



დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი



საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის
და სოციალური დაცვის სამინისტრო



ჯანმრთელობის დაცვა

მოკლე მიმოხილვა



საქართველო
2014

მიმოხილვა მომზადებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ.

მიმოხილვაში მოყვანილი მაჩვენებლების გამოსათვლელად გამოყენებულია გაეროს და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული მეთოდოლოგია.

მიმოხილვაში წარმოდგენილია ათასწლეულის განვითარების საქართველოს მიზნები და ინდიკატორები, განხილულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ღვდათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, ჯანდაცვის რესურსების ძირითადი მაჩვენებლები და მონაცემები.

განსაკუთრებული ყურადღება კუბლიკაციის გამოცემაში მხარდაჭერისთვის აუშ დაავადებათა კონტროლის და პრევენციის, დაავადებათა გლობალური გამომწვევის საქართველოს ცენტრს და პირადად ცენტრის დირექტორს ქალბატონ ჯულიეტ მორგანს.

მისამართი: თბილისი, ასათიანის ქ. №9, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ლ. საყვარელიძის სახ. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ტელეფონი: (995 32) 239 80 49, ფაქსებითი 217, 216, 205

E-mail: statistics@ncdc.ge

კუბლიკაცია განთავსებულია: www.ncdc.ge

კუბლიკაცია გაიცემა უფასოდ

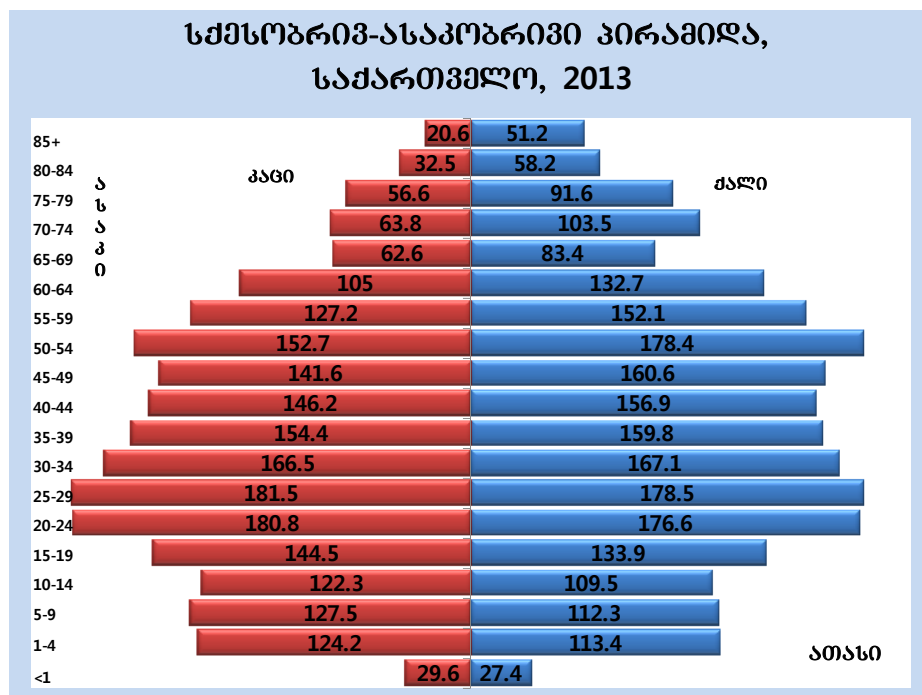
საქართველო, 2013

ფართობი კმ ²	69 700
მოსახლეობა	4490500 (2014 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%, კათოლიიკები - 1%.
სახელმწიფოებრივი ფორმა	საკარლამენტო რესპუბლიკა
დამოუკიდებლობა	1991 წლიდან
გვპ ერთ სულ მოსახლეზე	3599.6\$
მთლიანი შიდა პროდუქტის რეალური ზრდა	12.3% - 2007, 2.3% - 2008, -3.8% - 2009, 6.3% - 2010, 7.2% - 2011; 6,4% - 2012; 3.3% - 2013
ადამიანის განვითარების ინდექსი	0.744*
ფულის ერთეული	ლარი
საერთაშორისო ორგანიზაციების წევრობა	საერთაშორისო სავალუტო ფონდი, გაერო, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკი, ვაჭრობის საერთაშორისო ორგანიზაცია და სხვა

დემოგრაფიული მაჩვენებლები**

მოსახლეობა

საუზალო წლიური რიცხოვნობა	4487200	ასაკობრივი სტრუქტურა	
მამაკაცი / ქალი	2140.1 (47.7%) / 2347.1 (52.3%)	1 წლამდე	57000 (1.3%)
სქესთა გორობული თანაფარდობა	1.08	15 წლამდე	766200 (17.1%)
ქალაქის მოსახლეობა	2408800 (53.7%)	65+	624000 (13.9%)

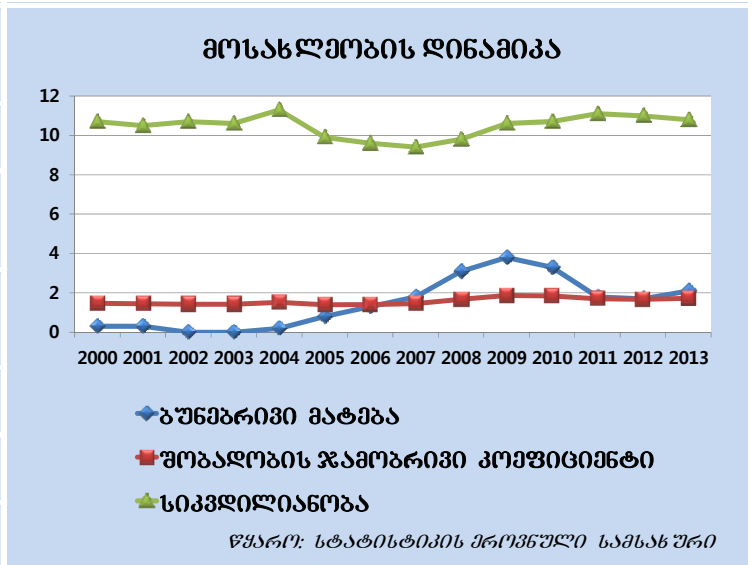


* ადამიანის განვითარების ინდექსი 2014

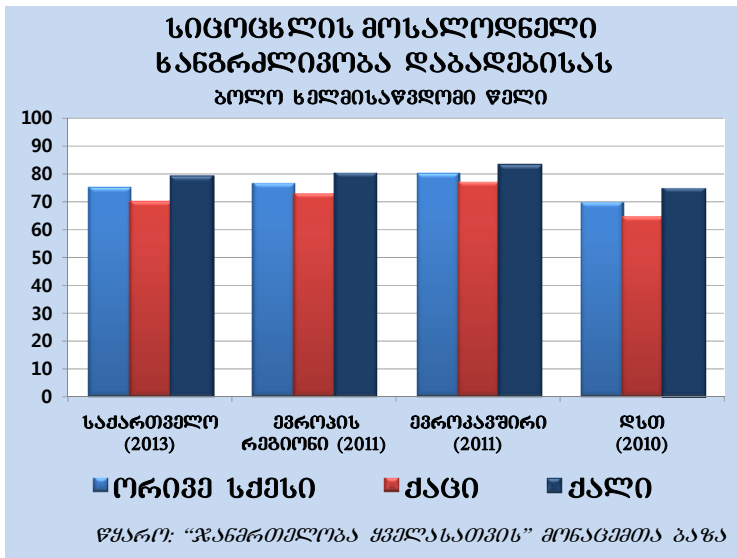
** სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები

მოსახლეობის დინამიკა

ცოცხალშობილთა რაოდენობა და მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე	57878 (12.9)
ბუნებრივი მატება და მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე	9325 (2.1)
გარდაცვლილთა რაოდენობა და მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე	48553 (10.8)
მკვდრადშობადობა და მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე	567 (9.7)
ქორწინება და მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე	34693 (7.7)
განქორწინება და მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე	8089 (1.8)
მიგრაციული მატება და მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე	-2606 (-0.58)



სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა



საქართველო, 2013

ორივე სქესი	75.2 წელი (2001 – 71.6)
მამაკაცი	70.8 წელი (2001 – 68.1)
ქალი	79.4 წელი (2001 – 74.9)

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

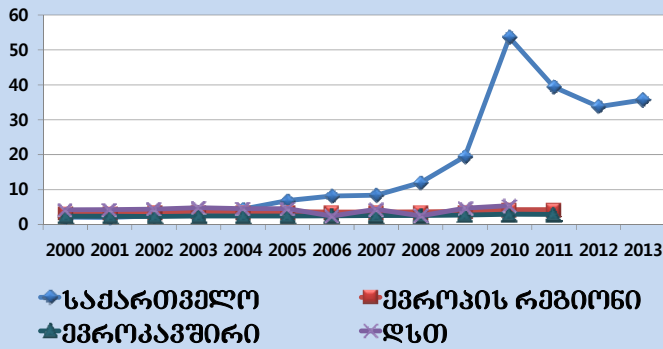
სიკვდილიანობა

2013 წელს საქართველოში 48553 ადამიანი გარდაიცვალა (სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე – 10.8), მათ შორის 880 ბავშვი (სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ბავშვზე – 1.15). გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობის 51.2%-ს კაცები შეადგენდნენ.

2009 წლიდან სიკვდილიანობის სტრუქტურაში მკვეთრად გაიზარდა სიკვდილის არაიდენტიფიცირებული მიზეზების წილი (34-50%), რამაც განაპირობა სიკვდილიანობის რეალური სტრუქტურის დამახინჯება*.

