

საქართველოს უროგის, ჯანმრთელობის
და სოციალური დაცვის სამინისტრო



დაავადებათა კონტროლის და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი

ჯანმრთელობის დაცვა

საქართველო

მოკლე სტატისტიკური მიმოსილვა

2013

საქართველო, 2012

ფართობი კმ ²	69 700
მოსახლეობა	4 483800 (2013 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით)
ადმინისტრაციული დაყოფა	11 რეგიონი, 64 რაიონი
დედაქალაქი	თბილისი
ეთნიკური შემადგენლობა (2002)	ქართველები - 84%, აზერბაიჯანელები - 6.5%, სომხები - 5.7%, რუსები - 1.5%, სხვა - 2.3%
სარწმუნოება (2002)	მართლმადიდებელი ქრისტიანები - 84%, მუსლიმანები - 9.9%, სომხური სამოციქულო ეკლესიის მიმდევრები - 3.9%, კათოლიკეები - 1%.
სახელმწიფოებრივი ფორმა	საკრედიტული რესპუბლიკა
დამოუკიდებლობა	1991 წლიდან
გშვ ერთ სულ მოსახლეზე	3519.6\$
მთლიანი შიდა პროდუქტის რეალური ზრდა	12.3% - 2007, 2.3% - 2008, -3.8% - 2009, 6.3% - 2010, 7.2% - 2011; 6,1% - 2012
ადამიანის განვითარების ინდექსი	0.745*
ფულის ერთეული	ლარი
საერთაშორისო ორგანიზაციების წევრობა	საერთაშორისო სავალუტო ფონდი, გაერო, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკი, ვაჭრობის საერთაშორისო ორგანიზაცია და სხვა

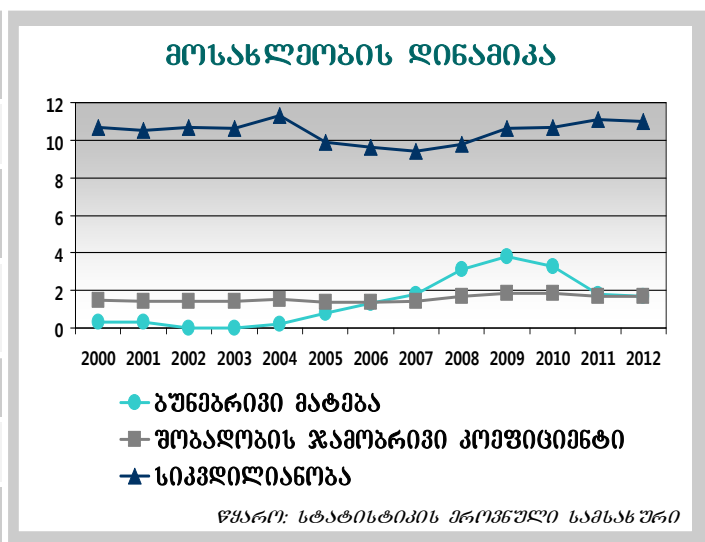
დემოგრაფიული მაჩვენებლები

მოსახლეობა

საშუალო წლიური რიცხოვნობა	4 490700	ასაკობრივი სტრუქტურა	
მამაკაცი	2141300 (47,7%)	1 წლამდე	56900 (1.3%)
ქალი	2349400 (52,3%)	15 წლამდე	762100 (17.0%)
ქალაქის მოსახლეობა	2401300 (53.5%)	65+	618200 (13.8%)

მოსახლეობის დინამიკა

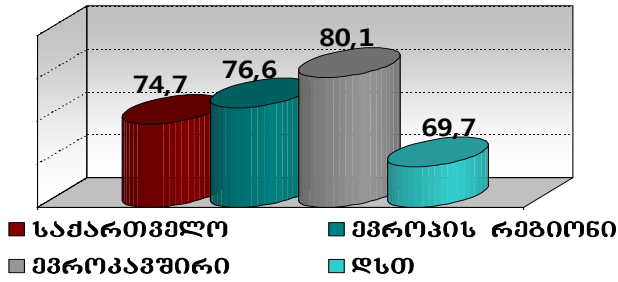
ცოცხალშობილთა რაოდენობა და მარცვნილები 1000 მოსახლეზე	57031 (12.7)
ბუნებრივი მატება და მარცვნილები 1000 მოსახლეზე	7683 (1,7)
ბარდაცვლილთა რაოდენობა და მარცვნილები 1000 მოსახლეზე	49348 (11.0)
მკვლრადშობილობა და მარცვნილები 1000 დაბადებულზე	664 (11.5)
ქორწინება და მარცვნილები 1000 მოსახლეზე	30412 (6.8)
განქორწინება და მარცვნილები 1000 მოსახლეზე	7136 (1.6)
მიგრაციული მატება და მარცვნილები 1000 მოსახლეზე	-21500 (-4.8)



* ადამიანის განვითარების ინდექსი 2013

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (ბოლო ხელმისაწვდომი წელი)



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა

სამართველო, 2012

ორივე სქესი	74.7 წელი	(2001 – 71.6)
მამაკაცი	70.2 წელი	(2001 – 68.1)
ქალი	79.0 წელი	(2001 – 74.9)

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა სამართველოში თითქმის ყველაზე მაღალია ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის.

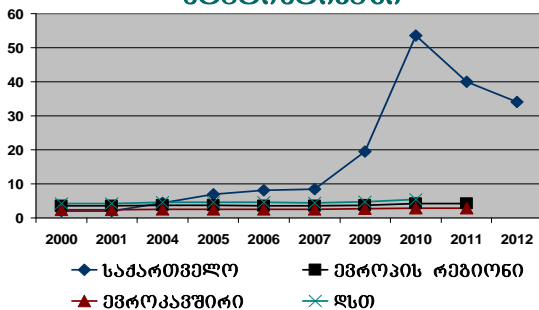
სიკვდილიანობა

2012 წელს სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 11.0-ს შეადგენდა 1000 მოსახლეზე (2011 წელს: საქართველო – 11.1, ღსთ - 11.9, ევროპის რეგიონი - 7.9, ევროკავშირი - 5.9). გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობაში 51.6% კაცია, 48.4% - ქალი.

სიკვდილის ძირითადი მიზეზები (2012)	%
1 ბულის იშემიური ავადმყოფობა	12.2
2 ცერებროვასკულური ავადმყოფობები	10.7
3 ავადობისა და სიკვდილიანობის ბარემანი მიზეზები	3.5
4 შაქრიანი დიაბეტი	2.3
5 ტრამპას, ბრონქების და ფილტვების ავთვისებიანი სიმსივნეები	1.7
6 ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	1.2
7 ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	1.0
8 კვინაქალი კვინაქალი ბანკოტარეზული ზოგიერთი მღვობარეზები	0.9
9 სარკვე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები	0.9
10 კუჭის ავთვისებიანი სიმსივნეები	0.9

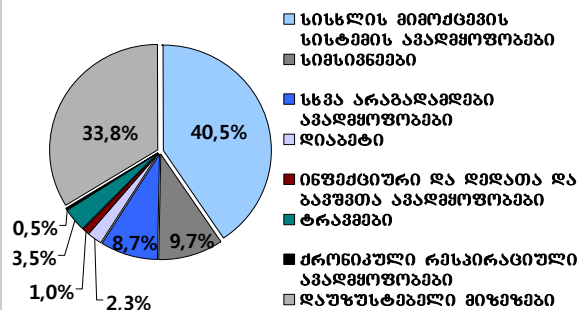
2009 წლიდან სიკვდილიანობის სტრუქტურაში მკვეთრად იზრდება სიკვდილის არაიდენტიფიცირებული მიზეზების წილი, რომელმაც 2010 წელს 50%-ს მიაღწია. 2012 წელს მან 34% შეადგინა. სიკვდილის არაიდენტიფიცირებული მიზეზების წილის მატებამ განაპირობა სიკვდილიანობის რეალური სტრუქტურის დამახინჯება*.

