლესტეროლის საშუალო მნიშვნელობა. სისხლის ანალიზის აღება შესაძლებელია ორი მეთოდით: კაპილარული სისხლის აღება თითიდან სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტისთვის და ვენური სისხლის აღება ლაბორატორიული ტესტისთვის. ნებისმიერი მეთოდი არის მისაღები. წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
ეროვნული სისტემების პასუხი				
სფერო 8. გულის შეტევებისა და ინსულტის პრევენციის მედიკამენტური თერაპია				
მიზანი 8. შესაბამისი მოსახლეობის 50% მაინც იღებს მედიკამენტურ თერაპიას და კონსულტირებას (გლიკემიის კონტროლის ჩათვლით) გულის შეტევებისა და ინსულტის პრევენციის მიზნით				
18. შესაბამისი მოსახლეობის წილი (განისაზღვრება, როგორც 40 – 69 წლის ასაკის მოსახლეობა ათწლიანი $\geq 30\%$-იანი კარდიოვასულარული რისკით, იმ პირების ჩათვლით, ვისაც აქვს უკვე მანიფესტირებული გულ-სისხლძრღვეთა დაავადება), რომელიც იღებს მედიკამენტურ მკურნალობას და გადის კონსულტირებას (გლიკემიის კონტროლის ჩათვლით) გულის შეტევებისა და ინსულტის პრევენციის მიზნით	შესაბამისი მოსახლეობის წილი (%) (განისაზღვრება, როგორც 40 წლისა და მეტი ასაკის მოსახლეობა ათწლიანი $\geq 30\%$ კარდიოვასულარული რისკით*, იმ პირების ჩათვლით, ვისაც აქვს უკვე მანიფესტირებული გულ-სისხლძრღვეთა დაავადება), რომელიც იღებს მედიკამენტურ მკურნალობას** და გადის კონსულტირებას*** (გლიკემიის კონტროლის ჩათვლით) გულის შეტევებისა და ინსულტის პრევენციის მიზნით *ათწლიანი $\geq 30\%$ კარდიოვასულარული რისკი განისაზღვრება ასაკის, სქესის და სხვა სოციო-დემოგრაფიული სტრატეგიკატორებით (სადაც ხელმისაწვდომია), არტერიული წნევის, მწველობის სტატუსის (ამჟამად მწვევლები ან ვინც თავი დაანება მოწევას შეფასებამდე 1 წლით ადრე), საერთო ქოლესტეროლით, დიაბეტით (მანამდე დიაგნოსტირებული ან თუკი სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია >7.0 მმოლ/ლ (126 მგ/დლ)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

	მედიკამენტური თერაპია გულისხმობს წამლების მედიკამენტებით მკურნალობას მაღალი არტერიული წნევის / დიაბეტის, მომატებული საერთო ქოლესტეროლის გამო, ან ასპირინისა ან სტატინების მიღებას გულისის ხლძარღვთა დაავადებების პრევენციისა ან მკურნალობის მიზნით *კონსულტირებაში იგულისხმება ექიმისა ან ჯანდაცვის სხვა მუშაკისგან რჩევების მიღება თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტასთან ან არდაწყებასთან, მარილის მოხმარების შემცირების, დღეში ხუთი ულუფა ხილისა და/ან ბოსტნეულის მიღების, ცხიმების მოხმარების შემცირების, ფიზიკური აქტივობის დაწყებისა ან მისი მოცულობის გაზრდის, სხეულის სათანადო წონის ან ჭარბი წონის შემცირების შესახებ წილი (%)			
--	--	--	--	--

სფერო 9. არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო ესენციური მედიკამენტები და ძირითადი არაგადამდები დაავადებების მკურნალობის საბაზისო მეთოდები

მიზანი 9. ძირითადი არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო საბაზისო ტექნოლოგიებისა და ესენციური მედიკამენტების (გენერირების ჩათვლით) 80% ხელმისაწვდომობა, როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო დაწესებულებებში

19. არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო ხარისხიანი, უსაფრთხო და ეფექტური ესენციური მედიკამენტებისა (გენერირების ჩათვლით) და საბაზისო ტექნოლოგიებისადმი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა, როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო დაწესებულებებში	პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო დაწესებულებების წილი (%), რომელთაც გააჩნიათ შემდეგი: მედიკამენტები - ასპირინი, სტატინი, ანგიოტენზინ-გარდაქმნელი ფერმენტების ინჰიბიტორი, თიაზიდური დიურეზული საშუალება, ხანგრძლივი მოქმედების კალციუმის არხების ბლოკატორი, ბეტა-ბლოკატორი, მეტფორმინი, ინსულინი, ბონჟოდირატატორი და სტეროიდული ინჰალანტი მაინც. მოწყობილობები - წნევის საზომი აპარატი, სასწორი, სისხლში გლუკოზის და ქოლესტეროლის გამზომი მოწყობილობა, შარდში ალბუმინის გასაზომი შესაბამისი ჩხირებით მაინც წილი (%)	სამედიცინო დაწესებულებების ეროვნული რეპრეზენტატიული შეფასება	ხუთ წელიწადში ერთხელ მაინც	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
20. პალიატიური მზრუნველობისადმი ხელმისაწვდომობა, რომელიც კიბოთი გარდაცვლილ თითოეულ პაციენტზე უზრუნველყოფილი იქნება განსაზღვრული რაოდენობის მორფინის ექვივალენტური ძლიერი ოპიოიდური ანალგეტიკებით	მორფინის ექვივალენტური ძლიერი ოპიოიდური ანალგეტიკების მოხმარება (მეთადონის გარდა) კიბოთი გამოწვეული სიკვდილის თითოეულ შემთხვევაზე. მორფინის ექვივალენტი არის სხვადასხვა სახის ოპიოიდების მოცულობის სტანდარტიზაციისა და კომბინირების მეთოდი, რომელიც გამოიყენება, როგორც ოპიოიდების მოხმარების საზომი, წარმოადგენს ტკივილისას	ოპიოიდების მოხმარება ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს ნარკოტიკების	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

	პალიატიური მზრუნველობისადმი ხელმისაწვდომობის მაჩვენებელს. მორფინის ეკვივალენტური ძლიერი ოპიოიდური ანალგეტიკების მოხმარება პოპულაციის დონეზე დროის მოცემულ პერიოდში. ოპიოიდური საშუალებების მოხმარების დონე კილოგრამებში ან გრამებში (ფენტანილის შემთხვევაში) გამოითვლება ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს მიერ მთავრობის მიერ წარმოდგენილი წარმოებული პროდუქციისა და ვაჭრობის სტატისტიკის საფუძველზე. მოხმარებულ რაოდენობაში შედის საბითუმო გამყიდველებისა და მწარმოებლების მიერ მომხმარებლებისადმი (ძირითადად აფთიაქები და საავადმყოფოები) მიწოდებული რაოდენობა პლუს უშუალოდ საცალო მიმწოდებლების მიერ იმპორტირებული რაოდენობა. ბოლო სამი წლის განმავლობაში მოხმარებული საშუალო რაოდენობა, ხშირ შემთხვევებში, ფაქტობრივი მოხმარების უფრო ზუსტ შეფასებას იძლევა, რადგან ერთი წლის განმავლობაში შეძენილი მოცულობა შესაძლებელია მომდევნო წელს იყოს გამოყენებული. მორფინის ეკვივალენტური მოცულობა გამოითვლება, როგორც: $(1 * \text{მორფინი}) + (83.3 * \text{ფენტანილი}) + (5 * \text{ჰიდრომორფინი}) + (1.33 * \text{ოქსიკოდონი}) + (0.25 * \text{პეტიდინი})$. მნიშვნელი: მოსახლეობაში კიბოთი გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა დროის იგივე პერიოდში. კოეფიციენტი.	მოხმარების ყოველწლიური ანგარიშის მიხედვით / სამოქალაქო რეგისტრაცია / კიბოს რეგისტრი		
21. ეროვნული პოლიტიკის მიღება, რომელიც ზღუდავს ნაჯერი ცხიმების მოხმარებას და პრაქტიკულად აღმოფხვრის ნაწილობრივ ჰიდროგენიზირებული მცენარეული ზეთების გამოყენებას საკვები პროდუქტების სფეროში, ეროვნული თავისებურებებისა და პროგრამების შესაბამისად	ეროვნული პოლიტიკის მიღება, რომელიც ზღუდავს ნაჯერი ცხიმების მოხმარებას და პრაქტიკულად აღმოფხვრის ნაწილობრივ ჰიდროგენიზირებული მცენარეული ზეთების გამოყენებას საკვები პროდუქტების სფეროში ქვეყანას შეუძლია უპასუხოს „კი“ შეკითხვაზე „არის თუ არა თქვენს ქვეყანაში დანერგილი რაიმე ეროვნული პოლიტიკა,	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ქვეყნის მიერ ჩატარებული არაგადამდები	ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და