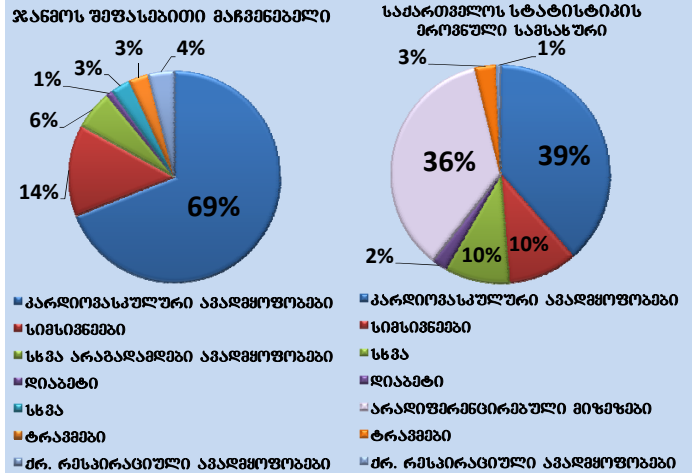
* მიმდინარეობს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და იუსტიციის სამინისტროს ერთობლივი საშვიანო სიკვდილის არაიდენტიფიცირებული მიზეზების შემცირების მიზნით

სიკვდილის არაიდენტიფიცირებული მიზეზების წილი სიკვდილიანობის სტატისტიკაში



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა, სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

სიკვდილიანობის სტრუქტურა



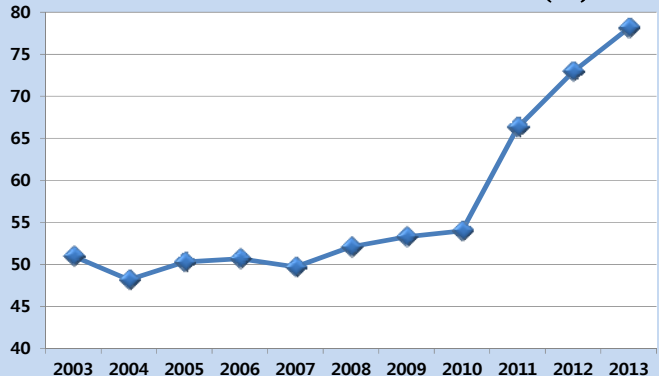
დედათა ჯანმრთელობა და სიკვდილიანობა

ორსულობა და მშობიარობა

უკანასკნელ წლებში აღინიშნებოდა ანტენატალური მომსახურებისათვის ორსულთა დროული მიმართულებების ზრდა, რაც ეფუძნებოდა ანტენატალურ სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას (სწრაფი სამინისტრო ახორციელებს დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამას, რომლის ფარგლებში ფინანსდება ანტენატალური მომსახურების 4 ვიზიტი); ორსულობის 12 კვირის ვადამდე აღრიცხვაზე აყვანილ ორსულთა წილი წინა წელთან შედარებით 72.9%-დან 78.1%-მდე გაიზარდა.

	2012	2013
ორსულთა რაოდენობა	79381	88190
ორსულობა მიიტანა ბოლომდე	89.6%	89.1%
ანტენატალური მომსახურების დროული მიმართულებით	72.9%	78.1%
ანტენატალური მომსახურების 4 სრული ვიზიტით მოცვა (MDG 5)*	84.1%	84.6%
მოზარდთა შობადობის მაჩვენებელი (MDG 5)	39.9	40.8
აბორტი	39225	37018
მათ შორის ხელშეწყობილი	33688	30726
მედიკამენტოზური აბორტის წილი ხელშეწყობილი აბორტებიდან	10.1%	21.2%

ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ანტენატალური მეთვალყურეობაზე აყვანილ ორსულთა წილი (%)



* 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 ხელმოწერმა მხარემ, ვალდებულია აიღოს უზრუნველყოს ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესრულება, ახალს ეროვნული განვითარების სტრატეგიებში და აწარმოოს პერიოდული ანგარიშგება მიზნების განხორციელების სტატუსის შესახებ.

2009-2012 წლებში აღინიშნებოდა მოზარდთა ორსულობის მაჩვენებლის შემცირების ტენდენცია, თუმცა 2013 წელს მაჩვენებელი ისევ გაიზარდა და 64.7-ს მიაღწია. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოზარდთა ორსულობის მაჩვენებელი 15-19 წლის 1000 ქალზე 15-დან 25-მდე მერყეობს. აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 2-4-ჯერ მეტია.

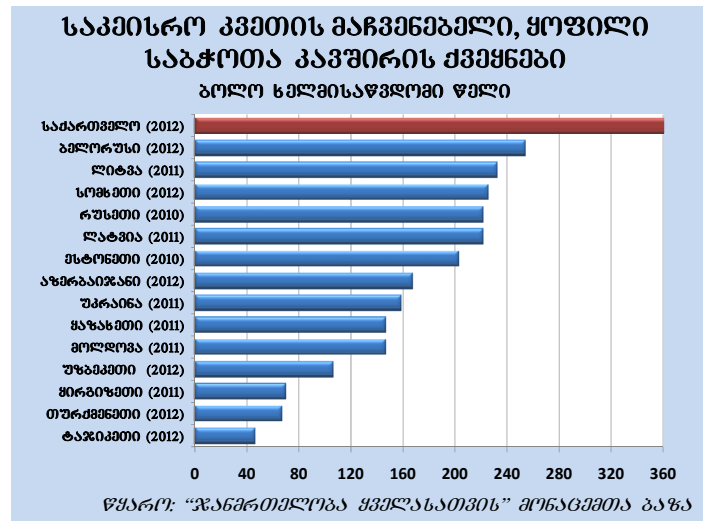
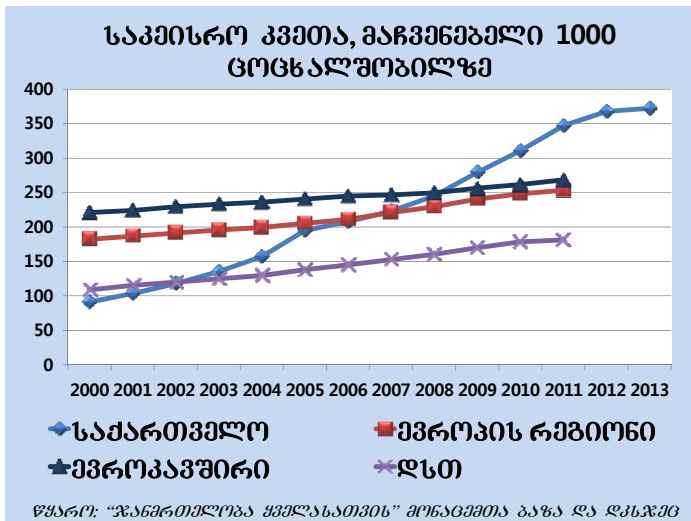
	2012	2013
მშობიარობათა რაოდენობა	56746	57505
ღრუულად იმშობიარა	95.5%	96.7%
ფიზიოლოგიური მშობიარობა	58.6%	58.3%
პათოლოგიური მშობიარობა	41.4%	41.7%
კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების სპეღრითი წილი (MDG 5)	99.8%	99.9%



საკეისრო კვეთა და აბორტი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად, საკეისრო კვეთების რაოდენობა ქვეყანაში ზოგადად და ასევე ცალკეულ სამშობიარო სახლში მშობიარობების საერთო რიცხვის 10-15%-ს არ უნდა აღემატებოდეს. საკეისრო კვეთების 10%-ზე ნაკლები რაოდენობა არასაკმარის, ხოლო 15%-ზე მეტი – გადაჭარბებულ გამოყენებაზე მიუთითებს. 137 ქვეყნის მონაცემთა კვლევამ ცხადყო, რომ “არასაჭირო” საკეისრო კვეთები არაპროპორციულად გადაჭარბებულ ეკონომიკურ რესურსებს მოითხოვს, რაც უნივერსალურ სამედიცინო მოცვას დაბრკოლებებს უქმნის, ხოლო “დამატებით” საკეისრო კვეთებს მნიშვნელოვანი ნეგატიური შედეგები გააჩნია ჯანდაცვის სერვისებისადმი თანაბარი ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით როგორც ცალკეულ ქვეყნებში, ისე მსოფლიოს მასშტაბით. ამავე კვლევის ფარგლებში შეფასდა კორელაცია საკეისრო კვეთების მაჩვენებლებსა და დედათა და ახალშობილთა ავადობასა და სიკვდილიანობას შორის. იმ შემთხვევაში, როდესაც საკეისრო კვეთების წილი 15%-ს აღემატება - დედათა და ახალშობილთა ავადობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირება არ გამოვლინდა, ხოლო 5%-ზე ნაკლები წილის შემთხვევაში - აღინიშნა ნეგატიური გავლენა დედათა ჯანმრთელობაზე.

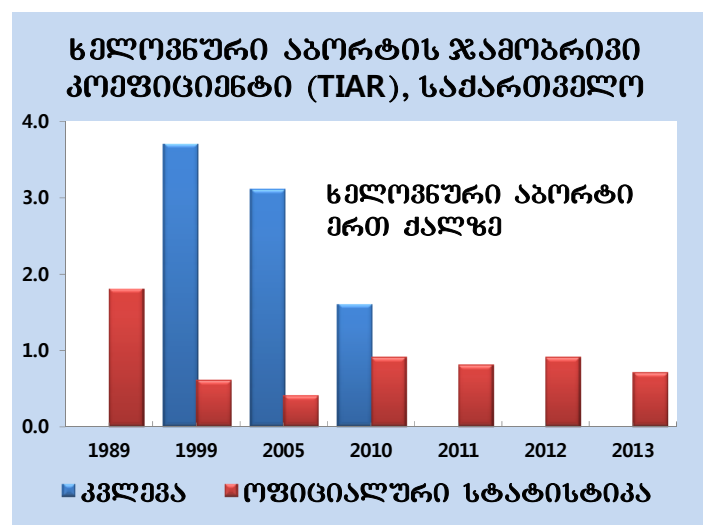
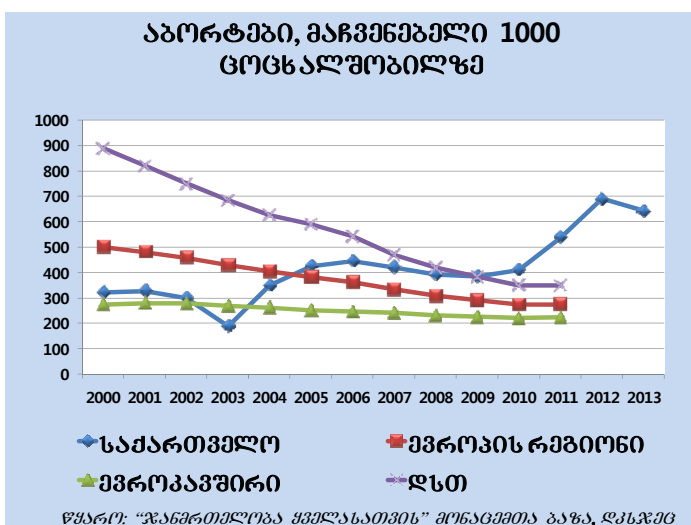
კვლევის მიხედვით, საქართველო შევიდა იმ ქვეყნების ჯგუფში, სადაც საკეისრო კვეთების გამოყენება გადაჭარბებულად ითვლება. საქართველოში საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი 2000 წლიდან 3.8-ჯერ გაიზარდა და 2013 წელს მშობიარობათა საერთო რაოდენობის 37.3%-ს შეადგენდა.



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

2013 წელს სახელმწიფოს მიერ გადამგულ იქნა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები საკეისრო კვეთების რაოდენობის შემცირების მიზნით, შემუშავებულ და დამტკიცებულ იქნა საკეისრო კვეთის მართვის პროტოკოლი, რომლის მიხედვითაც განსაზღვრულია საკეისრო კვეთის ჩვენებები და უკუჩვენებები. ასევე ეფექტური პერინატალური სერვისების პრაქტიკის ხელშეწყობის მიზნით, განხორციელდა პერინატალური სერვისების ხარისხის შეფასება, 2015 წლიდან იგეგმება სერვისების რეგიონალიზაცია (დონეებად დაყოფა). პილოტირება დაიწყო იმერეთისა და რაჭა-ლეჩხუმის რეგიონში USAID/Sustain-ის ხელშეწყობით.

ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებმა დააფიქსირა მნიშვნელოვანი ხარვეზები ხელოვნური აბორტის მონაცემთა აღრიცხვიანობაში, თუმცა ბოლო კვლევის თანახმად, სხვაობა კვლევით მიღებულ მონაცემთა და ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემთა შორის 44%-მდე შემცირდა.



20 წლამდე ასაკის ქალების მიერ გაკეთებული აბორტების წილი უკანასკნელ წლებში 5%-ს შეადგენდა აბორტების საერთო რაოდენობიდან. ხელოვნური აბორტის მაჩვენებლები მაღალი იყო 20–29 და 30–34 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში. ხელოვნური აბორტების მეთოდის მიხედვით მედიკამენტური აბორტების წილი გაორმაგებულია.

დედათა სიკვდილიანობა (MDG 5)

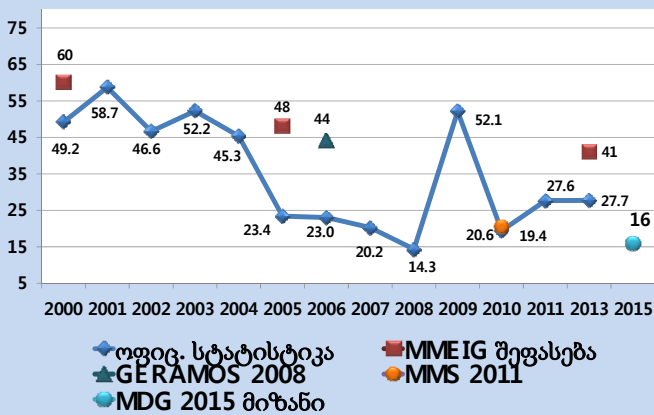
ათასწლეულის განვითარების მიზნებით 2015 წლისთვის მსოფლიო მასშტაბით განსაზღვრულია დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის 3/4-ით შემცირება.

საქართველოში მონაცემები დედათა სიკვდილიანობის შესახებ რამდენიმე წყაროდან მოიპოვება, კერძოდ: სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის დემოგრაფიის სამმართველო, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტი, დედათა სიკვდილიანობის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი, გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფი (MMEIG), კვლევები, როგორცაა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევა (GERAMOS-2008) და დედათა სიკვდილიანობის კვლევა (MMS-2011).

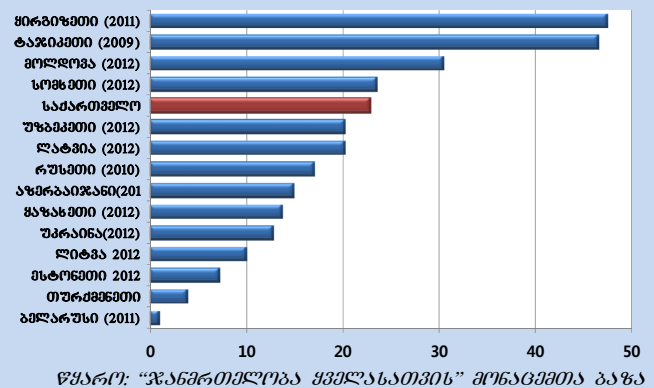
ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2003-2008 წლებში კლების დინამიკით ხასიათდებოდა. დედათა სიკვდილიანობის შესახებ მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, 2009 წლიდან დაიწყო სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის და დედათა სიკვდილიანობის, ხოლო 2013 წლიდან შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის "დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის/მკვდრადშობადობის შემთხვევების სავალდებულო შეტყობინების ფორმისა და წესის შესახებ" 2013 წლის №01-30/ნ ბრძანების საფუძველზე მიღებული მონაცემების შეგროვება.

გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფი ყოველწლიურად აქვეყნებს დედათა სიკვდილიანობის შეფასებით მაჩვენებლებს, რომელთა საფუძველს როგორც წესი, კვლევებით მიღებული მაჩვენებლები წარმოადგენს და, შესაბამისად, განსხვავდება ქვეყნების ეროვნული სტატისტიკისგან. საქართველოში, წლების მანძილზე შეფასებითი მაჩვენებლები საკმაოდ მაღალი იყო, როგორც ოფიციალურ, ასევე კვლევებით მიღებულ მაჩვენებლებთან შედარებით. გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფის 2012 წლის გათვლებით, დედათა სიკვდილიანობის შეფასებითი მაჩვენებლის წინასწარი მნიშვნელობა 77-ს შეადგენდა. ამასთან დაკავშირებით დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ განხორციელდა რიგი აქტივობები და MMEIG-თან აქტიური თანამშრომლობის შედეგად მოხდა შეფასებითი მაჩვენებლების გადახედვა, რის შედეგადაც 2013 წლის დედათა სიკვდილიანობის შეფასებითი მაჩვენებელი 41-მდე შემცირდა და შესაბამისად მოხდა წინა წლების შეფასებითი მაჩვენებლების კორექტირება.

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე, საქართველო



დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა

0-5 წლამდე ბავშვთა ჯანმრთელობა და სიკვდილიანობა

სუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობა

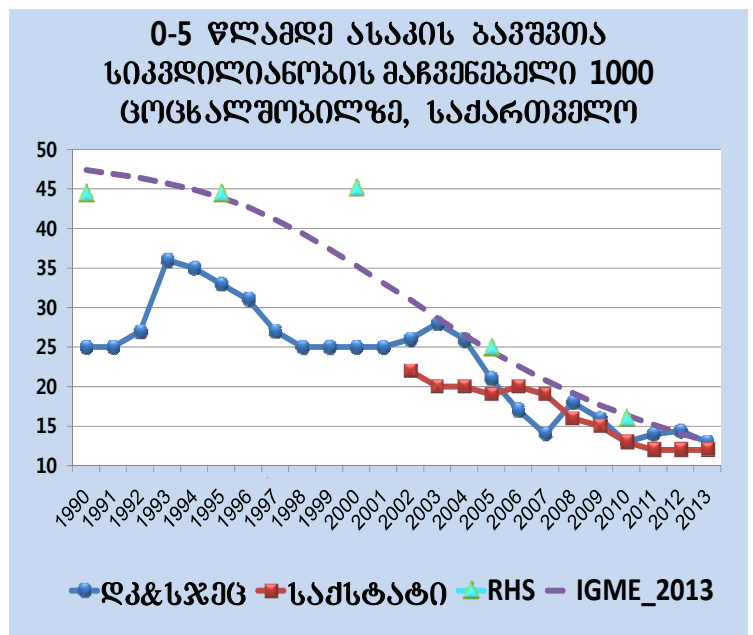
სუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობის ძირითადი მიზეზები (2013 წელი)	ინციდენტობა სუთ წლამდე ასაკის 1000 ბავშვზე
სუნთქვის ორგანოების ავადმყოფობები	453.3
ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები	83
ყურისა და ღვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები	28.6
კანისა და კანქვეშა უჯრედის ავადმყოფობები	22.1
სისხლისა და სისხლგამაღებ ორგანოების ავადმყოფობები	16.6
თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	16.4
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების ავადმყოფობები	14.1

სუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა

0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა ათასწლეულის განვითარების მიზნების ერთერთ მნიშვნელოვან მაჩვენებელს წარმოადგენს. ათასწლეულის განვითარების მიზნებით განსაზღვრულია 1990 წლიდან 2015 წლამდე მსოფლიო მასშტაბით 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 2/3-ით შემცირება.

ბავშვთა სიკვდილიანობის შესახებ მონაცემთა ალტერნატიულ წყაროებს წარმოადგენს: ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების გაეროს სააგენტოთაშორისი ჯგუფი (IGME), დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (დკსჯეც) სამედიცინო სტატისტიკა და კვლევები.

სამედიცინო სტატისტიკის მონაცემებით, 2013 წელს 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე დემოგრაფიული სტატისტიკის ოფიციალურ მაჩვენებელზე ნაკლებია. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ინიციატივით, შეფასებითი მაჩვენებლების დაზუსტების მიზნით, განხორციელდა ბავშვთა სიკვდილიანობის გაეროს სააგენტოთაშორისი ჯგუფის მისიის ვიზიტი, რომლის ფარგლებში მოხდა არსებული ინფორმაციული სისტემების გაცნობა და საქართველოს მაჩვენებლების კორექტირება. 2013 წლის შეფასებითი მაჩვენებელი მაქსიმალურად მიუახლოვდა ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებს.

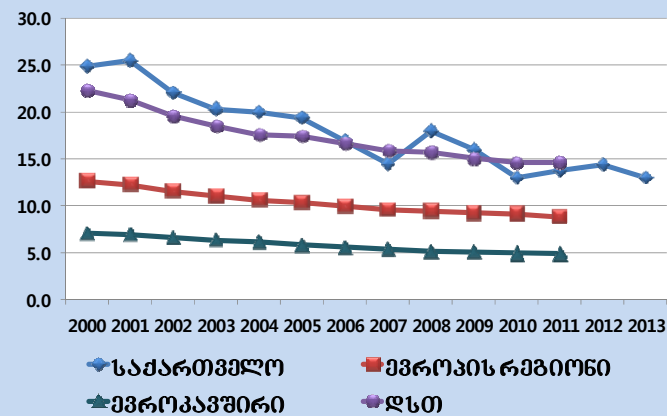


5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე, საქართველო

	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
დაავადებათა კონტროლის ცენტრი	27.2	20.3	20.1	19.4	19.7	15.6	16.0	15.4	13.4	12.0	12.4	12.0
სტატისტიკის ეროვნული სამსახური	24.9	27.6	26.4	21.1	16.9	14.4	18.0	16.0	13.0	13.8	14.4	13.0
IGME	35.3	28.7	26.5	24.5	22.6	20.8	19.2	17.7	16.4	15.2	14.1	13.1
GERHS	45.8	-	-	25.1	-	-	-	-	16.4	-	-	-

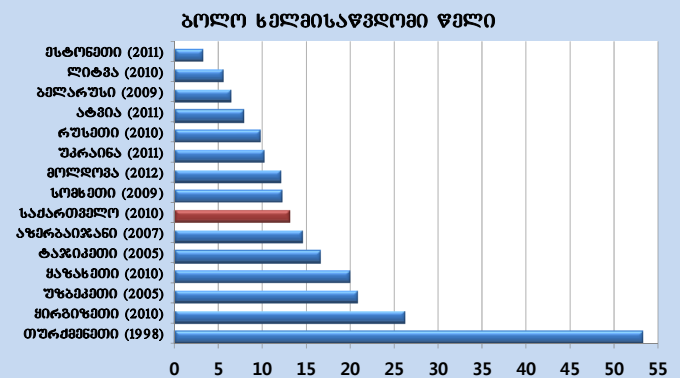
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, კლების ტენდენციის მიუხედავად, 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს მნიშვნელოვნად აღემატება, ხოლო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების მაჩვენებლებს შორის შუალედურ პოზიციას იკავებს.