სიკვდილის არაიდენტიფიცირებული მიზეზების წილი სიკვდილიანობის სტატისტიკაში



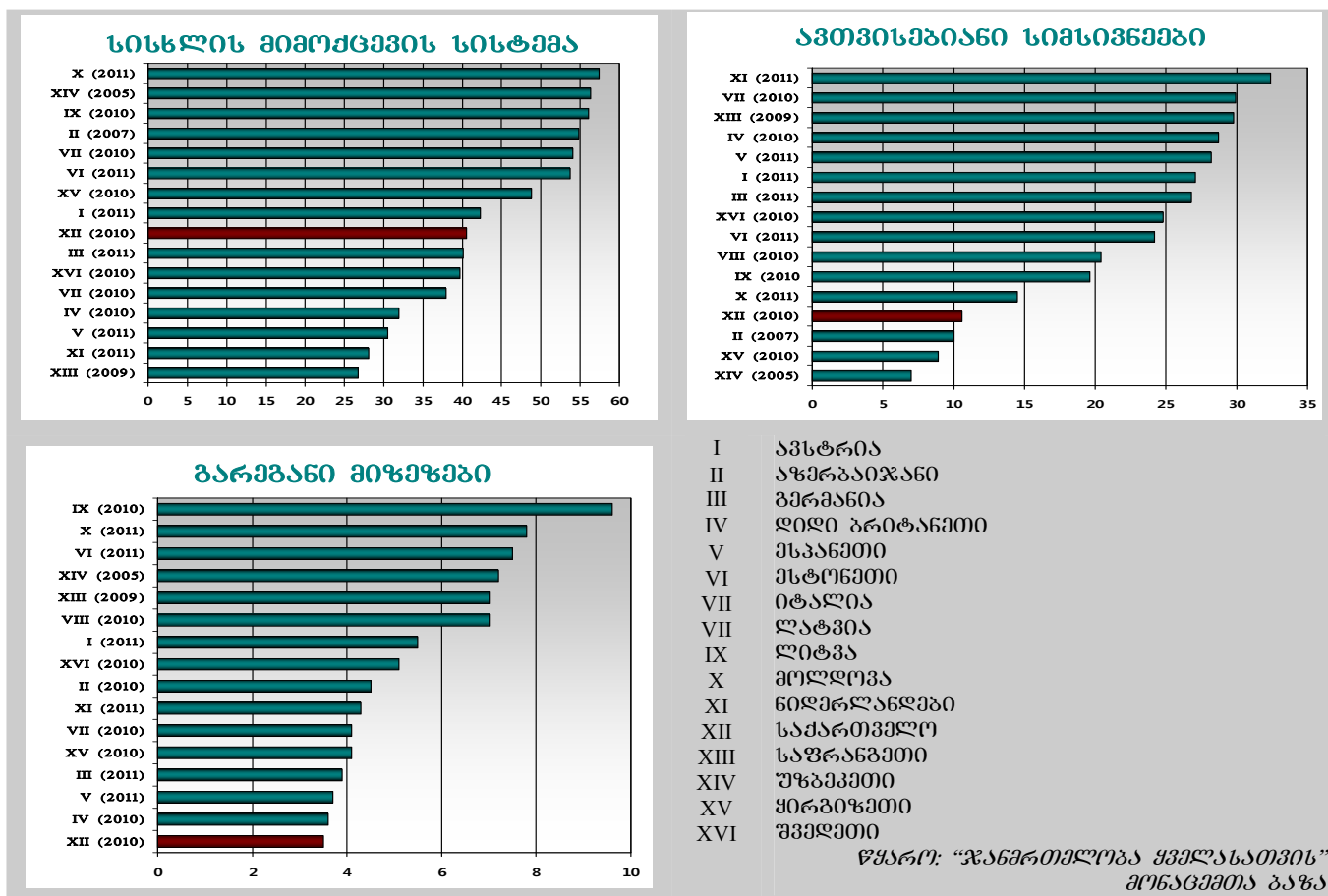
წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა, ღსთ

სიკვდილიანობის სტრუქტურა, სამართველო, 2012



* მიმდინარეობს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და იუსტიციის სამინისტროს ერთობლივი საქმიანობა სიკვდილის არაიდენტიფიცირებული მიზეზების მინიმუმამდე შემცირების მიზნით

სიკვდილის ძირითადი მიზეზები, წილი სიკვდილიანობის სტრუქტურაში (%)



დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

დედათა სიკვდილიანობა

ათასწლეულის განვითარების მიზნებით* მსოფლიო მასშტაბით განსაზღვრულია 2015 წლისთვის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის 3/4-ით შემცირება.

საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის აღრიცხვის ოფიციალური წყაროებია: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური და დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკა. ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემთა შეფასება ხორციელდება სხვადასხვა კვლევების მეშვეობით.

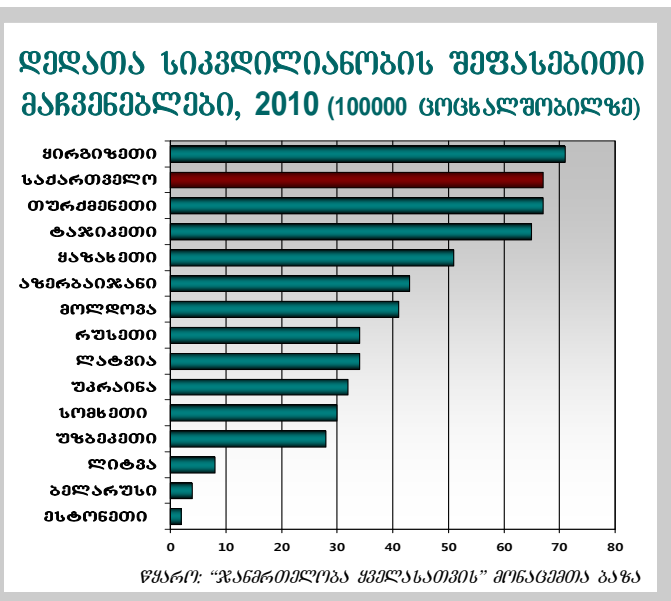
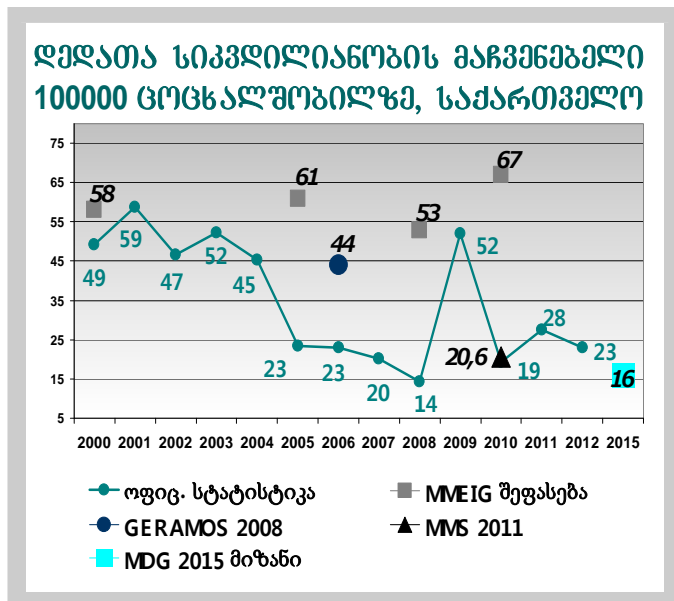
ოფიციალური სტატისტიკით, უკანასკნელი წლების განმავლობაში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კლების დინამიკით ხასიათდება. მაჩვენებლის მაქსიმალური მნიშვნელობა 2009 წელს დაფიქსირდა, რაც ქვეყანაში ზოგადად სიკვდილიანობის აღრიცხვის გაუმჯობესებით და გრიპის პანდემიით იყო განპირობებული.

2006 წლის რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევის (GERAMOS) მონაცემები მკვეთრად განსხვავდებოდა ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებისგან. ამ

* 2000 წელს გაეროს მე-8 პლენარულ სხდომაზე 193 სახელმწიფოსა და მთავრობის მეთაურმა და 23 საერთაშორისო ორგანიზაციის ხელმძღვანელმა მიიღეს «ათასწლეულის დეკლარაცია», რომელშიც განსაზღვრულ იქნა ათასწლეულის განვითარების 8 მიზანი (Millennium Development Goals - MDG). დეკლარაცია 2015 წლამდე სიღარიბისა და მისი გამომწვევი მიზეზებისა და გამოვლინებების დაძლევის ფართომასშტაბიან პროგრამას წარმოადგენს. საქართველომ, როგორც ათასწლეულის დეკლარაციის ხელმძღვრმა მხარემ, ვადადებულია აიღო უზრუნველყოს ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესრულება, ასახოს ეროვნული განვითარების სტრატეგიებში და აწარმოოს პერიოდული ანგარიშგება მიზნების განხორციელების სტატუსის შესახებ.

კვლევის თანახმად, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2-ჯერ აღემატებოდა ოფიციალური სტატისტიკის მაჩვენებელს. 2011 წელს ჩატარდა დედათა სიკვდილიანობის კვლევა (MMS), რომელიც მოიცავდა 2010 წელს 15-49 წლის ქალების პოსტიტალური ლეტალობის ყველა შემთხვევას. MMS-ის მონაცემები მნიშვნელოვნად მიუახლოვდა ოფიციალურ სტატისტიკას.

ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით დაფიქსირებული კვების მიუხედავად, საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული შეფასებით, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებთან შედარებით მაღალია.