	რომელიც ზღუდავს ნაჯერი ცხიმების მოხმარებას და პრაქტიკულად აღმოფხვრის წარმოებული ტრანსცხიმების (მაგალითად, ჰიდროგენირებული მცენარეული ზეთების) მოხმარებას საკვები პროდუქტების სფეროში“	დაავადებების კვლევა		საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
22. ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) საწინააღმდეგო ხარჯ-ეფექტური და ფინანსურად ხელმისაწვდომი ვაქცინაციის უზრუნველყოფა ეროვნული პროგრამებისა და პოლიტიკის შესაბამისად	HPV ვაქცინის ხელმისაწვდომობა იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრის ფარგლებში ქვეყანას შეიძლება, მიუთითოს, რომ HPV ვაქცინა შესული იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში, ეაც აისახება მათ პასუხებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის ერთობლივი საანგარიშგებო ფორმის შევსებისას	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის ერთობლივი საანგარიშგებო ფორმა	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
23. ნაჯერი ცხიმების, ტრანსცხიმოვანი მჟავების, თავისუფალი შაქრისა ან მარილის მაღალი შემცველობის მქონე საკვებ პროდუქტებსა და უალკოჰოლო სასმელებთან დაკავშირებული მარკეტინგული აქტივობების ბავშვებზე ზეგავლენის შემცირებაზე მიმართული პოლიტიკა	პოლიტიკის არსებობა, რომელიც მიმართულია ნაჯერი ცხიმების, ტრანსცხიმოვანი მჟავების, თავისუფალი შაქრისა ან მარილის მაღალი შემცველობის მქონე საკვებ პროდუქტებსა და უალკოჰოლო სასმელებთან დაკავშირებული მარკეტინგული აქტივობების ბავშვებზე ზეგავლენის შემცირებაზე ქვეყანას შეუძლია უპასუხოს „კი“ შეკითხვაზე „არის თუ არა თქვენს ქვეყანაში დანერგილი რაიმე ეროვნული პოლიტიკა, რომელიც ზღუდავს ნაჯერი ცხიმების, ტრანსცხიმოვანი მჟავების, თავისუფალი შაქრისა ან მარილის მაღალი შემცველობის მქონე საკვებ პროდუქტებსა და უალკოჰოლო სასმელებთან დაკავშირებული მარკეტინგული აქტივობების ბავშვებზე ზეგავლენის შემცირებაზე“	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ქვეყნის მიერ ჩატარებული არაგადამდები დაავადებების კვლევა	ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
24. ჰეპატიტი B-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაციით მოცვის მონიტორინგი ჩვილების მესამე დოზა ჰეპატიტი B-ს ვაქცინით (HepB3) უზრუნველყოფის საფუძველზე	ერთი წლის ასაკის ბავშვთა წილი (%), რომლებსაც კალენდარული წლის განმავლობაში ჩაუტარდათ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია მრიცხველი: ბავშვების B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჯამური რაოდენობა, მიღებული ვაქცინაციის მიმწოდებელთა ანგარიშებიდან (მაგალითად, რაიონული ჯანდაცვის ცენტრები, ვაქცინაციის ჩამტარებელთა გუნდები, ექიმები)	მომსახურების მიმწოდებელთა/ დაწესებულებათა ანგარიშგების სისტემა /ადმინისტრაციული მონაცემები	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

