



ჯანმრთელობის დაცვა

მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა



2017

დემოგრაფიული და სოციო-ეკონომიკური მაჩვენებლები



ფართობი კმ² 69 700

ადმინისტრაციული დაყოფა 11 რეგიონი, 64 რაიონი

დედაქალაქი თბილისი

საშუალო წლიური მოსახლეობა 3728000

ქალები 52%

კაცები 48%

ქალაქის მოსახლეობა 57.2%

ეთნიკური შემადგენლობა (2014 წლის საყოველთაო აღწერის მონაცემები)

ქართველები - 86.8%, აზერბაიჯანელები - 6.3%, სომხები - 4.5%, სხვა - 2.4%

სარწმუნოება (2014 წლის საყოველთაო აღწერის მონაცემები)

მართლმადიდებელი ქრისტიანები - 83.4%, მუსლიმანები - 10.7%,
სომხური სამოციქულო ეკლესიის მიმდევრები - 2.9%, კათოლიკეები - 0.5%

სახელმწიფოებრივი ფორმა

საპარლამენტო რესპუბლიკა

დამოუკიდებლობა

1991 წლიდან

ფულის ერთეული

ლარი

საერთაშორისო ორგანიზაციების წევრობა

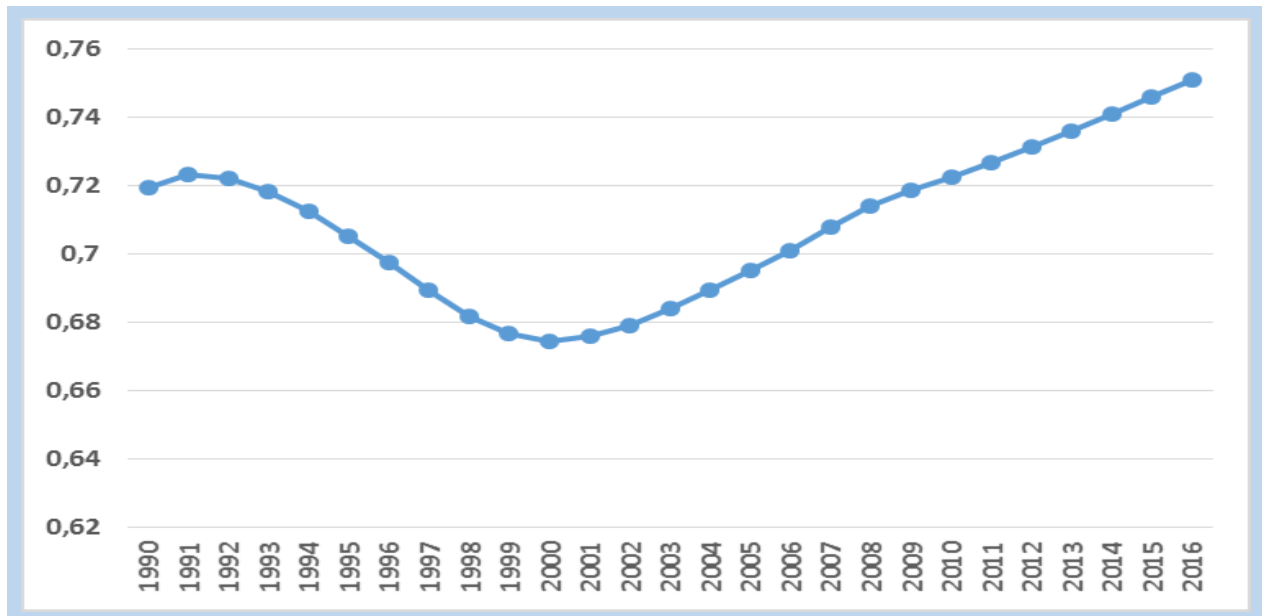
გაერო, საერთაშორისო სავალუტო ფონდი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკი, ვაჭრობის საერთაშორისო ორგანიზაცია და სხვა

ადამიანის განვითარების ინდექსი 0.769 (2015)

სოციო-ეკონომიკური ინდექსი¹ 0.75

¹ სოციო-ეკონომიკური ინდექსი წარმოადგენს ქვეყანაში განათლების, შემოსავლების და სხვადასხვა პროფესიების პრესტიჟულობასთან ასოცირებულ კომპოზიტიურ მაჩვენებელს

სოციო-ეკონომიკური ინდექსი



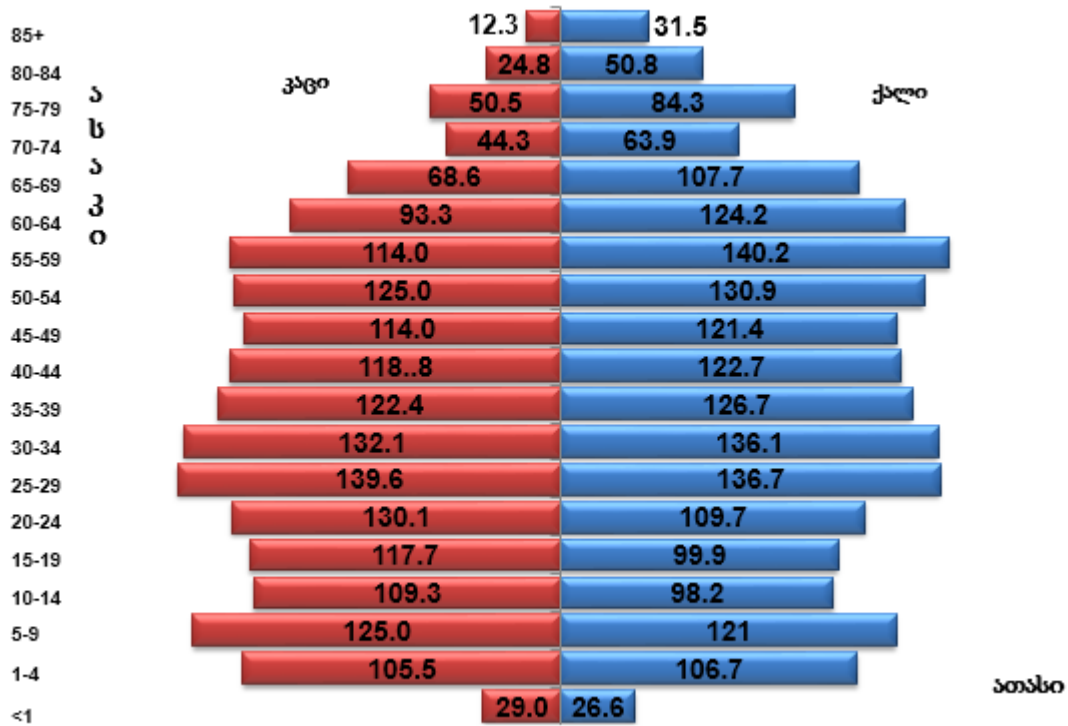
წყარო: Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016

ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები, საქართველო, 2017

ცოცხალშობილთა რაოდენობა (მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე)	53 293 (14.3)
ბუნებრივი მატება (მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე)	5 471 (1.5)
გარდაცვლილთა რაოდენობა (მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე)	47 822 (12.8)
მკვდრადშობადობა (მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე)	506 (9.4)
ქორწინება (მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე)	23 684 (6.4)
განქონწინება (მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე)	10 222 (2.7)
მიგრაციული მატება (მიგრაციული სალდო 1000 მოსახლეზე)	-2 212 (-0.6)

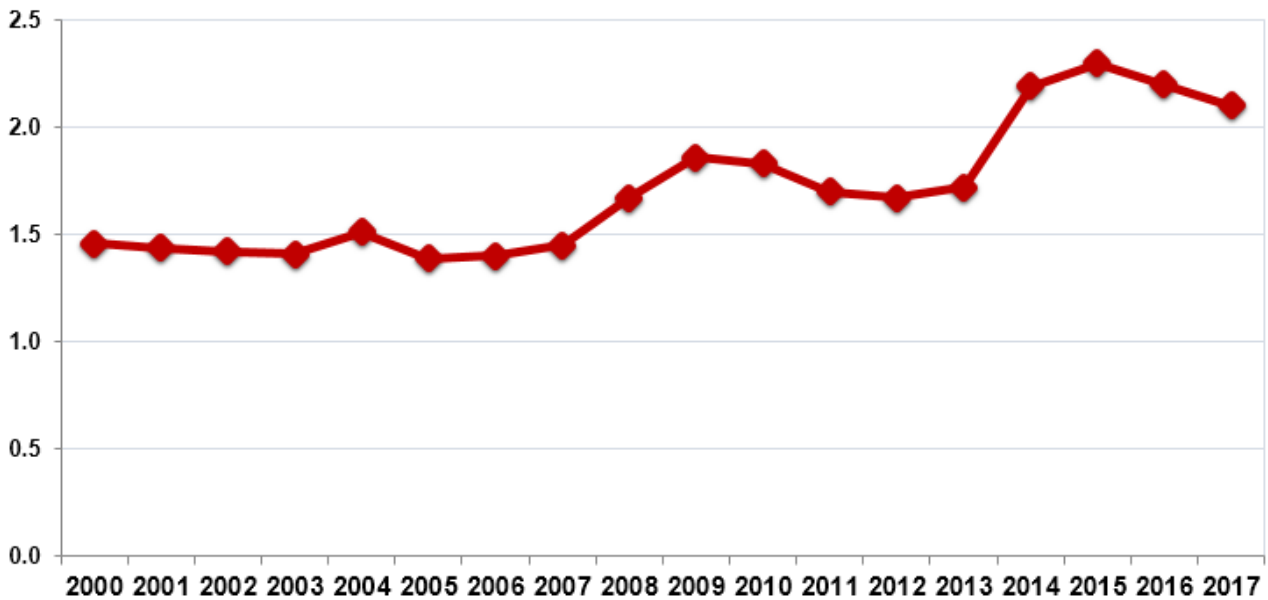
წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

სქესობრივ-ასაკობრივი პირამიდა, 2017



წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TFR), საქართველო



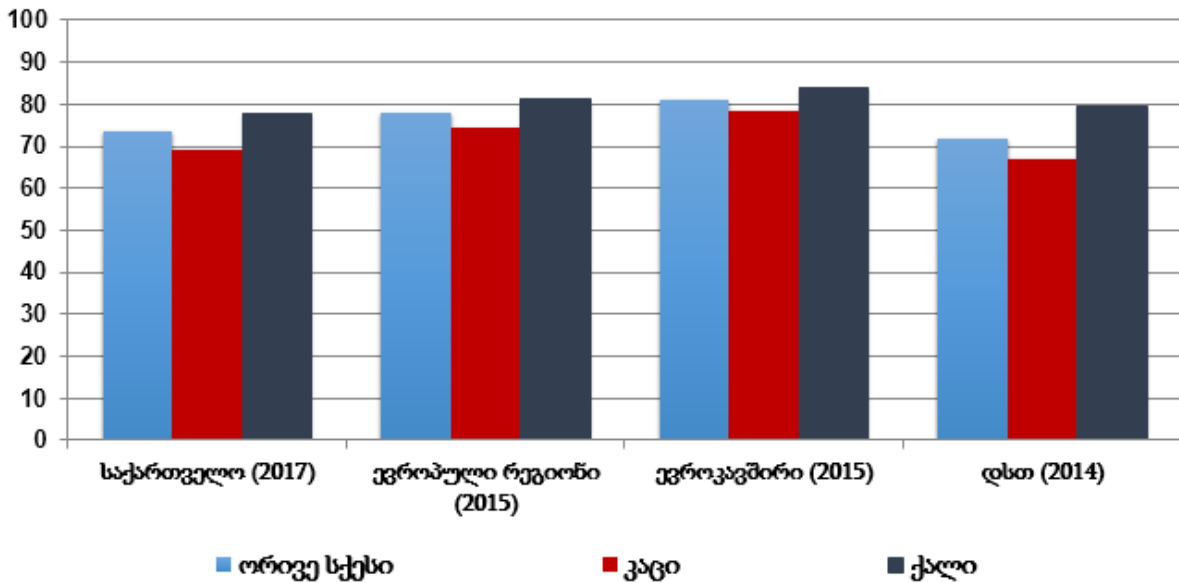
წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, საქართველო

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017
ორივე სქესი	71.4	70.3	71.3	74.0	74.4	72.9	72.7	73.5
კაცი	67.5	66.3	67.5	70.0	70.0	68.6	68.2	69.2
ქალი	75.0	74.2	75.0	77.6	78.7	77.2	77.1	77.8

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას
(ბოლო ხელმისაწვდომი წელი)



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, 2016, საქსტატი

სიკვდილიანობა

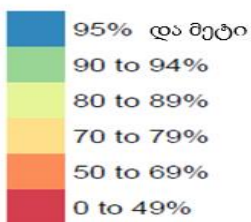
მსოფლიოში ბოლო რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში აღინიშნა სიკვდილიანობის შემცირების და სიცოცხლის ხანგრძლივობის მატების ტენდენცია. ამგვარი ცვლილება ნაწილობრივ არაფატალური დაავადებების წილის ზრდასთან და ტრავმული დაზიანებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევების შემცირებასთან და, ასევე, რისკ-ფაქტორების კონტროლის გაუმჯობესებასთან, დაავადებათა ადრეულ გამოვლენასა და გაუმჯობესებულ მართვასთან არის დაკავშირებული.

სიკვდილიანობის შეფასების ძირითად კრიტერიუმებს გარდაცვალების შემთხვევათა აღრიცხვის სისრულე და სიკვდილის მიზეზების სწორი იდენტიფიცირება წარმოადგენს. საქართველოში ბოლო წლების განმავლობაში ამ კუთხით სერიოზული ძვრები აღინიშნა, რასაც საერთაშორისო შეფასებებიც ადასტურებს. უკანასკნელ წლებში რეგისტრაციის სისრულე 95%-ს აღემატება, თუმცა სიკვდილის მიზეზების იდენტიფიცირების ხარისხი კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს.

გარდაცვალებათა რეგისტრაციის სისრულე, შეფასებითი მაჩვენებლები, 1990–2016

ქვეყანა	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
გლობალური	34	34	34	35	35	35	36	36	36	37	36	36	36	37	37	38	37	37	42	42	43	42	44	45	41	23	0	
ბელარუსი	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
ესტონეთი	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
ლიტვა	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
ლატვია	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
მოლდოვა	93	94	92	C	C	C	C	90	89	90	89	89	93	94	92	93	90	91	90	91	92	93	92	94	94	93		
რუსეთი	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
უკრაინა	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
სომხეთი	87	91	C	C	90	92	93	92	89	93	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
აზერბაიჯანი	78	81	85	89	89	87	84	82	81	80	81	79	80	81	79			76	76	75	76		78	79				
საქართველო	85	85	84		80	78	74	81	84	85	87	85		92	94	80	86	85	87	94	C	C	C	C	C			
ყაზახეთი	C	C	C	C	C	C	94	92	91	89	93	93	94	C	92	93	93	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
ყირგიზეთი	84	85	87	90	93	92	88	91	92	89	92	88	94	94	91	93	94	93	93	92	92	C	C	C	C	C		
მონღოლეთი	93				79	88	91	89	84	87	84	87	86	85	86	85	86	85	80	87	87			86	82			
ტაჯიკეთი	75	75	74	C	88	76	68	66	64	61	63	65	67	66	66	72		77	78			80	81	79				
თურქმენეთი	84	87	85	C	C	93	94	88	86		75	75	79	79	79	83	83	85	87	84	86	88	89	93	C			
უზბეკეთი	90	92	C	94	93	88	85	80	81	74	76	73	74	72	68	71				69	71	73	74	73	74			
ავსტრია	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
ბელგია	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
საფრანგეთი	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
გერმანია	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
საბერძნეთი	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	94	94		

რეგისტრაციის მოცდა



წყარო: Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი მთლიან მოსახლეობაში სტაბილურ მნიშვნელობას ინარჩუნებს უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში. მაჩვენებლის მერყეობა უკანასკნელი 2 წლის განმავლობაში სტატისტიკურად დასაშვებ ინტერვალში ექცევა. სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ამგვარი

მერყეობა რამდენჯერმე დაფიქსირდა წინა წლებშიც. ამავე დროს, საქართველოში, განვითარებული ქვეყნების მსგავსად, იზრდება ხანდაზმული მოსახლეობის ხვედრითი წილი, რაც თავისთავად აისახება სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე.

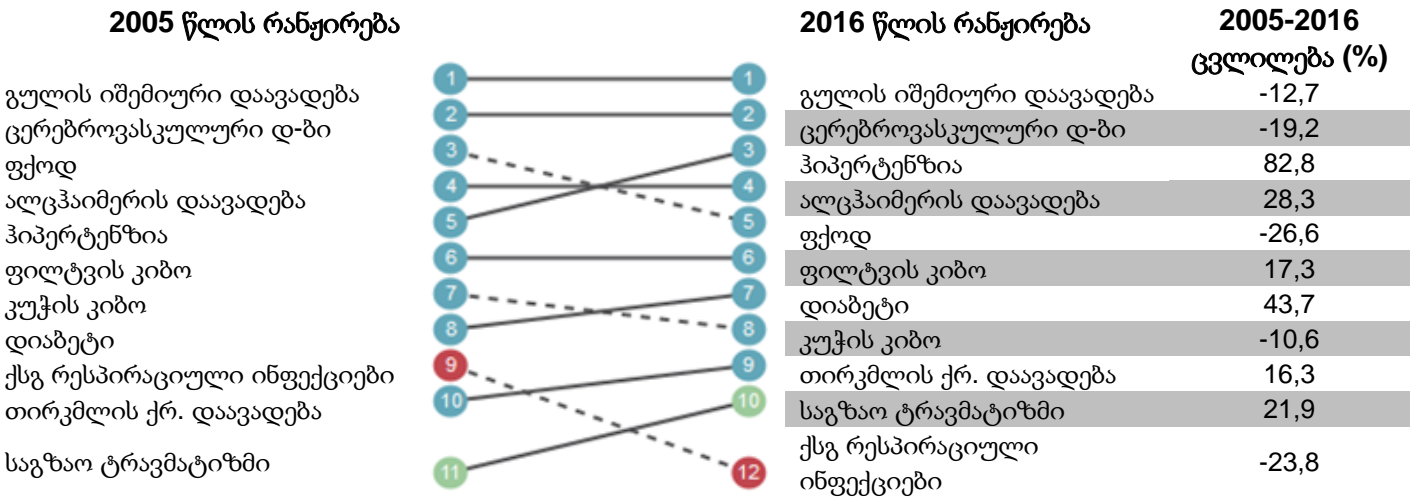
სიკვდილიანობის ძირითადი მაჩვენებლები, საქართველო, 2017

	გარდაცვლილთა რაოდენობა	სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე	მათ შორის 0-15 წლამდე ასაკის ბავშვები	სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ბავშვზე
ორივე სქესი	47822	12.8	706	0.9
კაცი	24423	13.6	398	1.0
ქალი	23399	12.1	308	0.9

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

საქართველოში, ისევე, როგორც მსოფლიოს ქვეყნების უმეტესობაში, სიკვდილიანობის ტვირთი ძირითადად არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის.

სიკვდილის ძირითადი მიზეზები, საქართველო



წყარო: Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016

დედათა ჯანმრთელობა და სიკვდილიანობა

2016 წელს ქვეყნის მასშტაბით ამოქმედდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ანტენატალური და სამეანო მომსახურების ზედამხედველობის აღრიცხვიანობის ელექტრონული სისტემა „ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული“ (ე.წ. „დაბადების“ რეგისტრი). ელექტრონული მოდულის მეშვეობით ხორციელდება თითოეული ორსულის უწყვეტი მონიტორინგი პირველი ანტენატალური ვიზიტიდან მშობიარობის ჩათვლით.

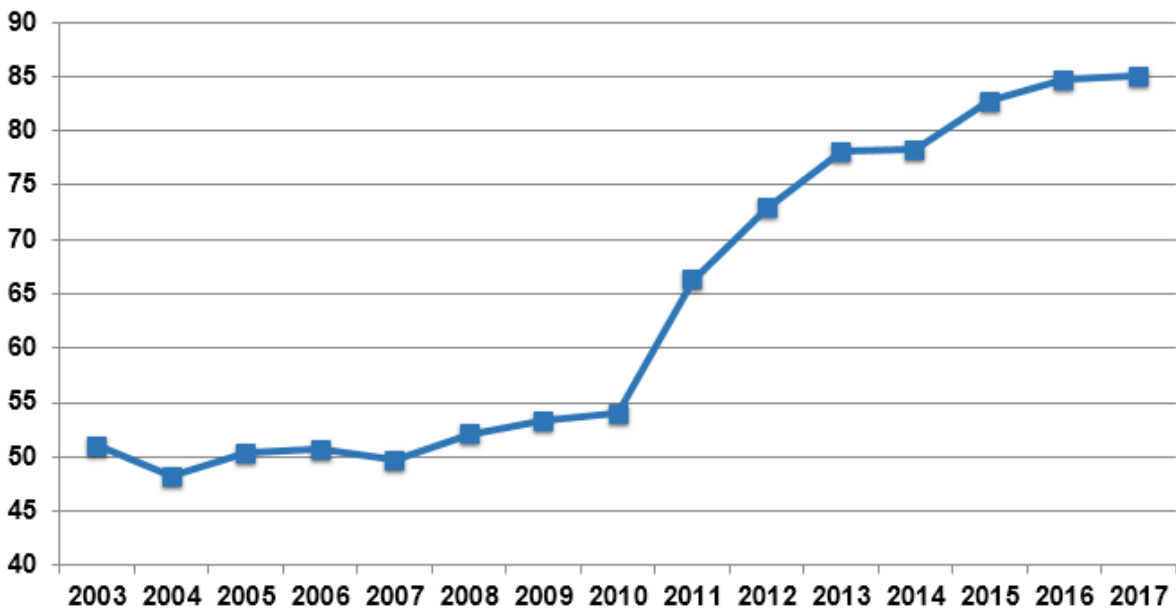
სისტემაში ასევე ფიქსირდება მონაცემები ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ დაბადებისას. იმის გათვალისწინებით, რომ მსოფლიოს მხოლოდ რამდენიმე ქვეყანაში არსებობს დაბადების რეგისტრი, ეს ინიციატივა საქართველოსთვის უმნიშვნელოვანეს წინ გადადგმულ ნაბიჯს წარმოადგენს.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები

	2016	2017
ანტენატალური 4 სრული ვიზიტით მოცვა	81.2%	90.8%
ანტენატალური მომსახურებისთვის დროული მიმართვა	84.7%	85.0%
მშობიარობათა რაოდენობა	55 940	52452
დროულად იმშობიარა	81.9%	83.5%
ფიზიოლოგიური მშობიარობა	52.7%	51.9%
მშობიარობა ჩარევით (საკეირო კვეთა, მაშებითა და ვაკუუმ-ექსტრაქციით მშობიარობა და სხვა)	47.3%	48.1%
შობადობის მაჩვენებელი 20 წლამდე ასაკის 1000 ქალზე	43.6	21.8
კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილი	99.9%	99.9%

წყარო: დკსჯეც

ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ანტენატალურ მეთვალყურეობაზე აყვანილ ორსულთა წილი (%)



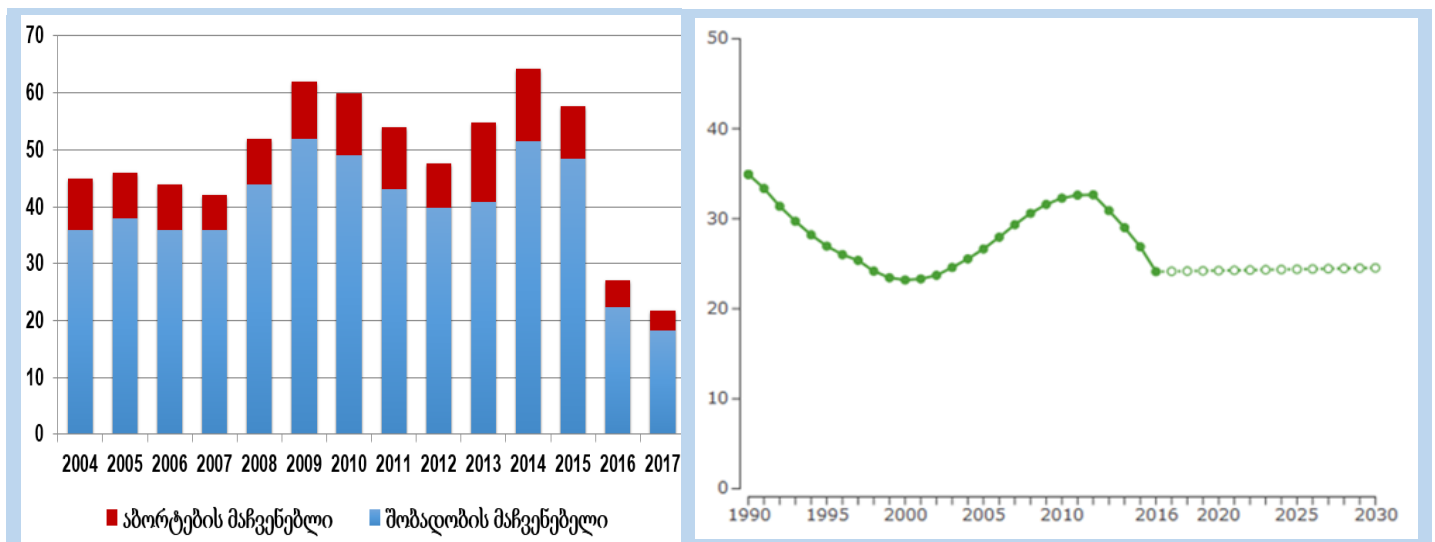
წყარო: დკსჯეც

საქართველოში 2014 წლიდან 13 კვირამდე ვადის ყველა ორსული უზრუნველყოფილია ფოლიუმის მჟავის პრეპარატებით, ხოლო რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოსტიკების შემთხვევაში - რკინის შემცველი პრეპარატებით. 6-23 თვის ბავშვებს მიეწოდებათ მიკროელემენტების შემცველი საკვები დანამატები.