დედათა გარდაცვალების შემთხვევათა გამოვლინების გაუმჯობესების მიზნით, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ინიციატივით შემუშავდა დედათა სიკვდილიანობის ზედამხედველობის სისტემა, რომელიც ითვალისწინებს რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების თითოეული შემთხვევის შეტყობინებას 24 საათის განმავლობაში და ეპიდემიოლოგიურ გამოკვლევას შესაბამისი პროტოკოლების მეშვეობით, საჭიროების შემთხვევაში კი - ვერბალური აუტოპსიის მეთოდის გამოყენებას.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით, 2013 წლის 1 თებერვლიდან სამედიცინო საქმიანობის ყველა სამართალსუბიექტს დაევადა სასწრაფო შეტყობინების ფარგლებში დედის და 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვის გარდაცვალების და მკვდრადშობადობის თითოეული შემთხვევის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება.

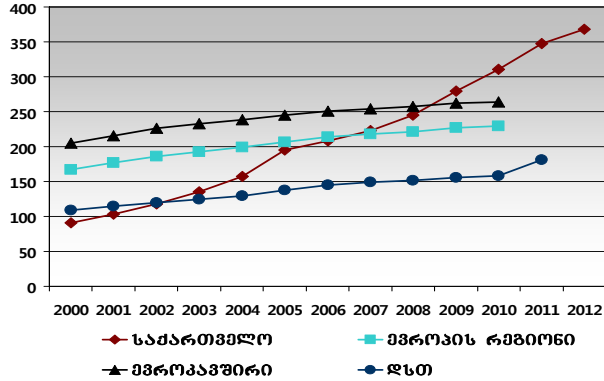
კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების ხვედრითი წილი

საქართველოში კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების ხვედრითი წილი ტრადიციულად მაღალია, უკანასკნელი წლების განმავლობაში ის სტაბილურად 99%-ის ფარგლებშია. 2012 წელს ამ მაჩვენებელმა 99.8% შეადგინა.

საკმისრო კვითა და აბორტი

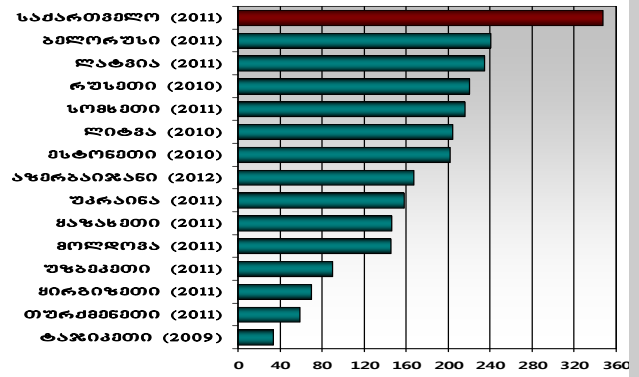
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 137 ქვეყნის მონაცემთა ანალიზის შედეგად, საქართველო შევიდა იმ ქვეყნების ჯგუფში, სადაც საკმისრო კვითების გამოყენება გადაჭარბებულად ითვლება.

საკეისრო კვეთა, მაჩვენებლები 1000 ცოცხალშობილზე



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა, ღსსჯგ

საკეისრო კვეთის მაჩვენებლები, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



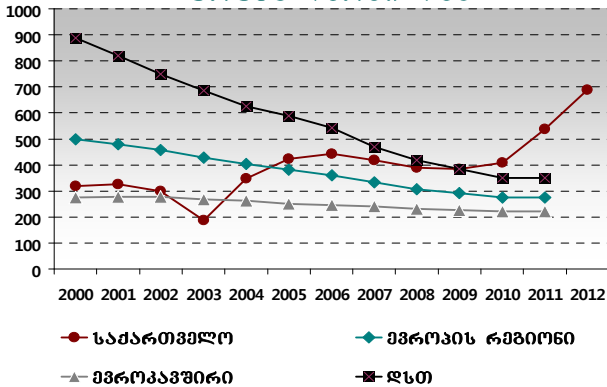
წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად, საკეისრო კვეთებით მიმდინარე მშობიარობების წილი 10%-დან 15%-მდე ნორმად ითვლება.

2012 წელს საქართველოში საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობის 36.5%-ს შეადგენდა და 2000 წლიდან თითქმის 4-ჯერ გაიზარდა.

საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილის ზრდა ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებითაც დასტურდება: კვლევებით მოცულ პერიოდში მაჩვენებელი 4-ჯერ გაიზარდა.

აბორტები, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა, ღსსჯგ

უკანასკნელ წლებში ზოგადად სტატისტიკური აღრიცხვიანობის გაუმჯობესების ხარჯზე რეგისტრირებული აბორტების რაოდენობა იზრდება. 2007-2010 წლებში, ხელოვნური აბორტის მონაცემთა სხვაობა ოფიციალური სტატისტიკის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მონაცემთა შორის 44%-მდე შემცირდა.

2012 წელს რეგისტრირებულია 40075 აბორტი:

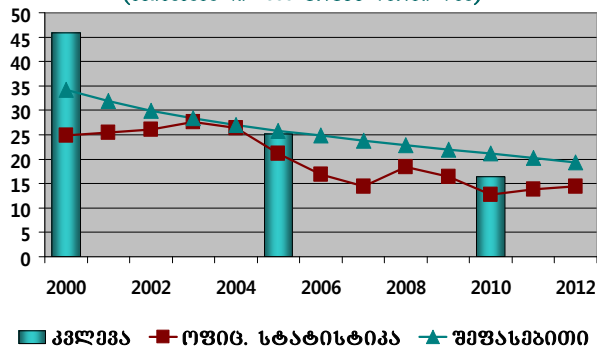
- 20-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 48.0%,
- 30-34 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 26.6%.

სუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა

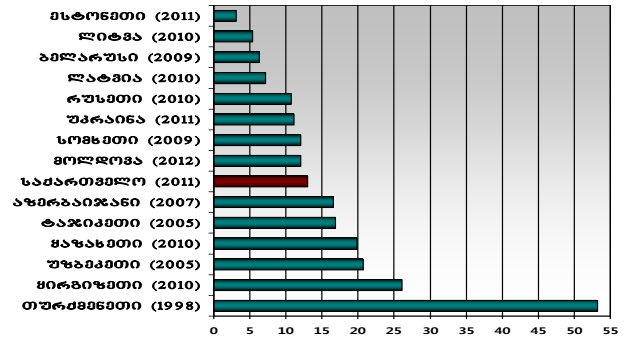
ათასწლეულის განვითარების მიზნებით განსაზღვრულია 1990 წლიდან 2015 წლამდე მსოფლიო მასშტაბით 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 2/3-ით შემცირება.

ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით, საქართველოში 1990 წლიდან 2011 წლამდე სუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 44.3%-ით, ხოლო შეფასებითი გათვლებით - 56%-ით შემცირდა. 2012 წელს 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა, 2011 წელთან შედარებით, 4.3%-ით მოიმატა, რაც ათასწლეულის განვითარების სამიზნე მნიშვნელობის მისაღწევად მაჩვენებლის კლების ტემპის დაჩქარებას მოითხოვს. 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში მაღალ მნიშვნელობას ინარჩუნებს როგორც ევროპის, ასევე ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებთან შედარებით.

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა, საქართველო
(მარეგულირებული 1000 ცოცხალშობილზე)



5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები (ბოლო ხელმისაწვდომი წელი)



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა

0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 5 პირითაღი მიზეზი (2012 წელი)	% საერთო რაოდენობიდან
პერინატალურ პერიოდში განვითარებული მღობარეობები	54.0
თანდაყოლილი ანომალიები	11.3
ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	6.2
სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობები	3.6
ავადობისა და სიკვდილიანობის ბარემანი მიზეზები	3.5
ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები	1.8

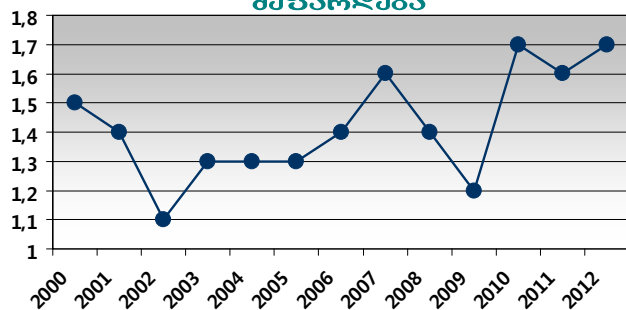
2012 წელს 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 87.5%-ს (საქსტატის მონაცემებით – 86.8%) შეადგენდა. ნეონატალურ პერიოდზე 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის 85% მოდის.

ნეონატალური და პერინატალური სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე, საქართველო

	0-28 დღე	0-6 დღე	7-28 დღე	პერინატალური სიკვდილიანობა
2009	12.5	9.0	3.5	19.7
2010	9.6	6.6	3.0	17.4
2011	8.5	6.1	2.4	15.6
2012	9.2	6.6	2.7	17.7

0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 76.8%-ს პერინატალური პერიოდის ავადმყოფობები შეადგენს. პერინატალური სიკვდილიანობის ნახევარზე მეტი (55%) მკვდრადშობადობაზე მოდის და მეტად მნიშვნელოვანია პერინატალური სიკვდილიანობის მანევრების შემადგენელი კომპონენტების - მკვდრადშობადობის და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის - ადეკვატური შეფარდება.