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე



წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა, ღმსჯეც

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები

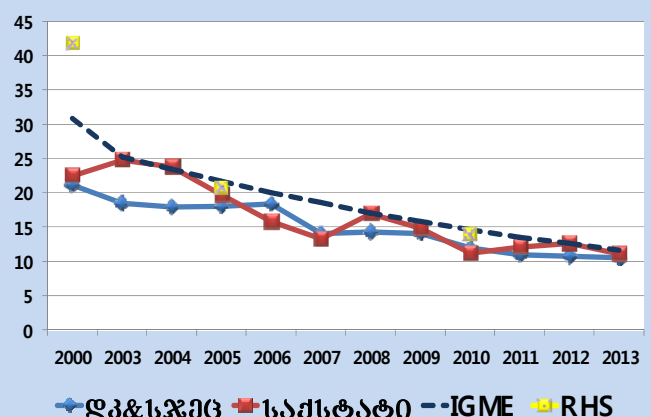


წყარო: "ჯანმრთელობა ყველასათვის" მონაცემთა ბაზა

2015 წლის 1 იანვრიდან 5 წლამდე ბავშვთა გარდაცვალების თითოეული შემთხვევის შესახებ შეტყობინება ოპერატიულ რეჟიმში მიიღება დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონულ ინტეგრირებულ სისტემაში (დზეს).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, გლობალურად 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების შემთხვევების თითქმის 40% ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებზე მოდის. საქართველოში 2013 წელს ეს წილი 87.9%-ს შეადგენდა. 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყველა წყაროს მონაცემებით კლების დინამიკით ხასიათდება.

0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე



**0-დან 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა
1000 ცოცხალშობილზე, საქართველო**

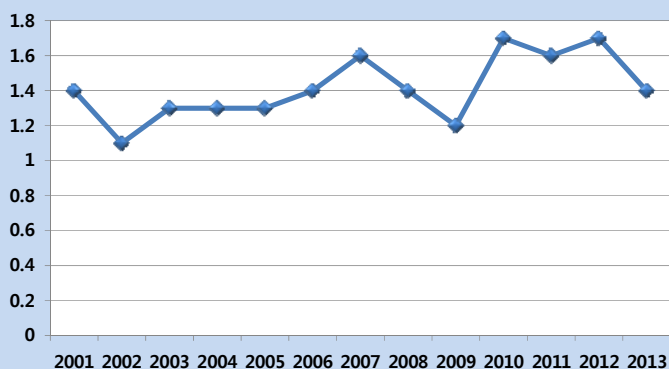
	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
დაავადებათა კონტროლის ცენტრი	21.2	18.5	18.0	18.1	18.4	14.1	14.3	14.1	12.0	11.0	10.8	10.5
სტატისტიკის ეროვნული სამსახური	22.5	24.8	23.8	19.7	15.8	13.3	17.0	14.9	11.2	12.1	12.6	11.1
IGME	30.9	25.3	23.5	21.7	20.1	18.6	17.1	15.8	14.6	13.5	12.6	11.7
GERHS	41.6	-	-	21.1	-	-	-	-	14.1	-	-	-

ნეონატალური და პერინატალური სიკვდილიანობა, საქართველო

	0-28 დღეებზე 1000 ცოცხალშობილზე	0-6 დღეებზე 1000 ცოცხალშობილზე	7-28 დღეებზე 1000 ცოცხალშობილზე	პერინატალური სიკვდილიანობა 1000 დაბადებულზე
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
2013	8.4	6.7	1.7	16.1

0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 67.7%-ს პერინატალური პერიოდის ავადმყოფობები შეადგენს. პერინატალური სიკვდილიანობის ნახევარზე მეტი (55%) მკვდრადშობადობაზე მოდის და მეტად მნიშვნელოვანია პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემადგენელი კომპონენტების - მკვდრადშობადობის და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის - ადეკვატური შეფარდება.

**მკვდრადშობადობის და ადრეული
ნეონატალური სიკვდილიანობის
შეფარდება, საქართველო, 2001-2013**



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

2013 წელს საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე 9.7-ს შეადგენდა (ბოლო ხელმისაწვდომი 2012 წლის მონაცემებით *დსთ: 9.3, ევროკავშირი: 5.3*).

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით სახელმწიფოს მიერ ხორციელდება რიგი პროგრამებისა, როგორცაა ბავშვთა ასაკის მსუბუქი და საშუალო ხარისხის მენტალური განვითარების დარღვევების პრევენციის, 0-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა განვითარების შეფერხების სკრინინგის, ეპილეფსიის ადრეული დიაგნოსტიკის და პრევენციის, ბავშვთა ონკოჰემატოლოგიური მომსახურების, იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებული 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების, ჰემოფილიით

დაავადებულ ბავშვთა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობის, ორსულთა ფოლიუმის მქავით და რკინის პრეპარატით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამები.

ასევე შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს ინიციატივით შეიქმნა „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო“, რომლის ძირითადი ამოცანებია: ქვეყანაში დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის მონაცემებისა და არსებული ანტე-, პერი- და პოსტნატალური სამსახურის სიმძლავრეების შეფასება, ანალიზის საფუძველზე ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება და სახელმწიფო პრიორიტეტების განსაზღვრა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, უსაფრთხო დედობის, ჩვილ და მცირეწლოვან ბავშვთა ჯანმრთელობისა და განვითარების სერვისების უწყვეტობის, თანმიმდევრულობისა და ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით საკანონმდებლო, პროგრამული და ადმინისტრაციული ღონისძიებების განხორციელება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა

ინფექციური ავადმყოფობები

დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემის მეშვეობით აღირიცხა 100000-ზე მეტი სავალდებულო აღრიცხვას დაქვემდებარებულ გადამდებ დაავადებათა შემთხვევა; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის მიერ ხორციელდება ანალიზი და შესაბამისი რეაგირება; ტარდება უზვეულო, მოულოდნელი და ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოებისათვის მნიშვნელოვანი მოვლენების კვლევები (ჯილეხი, ბოტულიზმი, დიარეული დაავადებები, ყირიმ-კონგოს ცხელება, ცოფი და სხვა).

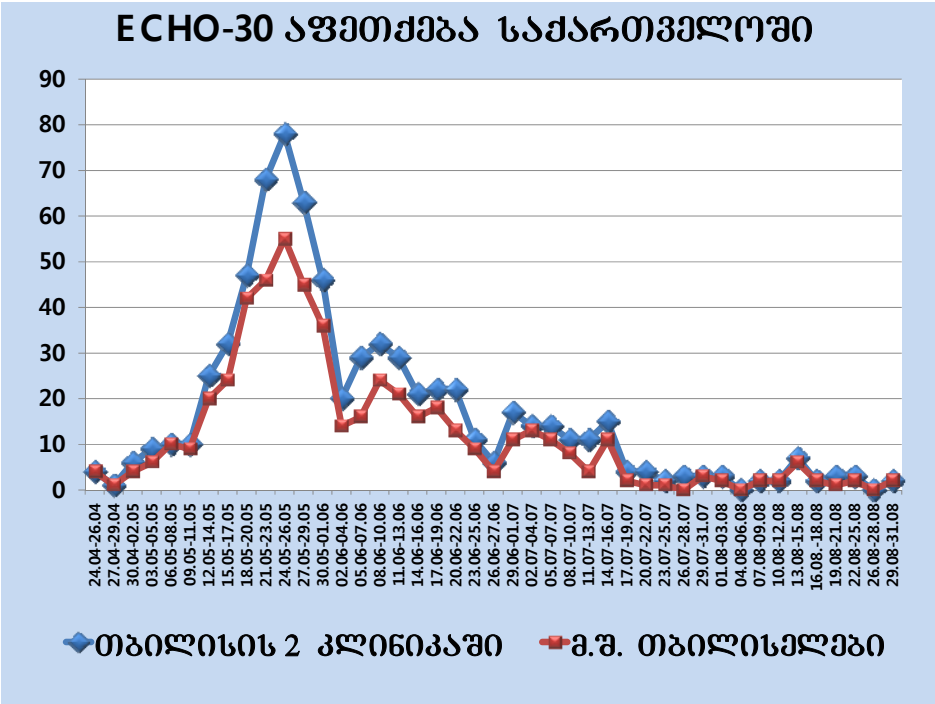
ერთიანი ჯანმრთელობის კონცეფციის ფარგლებში ზოონოზური ინფექციების ზედამხედველობისა და ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის შესაძლებლობათა განვითარების შედეგად გამოვლენილ იქნა ორთოპოქსვირუსის ახალი, მანადე უცნობი ტიპი. პირველად იქნა დიაგნოსტირებული პარაპოქსვირუსული ინფექცია ადამიანებში. ქვეყნისთვის მნიშვნელოვანი ზოონოზის - ცოფის დიაგნოსტიკისთვის დაინერგა პოლიმერაზა-ჯაჭვური რეაქცია, რაც შესაძლებლობას იძლევა დიაგნოსტიკა მოხდეს დაავადების ნიშნების გამოვლენისთანავე. ცოფის შემთხვევების შემცირების მიზნით 2014 წლის 14 აპრილს გამოიცა მთავრობის განკარგულება №690 „ცოფის პრევენციის მიზნით 2014-2018 წლებში გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“. 2014 წელს მხოლოდ ცოფის პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკისთვის საჭირო ვაქცინებისა და იმუნოგლობულინის შესაძენად ქვეყანამ დახარჯა 2 407 000 ლარი.

მთავრობის განკარგულებითა (№1817, 2.10.2014 “ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების ეპიდემიოლოგიის მართვისა და პრევენციის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ”) და სოფლის მეურნეობის სამინისტროსთან ერთად განხორციელებული ღონისძიებების შედეგად შესაძლებელი გახდა აღნიშნული დაავადების ეპიდემიოლოგიის შეჩერება შიდა ქართლის რეგიონში.

მიმდინარეობს საყრდენი ბაზებით ეპიდზედამხედველობა გრიპისმაგვარ დაავადებებზე და ინფორმაცია მიეწოდება ევროპის ზედამხედველობის სისტემას (TESS). 2013 წლიდან გრიპის სეზონის მონიტორინგისათვის შეიქმნა შეტყობინების ერთიანი სისტემა. სახელმწიფოს მიერ გრიპის გართულების განსაკუთრებით მაღალი რისკის პოპულაციისთვის მოხდა 2013-2014 წლების გრიპის სეზონური ვაქცინის 4000, ხოლო 2014-2015 წლების სეზონისთვის 8000 დოზის შეძენა.

ქვეყანა სახელმწიფო პროგრამებისა და დონორთა მხარდაჭერით ახორციელებს საყრდენი ბაზებით ეპიდზედამხედველობას დიარეულ დაავადებებზე, ნოზოკომიურ ინფექციებზე,

როტავირუსულ ინფექციასა და ინვაზიურ მენინგიტებზე. საყრდენი ბაზებით ზედამხედველობის საშუალებით დროულად იქნა გამოვლენილი ვირუსული მენინგიტის ეპიდემიოქება, ხოლო ლუგარის ცენტრში იდენტიფიცირებულ იქნა გამომწვევი – ECHO-30.