	მნიშვნელი: ბავშვების რაოდენობა სამიზნე მოსახლეობაში წილი (%)			ეროვნული ცენტრი
25. 30–49 წლის ქალთა წილი, რომელთაან ერთხელ მაინც (ან მეტჯერ) ჩაიტარეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, ან ქვედა და ზედა ასაკობრივი ჯგუფებში ეროვნული პროგრამების ან პოლიტიკის შესაბამისად	30–49 წლის ქალთა წილი, რომელთაც აღნიშნეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ჩატარება რომელიმე ქვემოთ მითითებული მეთოდით: ვიზუალური დათვალიერება ძმრის მჟავის ტესტის გამოყენებით, ნაცხის აღება, HPV ტესტი	დაწესებულებათა მონაცემთა ბაზები / არაგადამდებ დაავადებათა რისკ- ფაქტორების კვლევა სახელმწიფო პროგრამა	ხუთ წელიწადში ერთხელ მაინც / კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებული „ჯანმრთელობა 2020“ მიზნების მონიტორინგის საქართველოს ეროვნული ინდიკატორები

სფერო / მიზანი / ინდიკატორი	განსაზღვრება / საზომი ერთეული	მონაცემთა წყარო	მონაცემთა გავრცელების სიხშირე	წამყვანი/შესაბამი სი სამინისტრო/სააგენტო
1. ავადობის ტვირთი და რისკ-ფაქტორები				
2020 წლისთვის ევროპაში ნაადრევი სიკვდილიანობის შემცირება				
(1) 1.1.ა. ოთხი ძირითადი არაგადამდები დაავადებით (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (ასკ-10-ის კოდები I00–I99), კიბო (ასკ-10-ის კოდები C00–C97), დიაბეტი (ასკ-10-ის კოდები E10–E14) და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები (ასკ-10-ის კოდები J40–J47)) განპირობებული ნაადრევი სიკვდილიანობის ზოგადი ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (30-დან 70 წლამდე) დიზაგრეგირებული სქესის მიხედვით; ასევე საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები (ასკ-10-ის კოდები K00–K93) - ცალკე გამოყოფილი	ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არის საშუალო შეწონილი ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე, სადაც წონები არის მოსახლეობის წილი შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტული პოპულაციის მიხედვით ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გამოითვლება პირდაპირი მეთოდით: ის აჩვენებს, როგორი იქნებოდა სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი, თუკი მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება შეესაბამება ევროპის სტანდარტულ მოსახლეობას სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(1) 1.1.ა. ყველა მიზეზით განპირობებული სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი, დიზაგრეგირებული ასაკის, სქესისა და სიკვდილის მიზეზებით მიხედვით (დამატებითი ინდიკატორი)	სიკვდილიანობის ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებელი არის საშუალო შეწონილი ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე, სადაც წონები არის მოსახლეობის წილი შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტული პოპულაციის მიხედვით სიკვდილიანობის ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებელი გამოითვლება პირდაპირი მეთოდით: ის აჩვენებს, როგორი იქნებოდა სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი, თუკი მოშესაბამება ევროპის სტანდარტულ მოსახლეობას სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(2) 1.1.ბ. 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარების ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა (მოიცავს როგორც ყოველდღიურ, ისე არაყოველდღიურ ან შემთხვევით მოხმარებას)	ინდიკატორი გამოითვლება სტანდარტული კითხვარის გამოყენებით ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინტერვიუს ჩატარებისას მოსახლეობის 18-69 წლის ასაკის რეპრეზენტატულ შენარჩევში	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა

	“თამბაქოს მოხმარება” მოიცავს სიგარეტის, სიგარას, ჩიბუხის ან თამბაქოს სხვა ნაწარმის მოხმარებას “ამჟამინდელი მოხმარება” მოიცავს როგორც ყოველდღიურ, ისე არაყოველდღიურ ან შემთხვევით მოხმარებას წილი (%)			კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(2) 1.1.ბ. მოზარდებში (13-15, 16 წლის ასაკის) თამბაქოს ყოველკვირეული მოხმარების პრევალენტობა (დამატებითი ინდიკატორი)	ინდიკატორი გამოითვლება სტანდარტული კითხვარის გამოყენებით ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინტერვიუს ჩატარებისას მოსახლეობის (13-15, 16 წლის ასაკის რეპრეზენტატულ შენარჩევში) მოზარდებში (სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში) თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარების პრევალენტობა. მონაცემების მიღება შესაძლებელია თამბაქოს გლობალური სასკოლო კვლევით ან მოზარდებში თამბაქოს მოხმარების უახლესი კვლევით (ან კვლევით, რომელიც თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებულ შეკითხვებს მოიცავს). მოითხოვს შემდეგ მონაცემებს: 1. დღეების რაოდენობა, როდესაც რესპონდენტი მოიხმარდა სიგარეტს ან თამბაქოს სხვა ნაწარმს უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში 2. ან დღეების რაოდენობა, როდესაც რესპონდენტი მოიხმარდა თამბაქოს ნებისმიერ ნაწარმს, სიგარეტის გარდა, უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში “თამბაქოს მოხმარება” მოიცავს სიგარეტის, სიგარას, ჩიბუხის ან თამბაქოს სხვა მოსაწევი ნაწარმის მოხმარებას “ამჟამინდელი მოხმარება” მოიცავს როგორც ყოველდღიურ, ისე არაყოველდღიურ ან შემთხვევით მოხმარებას წილი (%)	GYTS ESPAD	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(3) 1.1.გ. ალკოჰოლის ჯამური (აღრიცხული და აღურიცხავი) მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე (18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში) კალენდარული წლის განმავლობაში სუფთა ალკოჰოლის ლიტრების რაოდენობით, თუ შესაძლებელია განცალკევებული აღრიცხული და აღურიცხავის მიხედვით	ალკოჰოლის ჯამური (აღრიცხული და აღურიცხავი) მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე (18-69 წლის ასაკის) კალენდარული წლის განმავლობაში სუფთა ალკოჰოლის ლიტრების რაოდენობით ალკოჰოლის აღრიცხული მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე გამოითვლება, როგორც სუფთა ალკოჰოლის სასმელ-	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი

	სპეციფიკური (ლუდი, ღვინო, მაგარი სასმელები და სხვა) მოხმარება სუფთა ალკოჰოლის ლიტრების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე ერთ წელიწადში; სუფთა ალკოჰოლის ლიტრების რაოდენობა ერთ სულ მოზრდილ (18-69 წლის ასაკის) მოსახლეზე ერთ წელიწადში			ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(3) 1.1.გ. 18-19 წლის ასაკის მოზარდებში მძიმე ეპიზოდური სმა (60 გ სუფთა ალკოჰოლი ან დაახლოებით 6 სტანდარტული ალკოჰოლური სასმელი - მინიმუმ ერთი შემთხვევა ყოველკვირეულად) (დამატებითი ინდიკატორი)	18-19 წლის ასაკის მოზარდებში მძიმე ეპიზოდური სმა განისაზღვრება, როგორც მოზარდების წილი, რომლებიც იღებენ ≥ 60 გ სუფთა ალკოჰოლს მინიმუმ ერთელ ყოველკვირეულად. 60 გ სუფთა ალკოჰოლი შეესაბამება დაახლოებით 6 სტანდარტულ ალკოჰოლურ სასმელს მრიცხველი: იმ 18-19 წლის ასაკის რესპონტენტთა რაოდენობა (შესაბამისად შეწონილი), რომლებიც აღნიშნავენ 60 გ სუფთა ალკოჰოლის მიღებას მინიმუმ ერთელ ყოველკვირეულად) მნიშვნელი: 18-19 წლის ასაკის მონაწილეთა რაოდენობას, რომელთაც უპასუხეს კვლევის შესაბამის შეკითხვა(ებ)ს, მიმატებული არამომხმარებლების რაოდენობა წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(4) 1.1.დ. 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობაში ჭარბი წონისა და სიმსუქნის ასაკ-სტანდარტიზებული პრევალენტობა	პრევალენტობა გულისხმობს 18-69 წლის ასაკის მოსახლეობის წილს (%), რომელთაც ჭარბი წონა ან სიმსუქნე (სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი ≥ 25 კგ/მ² ჭარბი წონის და ≥ 30 კგ/მ² სიმსუქნის შემთხვევაში) აღენიშნებათ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია განსაზღვრავს ჭარბ წონას სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელით ≥ 25 კგ/მ², ხოლო სიმსუქნეს - ≥ 30 კგ/მ² წილი (%)	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(4) 1.1.ე. 11, 13 და 15 წლის ასაკის მოზარდებში ჭარბი წონისა და სიმსუქნის პრევალენტობა	პრევალენტობაში იგულისხმება მოსახლეობის შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფში ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მქონე (კგ/მ²) პირთა წილი (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2007 წლის განსაზღვრებებით, ჭარბი წონა – სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელის მეტობა ერთი ერთეულით,	HBSC	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო /

	სიმსუქნე – სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებლის მეტობა ორი ერთეულით) წილი (%)			დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(6) 1.3.ა. ყველა გარეგანი მიზეზითა და დაზიანებით განპირობებული ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, დიზაგრეგირებული სქესის მიხედვით (ასკ-10-ის კოდები V01–V99, W00–W99, X00–X99 და Y00–Y98)	ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არის საშუალო შეწონილი ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე, სადაც წონები არის მოსახლეობის წილი შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტული პოპულაციის მიხედვით ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გამოითვლება პირდაპირი მეთოდით: ის წარმოადგენს, როგორი იქნებოდა სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი, თუკი მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება იქნებოდა ევროპის მოსახლეობის შესატყვისი / სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია / შინაგან საქმეთა სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
1.3.ა. ყველა გარეგანი მიზეზითა და დაზიანებით განპირობებული ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობის მაჩვენებლები, დიზაგრეგირებული სქესის მიხედვით (ასკ-10-ის კოდები V01–V99, W00–W99, X00–X99 და Y00–Y98)	ახალი შემთხვევები მოსახლეობაში ერთი წლის განმავლობაში, 100000 მოსახლეზე. მაჩვენებელი	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(5) 1.3.ა. ავტოსაგზაო შემთხვევებით განპირობებული ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები (ასკ-10-ის კოდები V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87 და V89) (დამატებითი ინდიკატორი)	ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არის საშუალო შეწონილი ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე, სადაც წონები არის მოსახლეობის წილი შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტული პოპულაციის მიხედვით ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გამოითვლება პირდაპირი მეთოდით: ის წარმოადგენს, როგორი იქნებოდა სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი, თუკი მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება იქნებოდა	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია / შინაგან საქმეთა სამინისტრო	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

[illegible]

(9) 1.3.ე. შემთხვევითი ვარდნით განპირობებული სიკვდილიანობის ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები (ასკ-10-ის კოდები W00–W19) (დამატებითი ინდიკატორი)	ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არის საშუალო შეწონილი ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე, სადაც წონები არის მოსახლეობის წილი შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტული პოპულაციის მიხედვით ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გამოითვლება პირდაპირი მეთოდით: ის წარმოადგენს, როგორი იქნებოდა სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი, თუკი მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება იქნებოდა ევროპის მოსახლეობის შესატყვისი / სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია / შინაგან საქმეთა სამინისტრო	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
(10) 1.3.ვ. მკვლელობასა და თავდასხმასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ასაკ-სტანდარტიზებული (ასკ-10-ის კოდები X85–Y09) მაჩვენებლები (დამატებითი ინდიკატორი)	ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არის საშუალო შეწონილი ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე, სადაც წონები არის მოსახლეობის წილი შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტული პოპულაციის მიხედვით ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გამოითვლება პირდაპირი მეთოდით: ის წარმოადგენს, როგორი იქნებოდა სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი, თუკი მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება იქნებოდა ევროპის მოსახლეობის შესატყვისი / სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია / შინაგან საქმეთა სამინისტრო	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სფერო 3. პროცესები, მმართველობა და ჯანდაცვის სისტემები

მიზანი 5. უნივერსალური მოცვა და "ჯანმრთელობის უფლება"

(16) 5.1.ა. დედათა სიკვდილიანობა 100 000 ცოცხალშობილზე (ასკ-10-ის კოდები O00–O99) (დამატებითი ინდიკატორი)	დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არის კალენდარული წლის განმავლობაში იმ ქალთა რაოდენობა, რომელთა სიკვდილი, ორსულობისას ან ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, დაკავშირებულია ან გამოწვეულია ორსულობასა ან მის მართვასთან, მაგრამ არა უბედურ შემთხვევასა ან სხვა მიზეზებთან, რომელიც არ არის ასოცირებული ორსულობასთან, ორსულობის ხანგრძლივობისა და ადგილის მიუხედავად სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა 100 000 ცოცხალშობილზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
---	---	--	--------------	--