მკვდრადშობადობის და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შეფარდება



წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველოსთვის მკვდრადშობადობის და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შეფარდება არ უნდა აღემატებოდეს 1.2-ს.

2012 წელს საქართველოში მკვდრადშობადობის მანევრებელი 11.2-ს შეადგენდა 1000 დაბადებულზე (დსთ: 9.3, ევროკავშირი: 5.3). ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის საქართველოს მანევრებელი მე-9 ადგილს იკავებს.

სუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობა

ავადობის ძირითადი მიზეზები (2012 წელი)	ინციდენტობა 100000 ბავშვზე
ნაწლავური ინფექციები	2837.5
ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	2833.3
კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ავადმყოფობები	2584.5
ანემიები	2201.2
პნევმონიები	1696.7
ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული ავადმყოფობები	1192.9
ბრძივი	1052.1
პერინატალური პერიოდის ავადმყოფობები	761.9

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

10 ყველაზე ინციდენტური ავადმყოფობა (2012)

		ასალი შემთხვევები	ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე
1	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე რესპირაციული ინფექციები	337639	7518.6
2	საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობები	280122	6237.8
3	შარღ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობები	127148	2831.4
4	ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები	83014	1848.6
5	თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	77822	1733.0
6	ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	68169	1518.0
7	ტრავმები, მოწამვლები და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების შედეგები	67898	1512.0
8	ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	65504	1458.7
9	ენდოკრინული სისტემის ავადმყოფობები	60284	1342.4
10	ქვედა სასუნთქი გზების მწვავე რესპირაციული ინფექციები	60268	1342.1

10 ყველაზე კრევალენტური ავადმყოფობა (2012)

		რეგისტრირებული შემთხვევები	კრევალენტობა 100000 მოსახლეზე
1	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე რესპირაციული ინფექციები	355837	7923.9
2	ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	261145	5815.2
3	შარღ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობები	198555	4421.5
4	ენდოკრინული სისტემის ავადმყოფობები	186867	4161.2
5	თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	159139	3543.7
6	ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	156826	3492.2
7	კვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები	127162	2831.7
8	გულის იშემიური ავადმყოფობა	115913	2581.2
9	ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები	99732	2220.9
10	შაქრიანი დიაბეტი	92504	2059.9

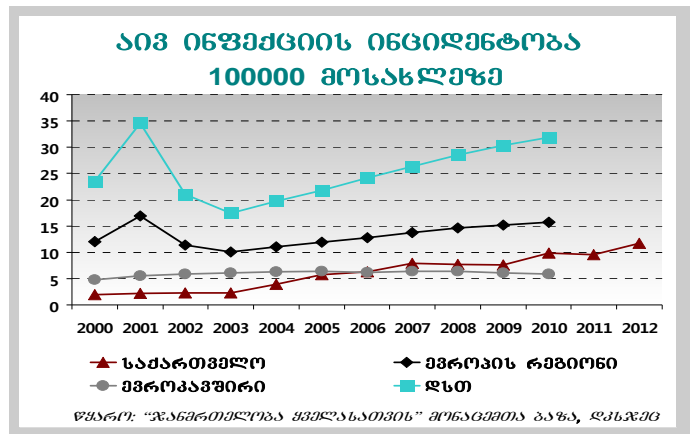
ინფექციური ავადმყოფობები

აივ-შიდსი

აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების თვალსაზრისით საქართველო დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება.

უკანასკნელ წლებში საქართველოში აივ-ინფექციის ინციდენტობის მაჩვენებელი მზარდი დინამიკით ხასიათდება, 2012 წელს რეგისტრირებული იყო აივ-ინფექციის 11.7 ახალი შემთხვევა 100000 მოსახლეზე (2011 წელი - *დსთ: 32.1, ევროპის რეგიონი: 15.8, ევროკავშირი: 5.7*) და შიდს-ით გარდაცვალების 110 შემთხვევა.

აივ ინფექციის გავრცელების გზები (2012)	
ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება	43.0%
ჰემოტრანსფუზიური სქესობრივი კონტაქტები	44.3%
კომონსქესუალური სქესობრივი კონტაქტები	9.3%
ვერტიკალური გადაცემა (დედიდან შვილზე)	1.7%
სისხლის ან სისხლის პროდუქტების გადასხმა	0.8%
დაუზღვეველი	1.0%



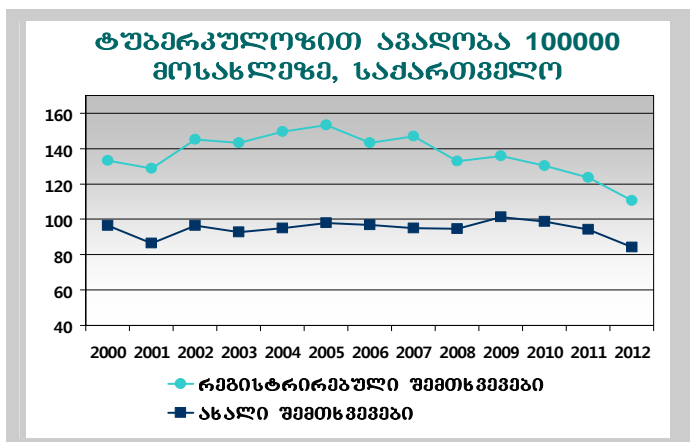
ქვეყანაში საკმაოდ მაღალია აივ-ინფექციის შემთხვევების გვიანი გამოვლენა, რაც სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. საქართველოში აივ-ინფექცია/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ბოლო წლებში მიმდინარეობდა ორსულთა, დონორთა, მაღალი ქცევითი რისკისა და სხვა ჯგუფების, მ.შ. პენიტენციურ სისტემაში მყოფი ბრალდებულების/მსჯავრდებულების ნებაყოფლობითი შემოწმება აივ/შიდს-ზე. საქართველოში ანტირეტროვირუსული მკურნალობისადმი ხელმისაწვდომობა უნივერსალურია.

ტუბერკულოზი

გაეროს ათასწლეულის განვითარების მიზნებით განსაზღვრულია 2015 წლისათვის მკვეთრად შემცირდეს ტუბერკულოზით ავადობის გლობალური ტვირთი.

2009 წლიდან საქართველოში აღინიშნება ტუბერკულოზით ავადობის შემცირება, 2012 წელს ყოველ 100000 მოსახლეზე ყველა ფორმის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევის გამოვლენის მაჩვენებელმა შეადგინა 84.1.

ფილტვის ტუბერკულოზის ახლად გამოვლენილი შემთხვევების ხვედრითი წილი ყველა ფორმის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 75.0% შეადგინა (ინციდენტობის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე – 63.1).

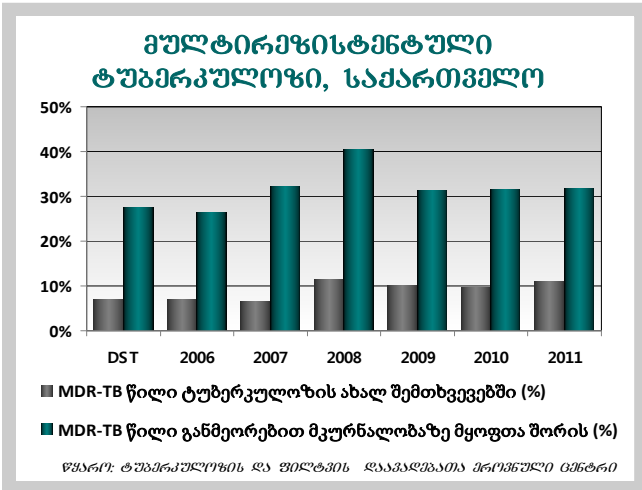


საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2012 წელს საქართველოში ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 3.9 შეადგინა 100000 მოსახლეზე.

ტუბერკულოზის კონტროლისა და შემთხვევათა მართვის შეფასების პარამეტრს ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი ბაქტერიაგამომყოფი ფორმების “წარმატებული მკურნალობის

მაჩვენებელი” წარმოადგენს, რომელიც განკურნების და დასრულებული მკურნალობის ჯამური რაოდენობის საფუძველზე გამოითვლება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ქვეყნებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ეროვნული პროგრამების ფუნქციონირების ინდიკატორად წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებელი 85%-ით განსაზღვრა 2005 წლისათვის. საქართველოში წარმატებული მკურნალობის პროცენტული მაჩვენებელი ვერ აღწევს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ სტანდარტს. 2005 წელს ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი ბაქტერიაგამომყოფი ფორმების წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებელი მხოლოდ 64.1%-ს შეადგენდა, 2012 წელს მაჩვენებელი 76%-მდე გაიზარდა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის უახლესი მონაცემებით, მსოფლიო მასშტაბით ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 3.7% და განმეორებით მკურნალობაზე მყოფთა 20% ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტულ ფორმაზე მოდის.