ეპოლას ვირუსით გამოწვეული დაავადების შემთხვევებზე ოპერატიული რეაგირების მიზნით 2014 წლის 1 ოქტომბერს გამოიცა “ეპოლას ვირუსით გამოწვეული დაავადების შემთხვევებზე ოპერატიული რეაგირების გეგმის დამტკიცების შესახებ” საქართველოს მთავრობის №1807 განკარგულება, დკსჯეც-ში დამტკიცდა “ეპოლას ვირუსულ დაავადებაზე მზადყოფნისა და რეაგირების ეროვნული სამოქმედო გეგმა”, შეიქმნა ეპოლას ზედამხედველობის სპეციალური შტაბი და რეაგირების ჯგუფები.

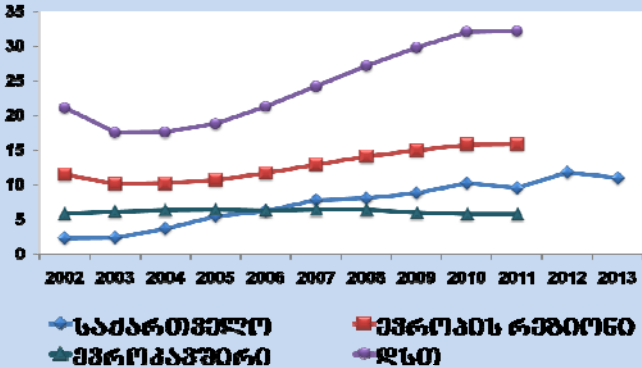
აივ-შიდსი

აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების თვალსაზრისით საქართველო დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება, თუმცა, უკანასკნელ წლებში საქართველოში აივ-ინფექციის ინციდენტობის მაჩვენებელი მზარდი დინამიკით ხასიათდება. 2013 წელს გამოვლინდა სიცოცხლეში პირველად დადგენილი აივ-ინფექციის დაავადების 490 (ინციდენტობის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე – 10.9) და შიდს-ით გარდაცვალების 96 შემთხვევა. 2014 წლის 1 დეკემბრის მდგომარეობით საქართველოში სულ რეგისტრირებულია აივ/შიდსის 4 646 შემთხვევა.

აივ ინფექციის გავლენის გზები

	2013	01.12.2014
ნარკოტიკის ინექციური მომარაგება	35.3%	49.5%
ჰემოროსემსუალური სქმსობრივი კონტაქტი	49.2%	41.5%
ჰომოროსემსუალური სქმსობრივი კონტაქტი	13.5%	5.9%
ჰერტიკალური გადაცემა (დმდიდან შვილზე)	0.8%	1.8%
სისხლის ან სისხლის პროდუქტების გადასხმა	0.4%	0.5%
დაუდგენელი	0.8%	0.8%

აივ ინფექციის ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე



წყარო: “ჯანმრთელობა ყველასათვის” მონაცემთა ბაზა

ქვეყანაში საკმაოდ მაღალია აივ-ინფექციის შემთხვევების გვიანი გამოვლენა, რაც სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. 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. ანტირეტროვირუსული მეურნეობისადმი ხელმისაწვდომობა უნივერსალურია.

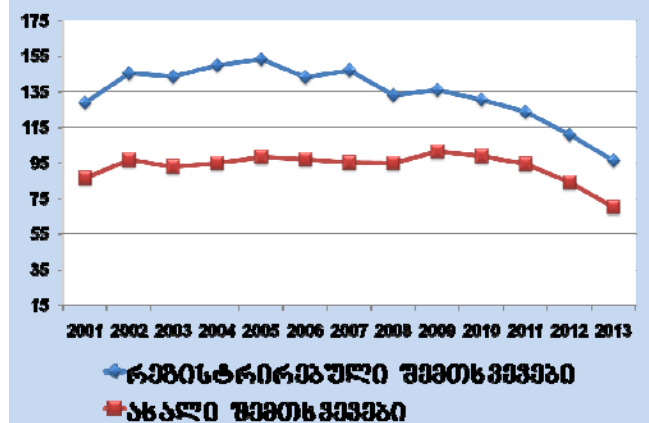
ტუბერკულოზი

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

2009 წლიდან საქართველოში აღინიშნება ყველა ფორმის ტუბერკულოზის გავრცელების და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების კლების ტენდენცია, 2013 წელს ახალი შემთხვევების მაჩვენებელმა 69.8 შეადგინა 100000 მოსახლეზე, რაც მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის და ევროკავშირის ქვეყნების და უახლოვდება დსთ-ს ქვეყნების მაჩვენებლებს. ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევებისა და რეციდივების ~4% დაფიქსირებულია ციხეებში.

ყველა ფორმის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 78.5% ფილტვის ტუბერკულოზზე მოდიოდა.

ტუბერკულოზით ავადობა 100000 მოსახლეზე, საქართველო



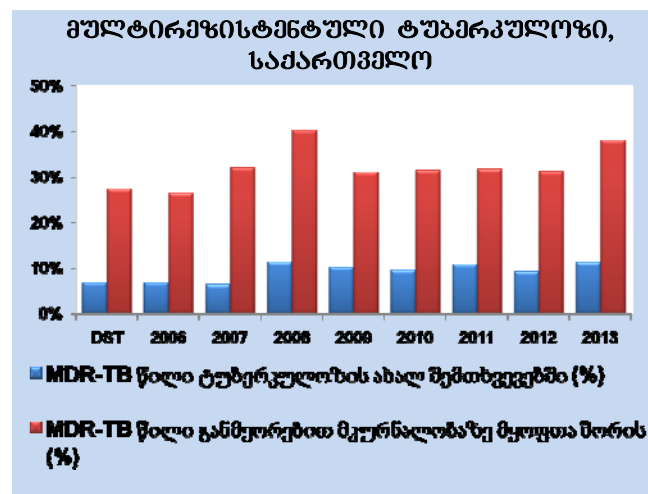
სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2013 წელს საქართველოში ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 100000 მოსახლეზე 3.1 შეადგინა.

ტუბერკულოზის კონტროლისა და შემთხვევათა მართვის შეფასების პარამეტრს ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი ბაქტერიაგამომყოფი ფორმების “წარმატებული მეურნეობის მაჩვენებელი” წარმოადგენს, რომელიც განკურნების და დასრულებული მეურნეობის ჯამური რაოდენობის საფუძველზე გამოითვლება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ქვეყნებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ეროვნული პროგრამების ფუნქციონირების ინდიკატორად წარმატებული მეურნეობის მაჩვენებელი 2005 წლისათვის 85%-ით განსაზღვრა. საქართველოში წარმატებული მეურნეობის პროცენტული მაჩვენებელი ვერ აღწევს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ სტანდარტს. 2005 წელს ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი ბაქტერიაგამომყოფი ფორმების წარმატებული მეურნეობის მაჩვენებელი მხოლოდ 64.1%-ს შეადგენდა, 2013 წელს მაჩვენებელი 74.4% იყო.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის უახლესი მონაცემებით, მსოფლიო მასშტაბით ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 3.7% და განმეორებითი მეურნეობაზე მყოფთა 20% ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტულ ფორმაზე მოდის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით გათვლებით, საქართველო მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მხრივ „მაღალი ტვირთის მქონე“ ქვეყნებს წარმოადგენს.

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

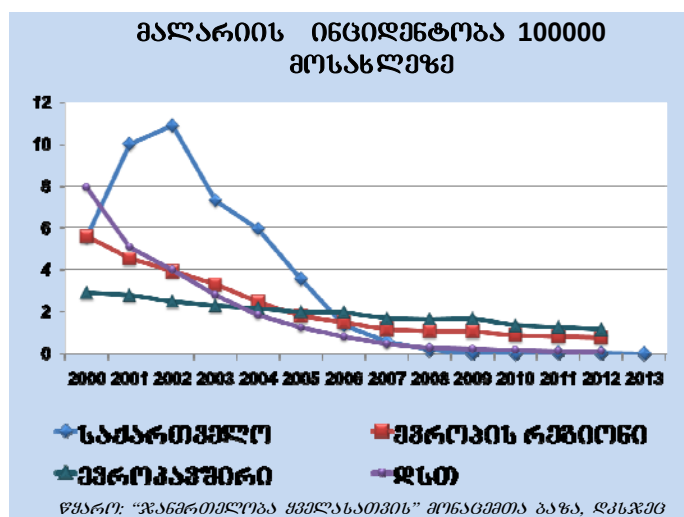
2013 წელს ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 11.2%, ხოლო წარსულში ნამკურნალევი შემთხვევების 38.1% მულტირეზისტენტულია.



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.

2013 წელს ქვეყანაში გაუმჯობესდა ტუბერკულოზის შემთხვევებზე ეპიდზედამხედველობა, შემუშავდა ახალი განსაზღვრებები, ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემისათვის შეიქმნა ზედამხედველობის სტანდარტული ფორმატი.

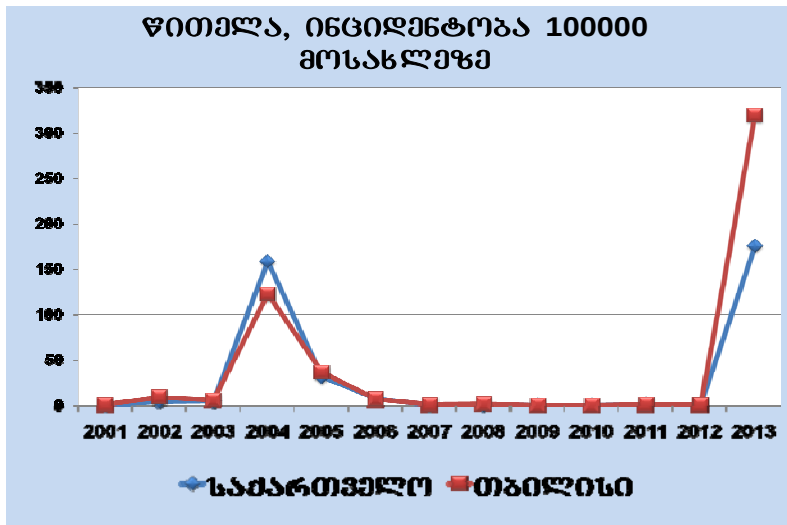
მალარია



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. 2002 წლიდან მალარიის ინციდენტობის მაჩვენებელი მკვეთრი შემცირების დინამიკით ხასიათდებოდა, 2013 წელს იგი ნულს გაუტოლდა. უკანასკნელ წლებში მალარიით გამოწვეული გარდაცვალების არც ერთი შემთხვევა არ არის რეგისტრირებული.

წითელა

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, რამაც ხელი შეუწყო მოსახლეობის არაიმუნური ფენის დაგროვებას, რაც წითელათი ავადობის ეპიდემიური მატების პირობა გახდა. ავადობის ტვირთი, ძირითადად, 1 წლამდე და 15-30 წლის ასაკის მოსახლეობაზე მოვიდა.