მდგრადი განვითარების მიზნებთან დაკავშირებული არაგადამდებ დაავადებათა მონიტორინგის საქართველოს ეროვნული ინდიკატორები

საქართველოსთვის მისადაგებული მიზანი და ინდიკატორი	განსაზღვრება / საზომი ერთეული	მონაცემთა წყარო	მონაცემთა გავრცელების სიხშირე	წამყვანი/შესაბამისი სამინისტრო/სააგენტო
3.4 2030 წლისთვის არაგადამდები დაავადებების შედეგად ნაადრევი სიკვდილიანობის ერთი მესამედით შემცირება პრევენციისა და მკურნალობის მეშვეობით და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა				
3.4.1: გულისსხლძარღვთა დაავადებებით, კიბოთი, დიაბეტით ან ქრონიკული ობსტრუქციული რესპირატორული დაავადებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. მიზანი: 1/3-ით შემცირება	გულისსხლძარღვთა დაავადებასთან, ავთვისებიან ახალწარმონაქმნებთან, დიაბეტთან და ქრონიკულ ობსტრუქციულ რესპირატორულ დაავადებასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
3.4.2: სუიციდის შედეგად სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. მიზანი: 1/3-ით შემცირება	სუიციდთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია / შსს	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
3.5 აკრძალული ნივთიერებების მოხმარების, მათ შორის ნარკოტიკული ნივთიერებებისა და ალკოჰოლის დამლუპველი მოხმარების პრევენციისა და მკურნალობის გაძლიერება				
3.5.2: ალკოჰოლის მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე (18-69 წლის ასაკის) კალენდარული წლის განმავლობაში, სუფთა ალკოჰოლის ლიტრებით. მიზანი: 10%-ით შემცირება	ალკოჰოლის ჯამური (აღრიცხული და აღურიცხავი) მოხმარება ერთ სულ მოზრდილ მოსახლეზე (18-69 წლის ასაკის) კალენდარული წლის განმავლობაში სუფთა ალკოჰოლის ლიტრების რაოდენობით. ალკოჰოლის აღრიცხული მოხმარება ერთ სულ მოსახლეზე გამოითვლება, როგორც სუფთა ალკოჰოლის სასმელ-სპეციფიკური (ლუდი, ღვინო, მაგარი სასმელები და სხვა) მოხმარება სუფთა ალკოჰოლის რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე ერთი წლის განმავლობაში; სუფთა ალკოჰოლის რაოდენობა ერთ სულ მოზრდილ (18 წლის და მეტი ასაკის) მოსახლეზე ერთი წლის განმავლობაში	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	საქართველოს მთავრობა