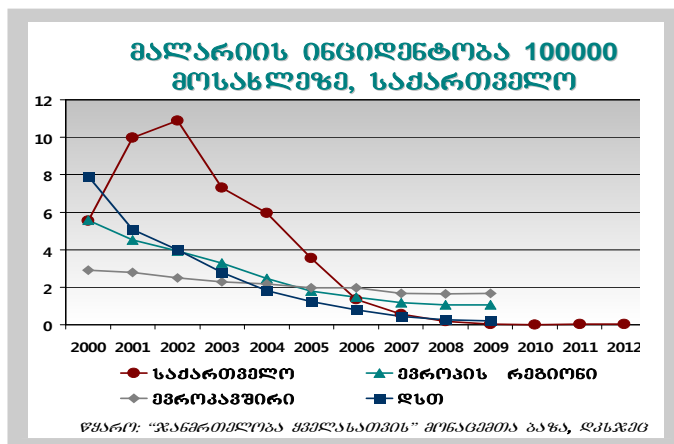
საქართველოში 2004-2006 წლებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ეგიდით ჩატარებული ანტიტუბერკულოზური წამლების მიმართ რეზისტენტობის კვლევის (MDR Survey/DST) თანახმად, მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევები ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 6.8%-ს და წარსულში ნამკურნალევი შემთხვევების 27.4%-ს შეადგენდა.

2012 წელს ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 9.2%, ხოლო წარსულში ნამკურნალევი შემთხვევების 31.2% მულტირეზისტენტულია.

მულტირეზისტენტული ფორმით დაავადებულ პაციენტთა შორის მაღალია შეწყვეტილი მკურნალობის სიხშირე. ასევე აღინიშნება რეზისტენტობის ზრდის ტენდენცია „ახალ შემთხვევათა“ შორის, რაც საზოგადოებაში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელების მაღალ რისკზე მიუთითებს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით გათვლებით, საქართველო მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მხრივ „მაღალი ტვირთის მქონე“ ქვეყნებს წარმოადგენს. ტუბერკულოზის შემთხვევების 13% დაფიქსირებულია ციხეებში.

მალარია



2005 წელს ტაშკენტის დეკლარაციაზე “წინ, მალარიასთან ბრძოლიდან მის ელიმინაციამდე” ხელის მოწერით საქართველომ მალარიის ელიმინაციის ვალდებულება აიღო. უახლოეს წლებში სრულიად რეალურია მალარიის ელიმინაციის სერტიფიცირება ჯანმო-ს მიერ.

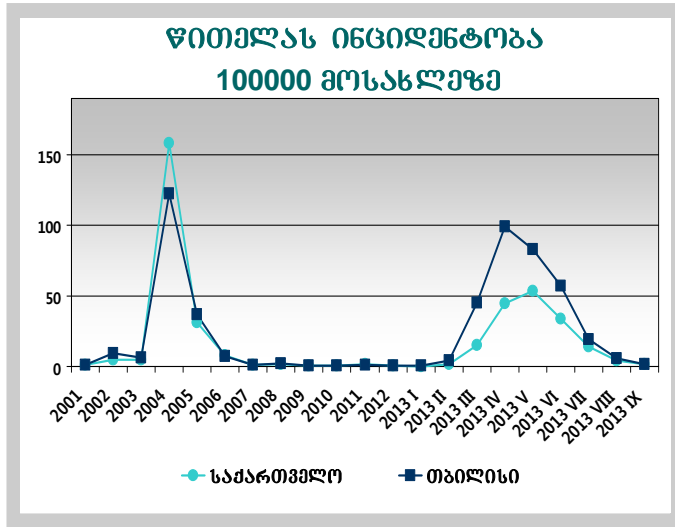
საქართველოში 2002 წლიდან მალარიის ინციდენტობის მაჩვენებელი მკვეთრი შემცირების დინამიკით ხასიათდებოდა, 2012 წელს მან 0.02 შეადგინა.

უკანასკნელ წლებში მალარიით გამოწვეული გარდაცვალების არც ერთი შემთხვევა არ არის რეგისტრირებული.

ფითოლა

საქართველოში ისევე, როგორც ყველა ქვეყანაში, წითელა სავალდებულო რეგისტრაციას და ეპიდზედამხედველობას ექვემდებარება.

ქვეყანაში ავადობის მნიშვნელოვანი მატება დაფიქსირდა 2004 და 2013 წლებში.



2013 წლის პიკი განპირობებულია 2008 წელს იმუნიზაციის მასობრივი კამპანიის წარუმატებლობით, რის შედეგადაც მოხდა მოსახლეობის არაიმუნური ფენის დაგროვება, რაც წითელათი ავადობის ეპიდემიური მატების პირობა გახდა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, წითელათი ავადობის შესამცირებლად და მისი ელიმინაციის მისაღწევად სავალდებულოა ორჯერადი ვაქცინაციით 95%-ით მოცვის მიღწევა/შენარჩუნება და თითოეულ შემთხვევაზე ზედამხედველობის დამყარება, ლაბორატორიული კვლევების ჩათვლით.

2013 წლის მარტიდან წითელას მასიური გავრცელების პრევენციის მიზნით, სახელმწიფოს დაფინანსებით მიმდინარეობს 7 წლამდე ასაკის არასრულად იმუნიზებულ ბავშვთა, დაავადებულებთან კონტაქტირებულთა და სხვა ჯგუფის ვაქცინაცია. კამპანიის შედეგად წითელას ინციდენტობა, როგორც ქვეყანაში, ასევე ქ. თბილისში მნიშვნელოვნად შემცირდა.

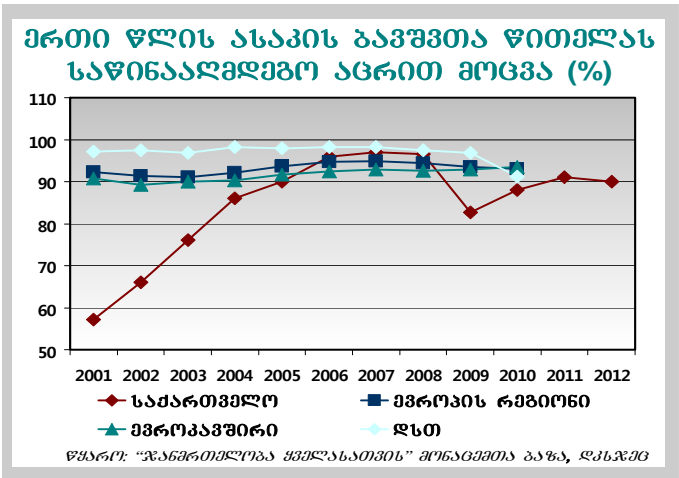
12-23 თვის ასაკის ბავშვთა წითელას საწინააღმდეგო აცრით მოცვა

ევროპის დაავადებათა კონტროლის ცენტრისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ქვეყნებში წითელას საწინააღმდეგო პირველი აცრით მოცვის სამიზნე მნიშვნელობა 2010 წლისთვის $\geq 95\%$ -ით განისაზღვრა.

საქართველოში უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნებოდა წითელას საწინააღმდეგო პირველი აცრით მოცვის ზრდა. გამონაკლისს 2009 წელი წარმოადგენს, რაც ვაქცინით მომარაგებაში ხანგრძლივი წყვეტის შედეგი იყო.

2011 წელს მოცვამ 91% შეადგინა.

2012 წელს პირველი აცრით მოცვა 88%-მდე შემცირდა. წითელას საწინააღმდეგო მეორე აცრით (5 წლ. - 5 წლ. 11 თვ. 29 დღ.) მოცვა 2012 წელს 82%-ს შეადგენდა.



იმუნიზაცია

იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ყველა აცრა უფასოა მოსახლეობისთვის.

2013 წლის მარტის თვიდან დაიწყო როტავირუსით გამოწვეული გასტროენტერიტების საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. 2013 წლის ბოლოდან იგეგმება 1 წლამდე ასაკის ბავშვების პნევმოკოკური ვაქცინით აცრა.