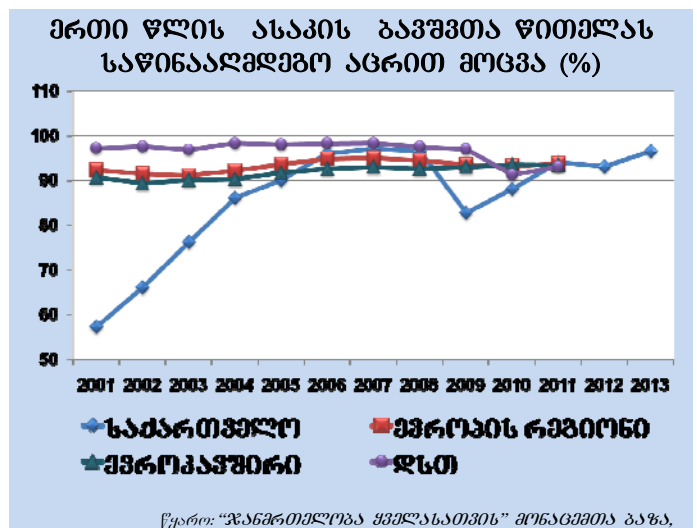
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, წითელათი ავადობის შესამცირებლად და მისი ელიმინაციის მისაღწევად სავალდებულოა ორჯერადი ვაქცინაციით 95%-იანი მოცვის მიღწევა/შენარჩუნება და თითოეულ შემთხვევაზე ზედამხედველობის დამყარება, ლაბორატორიული კვლევების ჩათვლით.

ეპიდემიის გაგრძელების შეკავების მიზნით 2013 წლიდან განხორციელდა დამატებითი კამპანიური ღონისძიებები: 14 წლამდე ასაკის ბავშვთათვის წითელას საწინააღმდეგო აცრების კურსის დასრულება, 15-30 წლის ასაკის მოსახლეობისთვის, სამედიცინო მუშაკებისა და სხვა სპეციფიკური კონტინგენტებისთვის დამატებითი აცრის ჩატარება. 2013-2014 წლებში საქართველოს მასშტაბით აიცრა 140000-ზე მეტი ადამიანი. გატარებული პრევენციული ღონისძიებების შედეგად ქვეყანაში აღინიშნა დაავადების შემთხვევების კლების ტენდენცია (2013 წელს - 7872 შემთხვევა, 2014 წელს - 3000-ზე მეტი).

12-23 თვის ასაკის ბავშვთა წითელას საწინააღმდეგო აცრით მოცვა

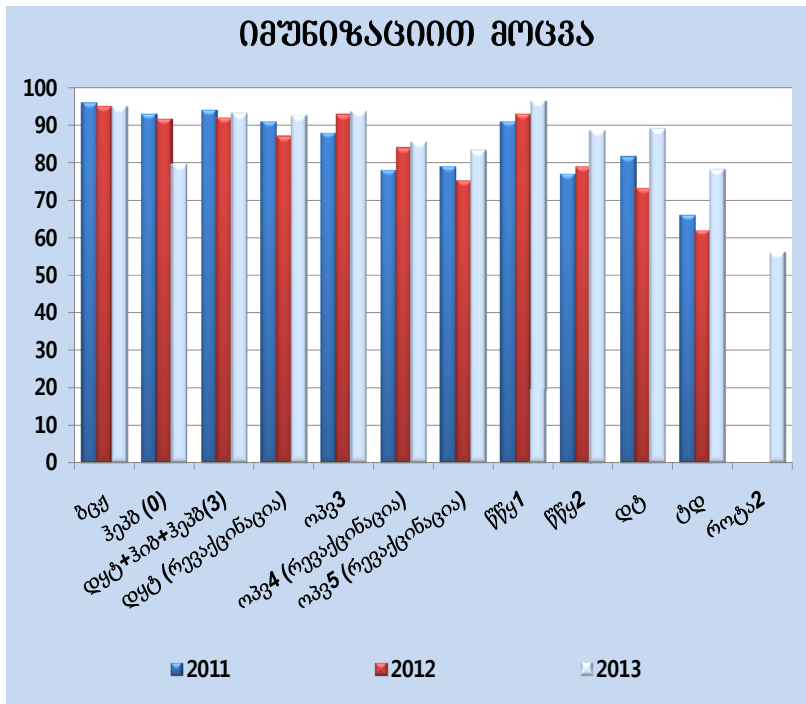
ევროპის დაავადებათა კონტროლის ცენტრისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ქვეყნებში წითელას საწინააღმდეგო პირველი აცრით მოცვის სამიზნე მნიშვნელობა 2010 წლისთვის 95%-ით განისაზღვრა.

საქართველოში უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნებოდა წითელას საწინააღმდეგო პირველი აცრით მოცვის ზრდა. გამონაკლისს 2009 წელი წარმოადგენდა, რაც ვაქცინით მომარაგებაში ხანგრძლივი წყვეტის შედეგი იყო. 2012 წელს მოცვა 93%-ს შეადგენდა, 2013 წელს მაჩვენებელმა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ მნიშვნელობას გადააჭარბა და 96.5% შეადგინა.



იმუნიზაცია

იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ყველა აცრა მოსახლეობისთვის უფასოა. სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობის იმუნიზაციისთვის ხდება მხოლოდ იმ ვაქცინების შეძენა, რომელთაც აქვთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პრეკვალიფიკაცია, რაც მაღალი ხარისხისა და უსაფრთხო იმუნიზაციის გარანტიაა. 2014 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ, იმუნიზაციის უსაფრთხოების ამაღლების მიზნით, მოხდა 800 000 ლარის „ცივი ჯაჭვის“ ინვენტარის განახლება.



იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში 2012 წელთან შედარებით 2013 წელს აცრებით მოცვის მაჩვენებლები საშუალოდ 6%-ით გაიზარდა (გარდა პეპ 0-ისა, რაც აიხსნება ვაქცინით მომარაგების წყვეტით). 2013 წლიდან სორციელდება როტავირუსით გამოწვეული გასტროენტერიტების, ხოლო 2014 წლის 30 ოქტომბრიდან პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში ახალი ვაქცინების შემოტანასთან დაკავშირებით განახლდა და დაინერგა იმუნიზაციის საინფორმაციო სისტემის ელექტრონული პროგრამა Geovacc.

არაგადამდები ავადმყოფობები

2012 წელს მსოფლიოში აღრიცხული 56 მილიონი გარდაცვალების შემთხვევიდან 68% არაგადამდებ ავადმყოფობებს უკავშირდებოდა, მათ შორის ოთხ ძირითად მიზეზს სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები, კიბო, დიაბეტი და ფილტვის ქრონიკული ავადმყოფობები შეადგენდა. არაგადამდები ავადმყოფობებით გამოწვეული გარდაცვალების შემთხვევების სამი მეოთხედი დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებზე მოდიოდა.

საქართველოში სიკვდილიანობის 94% განპირობებულია არაგადამდები ავადმყოფობებით და ტრავმებით, რამაც განაპირობა 2013 წელს ჰიპერტენზიის, კიბოს, დიაბეტის, ფილტვის ქრონიკული დაავადებების, სიმსუქნის, ჯანსაღი კვების, ძალადობისა და ტრავმატიზმის, ალკოჰოლის, თამბაქოს, მარილის სტრატეგიებისა და სამოქმედო გეგმების შემუშავება.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 17%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 11%-ს შეადგენს. ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილიანობით ხასიათდება ჰიპერტენზიული, იშემიური და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები.

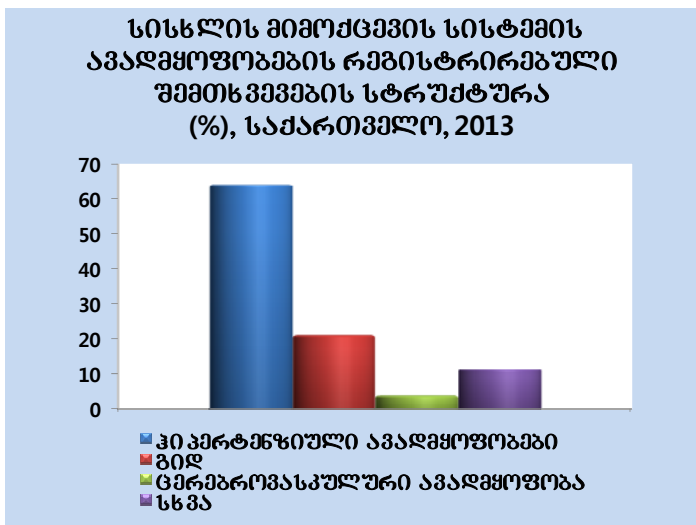
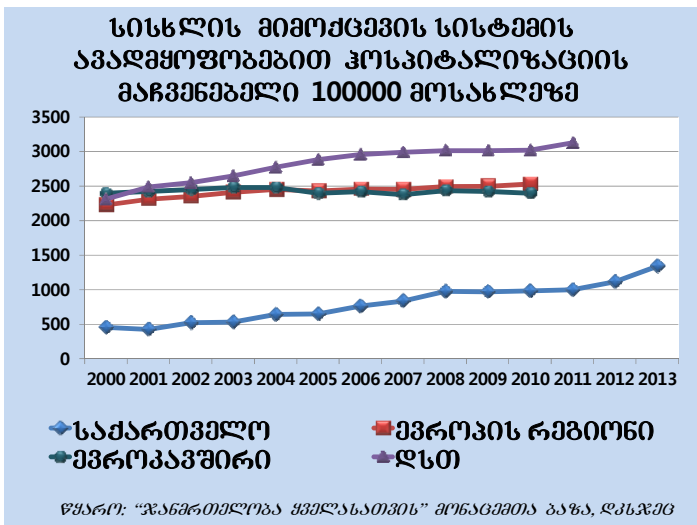
2000-2013 წლებში სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების პრევალენტობის ზრდის ტენდენცია აღინიშნება.

ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა

კარდიოვასკულური ავადმყოფობების რეგისტრირებული შემთხვევების სტრუქტურაში ჰიპერტენზიის წილი 64%-ზე მეტს იკავებს (2013).

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

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



გულის იშემიური ავადმყოფობები

გულის იშემიური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა რაოდენობის ~1/4-ს შეადგენს, სტენოკარდია – 8.0%; მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი და სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობები – 2.3%.

2013 წელს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით დროული ჰოსპიტალიზაცია (ავადმყოფობის დაწყებიდან პირველ 24 საათში) შემთხვევათა 47.0%-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

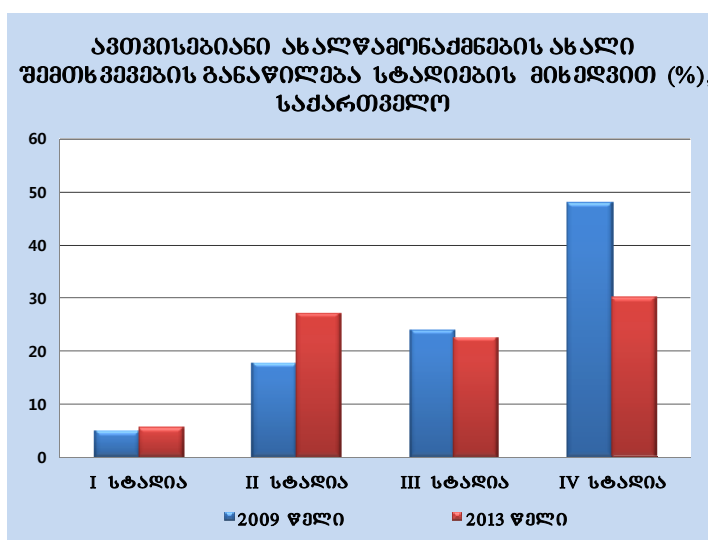
2013 წელს საქართველოში ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების 110 ახალი შემთხვევა იყო რეგისტრირებული 100000 მოსახლეზე (მათ შორის ქალებში - 55.6%).