2017 წლიდან EMTCT-ს ჩარჩოში ყველა ორსულს უტარდება ტესტირება აივ-ზე და სიფილისზე, დადებითი პასუხის შემთხვევაში ხდება შესაბამისი მკურნალობით უზრუნველყოფა. B ჰეპატიტზე ტესტ-დადებითი დედების ახალშობილებს უტარდება B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია და იმუნოგლობულინის ინექცია.

2018 წლიდან სახელმწიფო პროგრამით ფინანსდება რვა ანტენატალური ვიზიტი.

მოზარდთა ორსულობის მაჩვენებლები (15-19 წლის 1000 ქალზე)



წყარო: დეკჯეც წყარო: <http://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-SDGs>

საქართველოში საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი 2000 წლიდან 4.3-ჯერ გაიზარდა და 2017 წელს მშობიარობათა საერთო რაოდენობის 44.7% შეადგინა, თუმცა ცალკეულ დაწესებულებებში ეს პროცენტი მნიშვნელოვნად აღემატება საქართველოს გასაშუალებულ მაჩვენებელს.

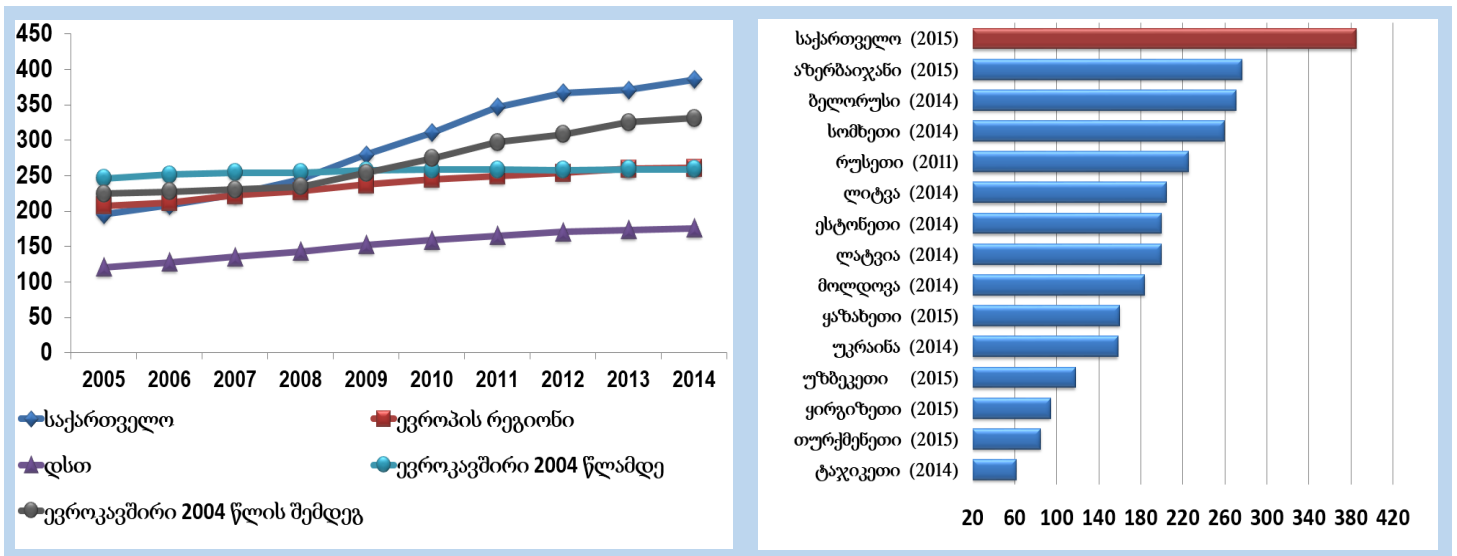
საკეისრო კვეთის რაოდენობის შემცირების მიზნით, ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა სახელმძღვანელო/გაიდლაინი და პროტოკოლი, რომელშიც დეტალურად არის აღწერილი საკეისრო კვეთის ჩატარების ჩვენებები და შესაძლო გართულებები.

ამასთანავე, 2015 წლიდან პერინატალური ჯანდაცვის რეგიონალიზაციის პროცესი დაიწყო, რაც ძალზე მნიშვნელოვანია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გაძლიერების თვალსაზრისით.

2017 წელს პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია და არსებული პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების კატეგორიზაცია განხორციელდა მთელი ქვეყანის მასშტაბით. ამასთანავე, შეიქმნა პროტოკოლები პირველადი ჯანდაცვისა და მეორე დონის დაწესებულებისთვის, საჭიროების შემთხვევაში ასევე გათვალისწინებულია პაციენტის რეფერალი მესამე დონეზე.

2017 წლის მარტიდან შჯსდს-ს ინიციატივით პერინატალური სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებთან ხორციელდება სელექტიური კონტრაქტირება. სოციალური სერვისების სააგენტო კონტრაქტს უფორმებს მხოლოდ იმ დაწესებულებებს, რომლების აკმაყოფილებენ წინასწარ ჩამოყალიბებულ ხარისხის კრიტერიუმებს (საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის კლება). ამჟამად, საქართველოს სამი დიდი ქალაქის (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი) პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი 30 დაწესებულება ჩართულია სელექტიური კონტრაქტირების პროცესში. მოქმედი კონტრაქტი შეიცავს სამენაო და ნეონატალური მომსახურების მნიშვნელოვან საკითხებთან დაკავშირებულ ხარისხის 10 ინდიკატორს. ყოველივე აღნიშნული ემსახურება საქართველოში საკეისრო კვეთის რაოდენობის შემცირებას.

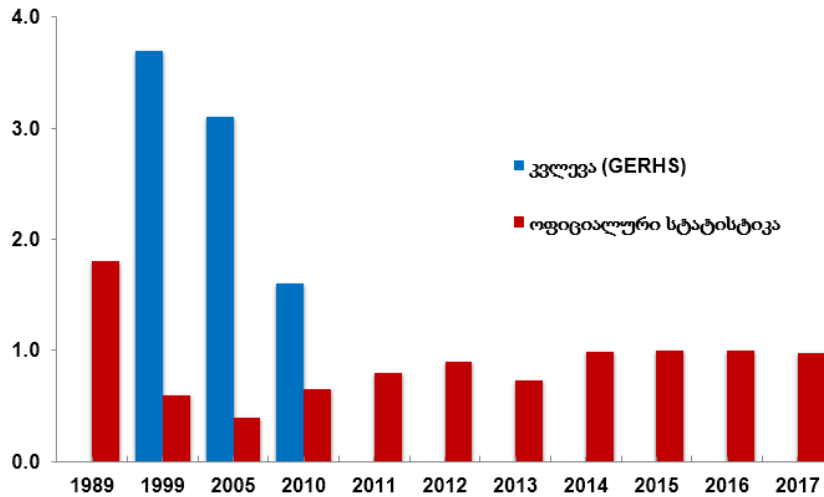
საკეისრო კვეთა, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე, ბოლო ხელმისაწვდომი წელი



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

2017 წელს საქართველოში რეგისტრირებულია 24937 აბორტი (მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 467.9), მათ შორის 63.8% - ხელოვნური. წინა წელთან შედარებით აბორტების საერთო რაოდენობა 13%-ით არის შემცირებული. 2017 წელს აბორტების მაჩვენებელი შემცირდა 8.6%-ით. ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) სტაბილურად ერთის ფარგლებშია. მნიშვნელოვანია, რომ 20 წლამდე ასაკის ქალების მიერ გაკეთებული აბორტების წილი აბორტების საერთო რაოდენობაში 2.4%-მდე შემცირდა. ხელოვნური აბორტის მაჩვენებლები რეპროდუქციული ასაკის ქალებში მაღალი იყო 25–29 და 30–34 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში.

ხელოვნური აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR), საქართველო



ათასწლეულის განვითარების მიზნების (MDG) ჩარჩოდან მდგრადი განვითარების მიზნებზე (SDG) გარდამავალ პერიოდში აუცილებელია დედათა სიკვდილიანობის კომპლექსური შეფასება, რათა გამოვლინდეს წარმატებული მიმართულებები და დაფიქსირდეს არსებული პრობლემები.

მსოფლიოს მხოლოდ 10 ქვეყანაში იქნა მიღწეული MDG მეხუთე მიზანი (1990-დან 2015 წლისთვის დედათა სიკვდილიანობის შემცირება სამი მეოთხედით). ამავდროულად, 195 ქვეყნიდან 122-ში დღეისთვის უკვე მიღწეულია SDG 3.1 მიზანი (2030 წლისთვის დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არ აღემატებოდეს 70-ს 100 000 ცოცხალშობილზე). 2015 წელს ჯერ კიდევ არსებობდა 24 ქვეყანა, სადაც დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 400-ს აღემატებოდა.

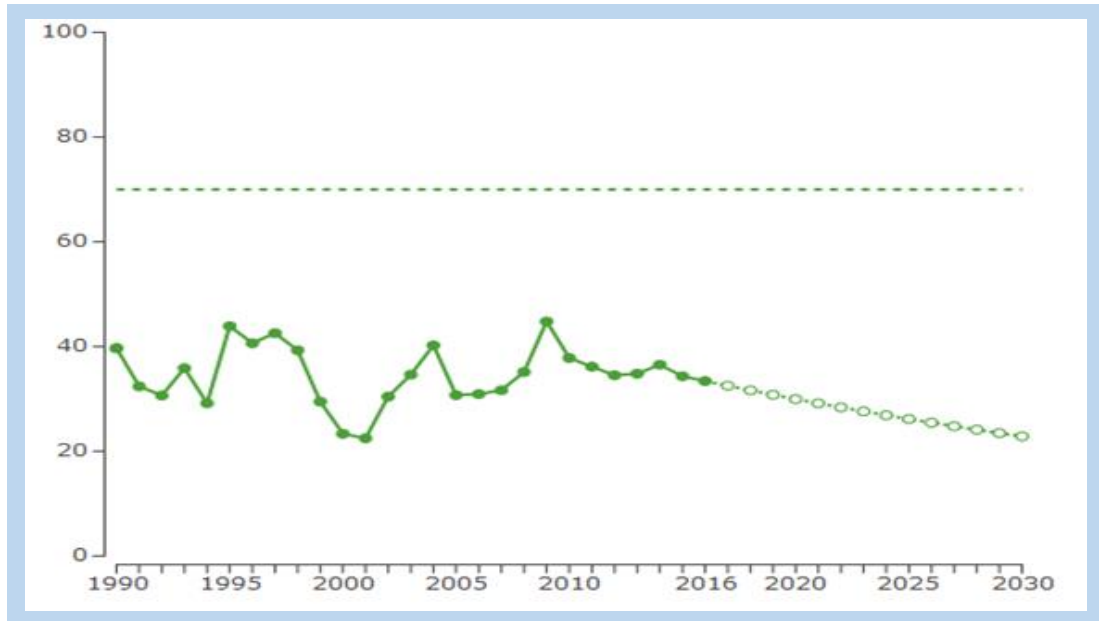
SDG 3.1-ის მისაღწევად საჭიროა ანტენატალური ვიზიტების მოცვა გაუტოლდეს 91%-ს, ოთხი ანტენატალური ვიზიტი განხორციელდეს 78%-ში, დედიდან შვილზე აივ და სიფილისის გადაცემის პრევენციისთვის აუცილებელია სულ მცირე 95%-იანი მოცვა. სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობების წილი 81%-ს და კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული მშობიარობების წილი კი 87%-ს გაუტოლდეს.

სხვადასხვა ქვეყნების დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შეფასებებს ახორციელებენ სხვადასხვა სააგენტოები/ინსტიტუციები, როგორცაა, მაგალითად, გაეროს დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფი (Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group - MMEIG) და ვაშინგტონის უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის გაზომვების და შეფასების ინსტიტუტი (Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME).

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე, საქართველო

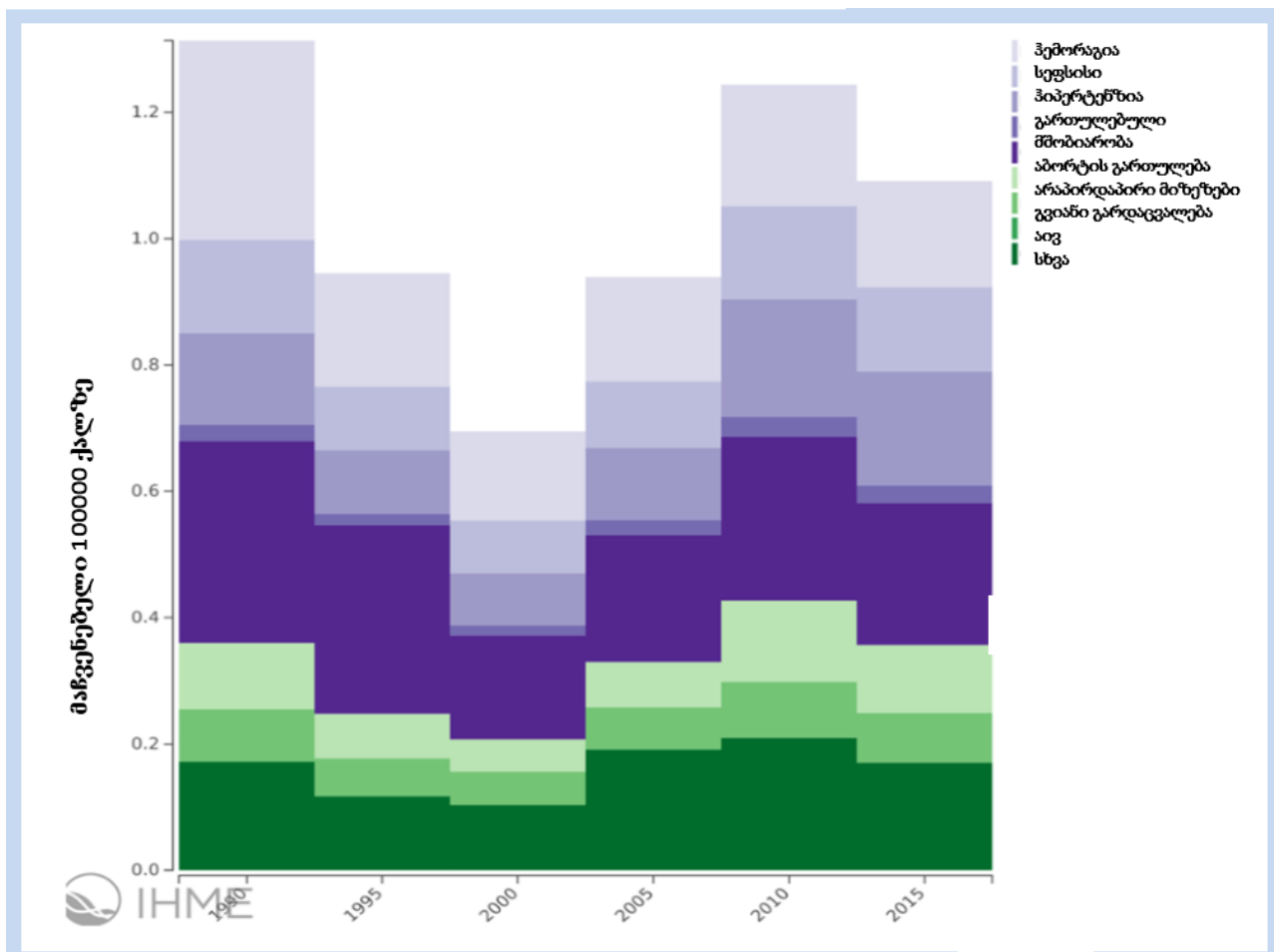
წყარო	1990	1995	2000	2005	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ოფიციალური სტატისტიკა	40.9	55.1	49.2	23.4	23.0	19.4	27.6	22.8	27.7	31.5	32.1	23.0	13.1
MMEIG_2012	92	129	113	95	-	-	-	-	77	-	-	-	-
MMEIG_2013	50	67	60	48	-	-	-	-	41	-	-	-	-
MMEIG_2015	34	35	37	37	-	40	-	-	-	-	36	-	-
GBD	41.5	-	30.7	-	-	-	-	-	-	-	42.3	-	-
RAMOS	-	-	-	-	44	-	-	26	-	-	-	-	-

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე, საქართველო



წყარო: <http://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-SDGs>

დედათა სიკვდილიანობა სიკვდილის მიზეზების მიხედვით, საქართველო



წყარო: GBD 2015

0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობა და სიკვდილიანობა

0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობა

ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადობის ძირითადი მიზეზები, 2017	ინციდენტობა ხუთ წლამდე ასაკის 1000 ბავშვზე
სუნთქვის ორგანოების ავადმყოფობები	698.4
ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები	97.9
ყურისა და დვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები	59.9
კანისა და კანქვეშა უჯრედისის ავადმყოფობები	30.2
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების ავადმყოფობები	27.3
თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	21.5
სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები	19.5

წყარო: დკსჯეც

0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა

2015 წელს მსოფლიოში 0-5 წლამდე ასაკის 5.8 მლნ ბავშვი გარდაიცვალა, რაც 52%-ით ნაკლებია 1990 წელთან შედარებით. ამავე პერიოდში ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 42.2%-ით, ხოლო მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი - 47%-ით შემცირდა. 1990-დან 2015 წლამდე პერიოდში 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის ყოველწლიური შემცირების ტემპი 1.5%-ით ჩამორჩებოდა MDG4-ის მიზნის მისაღწევად საჭირო შემცირებას.

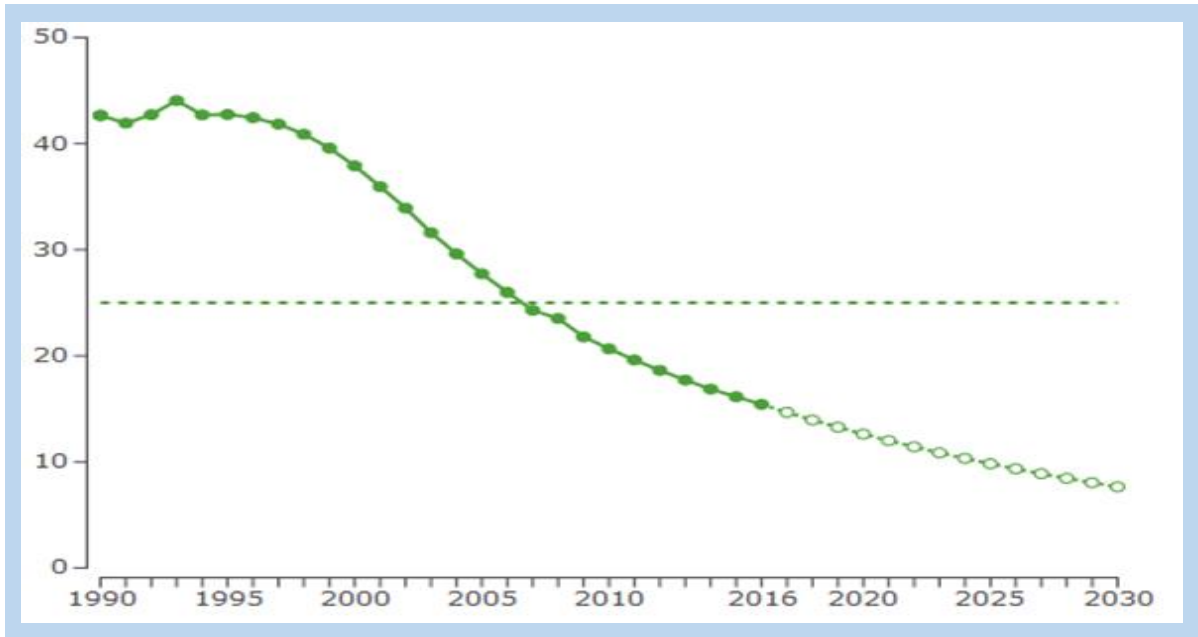
აღნიშნულ პერიოდში 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილიანობის შემცირება 58 ქვეყანაში განხორციელდა წარმატებულად და, შესაბამისად, მიაღწიეს იქნა MDG4 მიზანი. აღსანიშნავია, რომ 2000 წლიდან კიდევ 28 ქვეყანა შეუერთდა ზემოაღნიშნული წარმატებული ქვეყნების რიცხვს.

საქართველოში ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა, როგორც ოფიციალური სტატისტიკის, ასევე საერთაშორისო ექსპერტთა შეფასებების (ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების გაეროს სააგენტოთაშორისი ჯგუფი - Inter-agency Group for Child Mortality Estimation - IGME) და ფართომასშტაბიანი კვლევების (Reproductive Health Survey - RHS) მონაცემებით, ათასწლეულის განვითარების მიზანს მიაღწია. მნიშვნელოვანია, რომ GBD-ის და IGME-ს შეფასებები გლობალურ და რეგიონალურ დონეზე თითქმის გათანაბრდა, თანხვედრამ 98%-ს მიაღწია.

0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე, საქართველო

წყარო	2001	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
დკსჯეც	27.2	20.1	19.4	19.7	15.6	16.0	15.4	13.4	12.0	12.4	12.0	9.5	10.2	10.7	11.1
საქსტატი	24.9	26.4	21.1	16.9	14.4	18.0	16.0	13.0	13.8	14.4	13.0	10.9	10.2	10.7	11.1
IGME	35.3	26.5	24.5	22.6	20.8	19.2	17.7	16.4	15.2	14.1	13.1	12.6	11.9	-	-
GBD	36.2	-	28.0	-	-	-	-	21.8	-	-	-	-	17.4	-	-
RHS	45.8	-	25.1	-	-	-	-	16.4	-	-	-	-	-	-	-

**0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი
1000 ცოცხალშობილზე, საქართველო**



წყარო: <http://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-SDGs>

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

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, გლობალურად 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების შემთხვევების თითქმის 40% ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებზე მოდის. საქართველოში 2016 წელს ეს წილი დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის და საქსტატის მონაცემებით 83.9%-ს შეადგენდა. ყველა წყაროს მონაცემებით, ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კლების დინამიკით ხასიათდება.

0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა

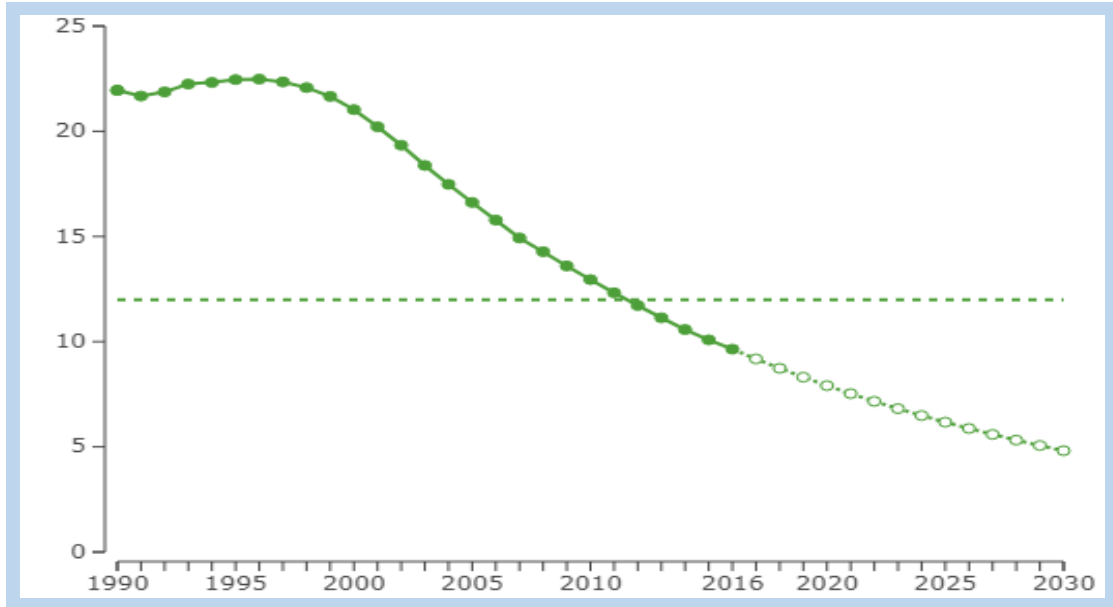
წყარო	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
დკსჯეც	21.2	18.1	14.1	14.3	14.1	12.0	10.8	10.5	8.5	8.6	9.0	9.6
საქსტატი	22.5	19.7	13.3	17.0	14.9	11.2	12.6	11.1	9.5	8.6	9.0	9.6
IGME	30.9	21.7	18.6	17.1	15.8	14.6	12.6	11.7	11.3	10.6	-	-
GERHS	41.6	21.1	-	-	-	14.1	-	-	-	-	-	-

ნეონატალური და პერინატალური სიკვდილიანობა, საქართველო

	0-28 დღემდე 1000 ცოცხალშობილზე	0-6 დღემდე 1000 ცოცხალშობილზე	7-28 დღემდე 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
2014	7.2	5.1	2.1	15.5
2015	5.8	3.8	2.1	13.6
2016	6.3	4.1	2.2	13.8
2017	6.8	4.5	2.3	13.8

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე, საქართველო



წყარო: <http://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-SDGs>

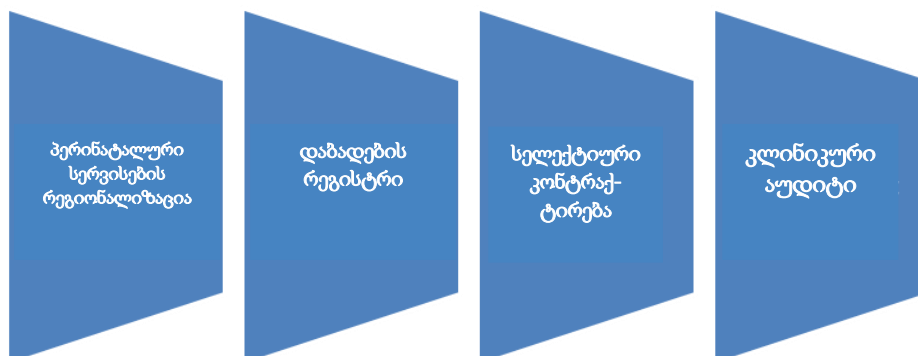
0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 71.6%-ს პერინატალური პერიოდის ავადმყოფობები შეადგენს, ხოლო პერინატალური სიკვდილიანობის 70.7% მკვდრადშობადობაზე მოდის.