იზუნიზაცია, საქართველო, 2012

კატეგორია	კატეგორიის ასაკი (ეროვნული კალენდარის მიხედვით)	მოცვა (%)
ბცმ-1	0 - 1 წლამდე	95
ჰეპატიტი B-0	0 - 24 საათი	93
დჰტ-1	2 თვ. - 11 თვ. 29 დღ.	88
დჰტ-3	4 თვ. - 11 თვ. 29 დღ.	87
დჰტ-4	18 - 24 თვის	85
ჰეპატიტი B-1	0 - 24 საათი + 25 სთ. - 11 თვ. 29 დღ.	88
ჰეპატიტი B-3	3 თვ. - 11 თვ. 29 დღ.	87
ჰიბ-3	4 თვ. - 11 თვ. 29 დღ.	87
პოლიო-1	2 თვ. - 11 თვ. 29 დღ.	88
პოლიო-3	4 თვ. - 11 თვ. 29 დღ.	87
მზაყურა	12 - 24 თვის	88
წითელა-1	12 - 24 თვის	88
წითურა	12 - 24 თვის	88
წითელა-2	5 წლის - 5 წლ. 11 თვ. 29 დღ.	82

არაგადამდები ავადმყოფობები

არაგადამდები ავადმყოფობები, როგორცაა არის გულ-სისხლძარღვთა ავადმყოფობები, სიმსივნეები, დიაბეტი და ქრონიკული რესპირაციული ავადმყოფობები, დღეისათვის ავადობის და სიკვდილიანობის ძირითად ტვირთს წარმოადგენს და მსოფლიოში გარდაცვალების შემთხვევათა 63%-ს მოიცავს. 2011 წლის სექტემბერში, გაერთიანებული ერების ისტორიაში მეორედ, გენერალური ასამბლეა მიემდგვნა ჯანმრთელობის საკითხებს, კერძოდ, არაგადამდებ ავადმყოფობებს, მათთან ბრძოლის და პრევენციის გეგმებს.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 16%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 8%-ს შეადგენს. ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილიანობით ხასიათდება ჰიპერტენზიული, იშემიური და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები.

საქართველოში 2000-2012 წლებში სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების პრევალენტობის ზრდის ტენდენცია აღინიშნება.

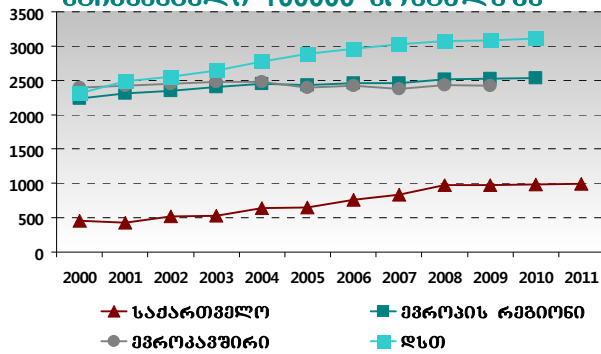
ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა

საქართველოში კარდიოვასკულური ავადმყოფობების სტრუქტურაში ჰიპერტენზიის წილი 50%-ზე მეტს იკავებს (2000-2012).

2010 წელს საქართველოში დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, ჯანმო-ს და ევროკავშირის მხარდაჭერით, ჩატარდა პირველი ფართომასშტაბიანი „არაგადამდებ ავადმყოფობათა რისკ-ფაქტორების კვლევა“ (STEPS-2010).

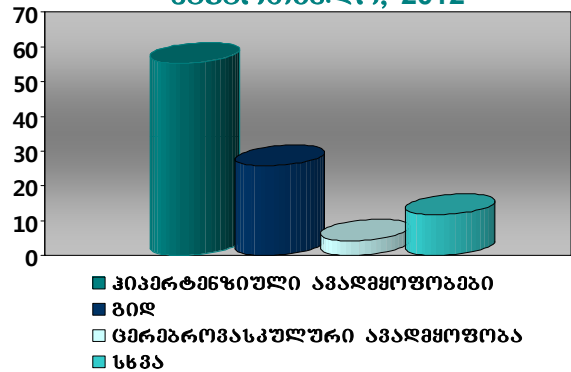
კვლევების მონაცემებით, მოსახლეობის ~34%-ს აღმოაჩნდა ჩამოყალიბებული ან პოტენციური ჰიპერტენზია. ჰიპერტენზიის მართვისას პაციენტთა 7.5% თვითმკურნალობას მიმართავს. მოსახლეობის 49.3%-თვის, მათ შორის კაცების 37.4%-თვის, სამედიცინო პერსონალს წნევა არასოდეს გაუზომია (STEPS-2010).

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურა (%), საქართველო, 2012



გულის იშემიური ავადმყოფობები

გულის იშემიური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა რაოდენობის ~1/4-ს შეადგენს, სტენოკარდია - 8.6%; მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი და სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობები - 4.1%.

2012 წელს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით დროული ჰოსპიტალიზაცია (ავადმყოფობის დაწყებიდან პირველ 24 საათში) შემთხვევათა 45.3%-ში განხორციელდა.

ცერებროვასკულური ავადმყოფობები

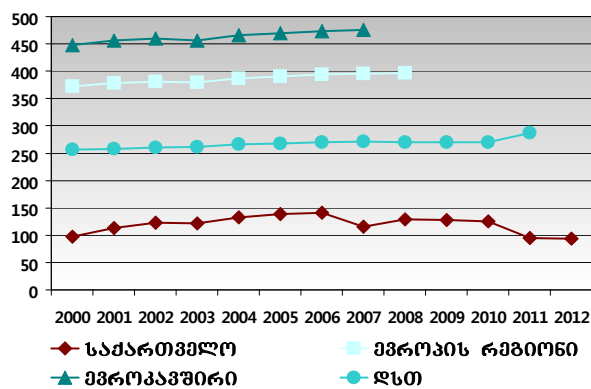
ცერებროვასკულური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურაში რიგით მესამე ადგილს იკავებს. უკანასკნელ წლებში საქართველოში აღინიშნება ცერებროვასკულური ავადმყოფობების პრევალენტობის ზრდა.

კვლევის მონაცემებით, ჰემორაგიული ინსულტის პირველი ეპიზოდის ~75% არავერიფიცირებული ჰიპერტენზიის ფონზე ვითარდება (STEPS-2010).

ავთვისებიანი სიმსივნეები

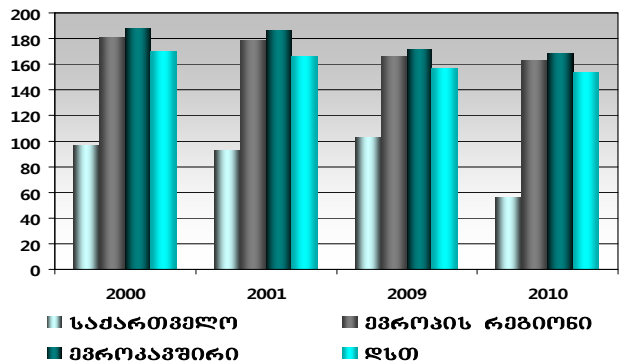
უკანასკნელ წლებში სიმსივნეების დისპანსერული აღრიცხვიანობის სისტემის მოშლამ გამოიწვია ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ სტატისტიკური მონაცემების ნაკლებობა და მათი გაგრძელების რეალური სურათის დამახინჯება. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, უკანასკნელ წლებში საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეების ინციდენტობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად დაბალი იყო, ვიდრე ღსთ-ს და ევროპის ქვეყნებში. 2012 წელს საქართველოში ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების 94 ახალი შემთხვევა იყო რეგისტრირებული 100000 მოსახლეზე, მათ შორის ქალებში - 51.7%.

ავთვისებიანი სიმსივნეები, ახალი შემთხვევები 100000 მოსახლეზე



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა, ღსთ

ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული მაჩვენებელი



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა

აღნიშნული პრობლემის გამოსწორების მიზნით, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ახორციელებს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის სისტემის დანერგვას.

უკანასკნელ წლებში კიბოს შემთხვევების უმეტესობა დიაგნოსტირდება მესამე და მეოთხე სტადიაზე. 2012 წელს მესამე და მეოთხე სტადიაზე გამოვლენილი კიბოს წილი 65%-ს შეადგენდა.

კიბოს ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია (2012)

ქალეზში		კაცეზში	
კუჭუ	37.1%	ტრამპა, ბრონქი და ფილტვი	21.2%
საშვილოსნოს ყელი	8.6%	წინამდებარე ჰირკვალი	9.1%
კოლორექტული	6.7%	კუჭი	8.3%
მელანომა	5.5%	ლიმფონომა, სისხლმბალი და მონათესავე ჰსოვილი	7.3%
საშვილოსნოს ტანი	4.8%	კოლორექტული	7.0%

2006 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ქთბილისში პირველად დაინერგა ძუძუს კიბოს და საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ-პროგრამები მამოგრაფიისა და PAP-ტესტის გამოყენებით.

2010 წლიდან 13 წლის ასაკის გოგონებისთვის თბილისის მასშტაბით ხორციელდება ადამიანის პაპილომავირუსით (HPV) იმუნიზაციის პროგრამა.