3.6 საქართველოში 2030 წლისთვის ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული გარდაცვალებისა და დაზიანებების რაოდენობის განახევრება				
3.6.1: ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული დაზიანებების შედეგად სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. მიზანი: ინდიკატორი შემცირებულია 25-30%-ით.	ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული დაზიანებების შედეგად სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია / შინაგან საქმეთა სამინისტრო	ყოველწლიურად	შინაგან საქმეთა სამინისტრო/ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
3.8 2030 წლისთვის ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის მიღწევა, მათ შორის ფინანსური რისკებისგან დაცვა, ჯანდაცვის ხარისხიანი ძირითადი სერვისების ხელმისაწვდომობა, ასევე უსაფრთხო, ეფექტიანი, ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ძირითადი მედიკამენტებისა და ვაქცინების ხელმისაწვდომობა				
3.8.2: ჯანმრთელობის დაზღვევით ან ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემით დაფარული ადამიანების %. მიზანი: 100%	ჯანმრთელობის დაზღვევით ან ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემით დაფარული ადამიანების წილი მრიცხველი: ჯანმრთელობის დაზღვევით ან ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემით დაფარული ადამიანების წილი მნიშვნელი: სამიზნე მოსახლეობა წილი (%)	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (სოციალური მომსახურების სააგენტო)	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
3.9 2030 წლისთვის სახიფათო ქიმიური ნივთიერებებისა და ჰაერის, წყლისა და ნიადაგის დაბინძურების შედეგად სიკვდილიანობისა და ავადმყოფობის შემთხვევათა რაოდენობის მნიშვნელოვნად შემცირება				
3.9.4: 2030 წლისთვის ქვედა სასუნთქი გზების ქრონიკულ დაავადებათა მნიშვნელოვანი შემცირება (დიზაგრეგირებული სქესისა და ასაკის მიხედვით)	ქვედა სასუნთქი გზების დაავადებათა რაოდენობა (დიზაგრეგირებული სქესისა და ასაკის მიხედვით) სამიზნე მოსახლეობაში პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი	ყოველწლიურად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
3.ა საქართველოში, საჭიროების მიხედვით, თამბაქოს მოხმარების კონტროლის შესახებ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჩარჩო კონვენციის განხორციელების გაძლიერება				
3.ა.1: 20% ასაკის მიხედვით სტანდარტიზებული თამბაქოს ამჟამინდელი მოხმარება 18-69 წლის ასაკის პირებს შორის. მიზანი: 20%	ინდიკატორი გამოითვლება სტანდარტული კითხვარის გამოყენებით ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინტერვიუს დროს, რომელიც ტარდება 18-69 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის რეპრეზენტატულ შენარჩევში	არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა	კვლევის შედეგების შესაბამისად	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო / დაავადებათა

	“თამბაქოს მოხმარება” მოიცავს სიგარეტის, სიგარას, ჩიბუხის ან თამბაქოს სხვა ნაწარმის მოხმარებას “ამჟამინდელი მოხმარება” მოიცავს როგორც ყოველდღიურ, ისე არაყოველდღიურ ან შემთხვევით მოხმარებას წილი (%)			კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
11.6 2030 წლისთვის ერთ სულ მოსახლეზე ქალაქების გარემოს უარყოფითი გავლენის შემცირება, მათ შორის განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება ჰაერის ხარისხსა და მუნიციპალური და სხვა ნარჩენების მართვაზე				
11.6.2: ჰაერის დაბინძურების (მაგალითად, PM2.5 და PM10) საშუალო დონე. მიზანი: ქალაქებში აღწევს PM2.5 - 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ და PM 10 - 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.	სამიზნე დონეები 3030 წლისათვის: PM10 - 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; PM2.5 - 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (ევროკავშირის სტანდარტის შესაბამისად (დირექტივა 2008/50/EC „ევროპაში ატმოსფერული ჰაერის ხარისხისა და სუფთა ჰაერის შესახებ“) PM2.5-ის ზღვრული მწუშვნელობა არის 25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ და 2020 წლისათვის უნდა გახდეს 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) მაჩვენებელი	საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტრო	ყოველწლიურად	საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტრო
16.1 ძალადობის ყველა ფორმის და მასთან დაკავშირებული სიკვდილის მაჩვენებლების შემცირება				
16.1.1: განზრახ მკვლელობის მსხვერპლთა რაოდენობა 100000 მოსახლეზე სქესისა და ასაკის მიხედვით. მიზანი: შემცირება 10-15%-ით	განზრახ მკვლელობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია / შინაგან საქმეთა სამინისტრო		შინაგან საქმეთა სამინისტრო/ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
16.1.2. წინა 12 თვის განმავლობაში ფიზიკური, ფსიქოლოგიური ან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი ქალებისა და მამაკაცების პროპორცია.	სიკვდილიანობის სტრუქტურასა და ჰოსპიტალურ რეგისტრში, დიზაგრეგირებული ასაკისა და სქესის მიხედვით წილი (%) ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებში ჰოსპიტალიზაცია 100000 მოსახლეზე სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	სამოქალაქო რეგისტრაცია, ვერბალური აუტოფსია / შინაგან საქმეთა სამინისტრო / გაერო ქალები / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი	ყოველწლიურად	მთავრობის ადმინისტრაცია / გენდერული თანასწორობის, ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის საკითხებზე მომუშავე უწყებათშორისი კომისი