2017 წელს საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე 9.8-ს შეადგენდა (ბოლო ხელმისაწვდომი წლის მონაცემებით დსთ - 9.3, ევროკავშირი - 5.3).

დაგეგმილია 0-5 წლამდე (5 წლის ჩათვლით) ასაკის ბავშვთა მონიტორინგის ელექტრონული სისტემის დანერგვა, რომელიც საშუალებას მისცემს პირველადი ჯანდაცვის ექიმს აწარმოოს დედის და ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის უწყვეტი მონიტორინგი სამშობიარო სახლიდან გამოწერისთანავე და საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფს დროულ რეფერალს ადეკვატური სერვისის მისაღებად.

2017-2030 წლის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიის განცახორციელებლად, შემუშავებულია ხანმოკლე სამოქმედო გეგმა (2017-2019), რომელიც უკვე დამტკიცებულია მთავრობის მიერ, რათა უზრუნველყოფილ იქნას ქვეყნისთვის გრძელვადიანი სახელმძღვანელო მიმართულება და სამოქმედო გეგმის შემუშავება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით.

სტრატეგიის ძირითადი შემადგენელი ნაწილებია:



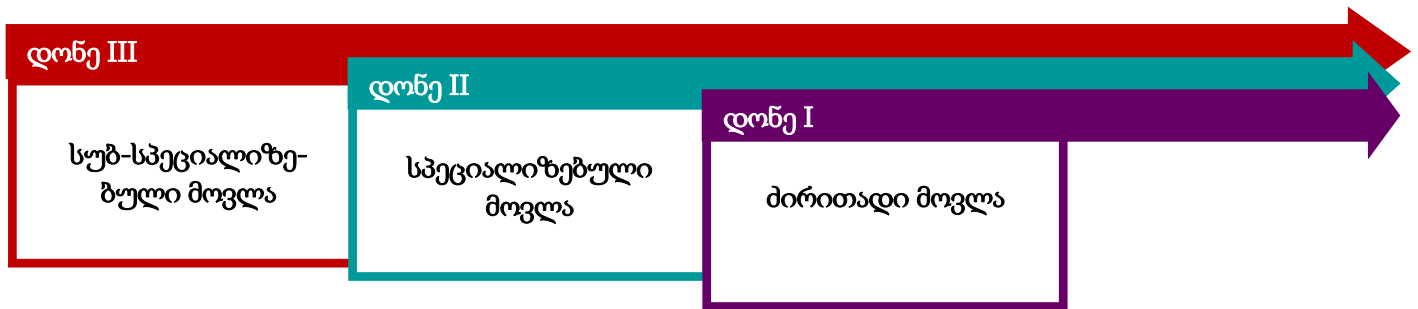
**პერინატალური ჯანდაცვის რეგონალიზაცია -
დედათა და ახალშობილთა სერვისების „ოქროს“ მოდელი**

მიზანი: ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და დედისა და ახალშობილთა ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება შესაძლო რისკების შესაბამისი მკურნალობის უზრუნველყოფის გზით.

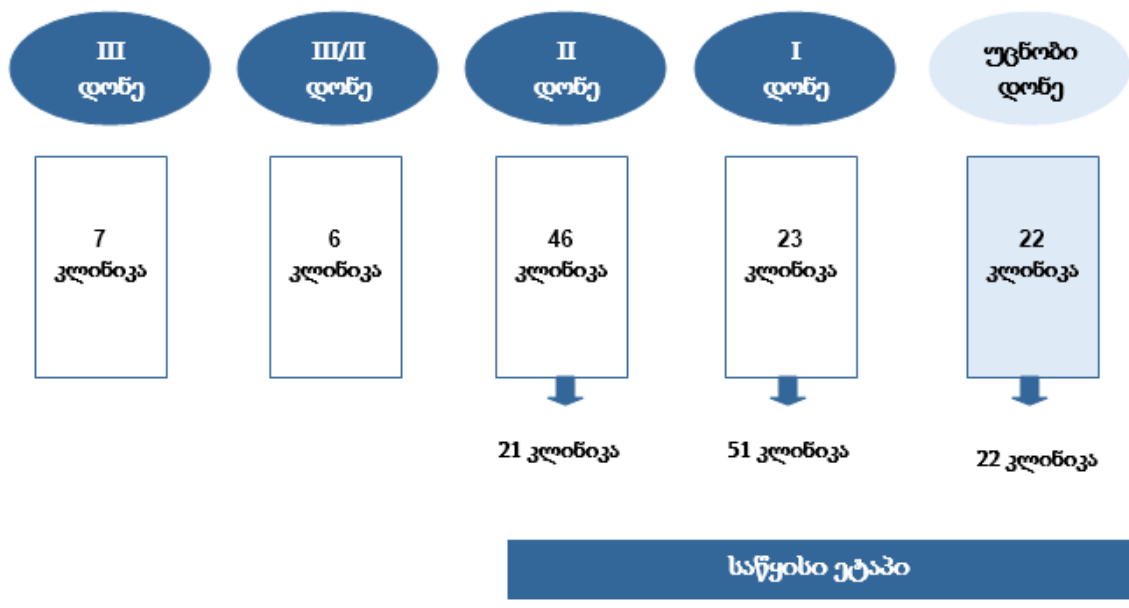
პრინციპი: თითოეულ დედას და ახალშობილს სამედიცინო დაწესებულებაში მიეწოდება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობისთვის შესაფერისი სერვისი.



პროცესი: პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი ყველა დაწესებულება დაყოფილია დონეებად მათი შესაძლებლობების შესაბამისად.



შეფასდა 105 დაწესებულება, 82-ს მიენიჭა შესაბამისი დონე. თითოეულმა მათგანმა გააძლიერა საკუთარი შესაძლებლობები, მათ შორის ინფრასტრუქტურა/ აღჭურვილობა და სამედიცინო პერსონალის კომპეტენცია მინიჭებული დონის შესაბამისად.

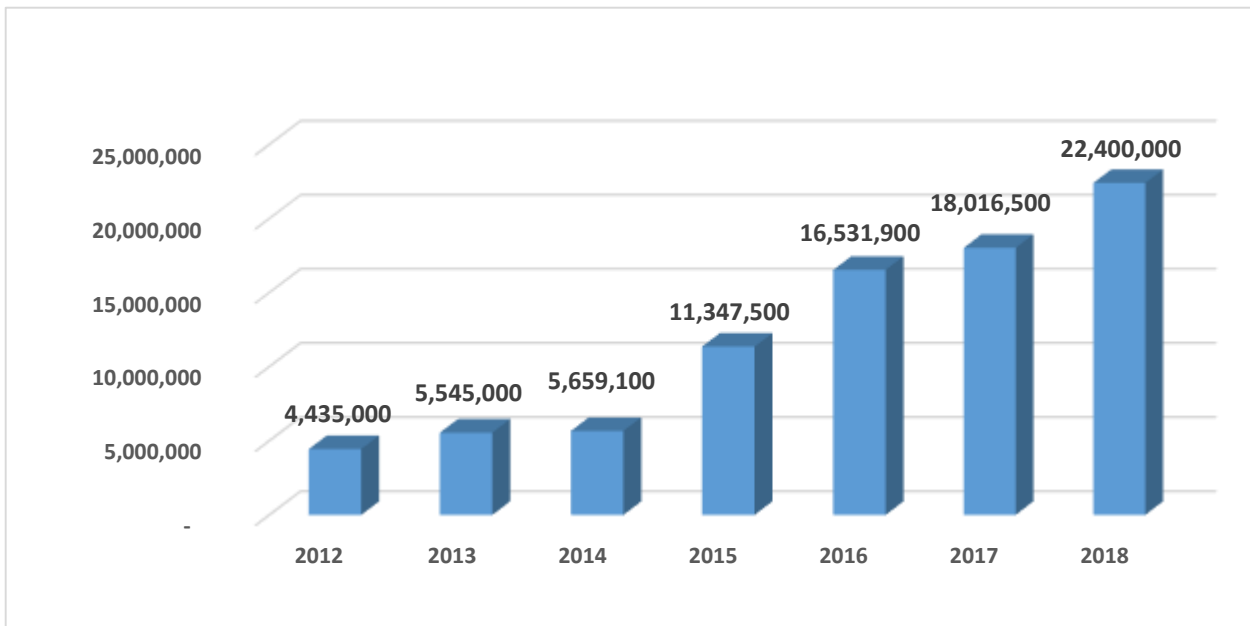


ინფექციური ავადმყოფობები

იმუნიზაცია

საქართველოს მთავრობის ხედვით იმუნიზაცია წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის წამყვან პრიორიტეტს, რასაც ნათლად ადასტურებს პროგრამაზე გამოყოფილი თანხების მნიშვნელოვანი ზრდა, 2012 წელს იმუნიზაციის პროგრამაზე 4 მლნ ლარი იყო გამოყოფილი, ხოლო 2018 წელს - 22 400 მლნ ლარი.

იმუნიზაციის პროგრამის ბიუჯეტი (2012 – 2018, ლარებში)



ამჟამად ქვეყანაში შემდეგი 12 ინფექციური დაავადების ვაქცინირება ტარდება: ტუბერკულოზი, ჰეპატიტი B, დიფტერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, წითელა, ყბაყურა, წითურა, Hib (ჰემოფილუს ინფლუენცა), Rota ვირუსი, პნევმოკოკური ინფექცია.

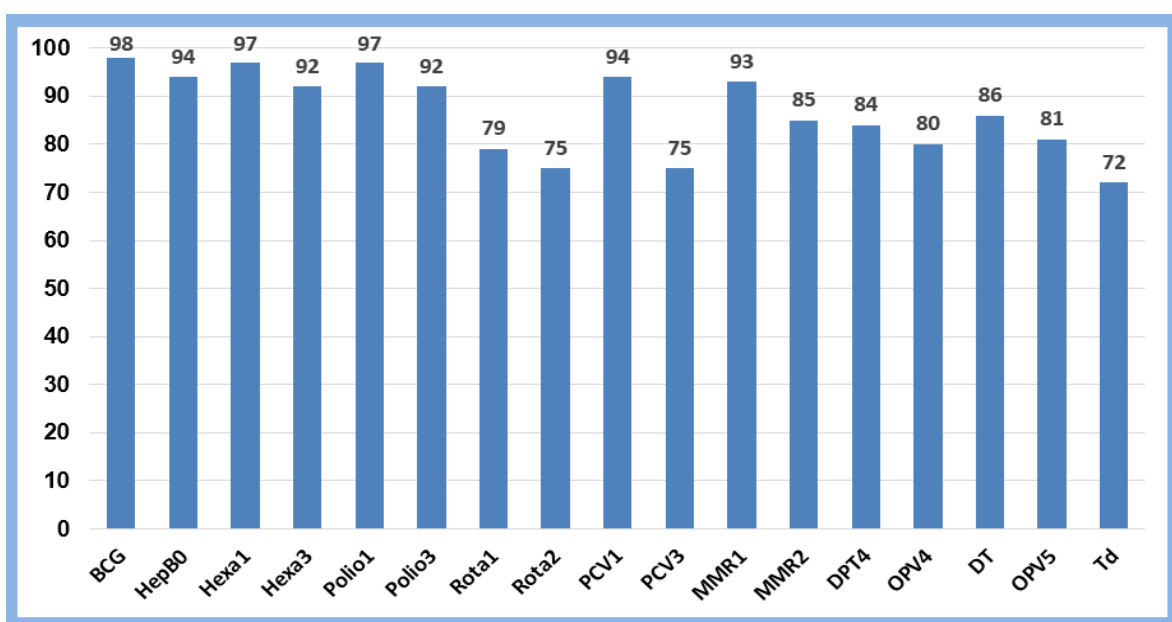
იმუნიზაციის კალენდარი

ვაქცინები	დოზების #	ჩატარების დრო
BCG	1	ახალშობილები 0-5 დღე
HepB	1	დაბადებიდან 0-12 საათში
Hib+DPaT+HepB+IP V	3	2, 3, 4 თვე
Polio (bOPV)	2	18 თვე, 5 წელი
DPT, DT, Td	3	18 თვე, 5 წ., 14 წ.
MMR	2	12 თვე, 5 წელი
Rota	2	2, 3 თვე
PCV	3	2, 3, 12 თვე

ბოლო წლებში იმუნიზაციის კალენდარში 5 ახალი ვაქცინა იყო დამატებული: 2013-ში Rota ვირუს ვაქცინა, PCV10 2014 წლის ბოლოს (GAVI-ის მხარდაჭერით), IPV (Penta ვაქცინა ჩანაცვლდა Hexavalent ვაქცინით) in 2015, ამას მოყვა 2016 წელს ბივალენტური პოლიოვაქცინის (bOPV) შემოღება. 2017 წლიდან საქართველოს 4 ტერიტორიულ რეგიონში (თბილისი, ქუთაისი, აჭარა, ახხაზეთი) დაიწყო HPV ვაქცინაცია. ვაქცინაციის კალენდარში სესული ყველა ვაქცინა მოსახლეობისთვის უფასოა. მაღალი ხარისხის და უსაფრთხო იმუნიზაციის უზრუნველსაყოფად, სახელმწიფო აწარმოებს მხოლოდ იმ ვაქცინების შესყიდვებს რომლებიც დამტკიცებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ.

2017 წელს, 2016 წელთან შედარებით, იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, გაზრდილია ვაქცინაციის მოცვის მაჩვენებელი უმეტესი ანტიგენების მიმართ, თუმცა ყველა ვაქცინით მოცვის მაჩვენებელი არ გაუტოლდა 95%-ს.

იმუნიზაციით მოცვა (%), საქართველო, 2016



წყარო: დეკჯეც

2002 წლიდან საქართველო სერტიფიცირებულია, როგორც ველური პოლიომიელების ვირუსისგან თავისუფალი ქვეყანა.

2016 წლის 18 აპრილიდან საქართველომ პოლიომიელების გლობალური ირადიკაციის გეგმის შესაბამისად წარმატებით განახორციელა პოლიოს ტრივალენტური ვაქცინის ჩანაცვლება პოლიო ბივალენტური ვაქცინით.

შემუშავებულია ვაქცინაციის მობილური აპლიკაცია მშობლებისთვის (iOS და Android პლატფორმაზე). აპლიკაციის მეშვეობით მშობლები დებულობენ ინფორმაციას ეროვნული ვაქცინაციის კალენდრის, ვაქცინების, ვაქცინების უკუჩვენებების და ცრუ უკუჩვენებების, სიფრთილის, ვაქცინაციასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების და იმ დაავადებების შესახებ, რომლის თავიდან აცილება შესაძლებელია ვაქცინაციით. აპლიკაციის ერთერთი მნიშვნელოვანი ფუნქციაა მშობლებისთვის ჩასატარებელი აცრის ტიპის და თარიღის შეხსენება.

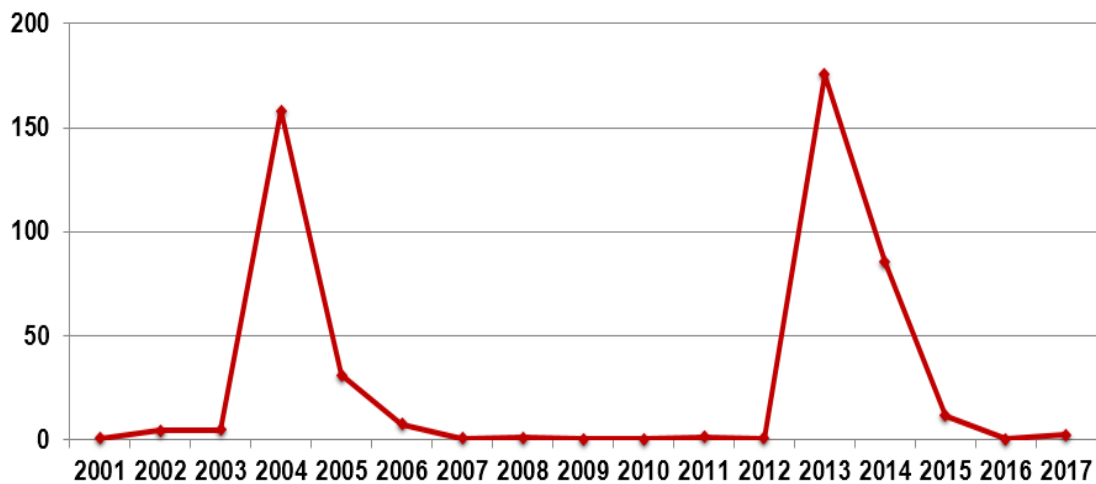


წითელა

საქართველოში წითელა სავალდებულო რეგისტრაციას და ეპიდზედამხედველობას ექვემდებარება. ქვეყანაში წითელათი ავადობის მნიშვნელოვანი მატება 2004 და 2013 წლებში დაფიქსირდა. 2013 წლის პიკი განპირობებულია 2008 წელს იმუნიზაციის მასობრივი კამპანიის წარუმატებლობით, აღნიშნულმა ხელი შეუწყო მოსახლეობის არაიმუნური ფენის დაგროვებას, რაც წითელათი ავადობის ეპიდემიური მატების პირობა გახდა. ავადობის ტვირთი, ძირითადად, 1 წლამდე და 15-30 წლის ასაკის მოსახლეობაში დაფიქსირდა.

2013 წლიდან, ეპიდემიის გავრცელების შეკავების მიზნით, განხორციელდა დამატებითი კამპანიური ღონისძიებები: 14 წლამდე ასაკის ბავშვთათვის წითელას საწინააღმდეგო აცრების კურსის დასრულება და დამატებითი აცრის ჩატარება 15-30 წლის ასაკის მოსახლეობის, სამედიცინო მუშაკებისა და სხვა სპეციფიკური კონტინგენტისთვის. 2013-2015 წლებში წითელა-წითურა-ყბაყურას საწინააღმდეგო ვაქცინის დამატებითი დოზა დაახლოებით 150000 მოქალაქემ მიიღო. შედეგად, ქვეყანაში წითელათი ავადობამ მნიშვნელოვნად იკლო - 2015 წელს სულ აღრიცხული იყო წითელას 431 შემთხვევა, 2016 წელს - 14 შემთხვევა. 2017 წელს წითელას შემთხვევათა რიცხვმა მოიმატა (94 შემთხვევა).

წითელა, ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე, საქართველო



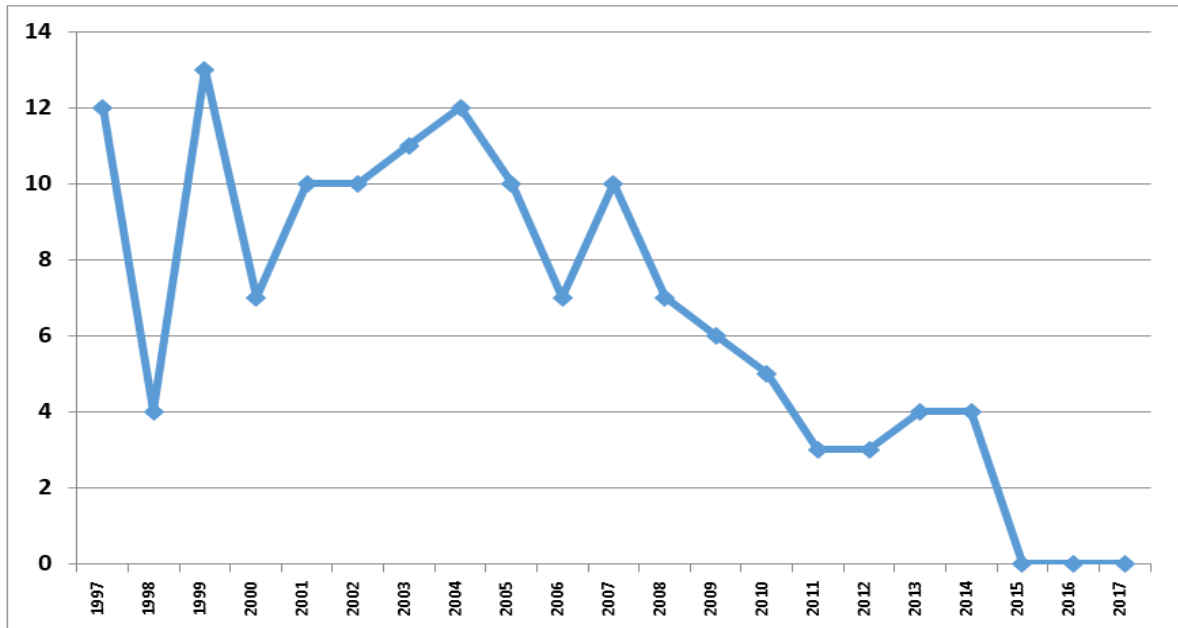
ცოფი

ათი წლის განმავლობაში (1997-2006) საქართველოში რეგისტრირებული იყო ცოფის 96 შემთხვევა, ხოლო მომდევნო წლებში (2007-2014) - 42. ადამიანებში ცოფით დაინფიცირების მაქსიმალური რიცხვი - 21 შემთხვევა დაფიქსირდა 1996 წელს.

წელიწადში დაახლოებით 35000 - 49000 ადამიანს უტარდება ცოფის საწინააღმდეგო პრევენციული აცრა. 2016 წელს 48 786 ტრავმირებულმა ადამიანმა ჩაიტარა ცოფის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური აცრა. მათ შორის კომბინირებული (ვაქცინა+იმუნოგლობული) პროფილაქტიკური ვაქცინაცია ჩაუტარდა 19,2%. აღნიშნული სერვისების მიწოდება განხორციელდა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.

ანტირაბიული ვაქცინებითა და შრატით (იმუნოგლობულინი) უწყვეტი მომარაგების ფონზე, 2015 წელს პირველად იქნა მიღწეული ადამიანთა ცოფით დაავადების ნულოვანი მაჩვენებელი, რომელიც 2016 წელსაც იქნა შენარჩუნებული.

ცოფის შემთხვევების რაოდენობა, საქართველო

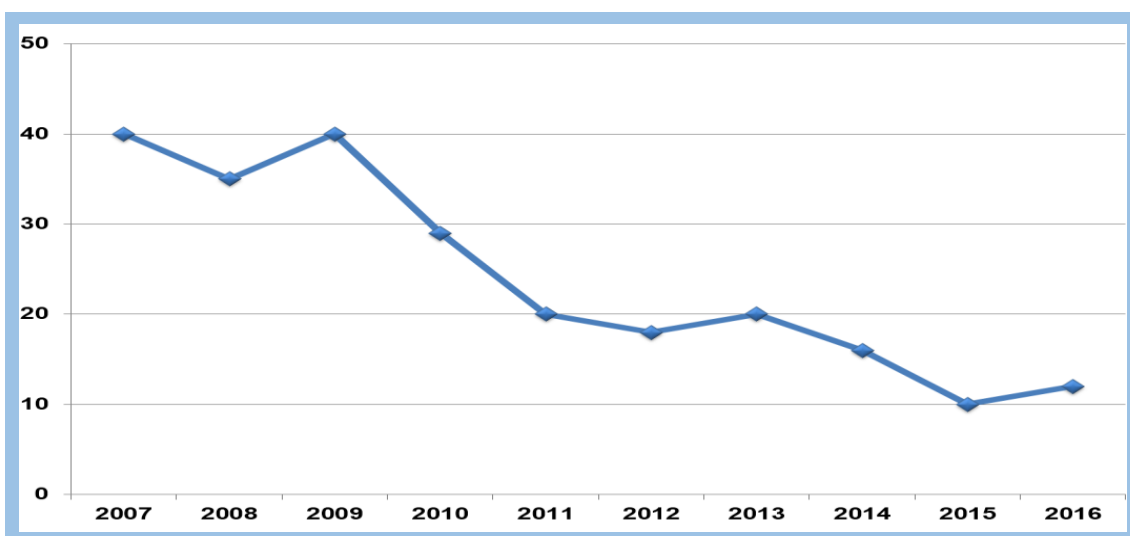


წყარო: დკსჯეც

როტავირუსული ინფექციები

ქვეყანაში როტავირუსული ვაქცინაციის დანერგვის ფონზე, საყრდენი ბაზით განხორციელებული ეპიდზედამხედველობის თანახმად, გამოკვლეულთა შორის შეინიშნება როტავირუსული დიარეების ხვედრითი წილის კლება. 2013 წ. როტავირუსული ვაქცინის 2 დოზით მოცვამ შეადგინა 56%, 2014 წ - 69%, 2015 წ. – 72% და 2016 წ. - 75%. ამ პერიოდში როტავირუსული დიარეების ხვედრითი წილი გამოკვლეულთა შორის განახევრდა.