2011 წლიდან კიბოს სკრინინგ-პროგრამები მოქმედებს ქვეყნის მასშტაბით:

- ძუძუს კიბოს სკრინინგი 40-70 წლის ქალებისთვის;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ქალებისთვის;
- პროსტატის კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის კაცებისთვის;
- კოლორექტული კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის მოსახლეობისთვის.

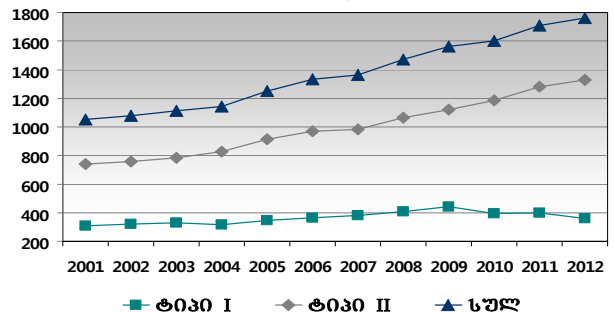
შაქრიანი დიაბეტი

უკანასკნელ წლებში საქართველოში დიაბეტის ზრდის ტენდენცია აღინიშნება. 2012 წელს ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის (ტიპი I) ახალი შემთხვევების 3.3% რეგისტრირებული იყო ბავშვებში.

დიაბეტის გავრცელების მაჩვენებლების ზრდის რისკ-ფაქტორებად მიჩნეულია:

- არასათანადო კვება
- სიმსუქნე
- თამბაქოს მოხმარება
- ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება
- ჰიპერტენზია
- გლუკოზის მიმართ არატოლერანტობა
- სტრესი
- იმუნიტეტის დაქვეითება და სხვა

შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება 100000 მოსახლეზე, საქართველო



დიაბეტი სულ მცირე ორჯერ ზრდის გულის დაავადებებისა და ინსულტის რისკს.

დიაბეტით დაავადებული ადამიანები საჭიროებენ 2-3-ჯერ მეტ ჯანდაცვის რესურსებს იმ პირებთან შედარებით, რომლებიც არ არიან დაავადებული დიაბეტით.

დიაბეტი ორსულობის დროს დაკავშირებულია სიცოცხლისთვის საშიშ გართულებებთან და ორსულობის არასასურველ შედეგებთან.

რესპირაციული სისტემის ქრონიკული ავადმყოფობები (CRD)

რესპირაციული სისტემის ქრონიკული ავადმყოფობების (ასთმა, სასუნთქი სისტემის ალერგიული ავადმყოფობები, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული ავადმყოფობები, ფილტვის პროფესიული ავადმყოფობები, პულმონარული ჰიპერტენზია) ჯგუფი სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობების ძირითად ნაწილს შეადგენს.

2012 წელს ქვედა სასუნთქი გზების ქრონიკული ავადმყოფობების ჯგუფში ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ ავადმყოფობებზე (COPD) 59.1%, ხოლო ასთმაზე – 33.0% მოდიოდა.

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული ავადმყოფობების უდიდეს წილს (66.1%) ქრონიკული და დაუზუსტებელი ბრონქიტი წარმოადგენდა (ბავშვებში – 74.9%). წინა წელთან შედარებით, ეს მონაცემები მნიშვნელოვნად მომატებულია.

საქართველოში უკანასკნელი წლების განმავლობაში ასთმის და ასთმური სტატუსის გავრცელების მაჩვენებლები თითქმის არ შეცვლილა.

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული ავადმყოფობის ძირითად მიზეზს თამბაქოს ბოლი (პასიური მოხმარების ჩათვლით) წარმოადგენს. სხვა რისკ-ფაქტორებია: შენობაში ჰაერის დაბინძურება; ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება; პროფესიული მტვერი და ქიმიური ნივთიერებები.

რისკ-ფაქტორები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველო წარმოადგენს თამბაქოს ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მოხმარების ქვეყანას როგორც ევროპის რეგიონში, ისე მთელს მსოფლიოში, და მამაკაცთა 59% და ქალები 6% მწვეველია. ალკოჰოლის მოხმარების დონე კი პრობლემატურად არ ითვლება.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2010 წელს ჩატარებული არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის შედეგებით, თამბაქოს რომელიმე პროდუქტის მოხმარება აღინიშნებოდა მოსახლეობის 30.3%-ში (მამაკაცების 55.5% და ქალების 4.8%). ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით თამბაქოს მოხმარების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი 25-44 წლის ასაკობრივ (36.1%), ხოლო ყველაზე დაბალი - 55-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში იყო.

თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებების საერთაშორისო და ეროვნულ კანონმდებლობასთან შესაბამისობაში მოყვანისა და თამბაქოსთან ბრძოლის ფართომასშტაბიანი მოძრაობის (კამპანიის) დაწყების მიზნით, 2013 წლის 15 მარტს საქართველოს მთავრობამ მიიღო დადგენილება თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებათა გაძლიერების შესახებ, შეიქმნა სამთავრობო კომისია საქართველოს პრემიერ-მინისტრის თავმჯდომარეობით, რომლის შემადგენლობაშიც შევიდა 10 სამინისტროს პირველი პირი; დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს მიენიჭა კომისიის სამდივნოს ფუნქცია, შემუშავდა თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგია, 2013-2018 წლების სამოქმედო გეგმა და სახელმწიფო პროგრამა, მომზადდა საკანონმდებლო ცვლილებების პროექტები. ასევე განხორციელდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის აღსრულების საჭიროებების შეფასება ექსპერტთა საერთაშორისო გუნდის (კონვენციის სამდივნოს, გაეროს განვითარების პროგრამისა და მსოფლიო ბანკის წარმომადგენლები) მიერ.

ამავე კვლევის მონაცემებით, ალკოჰოლის მოხმარების გავრცელება საკმაოდ მაღალი იყო და 78.5%-ს შეადგენდა. ალკოჰოლის მოხმარება ყველაზე მაღალი 18-24 წლის ასაკის პირებში იყო. მოსახლეობის მიერ ერთ სულზე ალკოჰოლის მოხმარების დონე (6 ლიტრი) უფრო ნაკლებია, ვიდრე ევროპის სხვა ქვეყნებში.

დღეს ქვეყანას არ გააჩნია ნარკოტიკების მომხმარებელთა და ნარკოტიკზე დამოკიდებულ პირთა რაოდენობის შესახებ სტატისტიკურად სარწმუნო მაჩვენებლები. საქართველოში

დაახლოებით 40000 (15-დან 64 წლამდე ასაკის მოსახლეობის 1.5%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელია.

ქვეყანაში არ ტარდება მოსახლეობის რეგულარული კვლევები ჯანმრთელობის ისეთი რისკ-ფაქტორების გავრცელების დონის შესაფასებლად, როგორცაა თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარება, ჭარბი წონა, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და არასწორი კვება, რომელთა გავრცელების დონის ცოდნა და მათ შესამცირებლად ზომების გატარება სიკვდილიანობის და ავადობის წამყვან მიზეზებზე ზემოქმედების სასიცოცხლოდ აუცილებელი სტრატეგიაა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ყოველწლიურად ხდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონე თემის გამოყოფა. 2013 წელს პრიორიტეტულ თემად არტერიული ჰიპერტენზია დასახელდა. საქართველოში მაღალი არტერიული წნევა სამედიცინო დაწესებულებაში ან ექიმთან მიმართუიანობის წამყვან მიზეზს წარმოადგენს. შემუშავდა არტერიული ჰიპერტენზიის სკრინინგისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგია, 2013-2018 წლების სამოქმედო გეგმა და სახელმწიფო პროგრამა.

ჯანდაცვის რესურსები

საქართველო, 2012			
ექიმები	21501	სტაციონარული დაწესებულებაში	238
უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	478.8	პოლიკლინიკური დაწესებულებაში	213
ექიმები	13486	ქალთა კონსულტაციები (დამოუკიდებელი)	22
უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	300.3	სასწრაფო დახმარების საღებურები	39
ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა	11348	სისხლის ბანკების საღებურები	7
უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	252.7	ჩვილ ბავშვთა სახლები	2
მიმართვა ექიმთან	8812847	ს/კ ინსტიტუტები	12
ექიმის ვიზიტი ბინაზე	272036	სოფლის ექიმი-მეწარმე	1241

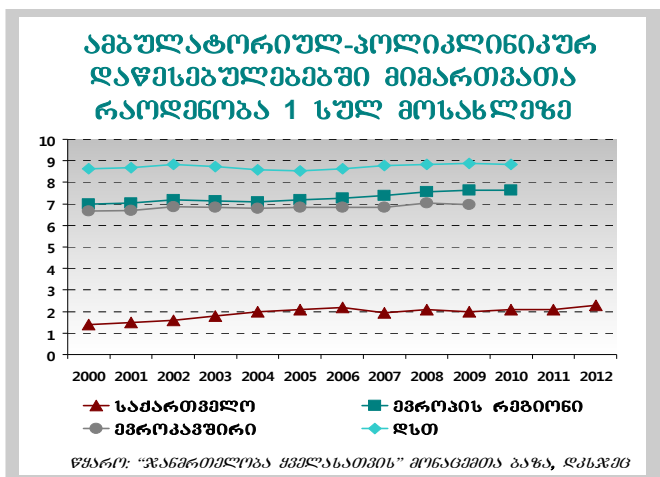
ქვეყანაში ექიმებისა და ექთნების არადაბალანსებული თანაფარდობა აღინიშნება: ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონთან მიმართებაში, ექთნების – ერთ-ერთი ყველაზე დაბალი, ამავე დროს 2004 წლიდან აღინიშნება საშუალო სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის კლების ტენდენცია. სახეზეა სამედიცინო კადრების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება - 2012 წელს თბილისში ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 3-4-ჯერ აღემატებოდა ყველა დანარჩენი რეგიონის მაჩვენებლებს.