კიბოს ახალი შემთხვევების ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია (2013)

ქალებში		კაცებში	
კუჭუ	34.9%	ტრექა, ბრონქი და ფილტვი	18.5%
მელანომა და კანის სხვა ავთვისებიანი ახალწარმოქმნილები	6.6%	წინამდებარე ჯირკვავი	9.5%
საშვილოსნოს ყელი	6.3%	ხორხი	6.9%
საკვერცხეები	6.3%	კუჭი	6.4%
შარისებრი ჯირკვავი	5.9%	კოლორექტული	6.1%

უკანასკნელი წლების განმავლობაში ახლად გამოვლენილი ავთვისებიანი სიმსივნეების საერთო რაოდენობაში გაიზარდა I და II სტადიაზე გამოვლენილი შემთხვევების წილი და, შესაბამისად, შემცირდა III და IV სტადიაზე გამოვლენის წილი.

2013 წელს მესამე და მეოთხე სტადიაზე გამოვლენილი კიბოს წილი 52.6%-ს შეადგენდა. აღნიშნულ მიღწევაში დიდი წვლილი შეიტანა კიბოს სკრინინგის პროგრამამ.



2006 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ქობილისში პირველად დაინერგა ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამები, შესაბამისად 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:

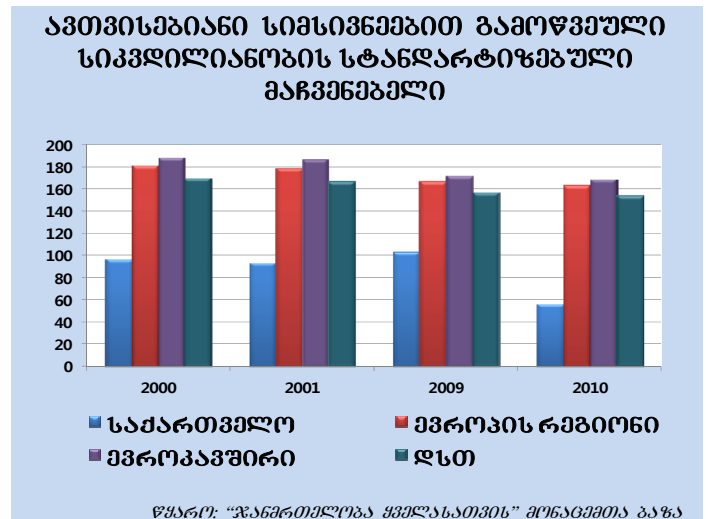
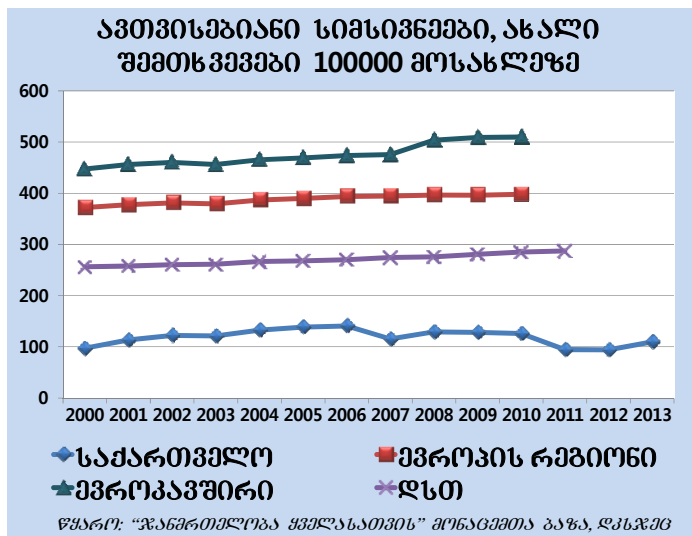
- ძუძუს კიბოს სკრინინგი 40-70 წლის ქალებისთვის;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ქალებისთვის;
- პროსტატის კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის კაცებისთვის;
- კოლორექტული კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის მოსახლეობისთვის.

ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, კოლორექტული და პროსტატის კიბოს სკრინინგის კომპონენტის ფარგლებში, კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით, ქვეყნის მოსახლეობაში (გარდა თბილისელებისა, რომელსაც ავინანსებს ქალაქის მუნიციპალიტეტი) ტარდებოდა შემდეგი სახის სკრინინგული გამოკვლევები: ძუძუს კიბოს სკრინინგი, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (Pap-ტესტი), საშვილოსნოს ყელის კოლპოსკოპიური სკრინინგი, პროსტატის კიბოს სკრინინგი, კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი (FOBT-ტესტი).

კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში ჩატარებული გამოკვლევების რაოდენობა

ლოკალიზაცია	2012	2013
კუბუ	17576	20121
საშვილოსნოს ყელი	27374	26111
წინამდებარე ჯირკვალი	3424	5900
მსხვილი ნაწლავი	4691	6025

სიმსივნეების დისპანსერული აღრიცხვიანობის სისტემის მოშლამ გამოიწვია ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ სტატისტიკური მონაცემების ნაკლებობა და მათი გაერცელების რეალური სურათის დამახინჯება. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, უკანასკნელ წლებში ავთვისებიანი სიმსივნეების ინციდენტობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები საქართველოში მნიშვნელოვნად დაბალი იყო, ვიდრე დსთ-ს და ევროპის ქვეყნებში.



ონკოლოგიურ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის გაუმჯობესების მიზნით შემუშავდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი (ახალი შემთხვევებისა და კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის უწყვეტი, დროული და სისტემური შეკრების; ავადობის, სიკვდილიანობისა და გადარჩენის მაჩვენებელთა შეფასების; კიბოს სკრინინგის და სხვა პრევენციული ღონისძიებების სწორად დანერგვის და ეფექტურობის დემონსტრირების საშუალება). აღნიშნული აქტივობის ფარგლებში ტრენინგები ჩატარდა საქართველოს ყველა რეგიონის ონკოლოგებს, ონკოქირურგებს, ქიმიოთერაპევტებს, რადიოლოგებს, გადამზადდა მონაცემთა რეგისტრატორები და რეგისტრის კოორდინატორები. კიბოს რეგისტრის დანერგვა ხორციელდება საპილოტე რეჟიმში, 2015 წლის 1 იანვრიდან რეგისტრი რეალურ რეჟიმში ამუშავდება ქვეყნის მასშტაბით.

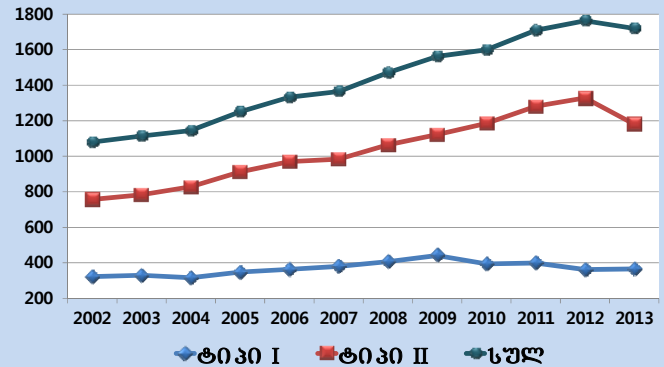
შაქრიანი დიაბეტი

უკანასკნელ წლებში საქართველოში დიაბეტის ზრდის ტენდენცია აღინიშნება. 2013 წელს ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის (ტიპი I) ახალი შემთხვევების 2.0% 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 პრეპალენტობის მაჩვენებელი დიაბეტის ტიპის მიხედვით, 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.

2013 წელს ქვედა სასუნთქი გზების ქრონიკული ავადმყოფობების ჯგუფში ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ ავადმყოფობებზე (COPD) 80.9%, ხოლო ასთმაზე – 19.1% მოდიოდა.

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული ავადმყოფობების უდიდეს წილს (70.7%) ქრონიკული და დაუზუსტებელი ბრონქიტი წარმოადგენდა (ბავშვებში – 86.9%). წინა წელთან შედარებით, ეს მონაცემები მნიშვნელოვნად მომატებულია.

ასთმის და ასთმური სტატუსის გავრცელების მაჩვენებლები უკანასკნელი წლების განმავლობაში 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 (მამაკაცთა 55% და ქაღთა 5% მწვევლია), ალკოჰოლის მოხმარების დონე კი პრობლემატურად არ ითვლება.

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. 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, განხორციელდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის აღსრულების საჭიროებების შეფასება ექსპერტთა საერთაშორისო გუნდის (კონვენციის სამდივნოს, გაეროს განვითარების პროგრამისა და მსოფლიო ბანკის წარმომადგენლები) მიერ. შემუშავდა 2014-2019 წლების ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2014 წლის პროგრამა (მ.შ. თამბაქოს კონტროლის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამა).

2012 წელს განხორციელებული კვლევის თანახმად, საქართველოში 2012 წელს ჩატარებული კვლევის „ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების შეფასების“ მონაცემებზე დაყრდნობით ნარკოტიკების დაახლოებით 45000 პრობლემური (ინექციური) მომხმარებელია, რომელთა შორისაც 18 წლის ზევით მოსახლეობას 1.65% უკავია (Sirbiladze et al, 2012).

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

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

2013 წელს განხორციელდა 2010 წელს ჩატარებული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევის STEPS-ის მონაცემთა მეორადი ანალიზი. ანალიზის მიზანი იყო საქართველოს ზრდასრულ პოპულაციაში ჰიპერტენზიასთან დაკავშირებული რისკული ქცევისა და სამიზნე პოპულაციის გამოვლენა ქცევითი რისკ-ფაქტორების შეცვლაზე ორიენტირებული ეფექტური ინტერვენციების შემუშავების ხელშეწყობის მიზნით. ანალიზის დროს გამოვლინდა, რომ ასაკი მნიშვნელოვანი ეფექტ-მოდიფიკატორია, რომლის გათვალისწინებითაც მნიშვნელოვნად იცვლება როგორც სოციალურ-ეკონომიკური დეტერმინანტების, ასევე ქცევითი და ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორების როლი არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარებაში. ასაკთან ერთად სხვა სოციალ-დემოგრაფიულ და ბიო-ქცევითი რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით იზრდება ჰიპერტენზიის რისკი ორივე სქესის წარმომადგენლებში. 45 წელი მნიშვნელოვანი გამყოფი ზღვარია ჰიპერტენზიასთან

ასოცირებული ბიოლოგიური და ქცევითი რისკების მნიშვნელობის თვალსაზრისით. 45 წლის და ზემოთ ასაკობრივ პოპულაციაში სხვა დემოგრაფიული და ქცევითი რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით ჰიპერტენზიის რისკი ორმაგდება. მამაკაცებში ჰიპერტენზიის გავრცელება მატებას იწვევს ქალებთან შედარებით დაბალ ასაკობრივ ჯგუფებში. შესაბამისად, ჰიპერტენზიის განვითარების რისკის გენდერული სხვაობა, სხვა რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით, მხოლოდ 45 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში გამოვლინდა.