როტავირუსული დიარეების ხვედრითი წილი გამოკვლეულთა შორის (%), საქართველო, საყრდენი ბაზების მონაცემები



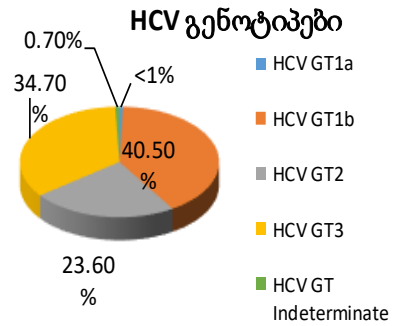
წყარო: დკსჯეც

ჰეპატიტი C

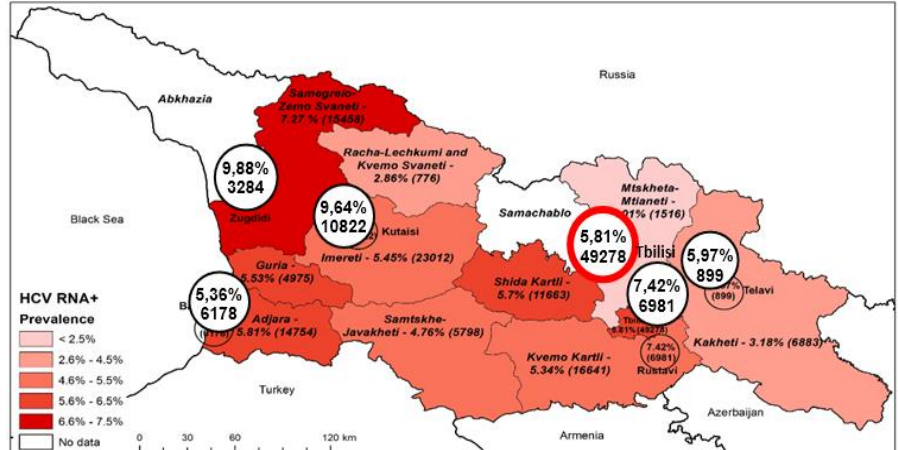
არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, საქართველო C ჰეპატიტის მაღალი გავრცელების მქონე ქვეყნებს შორისაა. თუმცა აღნიშნულის მიზეზი საფუძვლიანდ შესწავლილი არ არის.

უახლესი პოპულაციური სეროპრევალენტობის კვლევის მიხედვით, საქართველოში C ჰეპატიტის გავრცელების მაჩვენებელი 7,7%-ია, აქტიური დაავადება კი მოსახლეობის 5,4%-ს აქვს. აღნიშნული კვლევა ჩატარდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა (დვსჯეც) და აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების (CDC) მიერ, 2015 წლის მაისი-აგვისტოს პერიოდში.

მახასიათებლები	n	შეწონილი %	მოზრდილი მოსახლეობა ≥ 18
ანტი-HCV+	425	7.7%	215,000
HCV რნმ+	311	5.4%	150,300



HCV რნმ+ – გავრცელება და რაოდენობები რეგიონებისა და ქალაქების მიხედვით.



C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრესი

➤ საქართველოს მთავრობამ, CDC-ისა და სხვა საერთაშორისო პარტნიორების მხარდაჭერით, გამოავლინა ძლიერი პოლიტიკური ნება C ჰეპატიტთან საბრძოლველად. C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედდა 2015 წელს.

➤ უკანასკნელი რამდენიმე წლის განმავლობაში, საქართველოს მთავრობამ არსებითად გააძლიერა ძალისხმევა C ჰეპატიტის წინააღმდეგ საბრძოლველად, ისეთი ეროვნული პროგრამების დანერგვით, როგორცაა აივ/HCV კონინფექციის მქონე პაციენტებში C ჰეპატიტის უფასო მკურნალობა (2011 წლიდან გლობალური ფონდის აივ/შიდსის პროგრამის ფარგლებში); სასჯელაღსრულების სისტემაში C ჰეპატიტის უფასო მკურნალობა; ზოგადი მოსახლეობისთვის პეგილირებული ინტერფერონისა და რიბავირინის კომბინაციაზე 60%-იანი ფასდათმობა.

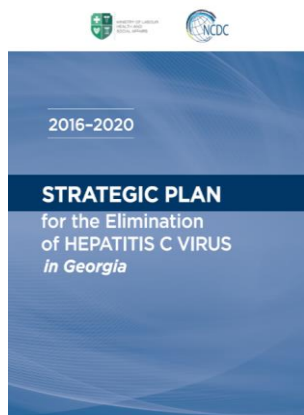
➤2014 წლის თებერვალში, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ (მინისტრმა დავით სერგეენკომ), ამერიკელ პარტნიორებთან ერთად, საფუძველი ჩაუყარა საქართველოში C ჰეპატიტზე რეაგირების გაძლიერების ინიციატივას.

➤2014 წელს საქართველოს მთავრობამ წამოიწყო მოლაპარაკება ფარმაცევტულ კომპანია „გილუადთან“, რომელიც წარმოადგენს ერთ-ერთ გლობალურ ლიდერს პირდაპირი მოქმედების ანტივირუსული პრეპარატების, მათ შორის სოფოსბუვირისა და ლედიპასვირი/სოფოსბუვირის ფიქსირებულდოზიანი კომბინაციის, კვლევისა და წარმოებაში.

➤მოკლევადიანი/გადაუდებელი ღონისძიებების ეროვნული პროგრამა. C ჰეპატიტის ელიმინაციის ეროვნული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შესაბამისი პროგრესის მეთვალყურეობის მიზნით შეიქმნა ექსპერტთა სამუშაო ჯგუფი.

➤საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შედგა სპეციალური კომისია, რომელიც უზრუნველყოფს C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრესის კოორდინირებას. გარდა ამისა, შემუშავდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის სამოქმედო გეგმის მოკლევადიანი/გადაუდებელი ღონისძიებების ეროვნული პროგრამა. C ჰეპატიტის ელიმინაციის ეროვნული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შესაბამისი პროგრესის მეთვალყურეობის მიზნით შეიქმნა ექსპერტთა სამუშაო ჯგუფი.

➤2015 წლის 21 აპრილს მომზადდა და ხელი მოეწერა ურთიერთშეთანხმების მემორანდუმს საქართველოს მთავრობასა და ფარმაცევტულ კომპანია „გილუადს“ შორის.



➤CDC-თან ერთად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინებზე დაყრდნობით შემუშავდა ელიმინაციის გრძელვადიანი სტრატეგია 2016-2020 წლისთვის, რომელიც საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა 2016 წლის 18 აგვისტოს. სტრატეგია ითვალისწინებს 2020 წლისთვის დასახულ შემდეგ სამიზნეებს:

- HCV ინფიცირებულ პირთა 90%-ის გამოვლენა
- ინფიცირებულთა 95%-ის მკურნალობაში ჩართვა
- მკურნალობაზე მყოფთა 95%-ის განკურნება

➤2016 წელს შეიქმნა C ჰეპატიტის კლინიკური და სამეცნიერო კომისია. კლინიკური კომისიის მიერ შემუშავდა C ჰეპატიტის კლინიკური მართვის ეროვნული გაიდლაინი. 2017 წლის ივლისის მდგომარეობით, სამეცნიერო კომიტეტმა განიხილა 39 კვლევა და დაამტკიცა 31. საქართველოში HCV-ის მკურნალობის პროტოკოლი და გაიდლაინები შემუშავდა WHO, EASL და AASLD-ის გაიდლაინების საფუძველზე, ასევე BMJ-ის ქართულ პორტალზე ხელმისაწვდომია HCV-ის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მსოფლიო საუკეთესო გამოცდილება.

Sanford Guide to Hepatitis Therapy თარგმნილი და ადაპტირებული იქნა ქართულ ენაზე და თავისუფალ წვდომაშია ანდროიდის ტიპის ტელეფონიდანაც.



2017 წლის 1 ნოემბერს, ბრაზილიაში, ჰეპატიტების მსოფლიო სამიტზე, C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროცესში შეტანილი წვლილისთვის საქართველოს მიენიჭა „NOhep Visionary“-ს საპატიო სტატუსი. შეხვედრაზე კიდევ ერთხელ გაესვა ხაზი ელიმინაციის პროგრამის მიღწევებს და საქართველო დასახელდა სანიმუშო და მისაბამ მაგალითად სხვა ქვეყნებისთვის.

აივ-შიდსი

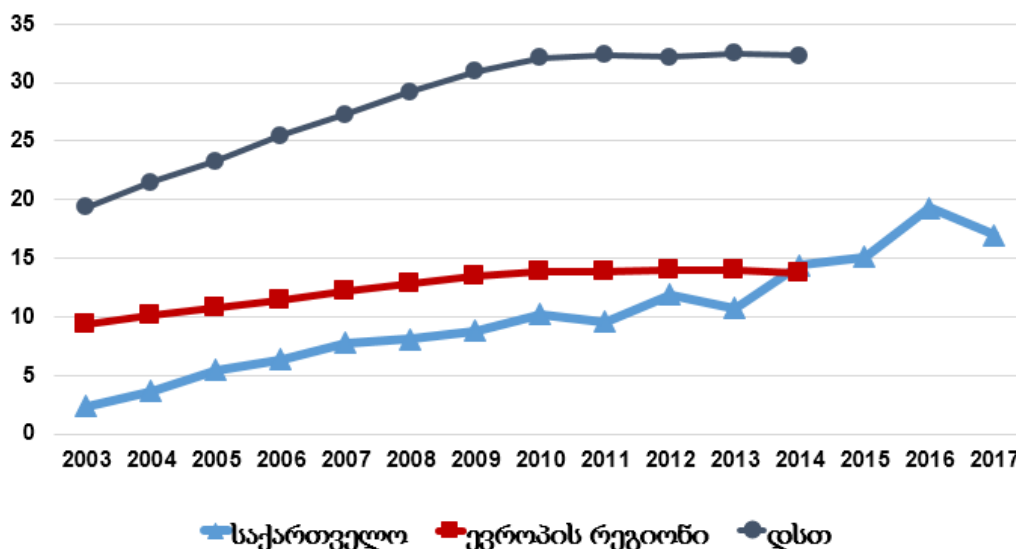
აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების თვალსაზრისით საქართველო დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება, თუმცა უკანასკნელ წლებში საქართველოში აივ-ინფექციის ინციდენტობის მაჩვენებელი მზარდი დინამიკით ხასიათდება. 2017 წელს საქართველოში აღირიცხა აივ-ის 631 ახალი შემთხვევა (მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე – 17.0).

რეგისტრირებული შემთხვევების შემცირება ავადობის ჭეშმარიტ შემცირებაზე მეტყველებს, ვინაიდან გლობალური ფონდის აივ/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში 2017 წელს სულ ჩატარებულ იქნა 77800 ტესტი.

სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში (დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, უსაფრთხო სისხლის და აივ-ინფექცია შიდსის პროგრამების ფარგლებში) ბოლო წლებში მიმდინარეობდა ორსულთა, დონორთა, მაღალი ქცევითი რისკისა და სხვა ჯგუფების, მ.შ. პენიტენციურ სისტემაში მყოფი ბრალდებულების/მსჯავრდებულების ნებაყოფლობითი შემოწმება აივ/შიდს-ზე.

გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში კი მაღალი ქცევითი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლებს (ნიმ-ები, კსმ ქალები, მსმ-ები) მიეწოდებოდა აივ პრევენციული პაკეტით განსაზღვრული მომსახურებები, მათ შორის აივ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება.

აივ ინფექციის ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე

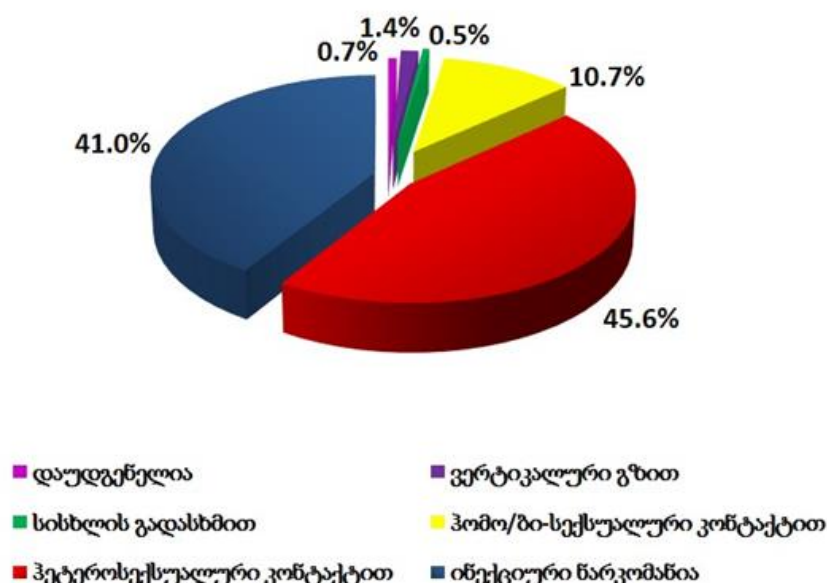


Source: World Health Organization HFA DB

2017 წელს 2016 წელთან შედარებით:

- 7.8%-ით შემცირდა ახალ რეგისტრირებულ შემთხვევებში ჰეტეროსექსუალური გზით დაინფიცირებულთა რაოდენობა;
- 7.4%-ით გაიზარდა ახალ რეგისტრირებულ შემთხვევებში ჰომოსექსუალური გზით დაინფიცირებულთა რაოდენობა;
- 32%-ით შემცირდა ახალ რეგისტრირებულ შემთხვევებში ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარებით დაინფიცირებულთა რაოდენობა;
- 25%-ით შემცირდა ახალ რეგისტრირებულ შემთხვევებში ვერტიკალური (დედიდან შვილზე) გადაცემა.

აივ ინფიცირებულთა განაწილება გადაცემის გზების მიხედვით



გაეროს 90-90-90 სამიზნეებთან მიმართებაში ქვეყანას მნიშვნელოვანი პოზიციები აქვს მეორე და მესამე სამიზნეზე, თუმცა ჩამორჩება პირველი 90-თან დაკავშირებით. კერძოდ, აივ ახალი შემთხვევების 37.4% დიაგნოსტირდება შიდსის სტადიაზე.

რეგიონის სხვა ქვეყნებთან მიმართებაში, საქართველოში მაღალია გაეროს მეორე და მესამე 90 სამიზნეების შესრულება - ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაში აივ ინფიცირებულთა ჩართვისა და ვირუსული სუპრესიის მიღწევის მაჩვენებლებია 81% და 85% შესაბამისად (პროცენტები მოწოდებულია 2016 წლის აივ ინფექციის სავარაუდო შემთხვევების 9600 მონაცემთან მიმართებაში).

სახელმწიფო და გლობალური ფონდის დაფინანსებით უზრუნველყოფილია შიდს-ით დაავადებულთა უნივერსალური ხელმისაწვდომობა (აფხაზეთის მოსახლეობის ჩათვლით) ანტირეტროვირუსულ პრეპარატებზე.

საქართველოს ანტირეტროვირუსული მკურნალობის პროგრამა აღიარებულია ერთ-ერთ საუკეთესოდ აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონში. პროგრამა ხასიათდება მაღალი მოცვით, მდგრადობით, მიწოდებული სერვისების მაღალი ხარისხით ქვეყნის მასშტაბით.

2016 წელს გლობალური ფონდის მხარდაჭერით შესაძლებელი გახდა შპრიცების და ნემსების პროგრამის გაფართოვება, რომელმაც გათვლილი 49 7000-დან 61% მოიცვა.

საქართველომ რეგიონში ერთ-ერთმა პირველმა დანერგა „მკურნალობა ყველასათვის“ სტრატეგია, რაც აივ/შიდს-ით დაავადებულებში მკურნალობის დაწყებას გულისხმობს CD4 უჯრედების რაოდენობის მიუხედავად, რაც მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მკურნალობის გამოსავალს და ხელს უწყობს ქვეყანაში აივ/შიდსის გავრცელების ტემპის შეჩერებას.

საქართველომ, 2005 წელს, ერთერთმა პირველმა რეგიონში დაიწყო ოპიოდების ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა, მსჯავრდებულებისთვის მეტადონის დეტოკსიკაციის 2 გრძელვადიანი პროგრამა. 2017 წელს სულ 5603 ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებელი (ინვ) ჩართული იყო მეტადონის ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში, მათ შორის 37 ქალი. ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის, რომლებიც ჩართულნი არიან მეტადონის პროგრამაში, აივ დადებითი პირების რაოდენობა 70 უდრის.

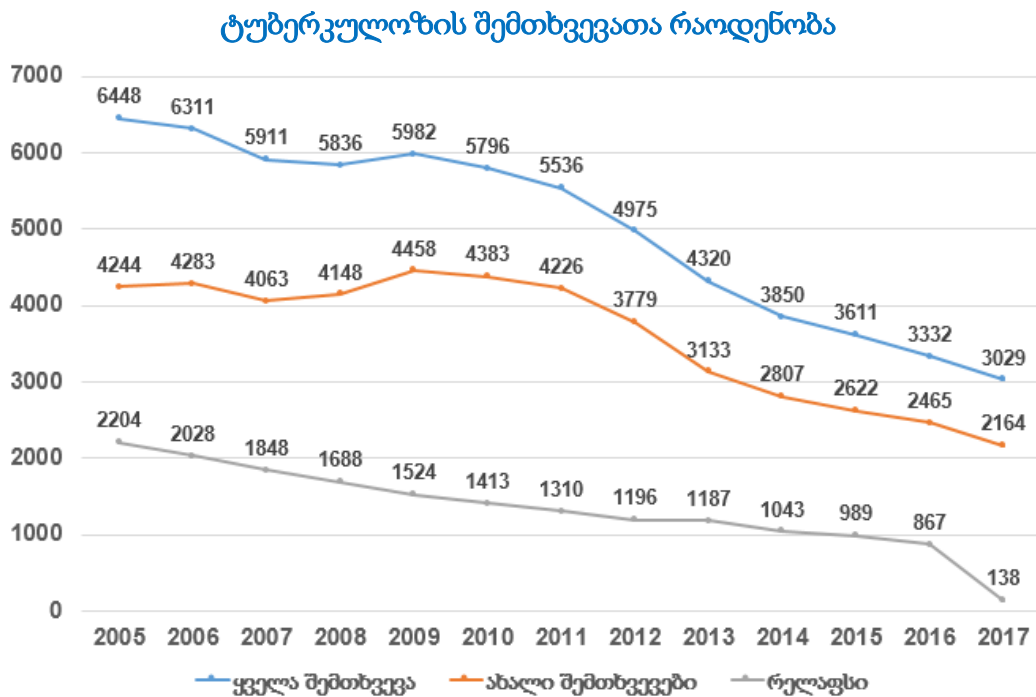
- 2016 წლის ივლისში მთავრობის მიერ დამტკიცდა 2016-2018 წლების აივ-ს საწინააღმდეგო მოქმედების ეროვნული სტრატეგია.
- 2016 ქვეყანამ შეიმუშავა TGF-ს პროგრამებისთვის მდგრადობის და განვითარების გეგმა 2017-2021 წლისთვის, რომელიც უზრუნველყოფს 2022 წლისთვის აივ პროგრამების უმტკივნეულო და ეფექტურ მუშაობას ეროვნული დაფინანსების პირობებში.
- 2019-2021 წლების სტრატეგიული გეგმა განახლდება 2018 წელს.
- ჯანმოს SPECTRUM მოდელირების ხელსაწყო წარმატებით იქნა გამოყენებული აივ და სგვი გავრცელების შეფასებისთვის ქვეყანაში.
- ჯანმოს დახმარებას უწევს საქართველოს დედიდან შვილზე აივ ინფექციისა და სიფილისის ელიმინაციის საქმეში 2020 წლისათვის.

ტუბერკულოზი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველოში უკანასკნელ წლებში აღინიშნება ტუბერკულოზის გავრცელების მაჩვენებლების კლების ტენდენცია, თუმცა მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის და ევროკავშირის ქვეყნების მაჩვენებლებს.

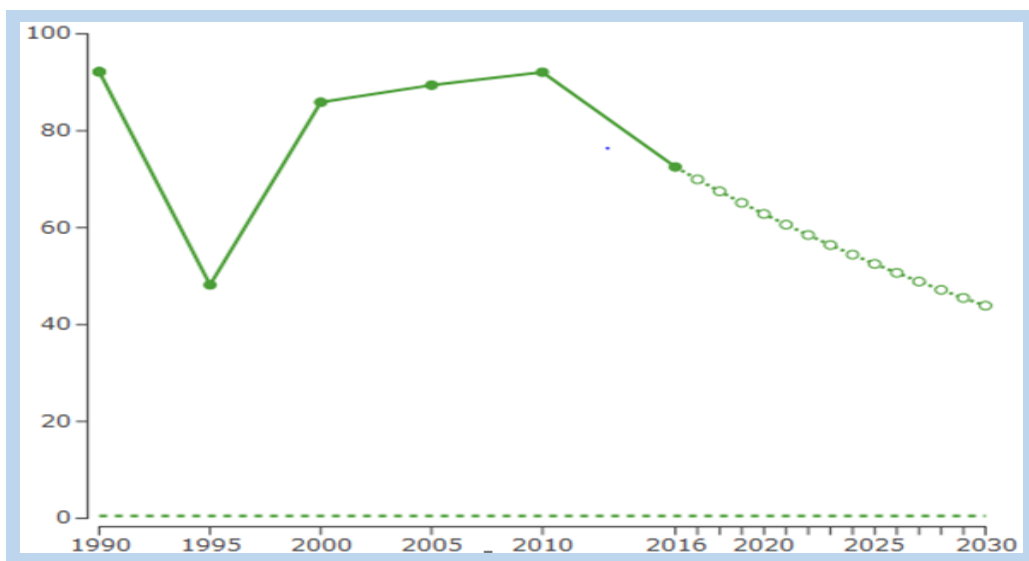
სახეზეა საქართველოში მნიშვნელოვანი პროგრესი ტუბერკულოზთან ბრძოლაში. ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში ტუბერკულოზის პრევალენტობა შემცირდა დაახლოებით 9%-ით. ეპიდზედამხედველობის მდგრადი სისტემის მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ეს ტენდენცია დაავადების ინციდენტობის ჭეშმარიტი კლების შედეგია.

2017 წელს ყველა ფორმის ტუბერკულოზის 3029 შემთხვევა აღირიცხა (ყველა ფორმის ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევების მაჩვენებელმა 100000 მოსახლეზე 81.2 შეადგინა), მათ შორის 2164 ახალი შემთხვევა (ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე - 58.1).



ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების და რეციდივების 2.3% დაფიქსირებულია პენიტენციურ სისტემაში. ყველა ფორმის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 77.9% ფილტვის ტუბერკულოზზე მოდიოდა.

ტუბერკულოზის ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე, საქართველო



წყარო: <http://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-SDGs>

ტუბერკულოზის კონტროლისა და შემთხვევათა მართვის შეფასების პარამეტრს ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი ბაქტერიაგამომყოფი ფორმების “წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებელი” წარმოადგენს. საქართველოში 2005 წელს ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი ბაქტერიაგამომყოფი ფორმების წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებელი მხოლოდ 64.1%-ს შეადგენდა, 2014 და 2015 წლის მაჩვენებლები 81%-ს გაუტოლდა (2013 წლის კოჰორტა), 2016 წელს კი - 85.9%-ს (2015 წლის კოჰორტა), 2017 წელს – 84%.

გლობალური ფონდის დახმარებით საქართველომ მოახერხა ეფექტური ანტი-TB მკურნალობის დანერგვა როგორც სენციტიური, ასევე MDR პაციენტებსთვის. 2017 წლის ოცტომბრის ბოლოს 20000-ზე მეტი TB პაციენტი ღებულობდა მკურნალობას გლობალური ფონდის დახმარებით. ქვეყანამ უზრუნველყო როგორც პირველი რიგის, ასევე მეორე რიგის მედიკამენტების საყოველთაო ხელმისაწვდომობა. ახალი ანტიტუბერკულოზური პრეპარატები (დელამანიდი და ბედაქილინი) ხელმისაწვდომია სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. 2017 წლის ივლისიდან 370 პაციენტი ჩაერთო მკურნალობის ახალ სქემაში, პარალელურად უსაფრთხოების მონიტორინგის სისტემა იქნა შემოღებული.