სამედიცინო პერსონალი დაბალი პროდუქტიულობით ხასიათდება: ჰოსპიტალურ სექტორში ერთი ექიმი საშუალოდ წელიწადში 45 პაციენტს ემსახურება, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი - დღეში საშუალოდ 3 პაციენტს (ნაცვლად ჯანმოს მიერ რეკომენდებული 15 პაციენტისა).

2007–2012 წლებში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართულების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე თითქმის უცვლელია და წლის განმავლობაში 2.1-ს უტოლდება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველო ამ მაჩვენებლით ბოლოდან მეორე ადგილზეა ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით.

ბოლო ათწლეულის მანძილზე უწყვეტი კლების ფონზე, საწოლების რაოდენობით საქართველოს საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელი აქვს ევროპის რეგიონში.



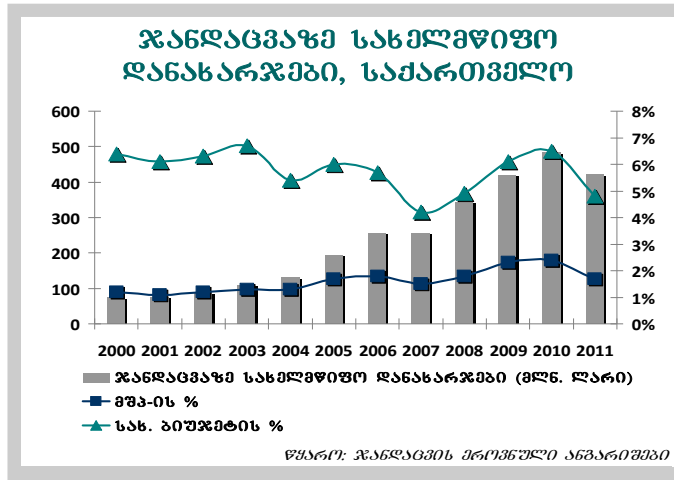
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, საქართველოში საწოლის დატვირთვის მაჩვენებელი (ხანგრძლივი ზრუნვის – ტუბერკულოზისა და ფსიქიატრიის - საწოლების გარდა) საკმაოდ ჩამორჩება ევროკავშირისა და დსთ-ის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს. საწოლზე დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობის კლების შედეგად საქართველო ამ მაჩვენებლის მიხედვით ევროპის რეგიონის ლიდერთა ჯგუფში მოექცა.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემა არ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს, სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სამსახურებსა და ჰოსპიტალურ სექტორს შორის კავშირები, ადგილი აქვს მათ შორის კოორდინაციის პრობლემას და პირველადი ჯანდაცვის სისტემიდან ნაკლებად ხორციელდება რეფერალი მეორეულ დონეზე.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემა ქვეყნის მოსახლეობას უზრუნველყოფს უფასო სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით. გასვლების საერთო რაოდენობის 97-98%-ში მომსახურების გაწევა ხდება სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.

ჯანდაცვის დანახარჯები

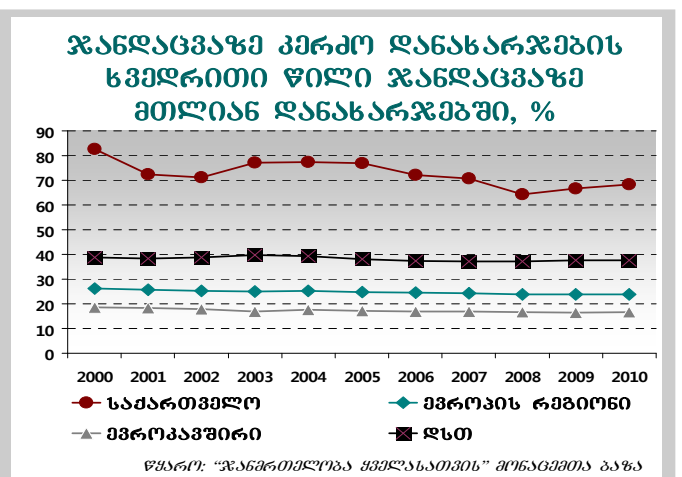
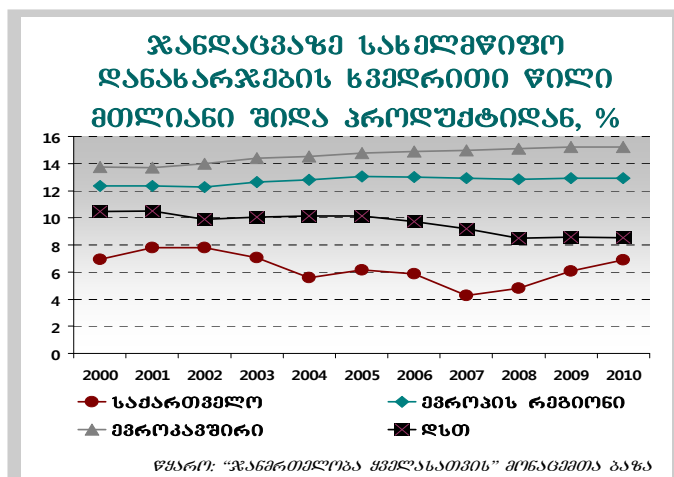
2001-2011 წლებში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები 115 ლარიდან 511 ლარამდე, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 17 ლარიდან 94 ლარამდე, ხოლო კერძო დანახარჯები - 88 ლარიდან 403 ლარამდე გაიზარდა.



ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი მშპ-თან (2011 წ. – 1.7%) და სახელმწიფო ბიუჯეტთან (2011 წ. – 4.8%) მიმართებაში საკმაოდ დაბალი და ევროპის უღარიბესი ქვეყნების შესადარისია.

საქართველოში, ჯანდაცვის ფინანსირების 78.8%-ს კერძო დანახარჯები წარმოადგენს. მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხების წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 70%-ს აჭარბებს.

2013 წელს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების უპრეცედენტო ზრდის (267 მილიონით ანუ ~60%-ით მეტი, ვიდრე წინა წელს) ფონზე შეფარდება კერძო და სახელმწიფო დანახარჯებს შორის რადიკალურად შეიცვლება.



2012 წლის სექტემბრიდან განხორციელდა ზოგიერთი ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამის ტრანსფორმირება სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებად და ამოქმედდა 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა, საპენსიო ასაკის მოქალაქეთა, სტუდენტთა, შშმ ბავშვთა და მკვეთრად გამოსატული შშმპ-თა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა.

2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის პირველი ეტაპი, ხოლო 1 ივლისიდან – მეორე ეტაპი.

ბოლო წლებში ჯანდაცვით კვლევებზე დანახარჯები თანდათან იკლებს და შესაბამისად მცირდება მათი ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში, რაც მიუთითებს, რომ სამედიცინო მეცნიერებების მიმართულებით სულ უფრო და უფრო მცირე რაოდენობის პროექტების დაფინანსება ხდება განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ. აღნიშნული კი ან სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვითი მეცნიერების ნაკლებ პრიორიტეტულობით, ან მეცნიერების მხრიდან სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებული კონკურსის მიმართ ნაკლები ინტერესით შეიძლება აიხსნას.

მედიკამენტების გამოყენება

2010 წელს საქართველოში სამკურნალ-წამლო საშუალებებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებიდან 57%-ს შეადგენდა. ეს მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის, სადაც ის საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს. საქართველოს მაცხოვრებელთა 13%-ს არ შეუძლია შეიძინოს დანიშნული მედიკამენტები მათი სიძვირის გამო, ასეთი მოსახლეობის ხვედრითმა წილმა 2007 წელთან შედარებით თითქმის 2%-ით მოიმატა.

მოსახლეობას მძიმე ტვირთად აწევს სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯები, რომელიც უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში განუხრელად იზრდება, და მის მიერ ჯანდაცვისთვის გაღებული სახსრების თითქმის ნახევარს შეადგენს.