კვლევის შედეგების თანახმად, ქცევით რისკ-ფაქტორებს შორის ჰიპერტენზიასთან ასოცირებული აღმოჩნდა მხოლოდ თამბაქოს მოხმარება და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება.

საყოველთაო ჯანდაცვა

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 გამოსატყეილი შშმ-თა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა. 2012 წლის ბოლოსთვის 1,6 მლნ ადამიანი იყო ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის სქემების მოსარგებლე.

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

2014 წლის აპრილიდან სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისა და პედაგოგების სადაზღვევო პროგრამა შეერწყა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, ხოლო სექტემბრიდან მოხდა 0-5 წლის ბავშვთა, პენსიონერთა და სტუდენტთა სადაზღვევო პროგრამის გარდაქმნა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამად. 2014 წლის ნოემბრის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის 496 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა, ხოლო დანარჩენი მოსახლეობა მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით.

პროგრამის ამოქმედების შემდეგ გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ სერვისებზე და თითქმის მიუახლოვდა მსოფლიო ბანკის მიერ განვითარებადი ქვეყნებისთვის რეკომენდირებულ მნიშვნელობას.

2014 წლის 1 ნოემბრისთვის 2882238 მოქალაქე დარეგისტრირებულია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში. 2014 წლის 1 იანვრიდან 21 ნოემბრამდე სულ დაფიქსირდა 578049 შემთხვევა.



ჯანდაცვის რესურსები

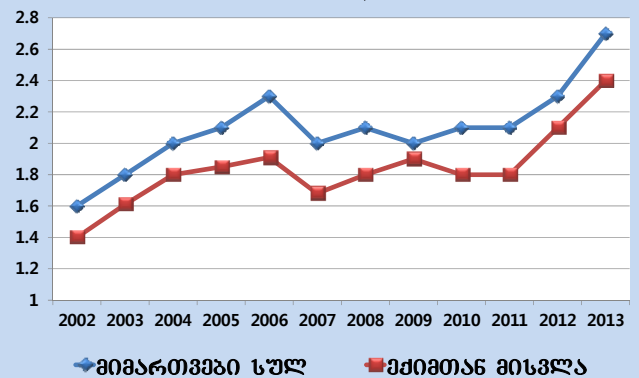
საქართველო, 2013

მკვლელობები	20474	სტაციონარული დაწესებულებები	253
უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	456.3	პოლიკლინიკური დაწესებულებები	238
მკვლელობები	14935	ქალთა კონსულტაციები (დამოუკიდებელი)	26
უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	328.2	სასწრაფო დახმარების საღებურები	75
პოსპიტალური საწოლების რაოდენობა	11600	სისხლის ბადასხმის საღებურები	20
უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	258.5	ჩვილ ბავშვთა სახლები	1
მიმართვა მკვლევარს	10974514	ს/კ ინსტიტუტები	14
მკვლევარის ვიზიტი ბინაზე	250036	სოფლის მკვლევარ-მკვლევარი	1235

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 – 2013 წელს თბილისში ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 3-4-ჯერ აღემატებოდა ყველა დანარჩენი რეგიონის მაჩვენებლებს.

2013 წელს გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ სერვისებზე, რაც უკავშირდება სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად. 2013 წელს დაფიქსირდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების უტილიზაციის ზრდა, მიმართვათა რაოდენობამ ერთ სულ მოსახლეზე 2.7 შეადგინა და თითქმის მიუახლოვდა მსოფლიო ბანკის მიერ განვითარებადი ქვეყნებისთვის რეკომენდებულ მნიშვნელობას (3.0).

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო



2013 წელს, წინა წელთან შედარებით, 14%-ით მოიმატა როგორც სტაციონარებში, ასევე ამბულატორიებში ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციების რიცხვმა; 2013 წელს გულზე ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობამ 29.2%-ით, ხოლო თვალზე ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობამ 76%-ით მოიმატა; მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრების პროტეზირება, რომელიც მოსახლეობის კეთილდღეობის ერთ-ერთ მაჩვენებელს წარმოადგენს, 46.4%-ით გაიზარდა. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ადმინისტრაციული საინფორმაციო სისტემის ფარგლებში შემუშავდა სტაციონარული მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების შემთხვევაზე ორიენტირებული ელექტრონული ანგარიშგების სისტემა.

ბოლო ათწლეულის მანძილზე, საწოლების რაოდენობის უწყვეტი კლების ფონზე, საქართველოს საკმაოდ დაბალი უტილიზაციის მაჩვენებლები აქვს ევროპის რეგიონში არსებულ მაჩვენებლებთან შედარებით.

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.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემა ქვეყნის მოსახლეობას უზრუნველყოფს უფასო სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით. 2013 წლის დეკემბერში შეიქმნა სსიპ „სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი“, რომელმაც უზრუნველყო ქვეყნის მასშტაბით ერთიანი სადისპეტჩერო სამსახურის ჩამოყალიბება და სასწრაფო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება. გასვლების საერთო რაოდენობის 97-98%-ში მომსახურების გაწევა ხდება სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.

უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განხორციელდა 45 ათასამდე დონაცია, მათგან ~13 ათასი - უანგარო.

მედიკამენტების გამოყენება

2010 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებიდან 57%-ს სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯების წილი 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.

საქართველოში რეცეპტის ინსტიტუტის არარსებობის გამო პაციენტები ურეცეპტოდ გასაცემ წამლებთან ერთად თვითმკურნალობის მიზნით რეცეპტით გასაცემ წამლებსაც ღებულობდნენ, რაც არასასურველ რეაქციებს განაპირობებდა. ბოლო პერიოდში მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა საქართველოში რეცეპტის ინსტიტუტის დანერგვის თვალსაზრისით, 2014 წლის 1 სექტემბრიდან ძალაში შევიდა "წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ კანონში" ცვლილება, რომლის მიხედვითაც, ურეცეპტოდ აღარ გაიცემა II ჯგუფის მედიკამენტები, რაც გაზრდის ექიმისა და ფარმაცევტის პასუხისმგებლობას წამლის გამოწერისა და გაცემისას და თვითმკურნალობის შემთხვევებს შეამცირებს.

საერთაშორისო თანამშრომლობა

2013-2014 წლებში საერთაშორისო პარტნიორობის კუთხით საქართველო მონაწილეობდა მრავალ ერთობლივ პროექტსა და ინიციატივაში, მათ შორის:

- გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების პროგრამა (Global Health Security Agenda), რომლის ფარგლებშიც საქართველო აქტიურად მუშაობს ქვეყანაში „ერთიანი ჯანმრთელობის“ (One Health) პრინციპზე ზედამხედველობის ერთიანი ელექტრონული სისტემის შექმნაზე, რომელიც გააერთიანებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არსებულ დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონულ ინტერგრირებულ სისტემას (EIDSS), ლაბორატორიული ინფორმაციის მართვის სისტემას და ქვეყანაში უკვე დანერგილ ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემას (e-Health) და მოიცავს როგორც ადამიანების ჯანმრთელობის, ისე ვეტერინარულ ნაწილს.
- შეთანხმების გაფორმება აშშ-სა და საქართველოს მთავრობებს შორის ერთიანი ლაბორატორიული სისტემისა და ლუგარის ცენტრის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული ხარჯებისა და პასუხისმგებლობების გადაცემის შესახებ, რომელიც

მიზნად ისახავს განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გამოვლენის, ეპიდზედამხედველობისა და რეაგირების ერთიანი ლაბორატორიული სისტემის და რიჩარდ გ. ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის გარდამავალ პერიოდში მდგრადობის შენარჩუნებას. 2018 წლიდან საქართველო სრულად უზრუნველყოფს ერთიანი ლაბორატორიული სისტემის ფუნქციონირებისათვის საჭირო ყველა ღონისძიებას და ფინანსურ მხარდაჭერას.

- 2013 წლიდან დაავადებათა კონროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი გახდა აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის გრანტების ძირითადი მიმღები. 2014 წლის აპრილიდან ცენტრი ახორციელებს ორ უმინშვნელოვანეს პროგრამას ტუბერკულოზის და აივ/შიდსის მიმართულებით. გლობალური ფონდის ტუბერკულოზის პროგრამა მიზნად ისახავს დაავადების ხარისხიან დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას, აღნიშნული პროგრამის მართვის, მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმების გაძლიერებას ქვეყანაში და პაციენტების ფინანსურ წახალისებას მკურნალობაზე დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით. ხოლო აივ/შიდსის გრანტის ფარგლებში ხორციელდება მოსახლეობის მაღალი რისკის ჯგუფებში აივ/შიდსის პრევენციის ღონისძიებები და უზრუნველყოფილია დაავადების ხარისხიან დიაგნოსტიკასა და არც მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა.
- პარტნიორობა მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების საერთაშორისო ცენტრსა (ISTC) და აშშ ალერგიისა და ინფექციური დაავადებების ნაციონალურ ინსტიტუტთან (NIAID/NIH) აივ/შიდსის, ტუბერკულოზისა და ჰეპატიტების სამეცნიერო კვლევითი პროექტების დაფინანსების საკითხებზე.
- პარტნიორობა აშშ CDC-თან დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში მსოფლიოში მიმდინარე ეპიდაფეთქებებზე და სხვა გადაუდებელ მოვლენებზე რეაგირებისა და დაკვირვების საგანგებო ოპერაციების ცენტრის შექმნის შესახებ.
- ლიტვისა და პოლონეთის რესპუბლიკებთან, მერილენდის (აშშ) და ოსლოს უნივერსიტეტებთან (ნორვეგია), ბუნდესვერის (გერმანია) მიკრობიოლოგიის ინსტიტუტთან, ვაშინგტონის უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის გაზომვების და შეფასების ინსტიტუტთან (IHME) - ჯანდაცვის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ბიოუსაფრთხოების, სამედიცინო განათლებისა და ფარმაცევტიკის სფეროებში ხელშეკრულების/მემორანდუმის გაფორმება პარტნიორული თანამშრომლობის განვითარებისა და გამოცდილების გაზიარების მიზნით.
- პარტნიორობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სასმელი წყლისა და სანიტარიის გლობალური ანალიზისა და შეფასების (GLAAS 2013/2014) და ტყვიის ელიმინაციის საკითხებზე.