ტუბერკულოზის კონტროლის თანამედროვე საერთაშორისო სტრატეგიებისა და სახელმძღვანელოების შემუშავებისა და განხორციელების თვალსაზრისით საქართველოს ტუბერკულოზის ეროვნულმა პროგრამამ მნიშვნელოვან წარმატებებს მიაღწია. პაციენტის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით თბილისში ვიდუო დაკვირვების (VOT) პილოტური პროგრამა დაიწყო. ქვეყანამ დანერგა ჯანმოს მიერ რეკომენდებული დიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდები: კულტურა თხევად ნიადაგზე, GeneXpert MTB/RIF სისტემები TB-ის და MDR-TB-ის სწრაფი დიაგნოსტიკისთვის.

2016-2020 წლების საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის ეროვნული სტრატეგიული გეგმა, რომელიც შემუშავდა მრავალმხრივი კონსულტაციების შედეგად, დამტკიცებულ იქნა მთავრობის მიერ.

ტუბერკულოზის პროგრამის ეფექტურობისა და მდგრადობის უზრუნველსაყოფად საქართველოს გააჩნია ურთიერთობები საერთაშორისო პარტნიორებთან და ადგილობრივ

ორგანიზაციებთან. საქართველო პარტნიორია ისეთი მულტიცენტრული კვლევების, როგორცაა: FIND, EXPAND TB, STREAM, STAND, END-TB, Nix-TB.

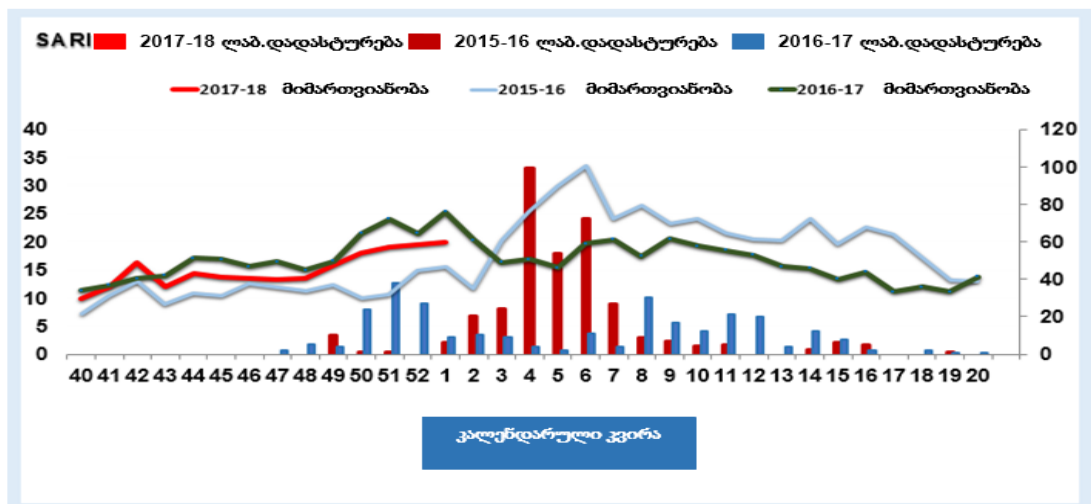
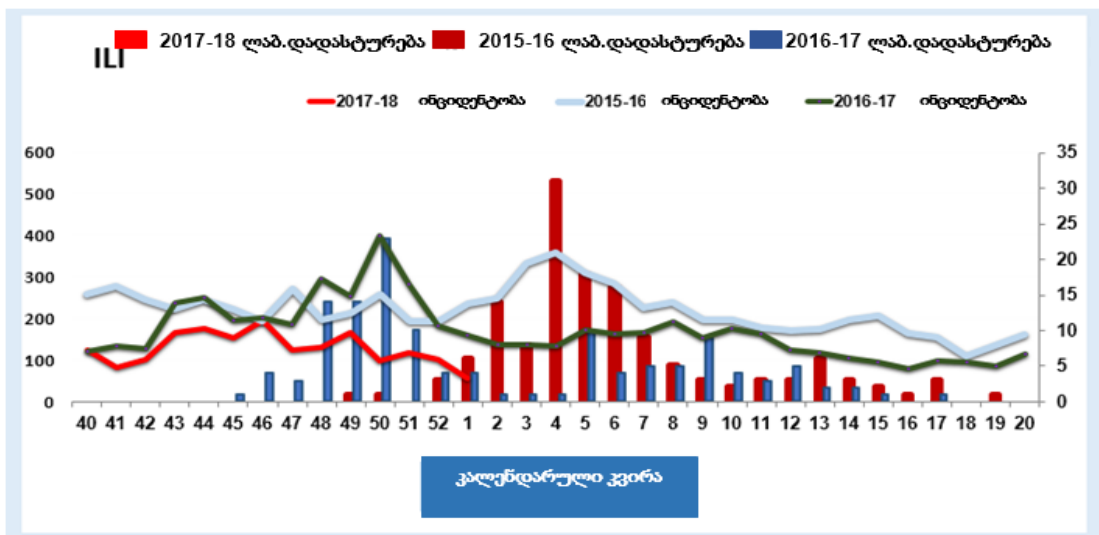
გრიპისა და სხვა რესპირატორული ვირუსების ზედამხედველობა

2006 წელს დაავადებათა კონტროლის ცენტრში პირველად შეიქმნა გრიპის სადიაგნოსტიკო ლაბორატორია, რომელიც შემდგომში ჯანმო-ს მიერ აღიარებულ იქნა გრიპის ეროვნულ ცენტრად (NIC).

მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით შემუშავდა გრიპის ეროვნული მზადყოფნის გეგმა. გეგმა გადახედულ იქნა მთავრობისა და სხვა დაინტერესებული მხარეების მიერ. ჩატარდა გეგმის სამაგიდო-სავარჯიშო ტესტირება. გეგმა პრაქტიკაში გამოყენებულ იქნა 2009 წლის A/H1N1 პანდემიის დროს.

გრიპის საყრდენი ბაზებით ზედამხედველობა დანერგულია ქვეყნის მასშტაბით (5 ბაზა SARI-სთვის, 1 ბაზა ILI-სთვის და 3 ვირუსოლოგიური ზედამხედველობის ბაზა).

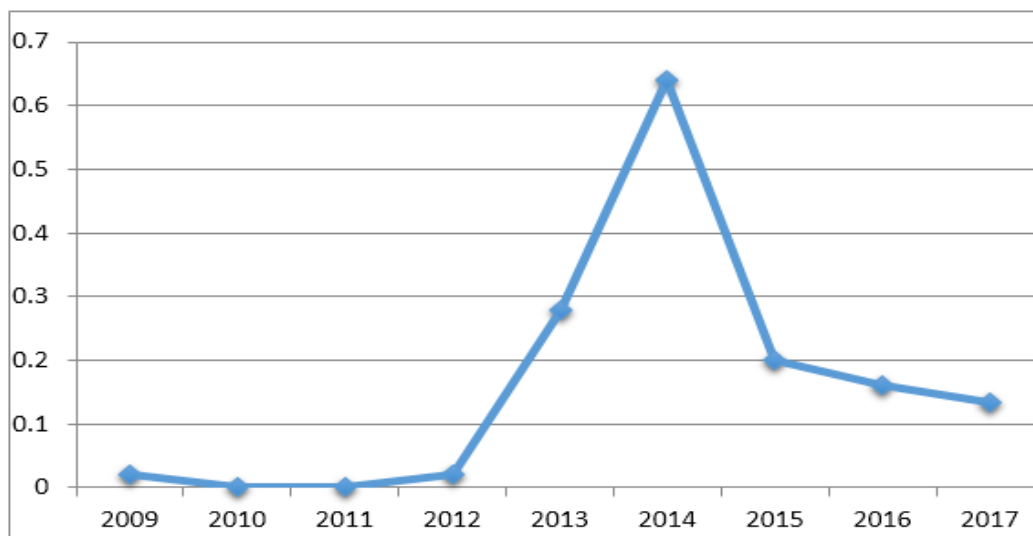
ILI ინციდენტობა, SARI მიმართვიანობა და გრიპის ვირუსის ლაბორატორიულად გამოვლენილი შემთხვევები, საქართველო



ყირიმ –კონგოს ჰემორაგიული ცხელება

2014 წელს აღმოსავლეთ საქართველოში ადგილი ჰქონდა ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების აფეთქებას. მთლიან მოსახლეობაში აღირიცხა ყირიმ–კონგოს ჰემორაგიული ცხელების 24 შემთხვევა (ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე - 0.6). გარდაიცვალა 4 ადამიანი (ლეტალობის მაჩვენებელი - 16.6). 2016 წელს ზედამხედველობა დამყარდა ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების 41 საექვო შემთხვევაზე, მ.შ. ყირიმ–კონგოს ჰემორაგიული ცხელების დიაგნოზი დადასტურდა 6 შემთხვევაში, რომელთაგან 2 დასრულდა ლეტალურად (ორივე ახალი კერა - ამბროლაური და თერჯოლა). 2017 წელს გასულ წელთან შედარებით შემთხვევების რაოდენობა შემცირებულია - აღირიცხა 5 შემთხვევა.

ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელება, ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე, საქართველო

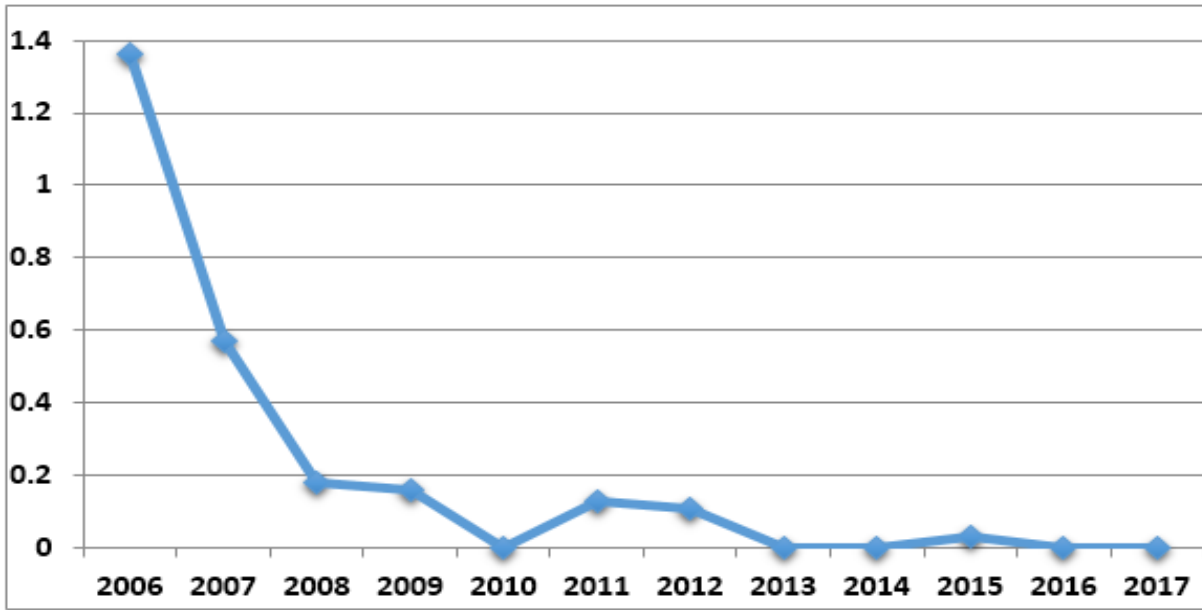


წყარო: დკსჯეც

მალარია

2002 წლიდან მალარიის ინციდენტობის მაჩვენებელი მკვეთრი შემცირების დინამიკით ხასიათდებოდა და 2013-2014 წლებში იგი ნულს გაუტოლდა. 2016 წელს ქვეყანაში არ დარეგისტრირებულა მალარიის ადგილობრივი შემთხვევა. ამასთან, ზედამხედველობა დამყარდა 18 საექვო შემთხვევაზე, რომელთაგან მალარია დადასტურდა 7 შემთხვევაში (ყველა შემოტანილი). უკანასკნელ წლებში მალარიით გამოწვეული გარდაცვალების არცერთი შემთხვევა არ არის რეგისტრირებული. 2017 წელს სოფლის მეურნეობის და შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროებმა ერთობლივად განახორციელეს 9000000 მ² გარე და შიდა ტერიტორიების ვექტორ კონტროლი (2015 წელს - 7 000 000 მ², 2016 – 7 500 000 მ²).

მალარიის ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე



წყარო: დკსჯეც

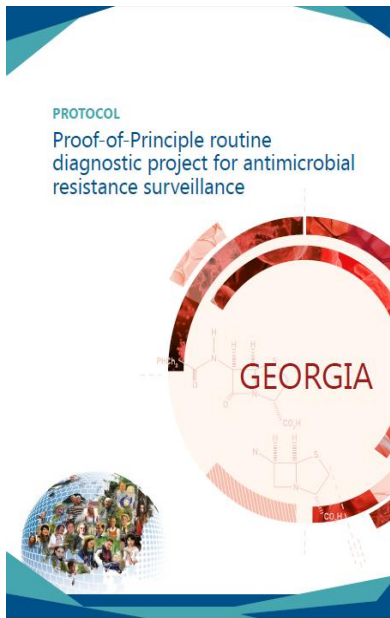
ანტიმიკრობულ რეზისტენტობასთან (AMR) დაკავშირებული აქტივობების დანერგვა



ამრ-ის საწინააღმდეგო ეროვნული სტრატეგია შემუშავდა ქართველი ექსპერტების მიერ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) კონსულტანტების დახმარებით. 2017 წლის 11 იანვარს საქართველოს მთავრობის მიერ დამტკიცდა ამრ-ის საწინააღმდეგო ეროვნული სტრატეგია, რომელიც ეფუძნება ჯანმრთელობის ერთიანი მიდგომას.

2016 წელს საქართველოს ამრ-ის მონაცემები გაზიარებულ იქნა ცენტრალური აზიისა და აღმოსავლეთ ევროპის ანტიმიკრობული რეზისტენტობის ზედამხედველობის ქსელში (CAESAR) და გლობალური ანტიმიკრობული რეზისტენტობის ზედამხედველობის სისტემაში (GLASS). საქართველო არის CAESAR-ის წევრი, 2016 წლიდან ჩაერთო GLASS-ში. 2014 წლიდან ჯანმო-ს ხარისხის გარე შეფასების პროგრამის ქსელში ჩართულია ცხრა სხვადასხვა ლაბორატორია, მათ შორის ლუგარის.

2014 წლიდან ჯანმო მხარს უჭერს ამრ-თან დაკავშირებულ აქტივობებს - ტრენინგების, სამუშაო შეხვედრების ჩატარებას, ევროპის კომიტეტის ანტიმიკრობული მგრძობელობის ტესტირების (EUCAST) სტანდარტების დანერგვას, ინფექციის პრევენციის და კონტროლის საკანონმდებლო ბაზის განახლებას.



- შეიქმნა ამრ-ის საწინააღმდეგო ეროვნული კომიტეტი;
- შემუშავდა ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის დიპლომის შემდგომი სწავლების პროგრამა;
- გაუმჯობესდა სამედიცინო პერსონალის ცოდნა ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის, სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციებისა და ამრ-ის შესახებ შესახებ;
- სამედიცინო დაწესებულებებში ტარდება ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის შეფასება და მონიტორინგი ;
- მიმდინარეობს ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული გაიდლაინის განახლება;
- მიმდინარეობს ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება;
- ჩატარდა ინფექციური კონტროლის და პრევენციის (IPC) მონიტორინგი ძირითად სტაციონარებში ქვეყნის მასშტაბით.
- დატრენინგდა ინფექციური კონტროლის და პრევენციის თემაზე 5000 მდე სტომატოლოგი
- მასმედიის გამოყენებით ჩატარდა საინფორმაციო ღონისძიებები ინფექციური კონტროლის და პრევენციის თემაზე

- ითარგმნა და გამოიცა სენფორდის ანტიმიკრობული თერაპიის სახელმძღვანელოს ქართულ ენაზე. გავრცელდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში 3000 ეგზემპლარი. ამჟამად მიმდინარეობს სენფორდის სახელმძღვანელოს განახლებულ ვერსიაზე მუშაობა.

არასამედიცინო დაწესებულებები

- ამჟამად ინფექციების პრევენციის და კონტროლის რეგულაციები კონტროლდება ადგილობრივი საზღვარგარეთის ცენტრების მიერ. რეგულაციების დარღვევა ექვემდებარება საჯარო სასჯელს.
- შეიქმნა ინფექციების პრევენციის და კონტროლის მონიტორინგის გაიდლაინი.
- ინფექციების პრევენციის და კონტროლის მონიტორინგი ხორციელდება სილამაზის და ტატუ სალონებში, ასევე არა-სამედიცინო დაწესებულებებში რომლებიც ვალდებული არიან დაიცვან ინფექციების პრევენციის და კონტროლის წესები.
- შემუშავდა და განხორციელდა სახელმწიფო რეგულაციები ესთეტიკური და კოსმეტიკური პროცედურების დროს ინფექციების პრევენციის და კონტროლის წესების შესახებ.



ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები (IHR) და ჯანმრთელობის გლობალური უსაფრთხოების დღის წესრიგი (GHSA)



საქართველომ ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების ძირითადი მოთხოვნების სრულ დანერგვას ჯანმო-ს მიერ პირველ დაწესებულ ვადაში (2012 წლის ივნისი) მიაღწია. ეს წარმატება ქვეყნების მხოლოდ 16%-ში დაფიქსირდა.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკსჯეც) წარმოადგენს ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების (ჯსწ) ეროვნულ კოორდინატორს. მისთვის კომუნიკაცია ჯანმოს ჯსწ საკონტაქტო პუნქტთან

(სადაც მოქმედებს 24/7 მორიგე ოფიცრის სისტემა) ნებისმიერ დროს არის შესაძლებელი. დკსჯეც აანალიზებს ეროვნული ზედამხედველობის სისტემის და სხვა წყაროების შეტყობინებებს, აფასებს რისკს და 48 საათის განმავლობაში ატყობინებს ჯანმოს ჯსწ საკონტაქტო პუნქტს.

ჯანმრთელობის გლობალური უსაფრთხოების დღის წესრიგი (GHSA), რომელსაც საფუძველი ჩაეყარა 2014 წლის თებერვალში, წარმოადგენს საერთაშორისო თანამშრომლობას ინფექციურ დაავადებათა საფრთხეებისგან დაცული მსოფლიოსათვის. მისი მიზანია, ქვეყნების გაერთიანება ახალი კონკრეტული მოვალეობების მისაღებად გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების დონის ამაღლების მიზნით და ეროვნულ დონეზე ამ მიმართულების პრიორიტეტად აღიარება. მისი დაწყების დღიდან GHSA საქართველოსთვის გახდა ახალი ხედვა. პირველი გარე საბაზისო GHSA შესაძლებლობების შეფასების ჩატარების დროს საქართველომ მხარი დაუჭირა „ზოონოზური დაავადებების“ და „ეროვნული ლაბორატორიული სისტემის“ სამოქმედო პაკეტებს და გახდა ლიდერი „რეალურ დროში ეპიდზედამხედველობის“ სამოქმედო პაკეტის.

ინფორმაციის გაცვლა GHSA-თვის ითვლება გადამდები დაავადებების კონტროლის და მართვის მნიშვნელოვან მაჩვენებლად. ამ თვალსაზრისით აბრეშუმის დიდი გზის ეპიდზედამხედველობის ქსელი, როგორც რეგიონული პარტნიორობა, აერთიანებს საქართველოს, აზერბაიჯანს, უკრაინას და ყაზახეთის პროფესიონალებს ადამიანის და ცხოველის ჯანმრთელობაში და მუშაობს, რათა შექმნას მდგრადი, ინტეგრირებული ზედამხედველობის სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს „ერთიანი ჯანმრთელობის“ პერსპექტივას და მხარს დაუჭერს გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების დღის წესრიგის განხორციელებას რეგიონში.

ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევითი ცენტრი

ლუგარის ცენტრი დკსჯეც-ის უმაღლესი დონის დაწესებულებაა. ცენტრის მშენებლობა დაიწყო 2004 წელს, აშშ-საქართველოს მთავრობებს შორის 1997 და 2002 წელს ხელმოწერილი ხელშეკრულების - „ბიოლოგიური იარაღის განვითარებასთან დაკავშირებული ტექნოლოგიების და პათოგენების გავრცელების თავიდან აცილების და გამოცდილების გაზიარების სფეროში თანამშრომლობის შესახებ“ - საფუძველზე.



ლუგარის ცენტრი აერთიანებს თანამედროვე დონეზე აღჭურვილ ბიოუსაფრთხოების მე-2 და მე-3 დონის ლაბორატორიებს, რომელთა მიზანია ადამიანისა და ცხოველთა საშიშ დაავადებათა გამომწვევი პათოგენების დროული აღმოჩენა და იდენტიფიკაცია „ერთიანი ჯანმრთელობის“ პრინციპით. ბიოუსაფრთხოების მე-3 დონის (BSL-3) ზონაში განთავსებულია ბაქტერიოლოგიისა და ვირუსოლოგიის ლაბორატორიები და ასევე ადამიანისა და ცხოველის პათოგენების ეროვნული საცავი.

ცენტრში ფუნქციონირებს საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ აკრედიტირებული ლაბორატორიები. ეს ლაბორატორიები რეგულარულად მონაწილეობენ პროფესიული კომპეტენციის შეფასებაში. ცენტრში ფუნქციონირებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ აკრედიტირებული 3 ვირუსოლოგიური ლაბორატორია (პოლიომიელიტის, გრიპის, წითელა-წითურას). ოთხი ლაბორატორია დაკავშირებულია ჯანმოს ლაბორატორიულ ქსელთან: როტა ვირუსების, ინვაზიური მენინგიტების, მალარიის, სალმონელოზის.

დღეისათვის, ლუგარის ცენტრმა განახორციელა 160-ზე მეტი სამეცნიერო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროექტი ~ 36 000 000 დოლარის ფარგლებში.

მსოფლიოში პირველად, ლუგარის ცენტრში, გაკეთებული იქნა შემდეგი სამეცნიერო მიღწევები:

- აღმოჩენილია ახალი სახეობის ორთოპოქს ვირუსი (ახმეტის ვირუსი);
- დამურებში აღმოჩენილია ბრუცელოზისა და ლეპტოსპიროზის გამომწვევები;
- *Bartonella taylorii* დადგინდა, როგორც ადამიანის პათოგენი შიდსიან პაციენტებში.
- *Janibacter hoylei* PVAS-1 გამოყოფა ენდოკარდიტის დიაგნოზის მქონე პაციენტის კლინიკური ნიმუშიდან.



პირველად საქართველოში:

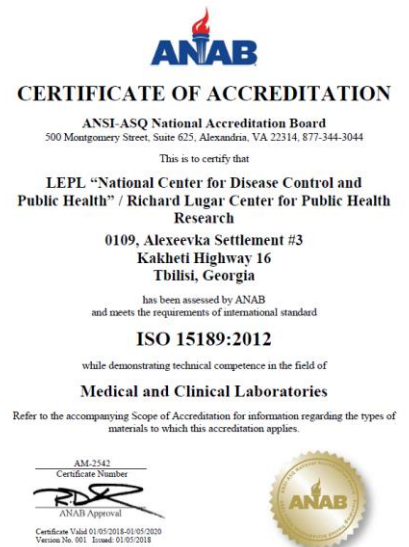
- დადასტურებულია ძროხის ყვავილის პირველი შემთხვევა სამეგრელოში
- ჯილეხზე საექვო, მაგრამ დაუდასტურებელი ნიმუშების 41% აღმოჩნდა Parapox ვირუსით გამოწვეული ინფექცია
- გამოვლინდა ჯილეხის ნიადაგური აქტიური კერების მომატება 15%-მდე (10% ისტორიულად). შესაბამისად გაიზარდა დაავადების რისკი, როგორც ცხოველებში, ასევე ადამიანებში
- გამოვლინდა ტულარემიის ახალი კერა ქვემო ქართლის რეგიონში
- პირველად საქართველოში იზოლირდა Cl. difficile კლინიკური ნიმუშიდან
- დადგინდა ქვეყანაში გავრცელებული ლეპტოსპიროზის სახეობები
- Escherichia coli (STEC) ტოქსიურობის მარკერების (stx1/stx2/eae/Ehly) დადგენა
- დადგინდა Salmonella spp., Shigella spp. და შიგატოქსინ მაპროდუცირებელი Escherichia coli (STEC) გენეტიკური პროფილები პულსირებად ველში გელ ელექტროფორეზის (PFGE) მეშვეობით, რაც ეპიდემიოლოგიის აღმოჩენის და წყაროს იდენტიფიცირების საშუალებას იძლევა
- დაინერგა წითელა/წითურას სექვენირება. დადგინდა წითელას შემთვევის გენოტიპი - D8.
- აღმოჩენილია შიგელას და სალმონელას ახალი სეროტიპები
- GARP (Genetic Algorithm for Rule-set Production) საშუალებით მოხდა სხვადასხვა დაავადების, გადამტანისა და ვექტორის გავრცელების პროგნოზირება და ეკოლოგიური ნიშის მოდელირება; დაწყებულია GIS გეოგრაფიულ მონაცემთა ბაზების შექმნა.

2015 წელს ლუგარის ცენტრმა გაიარა მენეჯმენტის საკითხებში საერთაშორისო სერთიფიცირება ISO 9001:2008 მოთხოვნების მიხედვით.

ამჟამად, ლუგარის ცენტრი კლინიკური ლაბორატორიის აკრედიტაციის სტანდარტული ISO 15189 მიღების პროცესშია.

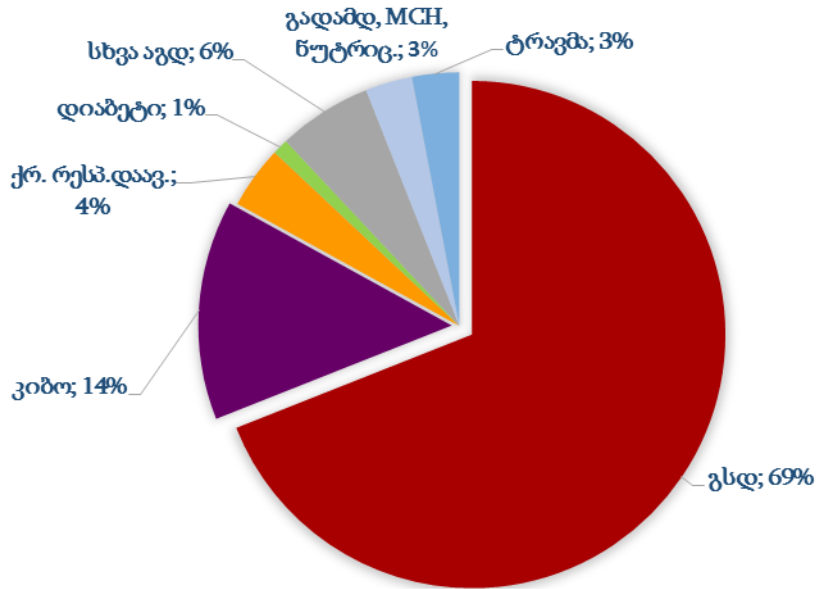
სამხრეთ კავკასიაში, ლუგარის ცენტრი ბიოუსაფრთხოების, ბიოდაცვისა და ლაბორატორიული მენეჯმენტის რეგიონალური ტრენინგებისა და რესურსების ცენტრია (Regional Training and Resource Center (RTRC)). ერთბლივი პროექტების ფარგლებში, ტრენინგები ჩატარდა ყირგიზელი და თურქი მეცნიერებისთვის.

2017 წლიდან ცენტრში დაინერგა ლაბორატორიების ეროვნული გარე ხარისხის შეფასების პროგრამა (EQA program) ლუგარის ცენტრის ბაზაზე, რომლის მეშვეობითაც პროგრამაში მონაწილე ლაბორატორიებს დაურთავთ C ჰეპატიტის პანელები.



არაგადამდები დაავადებები

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებებზე დაავადებათა ტვირთის უდიდესი ნაწილი მოდის და დიდ გავლენას ახდენს სიცოცხლის ყველაზე პროდუქტიულ წლებზე. ჯანმოს 2014 წლის ანგარიშის თანახმად საერთო სიკვდილიანობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით, მათ შორის 69% - უკავშირდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს, 14% - კიბოს, 1% - დიაბეტს და 4% - ქრონიკულ რესპირატორულ დაავადებებს. არაგადამდები დაავადებები გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ჯანმრთელობაზე, არამედ ქვეყნის მდგრად განვითარებაზეც.

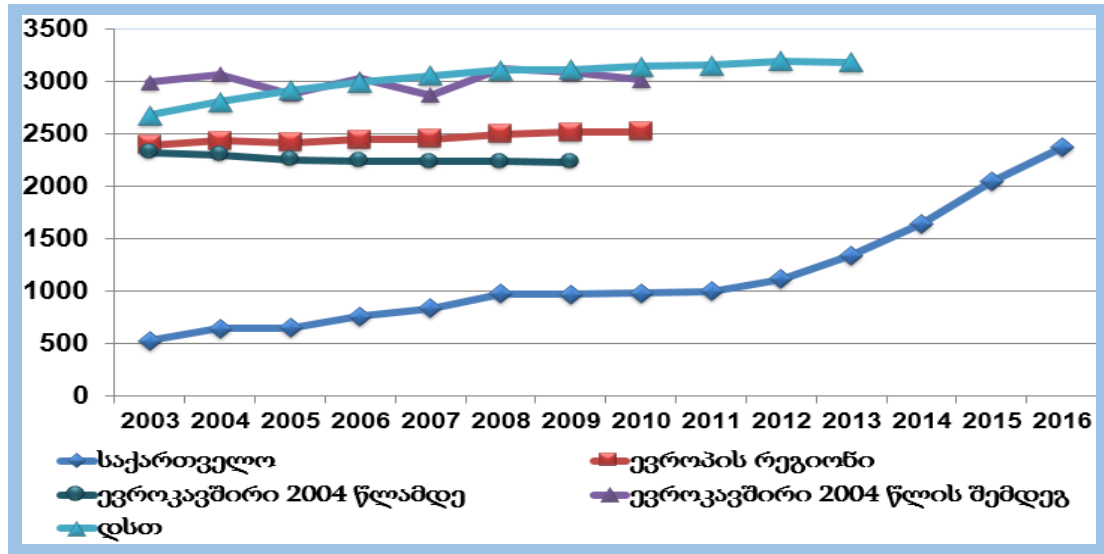


არაგადამდებ დაავადებათა ეფექტური პრევენციისა და კონტროლისათვის აუცილებელია ზუსტი და სანდო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, ჯანმრთელობის ინდიკატორების მონიტორინგი და განსაზღვრა, ინტერვენციების მონიტორინგი და შეფასება. არაგადამდებ დაავადებათა ეფექტური კონტროლის მიზნით საქართველომ დანერგა ჯანმო-ს STEPS მეთოდოლოგია; 2010 და 2016 წლებში ჯანმოს ევროპისა და ჯანმოს სათავო ოფისების ტექნიკური და ფინანსური დახმარებით ჩატარდა STEPS კვლევის 2 ეტაპი, რამაც მოგვცა უნიკალური შესაძლებლობა მონაცემები შეგვედარებინა არა მხოლოდ სხვა ქვეყნების მონაცემებთან, არამედ მოგვეხდინა საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა გამოვლინებისა და ტენდენციის, აგრეთვე რისკ-ფაქტორების მონიტორინგი და შეფასება. ეს მხოლოდ პირველი ნაბიჯებია მდგრადი საზედამხედველო სისტემის ჩამოყალიბების მიმართულებით, რამაც გააუმჯობესა ეროვნულ დონეზე არსებული შესაძლებლობები და მოგვცა ჯანმრთელობის შესახებ უკეთესი მონაცემები, და მოგვცა უკეთესი შესაძლებლობები არაგადამდები დაავადებების ეფექტური პრევენციისა და კონტროლის და საბოლოოდ ჩვენი თანამოქალაქეების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 17.2%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 9.4%-ს შეადგენს. ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილიანობით ხასიათდება ჰიპერტენზიული, იშემიური და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები. 2000-2017 წლებში საქართველოში აღინიშნება სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების პრევალენტობის ზრდის ტენდენცია.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე

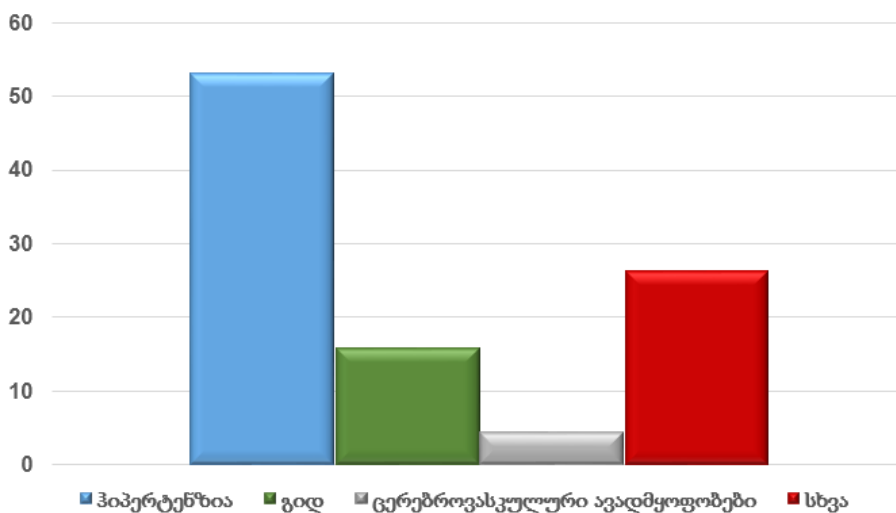


წყარო: დკსჯეც; ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა

კარდიოვასკულური ავადმყოფობების რეგისტრირებული შემთხვევების სტრუქტურაში 53.3% ჰიპერტენზიაზე მოდის (2017). არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის STEPS 2016-ის მონაცემებით, ჰიპერტენზია მოსახლეობის 37.7%-ში აღირიცხა; იგივე მაჩვენებელი 2010 წელს 33.4% იყო.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურა (%), საქართველო, 2017



წყარო: დკსჯეც

გულის იშემიური ავადმყოფობები

გულის იშემიური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა რაოდენობის ~15.9%-ს შეადგენს, მათ შორის სტენოკარდია – 6.3%; მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი – 1.6% და სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობები – 1.3%.

2017 წელს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით დროული ჰოსპიტალიზაცია (ავადმყოფობის დაწყებიდან პირველ 24 საათში) შემთხვევათა 48%-ში განხორციელდა.

ცერებროვასკულური ავადმყოფობები

ცერებროვასკულური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურაში რიგით მესამე ადგილს იკავებს.

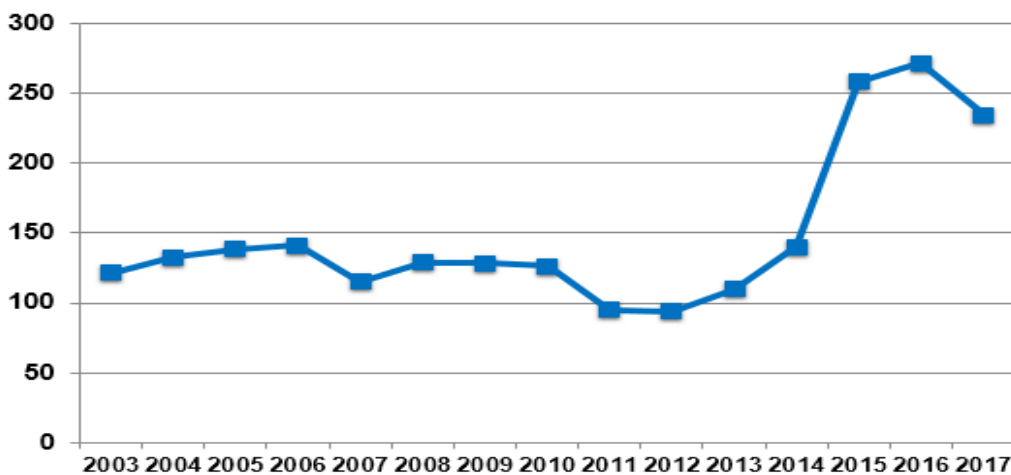
კარდიო-ქირურგიული ოპერაციები

ქვეყანაში უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა კარდიო-ქირურგიული ჩარევის ხელმისაწვდომობა. 2013-2016 წლებში გაორმაგდა კარდიო-ქირურგიული ოპერაციების (8209-დან 18762-მდე) და შუნტირების რიცხვი (1355-დან 3045-მდე), ასევე მოიმატა გულის თანდაყოლილი ანომალიების კორექციის რიცხვმა (322-დან 717-მდე). გაორმაგდა კორონარული არტერიის გადაუდებელი ანგიოპლასტიკის ოპერაციათა რაოდენობა (4923-დან 9442-მდე).

ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები

ონკოლოგიურ დაავადებათა ეპიდემიამხედველობის გაუმჯობესების მიზნით საქართველოში 2015 წლის 1 იანვრიდან ქვეყნის მასშტაბით ამოქმედდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. რეგისტრის მონაცემებით, 2015 წელს საქართველოში რეგისტრირებულია ყველა ლოკალიზაციის კიბოს 10 831 ახალი შემთხვევა (ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე - 293.4), in situ სიმსივნეების ჩათვლით. 2016 წელს აღირიცხა კიბოს 10 402 ახალი შემთხვევა (ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე - 271.5), ხოლო 2017 წელს - 8731 (ინციდენტობა - 234.3)

ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე, საქართველო, 2003-2017

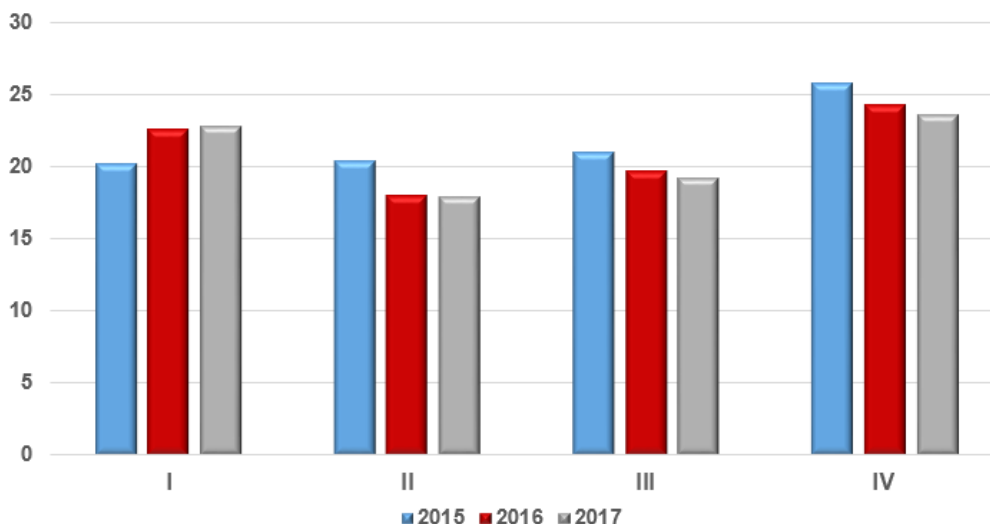


წყარო: დეკჯეც

2015-2017 წლებში ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 56% ქალებში, 44% - კაცებში აღირიცხა. ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 70.2% რეგისტრირებულია ყველაზე შრომისუნარიან ასაკობრივ ჯგუფში (30 წლიდან 70 წლამდე), შემთხვევათა ~25% - 70 წელზე უფროს ასაკობრივ ჯგუფში, 0-დან 15 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფზე მოდის შემთხვევათა 0.8%, 15-დან 20 წლამდე მოზარდებზე - 0.2%.

კიბოს რეგისტრის მონაცემების მიხედვით, 2015-2017 წლებში დაავადების I და II სტადიაზე რეგისტრირებულია ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 40.7%; III და IV სტადიებზე რეგისტრირებული დაავადებების წილი კვლავ მაღალია და 2015 და 2016 წლებში ავთვისებიანი სიმსივნეების მთლიან რაოდენობაში 46.9%-სა და 44.1%-ს შეადგენს, ხოლო 2017 წელს - 42.9%

ავთვისებიანი ახალწარმოქმნების ახალი შემთხვევების განაწილება დაავადების სტადიის მიხედვით (%), საქართველო, 2015-2017



წყარო: დკსჯეც

ქალებში რეგისტრირებული ავთვისებიანი ახალწარმოქმნების 5 ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ლოკალიზაცია, საქართველო, 2017

ლოკალიზაცია	ახალი შემთხვევების რაოდენობა	წილი ქალებში რეგისტრირებული ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების საერთო რაოდენობაში (%)
სარძევე ჯირკვალი	1541	31.7%
ფარისებრი ჯირკვალი	721	14.8%
საშვილოსნოს ყელი	306	6.3%
საშვილოსნოს ტანი	286	5.9%
კოლორექტული	254	5.2%

წყარო: დკსჯეც

კაცებში რეგისტრირებული ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების 5 ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ლოკალიზაცია, საქართველო, 2017

ლოკალიზაცია	ახალი შემთხვევების რაოდენობა	წილი კაცებში რეგისტრირებული ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების საერთო რაოდენობაში (%)
ტრაქეა, ბრონქი, ფილტვი	573	16.2%
წინამდებარე ჯირკვალი	411	11.6%
შარდის ბუშტი	364	10.3%
კოლორექტული	337	9.5%
კუჭი	219	6.2%

წყარო: დკსჯეც

2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ფარავს კიბოს პაციენტების ქიმიურ, ჰორმონო და რადიოთერაპიას, ყოველწლიურად 12 000 ლარის ფარგლებში, ისევე როგორც ქირურგიულ მკურნალობას წელიწადში 15 000 ლარის ფარგლებში.

დღეისათვის საქართველოში რადიოთერაპიის რამდენიმე დეპარტამენტი ფუნქციონირებს შესაბამისი აღჭურვილობით, პერსონალითა და ხარისხის კონტროლით. რადიოთერაპიის მიზნით გამოყენებული წრფივი ამაჩქარებლების დიდი ნაწილი თავმოყრილია თბილისში: 7 წრფივი ამაჩქარებელი, ოთხი ბრაქიტერაპიის აპარატი და ორი კობალტის აპარატი. დამატებით, ორი წრფივი ამაჩქარებელი ფუნქციონირებს დასავლეთ საქართველოს ორ დიდ ქალაქში – ქუთაისსა და ბათუმში, რაც რადიოთერაპიის რეგიონალურ ხელმისაწვდომობას უწყობს ხელს.

ბირთვული მედიცინის ფარგლებში ყველა სახის მომსახურება ხელმისაწვდომია საქართველოში ონკოლოგიური პაციენტებისთვის: კონვენციური ნუკლეარული დიაგნოსტიკა ტექნეციუმის Tc-99m გამოყენებით, რადიოთერაპია და პოზიტრონ-ემისიური ტომოგრაფია (პეტ-სკანირება).

ონკოლოგიური პაციენტთა რაოდენობა მკურნალობის მეთოდის მიხედვით, 2015-2017 წლებში (კიბოს რეგისტრის მონაცემები)

მკურნალობის მეთოდი	2015	2016	2017
ქიმიო-თერაპია	2104	2138	1527
რადიაციული თერაპია	1390	1774	972
ქირურგია	4632	5409	4757
პალიატიური მზრუნველობა	1465	1252	805

2016 წლიდან HER-2 დადებითი ადრეული აგრესიული ძუძუს კიბოს პაციენტებში სამინისტრო უზრუნველყოფს ჰერცეპინის მიწოდებას, პროგრამის მიზანია, უზრუნველყოს აგრესიული ძუძუს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ფინანსური ხელმისაწვდომობა. პროგრამით ისარგებლა 165 პაციენტმა (1 323 შემთხვევა), დანახარჯმა შეადგინა 3 567 873 ლარი.

2011 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს კიბოს სკრინინგ-პროგრამები, მიზნობრივი პოპულაცია:

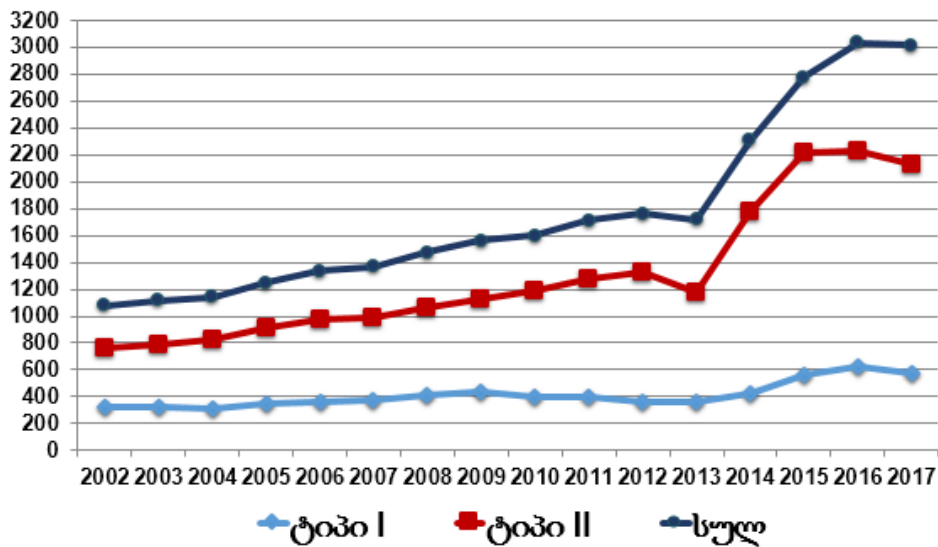
- ბუბუს კიბოს სკრინინგი 40-70 წლის ქალებისთვის;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ქალებისთვის;
- პროსტატის კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის კაცებისთვის;
- კოლორექტული კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის მოსახლეობისთვის.

„არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის“ (STEPS-2016) მონაცემებით საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი სიცოცხლის განმავლობაში 30-49 წლის ქალთა მხოლოდ 23.9%-მა ჩაიტარა.

შაქრიანი დიაბეტი

უკანასკნელ წლებში საქართველოში აღინიშნება დიაბეტის ზრდის ტენდენცია, რაც ძირითადად ტიპი 2-ის ზრდით არის გამოწვეული. 2017 წელს შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 1 ახალი შემთხვევების 0.8% რეგისტრირებული იყო 15 წლამდე ბავშვებში. შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 2 მხოლოდ 33 შემთხვევა რეგისტრირებულია ბავშვებში. არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის (STEPS-2016) მონაცემებით უზმოზე გლუკოზის მომატებული მაჩვენებელი (6.1-7.0 მმოლ/ლ) 18-69 წლის მოსახლეობის 2%-ს აღმოაჩნდა, ხოლო უზმოზე გლუკოზის მაღალი მაჩვენებელი (>7მმოლ/ლ) – მოსახლეობის 4.5%-ს.

შაქრიანი დიაბეტის, პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე, საქართველო



წყარო: დკსჯეც

ფილტვის ქრონიკული ავადმყოფობები

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.

2017 წელს ქვედა სასუნთქი გზების ქრონიკული ავადმყოფობების ჯგუფში 75% ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ ავადმყოფობებზე მოდიოდა.

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული ავადმყოფობის ძირითად მიზეზს თამბაქოს კვამლი (პასიური მოხმარების ჩათვლით) წარმოადგენს. სხვა რისკ-ფაქტორებია: შენობის შიდა ჰაერის დაბინძურება, ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება, პროფესიული მტვერი და ქიმიური ნივთიერებები.

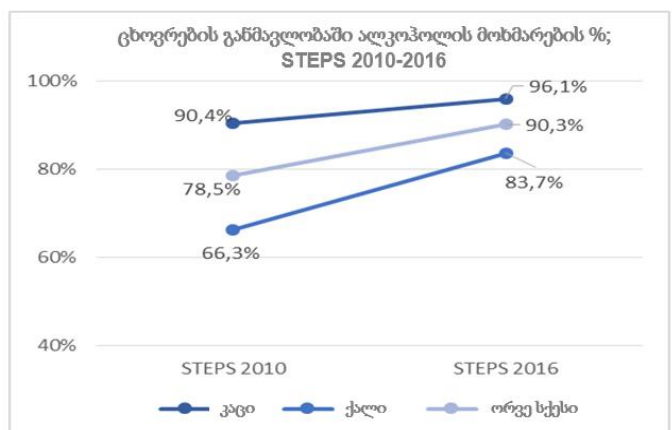
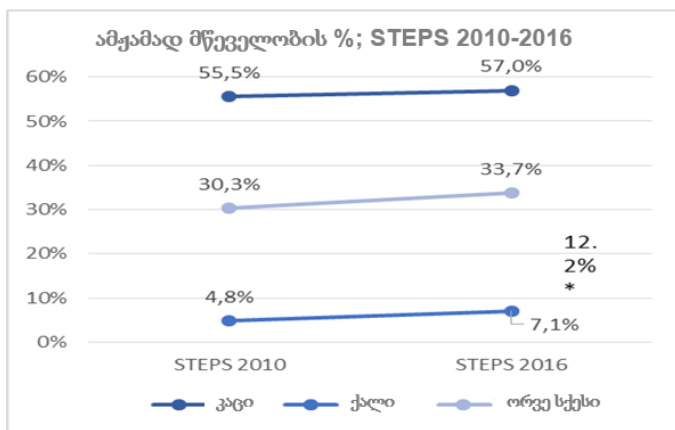
რისკის ფაქტორები

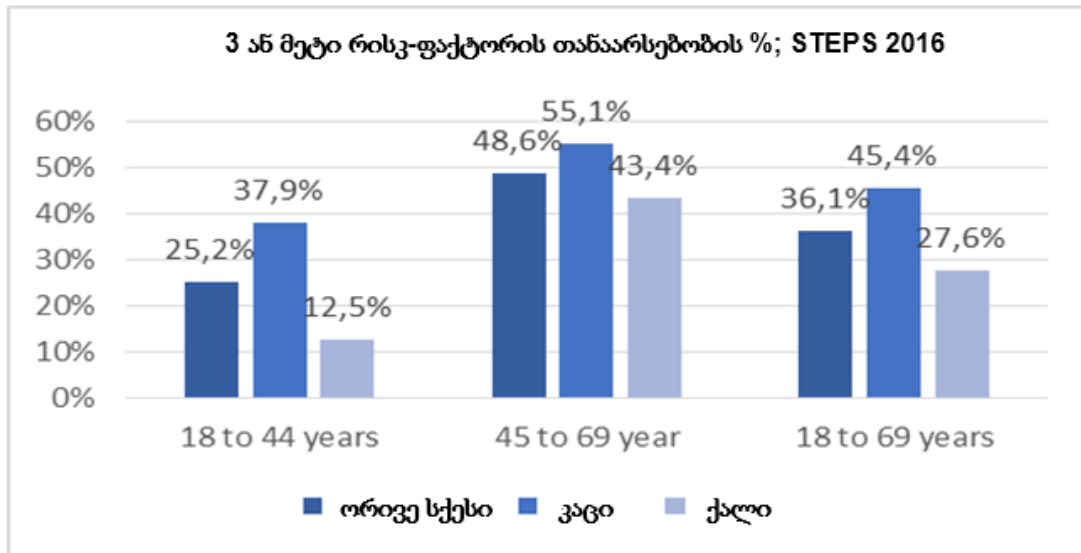
2016 წელს ჩატარებული „არაგადამდებ ავადმყოფობათა რისკ-ფაქტორების კვლევის“ (STEPS-2016) მონაცემებით:

სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 18–69 წლის მოზრდილთათვის	ორივე სქესი	კაცი	ქალი
თამბაქოს მოხმარება			
ამჟამად მწვევლები	31.0%	57.0%	7.0%
ამჟამად ყოველდღიური მწვევლები	28.0%	51.5%	6.2%
ყოველდღიურად მწვევლთათვის			
ყოველდღიური მოწვევის დაწყების საშუალო ასაკი (წლები)	18.3	17.8	22.4
ამჟამად ყოველდღიურად მწვევლთა შორის ქარხნული სიგარეტის მომხმარებელთა პროცენტი	98.6%	98.4%	100.0%
ქარხნული სიგარეტის ღირებულების საშუალო რაოდენობა, რომელსაც ეწვევიან დღის განმავლობაში	21.3	22.2	14.4
ალკოჰოლის მოხმარება			
ცხოვრების განმავლობაში არამსმელები	10.4%	3.9%	16.4%
უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში არამსმელები	20.1%	11.4%	28.1%
ალკოჰოლის ამჟამად (უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში) მომხმარებლები	39.1%	58.9%	20.8%
ჩართულნი არიან მძიმე ეპიზოდურ (6 ან მეტი სტანდარტული დოზის მიღება უკანასკნელი 30 დღიდან რომელიმე ერთ დღეს) სმაში	18.3%	35.3%	2.6%
ხილის და ბოსტნეულის მოხმარება ტიპური კვირის განმავლობაში			
კვირაში დღეების საშუალო რაოდენობა, როცა საკვებად მოიხმარეს ხილი	5.3	5.1	5.4
ხილის სტანდარტული პორციის საშუალო რაოდენობა, რომელსაც იღებენ დღურად	2.0	2.0	2.1
კვირაში დღეების საშუალო რაოდენობა, როცა საკვებად მოიხმარეს ბოსტნეული	6.0	5.9	6.1
ბოსტნეულის სტანდარტული პორციის საშუალო რაოდენობა, რომელსაც იღებენ დღიურად	2.4	2.4	2.4
საშუალოდ მიირთმევენ ხილის და/ან ბოსტნეულის 5 სტანდარტულ პორციაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში	63.0%	63.8%	62.4%
ყოველთვის ან ხშირად უმატებენ მარილს ან მარილიან საწებელს საკუთარ ულუფას საკვების მიღებამდე ან მიღების პროცესში	26.7%	33.4%	20.6%
მარილის მაღალი შემცველობის მქონე მზა პროდუქტების ხშირად მომხმარებლები	14.3%	18.9%	10.1%
ფიზიკური აქტივობა			
დაბალი ფიზიკური აქტივობის მქონე პირთა პროცენტი (განისაზღვრება როგორც კვირაში < 150 წუთი საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობა, ან ექვივალენტური დატვირთვა)	17.4%	16.2%	18.4%
დროის მედიანა, რომელსაც საშუალოდ დღიურად ხარჯავენ ფიზიკურ	137.1	158.6	173.8

აქტივობაზე (წუთები)			
არ არის დაკავებული მძიმე ფიზიკური აქტივობით	82.4%	72.2%	91.8%
საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი			
30–49 წლის ასაკის ქალები, რომელთაც ოდესმე ჩაუტარებიათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი			23.9%
ფიზიკური განზომილებები			
სხეულის მასის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი - BMI (კგ/მ ²)	28.1	27.9	28.3
ჭარბ-წონიანთა წილი (BMI ≥ 25კგ/მ ²)	64.6%	65.5%	63.8%
მსუქნების წილი (BMI ≥ 30კგ/მ ²)	33.2%	30.2%	36.0%
სისხლის სისტოლური წნევა (მმ/ვწყ), იმ პირების ჩათვლით, რომლებიც ამჟამად იღებენ მედიკამენტს მაღალი არტერიული წნევის გამო	129.4	132.6	126.5
სისხლის დიასტოლური წნევა (მმ/ვწყ), იმ პირების ჩათვლით, რომლებიც ამჟამად იღებენ მედიკამენტს მაღალი არტერიული წნევის გამო	82.2	83.0	81.4
მომატებული სისხლის წნევის მქონე პირები (სისტოლური ≥ 140 და/ან დიასტოლური ≥ 90 მმ/ვწყ ან პირები, რომლებიც ამჟამად იღებენ მედიკამენტს მაღალი არტერიული წნევის გამო)	37.7%	38.6%	36.9%
მომატებული სისხლის წნევის მქონე პირები (სისტოლური ≥ 140 და/ან დიასტოლური ≥ 90 მმ/ვწყ) რომლებიც ამჟამად არ იღებენ მედიკამენტს მაღალი არტერიული წნევის გამო	55.4%	64.2%	47.2%
ბიოქიმიური გაზომვები			
სისხლში გლუკოზის საშუალო კონცენტრაცია უზმოზე (მმოლ/ლ), მათ შორის ვინც იტარებს ანტიდიაბეტურ მკურნალობას	4.4	4.4	4.4
უზმოზე გლუკოზის მომატებული (≥6.1 მმოლ/ლ და <7.0 მმოლ/ლ) მაჩვენებელი (%)	2.0%	2.0%	1.9%
უზმოზე გლუკოზის მაღალი (≥7.0 მმოლ/ლ) მაჩვენებელი (%), მათ შორის ვინც იტარებს ანტიდიაბეტურ მკურნალობას	4.5%	4.7%	4.3%
სისხლში ქოლესტეროლის საშუალო კონცენტრაცია უზმოზე, მათ შორის ვინც იტარებს ანტილიპიდურ მკურნალობას	4.3	4.1	4.5
საერთო ქოლესტეროლი მომატებული (≥5.0 ან იმყოფება ანტილიპიდურ მკურნალობაზე) მაჩვენებელი (%)	27.7%	21.9%	33.0%
მიღებული მარილის საშუალო დღიური რაოდენობა (გრამი)	8.5	9.7	7.4

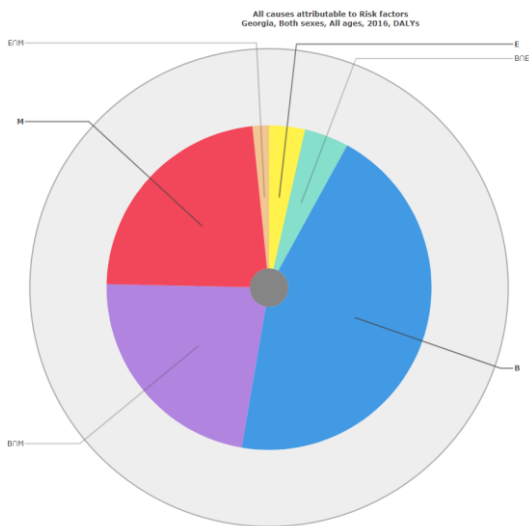
წყარო: დკსჯეც





ვაშინგტონის უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის გაზომვების და შეფასების ინსტიტუტის მონაცემებით:

ყველა რისკ-ფაქტორით განპირობებული DALYs, საქართველო, 2016



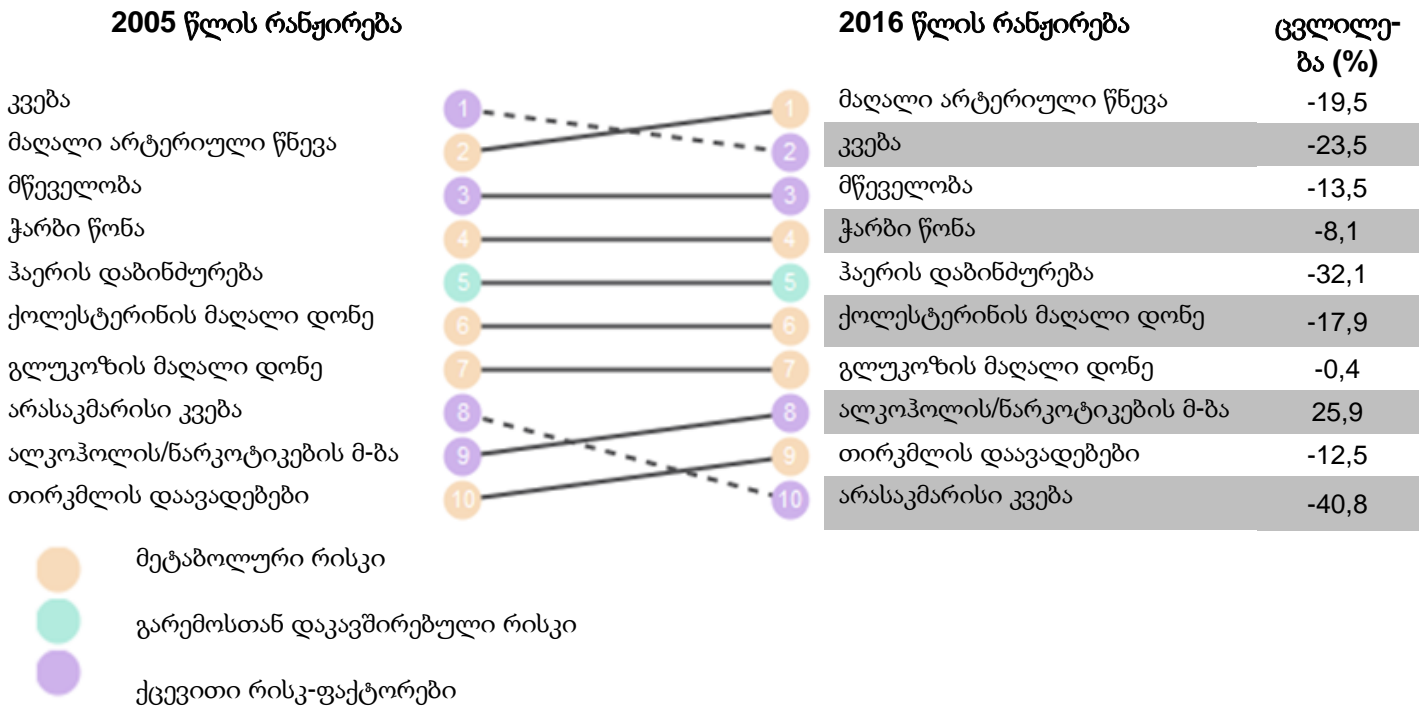
მიუკუთვნებელი
მეტაბოლური
გარემოს ფაქტორები
ქცევითი ფაქტორები
გარემო&ქცევა
ქცევითი&მეტაბოლური
ქცევითი&გარემო
ქცევითი&გარემო&მეტაბოლური

მწვევლების რაოდენობა ქვეყნების მიხედვით, 2015

ქვეყანა	მწვევლების რაოდენობა
რუსეთი	33000000
გერმანია	16000000
თურქეთი	15000000
საფრანგეთი	12000000
ინგლისი	11000000
უკრაინა	11000000
ყაზახეთი	2900000
ბელარუსი	2400000
უზბეკეთი	2100000
აზერბაიჯანი	1800000
შვედეთი	990000
ყირგიზეთი	790000
საქართველო	750000
მოლდოვა	710000
ნორვეგია	700000
ლიეტუვა	650000
ტაჯიკეთი	630000
სომხეთი	570000
ლატვია	540000
თურქმენეთი	310000
ესტონეთი	270000

წყარო: IHME

სიკვდილის და უნარშეზღუდულობის გამომწვევი ძირითადი რისკ-ფაქტორები, საქართველო



წყარო: *Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*

თამბაქოს კონტროლის გაძლიერება საქართველოში

2017 წლის 17 მაისს საკანონმდებლო პაკეტი „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ მესამე მოსმენით იქნა დამტკიცებული საქართველოს პარლამენტის მიერ. 30 მაისს ხელი მოაწერა პრეზიდენტმა. ცვლილებები შევიდა შემდეგ კანონებში: საქართველოს კანონში „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“, „რეკლამის შესახებ“, „ლატარიების, აზარტული და მომგებიანი თამაშობების მოწყობის შესახებ“, „მაუწყებლობის შესახებ“, საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსში.

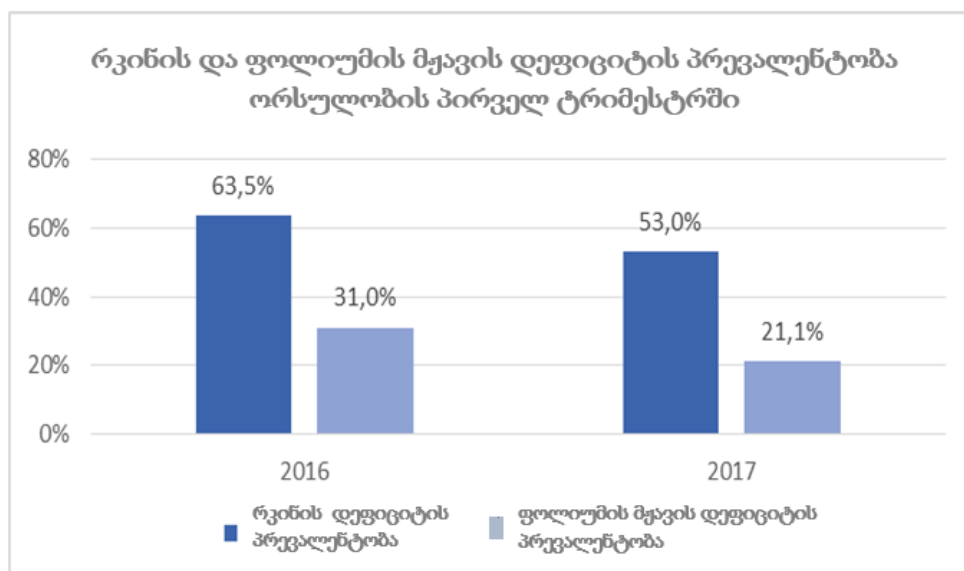
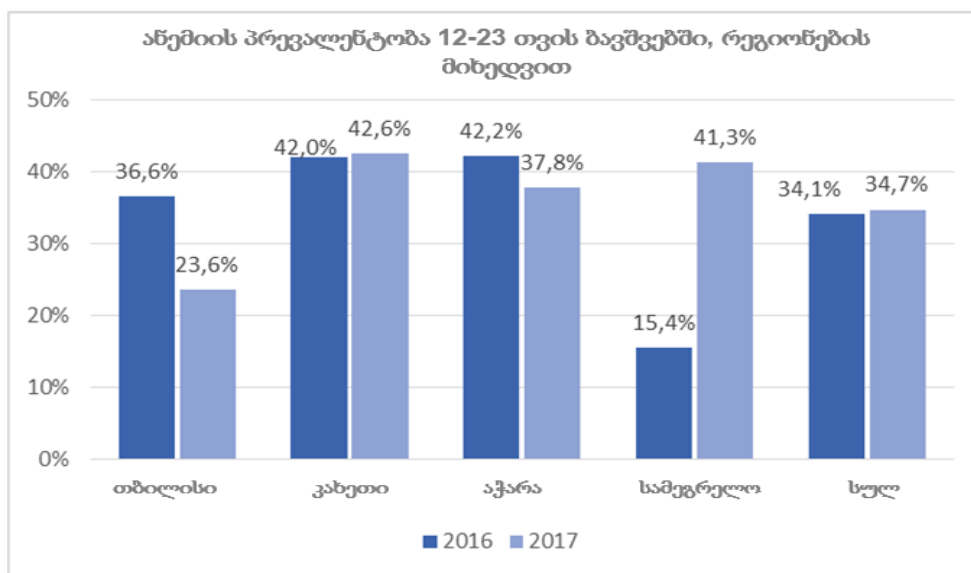
ძირითადი ცვლილებები:

- თამბაქოს მწარმოებელთა ინტერესების გამორიცხვა და თამბაქოს მწარმოებელთა და საზოგადოებრივი ორგანიზაციების/პირების ურთიერთობის გამჭვირვალობა ჯანდაცვის სფეროში გადაწყვეტილების მომზადების, მიღების და დამკვიდრების პროცესში;
- თამბაქოს კვამლისგან თავისუფალი საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილები (გარდა კაზინოებისა, სიგარ-ბარებისა და აეროპორტებისა) - 2018 წლის 1 მაისიდან;
- თამბაქოს ნაწარმის ყველა სახის რეკლამის, პოპულარიზაციისა და სპონსორობის აკრძალვა (მათ შორის ინტერნეტით) - 2018 წლის 1 მაისიდან;
- მალაზიების გარე ვიტრინებსა და ფანჯრებზე თამბაქოს ნაწარმისა და მისი აქსესუარების განთავსების აკრძალვა - 2018 წლის 1 სექტემბრიდან;
- თამბაქოს კვამლისგან თავისუფალი სტადიონები - 2020 წლის 1 მაისიდან;
- შიდა ვიტრინებზე თამბაქოს ნაწარმისა და მისი აქსესუარების განთავსების აკრძალვა - 2021 წლის 1 იანვრიდან.

„მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის ზედამხედველობის გაძლიერების“ კოლაბორაციული პროექტი

ამერიკის დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკური ცენტრების (US CDC) და საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის (NCDC) მიერ, „მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის ზედამხედველობის გაძლიერების“ კოლაბორაციული პროექტის ფარგლებში, 2015 წლიდან ხორციელდება ნუტრიციული ზედამხედველობის სისტემის ფორმირება და განვითარება საქართველოში.

ზედამხედველობის სისტემაში ჩართულია სისხლის და შარდის ლაბორატორიული კვლევის კომპონენტი რკინის, ფოლატის და იოდის დეფიციტის გამოსავლენად როგორც ბავშვთა, ასევე ორსულთა კონტინგენტში. პროექტის განხორციელების განვლილ პერიოდში დაფიქსირდა ფრიად საყურადღებო მონაცემები, რაც ასახავს საქართველოს მოსახლეობაში ნუტრიციული სტატუსის, კერძოდ, მიკრონუტრიენტთა დეფიციტის არსებულ ვითარებას და გავრცელების ტენდენციებს. 12-23 თვის ბავშვთა დაახლოებით 34% აღენიშნა ანემია; კერძოდ, 12-23 თვის ბავშვთა მოსახლეობის დაახლოებით 80%-ს და ორსულთა 60%-ს აღენიშნა რკინის დეფიციტი; ორსულების დაახლოებით 26%-ს გამოუვლინდა ფოლიუმის მჟავის დეფიციტი. მაღალია ნერვული მილის დეფექტების გავრცელების მაჩვენებელი (2.7 შემთხვევა 1000 ცოცხალშობილზე); გამოკვლეულ კონტინგენტში არ აღინიშნება იოდის დეფიციტი; მნიშვნელოვანი პრობლემები მალნუტრიციის კუთხით ბავშვთა კონტინგენტში არ დაფიქსირებულა.



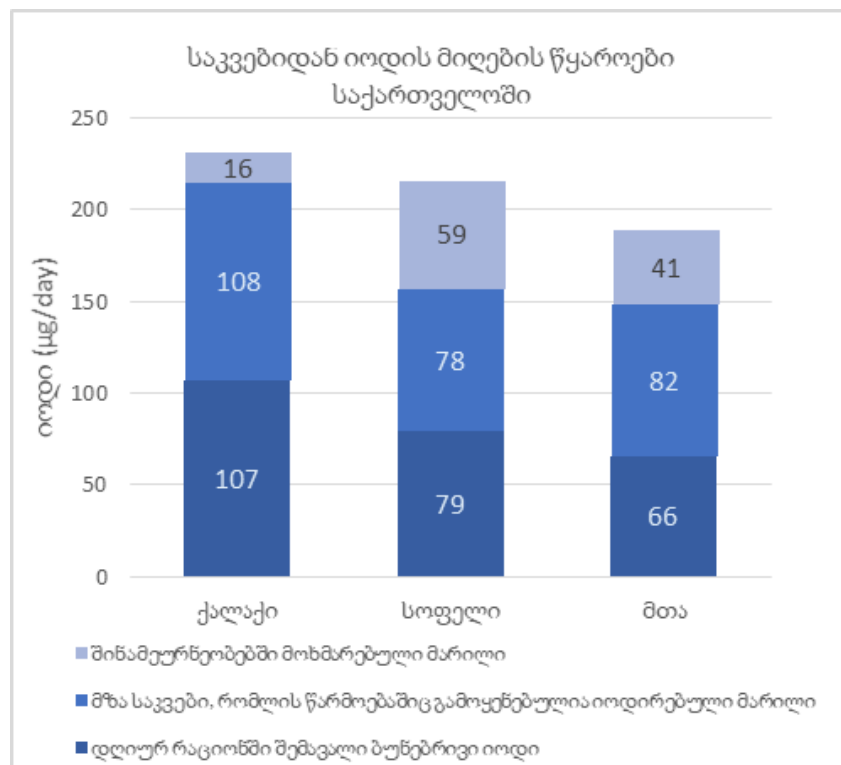
იოდის და იოდიზირებული მარილის მოხმარების ეროვნული ზედამხედველობა საქართველოში

საქართველოში იოდ-დეფიციტით გამოწვეული დარღვევები ენდემურ პრობლემას წარმოადგენს. ეს გამოწვეულია წყალსა და ნიადაგში იოდის დაბალი დონით და შესაბამისად ადგილობრივად წარმოებულ საკვებ პროდუქტებშიც. 1998 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით იოდის დეფიციტი გამოუვლინდა მოსახლეობის 55-58%.

2005 წელს ახალი კანონი "იოდის, მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტის გამოწვეული დაავადებების პრევენცია" საფუძველზე პარლამენტმა გამოსცა ბრძანებულება (USI), რომელიც კრძალავს არა-იოდიზირებული მარილის იმპორტსა და ვაჭრობას.

კანონი წარმოადგენს საქართველოს მთავრობისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის ერთობლივი ძალისხმევის შედეგს. დამტკიცდა მარილის მიღების სტანდარტი 40 ± 15 მგ იოდი/კგ.

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და UNICEF-Georgia- ს თანამშრომლობით ჩატარდა იოდის ეროვნული კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა: ინფორმაციის მოპოვებას მოსახლეობის იოდიზირებული მარილით უზრუნველყოფის, მარილში იოდის ადეკვატური შემცველობის, ქვეყნის მასშტაბით იოდის მოხმარების დონის დადგენის და მარილში იოდის შემცველობის ნორმატივების ჩამოყალიბების შესახებ.



იოდის ეროვნულმა კვლევამ დაადასტურა იოდის ოპტიმალური დონე მოსახლეობაში, საქართველოს მოსახლეობის 90% ზე მეტი ხარისხიან იოდიზირებულ მარილს მოიხმარს, რაც USI პროგრამის წარმატების შედეგია.

გარემო და ჯანმრთელობა



მსოფლიოს სხვა მრავალი ქვეყნის მსგავსად, გარემოს მავნე ზემოქმედების შედეგად გამოწვეული დაავადების ტვირთი საქართველოშიც საკმაოდ მაღალია (17%). გარემოსთან-ასოცირებული დაავადებების ტვირთის შემცირებისა და პრევენციის მიზნით, ამასთანავე ეკოლოგიური რისკებისადმი მოსახლეობის ექსპოზიციის შესამცირებლად შემუშავდა გარემოსა და ჯანმრთელობის ეროვნული სამოქმედო გეგმა საქართველოსა და

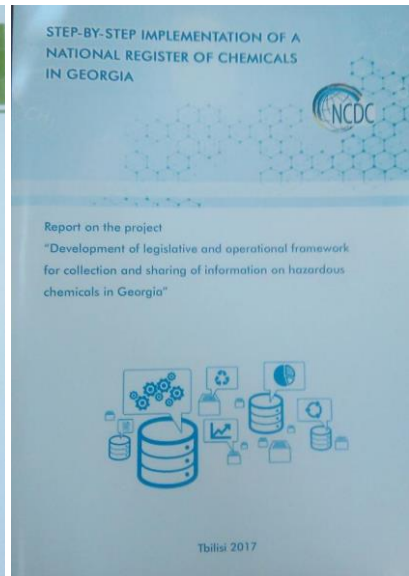
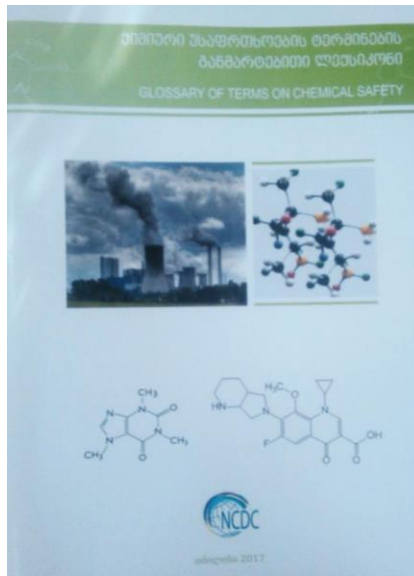
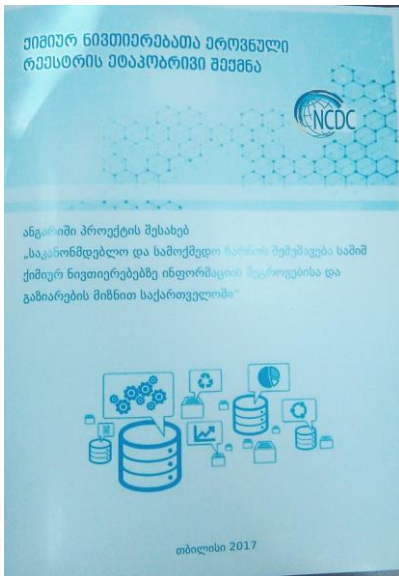
ევროკავშირის შორის ასოცირების ხელშეკრულების მოთხოვნების შესაბამისად. საქართველომ დაიწყო გარემოსა და ჯანმრთელობის ეროვნული სამოქმედო გეგმით დადგენილი ვალდებულებების განხორციელება ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი ტვინინგის მექანიზმის გამოყენებით.

7 სტრატეგიული მიზანი და ინტერვენციები ჩამოყალიბებულია ახლად შემუშავებულ გარემოსა და ჯანმრთელობის ეროვნულ სამოქმედო გეგმაში; ესენია:

1. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა უსაფრთხო და მდგრადი წყალმომარაგებისადმი ხელმისაწვდომობისა და სანიტარიული მდგომარეობის გაუმჯობესების გზით. თითოეული ბავშვის ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფა უსაფრთხო წყალმომარაგებისა და სანიტარიული მდგომარეობისადმი 2021 წლისთვის.
2. ბავშვთა ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება ჯანსაღი და უსაფრთხო გარემოსადმი და ყოველდღიური ცხოვრების პირობებისადმი მათი ფიზიკური აქტივობის გაზრდის მიზნით 2021 წლისათვის.
3. ატმოსფერული (გარე) და შიდა ჰაერის გაბინძურების ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების შეფასება და განხორციელებული ღონისძიებები მავნე ზემოქმედების შემცირების მიზნით.
4. ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედებით გამოწვეული ავადობის პრევენცია.
5. ჯანმრთელობის საკითხების ინტეგრაცია კლიმატის ცვლილების ადაპტაციისა და შემარბილებელი პოლიტიკის სფეროში
6. საქართველოში არსებული "გარემოსა და ჯანმრთელობის" სისტემის მართვის გაუმჯობესება.
7. გარემოს ფიზიკური აგენტებით განპირობებული რისკების შემცირება 2021 წლისთვის.

პროექტი "Twining-GE22" - "გარემოს ჯანმრთელობის სისტემის გაძლიერება საქართველოში", რომელიც ევროკავშირის მხარდაჭერით განხორციელდა იტალიის, პოლონეთისა და დიდი ბრიტანეთის კონსორციუმის მიერ, 2017 წელს დაიწყო. პროექტის ამოცანებია: გარემოს ჯანმრთელობის ეროვნული სამოქმედო გეგმის შემუშავება, ეროვნული კანონმდებლობის ჰარმონიზაცია ევროკავშირის კანონმდებლობასთან, გარემოს და ჯანმრთელობის არსებული სისტემის შესაძლებლობების გაძლიერება და ევროკავშირის შესაბამისი საჯარო უწყებებთან დამშობილება.

ქიმიური უსაფრთხოება - გერმანიის გარემოს, ბუნების დაცვისა და ბირთვული უსაფრთხოების ფედერალურ სამინისტროს საკონსულტაციო დახმარების პროგრამის (AAP) ფარგლებში ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის, კავკასიის, ცენტრალური აზიის ქვეყნებსა და ევროკავშირის სხვა მეზობელ სახელმწიფოებში, 2015-2017 წლებში განხორციელდა პროექტი „საკანონმდებლო და სამოქმედო ჩარჩოს შემუშავება საშიშ ქიმიურ ნივთიერებებზე ინფორმაციის შეგროვებისა და გაზიარების მიზნით საქართველოში“.



პროექტი მიზნად ისახავს საშიში ქიმიური ნივთიერებებზე ინფორმაციის შეგროვებისა და გაზიარების საკანონმდებლო და სამოქმედო ჩარჩოს შემუშავებას, ინვენტარიზაციის მოდელის შექმნასა და მისი პრაქტიკული გამოყენების ტესტირებას.

საშიში ქიმიური ნივთიერებების რეგისტრის მოდელი, მისი დემო-ვერსია და საოპერაციო ჩარჩო შემუშავდა ეროვნული ექსპერტების მიერ პროექტის საერთაშორისო მენეჯერთან და საერთაშორისო ექსპერტებთან თანამშრომლობით.

წყალი, სანიტარია და ჰიგიენა - WASH აქტივობები - საქართველო თანალიდერია უნგრეთთან ერთად - საქართველო ჩართულია ევროპის რეგიონში წყლის, სანიტარიისა და ჰიგიენის (WASH) გაძლიერების საკითხში.

საყოველთაო ჯანდაცვა

სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გლობალური ჯანმრთელობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს და გულისხმობს მოსახლეობის არა მარტო ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, არამედ მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი და სამართლიანი მიწოდების გარანტიას, განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.

2012 წლის არჩევნების შემდეგ ახლად არჩეულმა მთავრობამ აიღო გეზი საქართველოს მოსახლეობის სოციალური და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. წინასწარჩევნო პლატფორმაში ჩადებული ძლიერი პოლიტიკური ნება აისახა 2013 წელს უპრეცედენტოდ (თითქმის 2-ჯერ) გაზრდილ საბიუჯეტო განაწილებაზე.

2013 წლიდან საქართველოს ხელისუფლებამ საფუძველი ჩაუყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებულ ჯანმრთელობის პოლიტიკას და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით სათავე დაუდო მოსახლეობის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალურ მოცვას. საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმამ უზრუნველყო ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება.

თითოეული მოქალაქე უზრუნველყოფილია სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის 130 000 ადამიანს გააჩნია მხოლოდ კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა, დანარჩენი მოსახლეობის

მოთხოვნები სრულად იფარება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ან დაზღვევით, რომელიც ფინანსდება სახელმწიფოს ბიუჯეტიდან (სამხედრო მოსამსახურეები და ა.შ.).

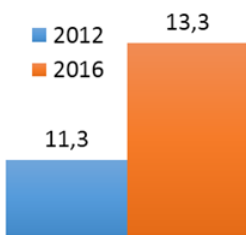
2013 წლის 28 თებერვლიდან 1 ივლისამდე მოქმედებდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი, რაც გულისხმობდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ოჯახის/უბნის ექიმის მომსახურებას და გადაუდებელი შემთხვევების მართვას როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დონეზე.

2013 წლის 1 ივლისიდან ძალაში შევიდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეორე ეტაპი - ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოქალაქეებისთვის ამოქმედდა ბაზისური პაკეტი, რომელიც ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ, გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებას, ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობასა და მშობიარობას. პროგრამის ფარგლებში ასევე ხდება საბაზისო მედიკამენტების დაფინანსება მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისთვის.

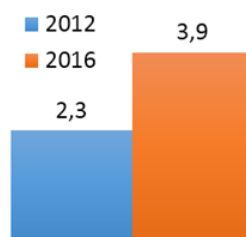
2017 წლის მაისიდან პროგრამის შემდგომი რეფორმირებისთვის, მიზანშეწონილად ჩაითვალა ბენეფიციარების დიფერენციაციის ახალი კრიტერიუმების შემუშავება (მოსარგებლეების შემოსავლების მიხედვით), რომლის ამოსავალი წერტილია უფრო მეტად საჭიროებაზე ორიენტირებული სერვისების მიწოდება და მიდგომის - „სოციალური სამართლიანობა“ - მეტად განვითარება.

2017 წლის 1 ივლისიდან ქრონიკული დაავადებების მქონე პირთათვის, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან „სოციალურად დაუცველი ოჯახების“ მონაცემთა ერთიან ბაზაში და მათზე მინიჭებული სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000-ს, ამოქმედდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული დაავადებების, ფილტვის ქრონიკული დაავადებების, დიაბეტის (ტიპი 2) და ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებათა რიგი სამკურნალო მედიკამენტებით პაციენტთა უზრუნველყოფა.

სერვისების გამოყენება

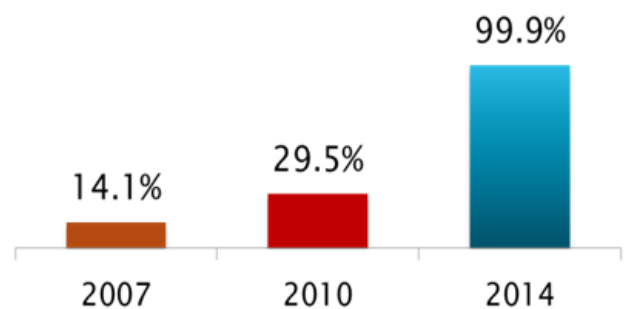


ჰოსპიტალიზაცია 100 მოსახლეზე



ამბულატორიულ დაწესებულებებში ვიზიტების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე

ჯანდაცვის სერვისებით მოცვა



(HUES 2014)

15 წლის ჯანმო-ს ევროპის ჯანდაცვის ანგარიშის თანახმად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა წარმატებულად იქნა აღიარებული. UNDP-ის მიერ 2014 წელს ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ გამოკითხული ბენეფიციარების 80.3% კმაყოფილია მიწოდებული

ამბულატორიული სერვისით, ხოლო საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში მიღებული ჰოსპიტალური გადაუდებელი დახმარებით აბსოლუტურად კმაყოფილია გამოკითხულ ბენეფიციართა 96.4%.

ჯანმო-ს ბოლო მონაცემებით, ევროპის რეგიონში ერთ სულ მოსახლეზე საშუალოდ 6 ამბულატორიული ვიზიტი მოდის. საქართველოში ბოლო 20 წლის განმავლობაში ეს ინდიკატორი არ აღემატებოდა 2.2. საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მიმართვების რაოდენობა მატულობს, რასაც საფუძვლად უდევს ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის ზრდა. 2016 წელს საქართველოში ამბულატორიული მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 3.9-ს გაუტოლდა.

საერთაშორისო ორგანიზაციების (World Bank, WHO, USAID) კვლევის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის ძირითად მიღწევად აღნიშნულია: სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზრდა, სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის მატება, ფინანსური ბარიერების შემცირება და მოცვის გაზრდა.

ლიმიტირებული სახსრების პირობებში ხარისხის უზრუნველყოფად 2017 წლის მაისიდან დაიწყო სელექტიური კონტრაქტირების დანერგვა. სელექცია განხორციელდება შემდეგი კრიტერიუმებით: სერვისების მოცვა, სერვისების ხარისხი, სერვისების მოცულობა, ფინანსური გამჭვირვალობა და საჯარიმო სანქციებზე „დამყოლობა“.

2017 წლის პირველი მარტიდან დაიწყო მშობიარობებებისა და საკეისრო კვეთების და ნეონატალური ინტენსიური დახმარების სერვისების, ივლისიდან II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლის, ხოლო 2018 წლის იანვრიდან - გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებათა სელექტიური კონტრაქტირება.

„ვერტიკალური“ სახელმწიფო პროგრამები

საყოველთაო ჯანდაცვის გარდა, სახელმწიფო ახორციელებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებს და ასევე ცალკეულ პროგრამებს პრიორიტეტული მიმართულებით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები:

- დაავადებების ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი
- იმუნიზაცია
- ეპიდზედამხედველობა
- უსაფრთხო სისხლი
- პროფესიული დაავადებების პრევენცია
- TB - ის მართვა
- აივ/შიდსის მართვა
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა
- ნარკოდამოკიდებული პაციენტების მკურნალობა
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა
- C ჰეპატიტის მართვა

პრიორიტეტული მიმართულებების სახელმწიფო პროგრამები

- ინფექციური დაავადებების მართვა

- ფსიქიკური ჯანმრთელობა
- დიაბეტის მართვა
- წამალდამოკიდებულების მკურნალობა
- ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგია
- ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების მიწოდება
- დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია
- ინკურაბელური პაციენტების პალიატიური მოვლა
- იშვიათი დაავადებების მკურნალობა
- სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარება
- სოფლის ექიმები
- წვევანდებლების სამედიცინო სკრინინგი
- რეფერალი (ინდივიდუალური მკურნალობა)

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, დანახარჯები, მლნ ლარი

	2013	2014	2015	2016	2017
საყოველთაო ჯანდაცვა	70	338	574	681	710
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები	240	68			
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები	31	53	69	73	73
პრიორიტეტული მიმართულებების პროგრამები	95	124	140	149	158
სულ	436	583	783	903	941

ჯანდაცვაზე დანახარჯები

საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ყოველწლიურად იზრდება, რაც სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის მატებასა და გადახდისუნარიანობის გაუმჯობესებაზე მიუთითებს. საკუთარი ეკონომიკიდან საქართველო ჯანდაცვაზე ხარჯავს თითქმის იმდენივეს (8-9%), რამდენსაც ევროპის მდიდარი ქვეყნები (ჯანდაცვაზე საერთო დანახარჯი).

2013 წლიდან ხელისუფლებამ საფუძველი ჩაუყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებულ ჯანმრთელობის პოლიტიკას. ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2015 წ. 913 მლნ. ლარი). მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ყოველწლიურად იზრდება (2012 წ. - 1.7%, 2015 წ. – 2.9%), თუმცა ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის (EU15) - 8%, ევროკავშირის (EU28) - 7,3% და ევროპის 53 ქვეყნის - 5,7% საშუალო მაჩვენებლებს.

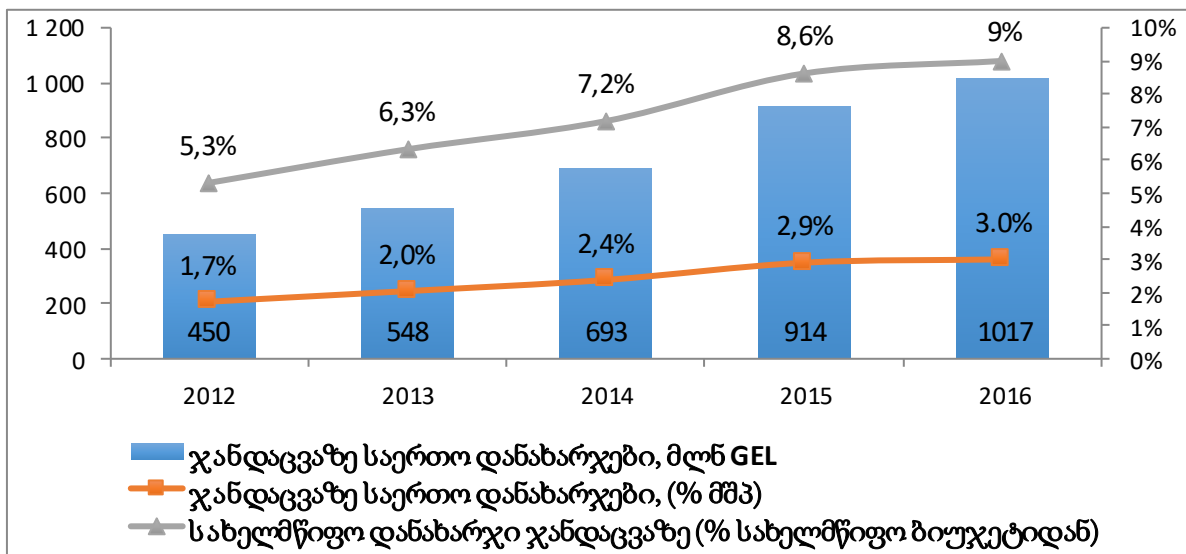
2014-2015 წლებში ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დაფინანსების მატება დაფიქსირდა ერთ სულზე გადაანგარიშებით: 2014 – 186 ლარი; 2015 – 246 ლარი. ჯანმოსა და მსოფლიო ბანკის შეფასებით, ხარჯთეფექტიანი რეფორმების გატარებით, ქვეყანამ გააუმჯობესა ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვაზე და უზრუნველყო მოსახლეობის უკეთესი ფინანსური დაცულობა.

2014-2015 წლებში ჯანდაცვაზე დანახარჯები მკვეთრად გაიზარდა ერთ სულზე გადაანგარიშებით, რაც, ერთი მხრივ, საყოველთაო აღწერის მიხედვით მოსახლეობის მნიშვნელოვანი შემცირებით და მეორე მხრივ, ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დაფინანსების მატებით უნდა აიხსნას.

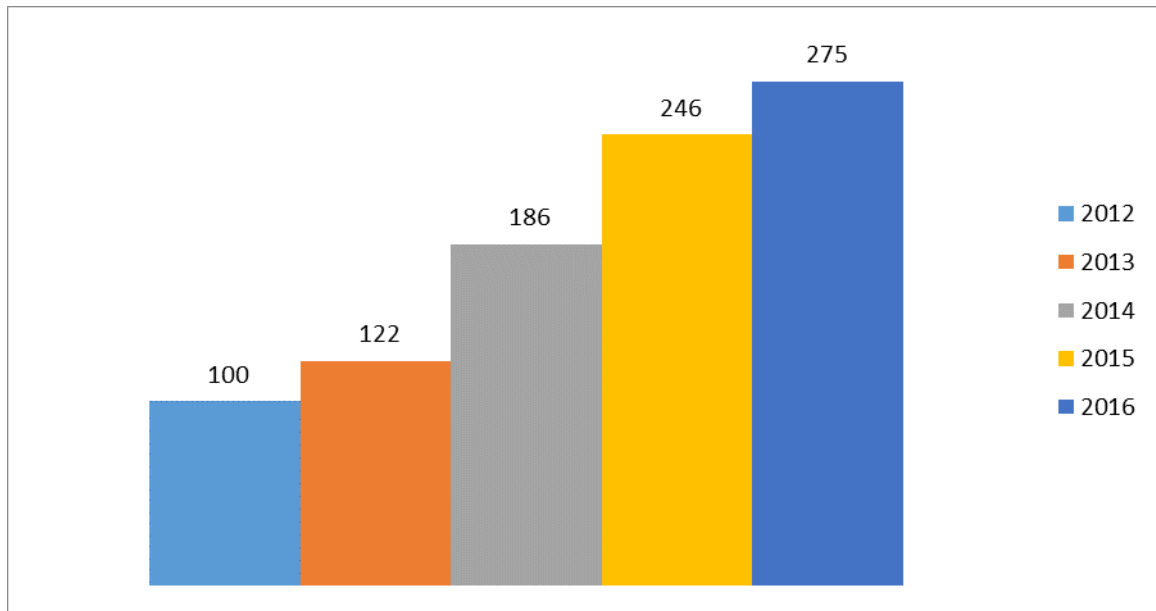
2012-2015 წლებში ჯანდაცვაზე მიმართული თანხები დაფინანსების წყაროებს მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება სახელმწიფო (2012 – 21%; 2015 - 36%), კერძო (2012 – 77%; 2015 - 62%), საერთაშორისო დახმარებები და გრანტები (2012 – 2.3%; 2015 – 1.8%). ტენდენციების შედარების მიზნით, 2015 წელს, ფარმაცევტული კომპანია გილევადის მიერ ქვეყნისთვის უსასყიდლოდ გადმოცემული C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტების ღირებულება (1.2 მლრდ ლარი) ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებში არ არის გათვალისწინებული.

კერძო დანახარჯებში ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი მოდიოდა ჯიბიდან გადახდებზე, საიდანაც მხოლოდ 7% იხარჯებოდა წინასწარ გადახდილი სადაზღვევო სქემების დასაფარად, დანარჩენი სამედიცინო მომსახურებისთვის პირდაპირი გადახდებისთვის იყო განკუთვნილი. ჯიბიდან გადახდილი თანხების წილი მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში: 73%-დან (2012) 57%-მდე (2015), რაც გამოწვეული იყო ძირითადად ჰოსპიტალიზაციაზე გაწეული ნაკლები დანახარჯებით, რაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების პირდაპირი შედეგია.

ჯანდაცვაზე დანახარჯების დინამიკა



სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულ მოსახლეზე, საქართველო



დანახარჯები ჯანდაცვაზე, საქართველო

დანახარჯები ჯანდაცვაზე	2012	2013	2014	2015
მშპ, მლნ ლარი	26167.3	26847.4	29150.5	31755.6
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები, მლნ ლარი	2190.5	2254.3	2460.2	2518.7
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების წილი მშპ-დან (%)	8.4%	8.5%	8.5%	8.5%
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, მლნ. ლარი	450.3	547.9	693.2	914.0
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი დანახარჯებიდან (%)	20.6%	24.3%	28.2%	36.3%
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან (%)	1.7%	2.0%	2.4%	2.9%
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (%)	5.3%	6.3%	7.2%	8.6%
ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები, მლნ. ლარი	1689.7	1655.5	1720.4	1558.9
ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების წილი მთლიანი დანახარჯებიდან (%)	77.1%	73.4%	69.9%	61.9%
ჯანდაცვაზე პირდაპირი, ჯიბიდან გადახდები, მლნ. ლარი	1608.8	1557.0	1623.4	1443.8
ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დახმარება, მლნ ლარი	50.5	50.9	46.5	45.8
ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დახმარების წილი მთლიანი დანახარჯებიდან (%)	2.3%	2.3%	1.9%	1.8%
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯი ერთ სულზე, ლარი	488	502	660	677
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯი ერთ სულზე, აშშ დოლარი	295	302	374	298
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯი ერთ სულზე, საერთაშორისო დოლარი	571	601	772	792
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი ერთ სულზე, ლარი	100	122	186	246

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი ერთ სულზე, აშშ დოლარი	61	73	105	108
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი ერთ სულზე, საერთაშორისო დოლარი	117	146	218	288
ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯი ერთ სულზე, ლარი	376	369	462	419
ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯი ერთ სულზე, აშშ დოლარი	228	222	261	185
ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯი ერთ სულზე, საერთაშორისო დოლარი	440	441	540	490
ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დახმარება ერთ სულზე, ლარი	11	11	12	12
ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დახმარება ერთ სულზე, აშშ დოლარი	7	7	7	5
ჯანდაცვაზე საერთაშორისო დახმარება ერთ სულზე, საერთაშორისო დოლარი	13	14	15	14

წყარო: შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო

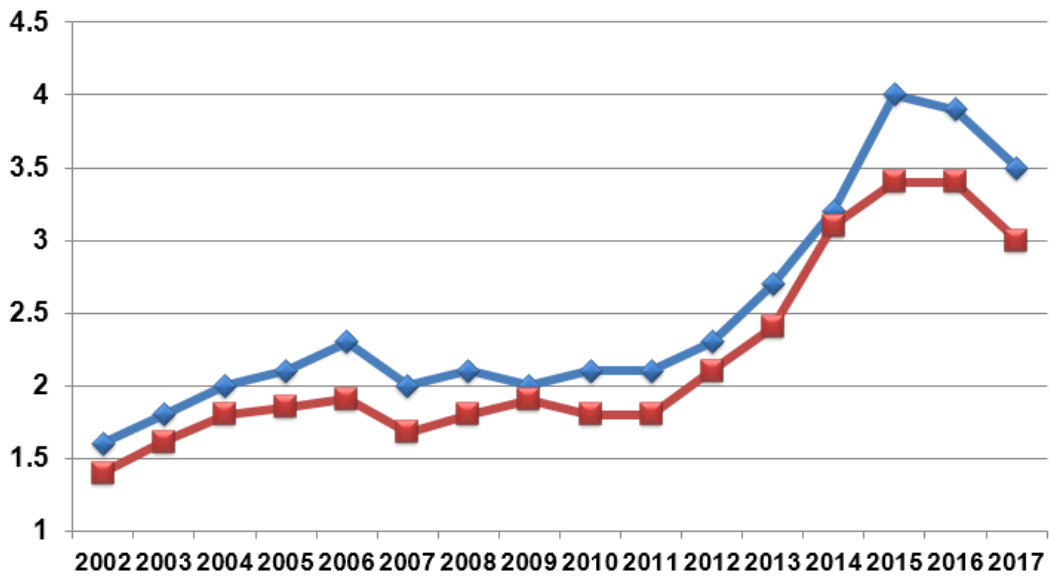
ჯანდაცვის რესურსები

ჯანდაცვის რესურსები, საქართველო, 2017			
ექიმების რაოდენობა (სტომატოლოგების ჩათვლით)	29811	სტაციონარული დაწესებულებების რაოდენობა	280
ექიმებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	799.6	პოლიკლინიკური დაწესებულებების რაოდენობა	2369
საექთნო პერსონალის რაოდენობა	19376	ანტენატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებები	344
ექთნებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	522.4	სასწრაფო დახმარების სადგურების რაოდენობა	82
ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა	15084	სისხლის გადასხმის სადგურების რაოდენობა	21
ჰოსპიტალური საწოლებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	404.6	ჩვილ ბავშვთა სახლების რაოდენობა	1
მიმართვა ექიმთან	12906763	ს/კ ინსტიტუტების რაოდენობა	9
ექიმის ვიზიტი ბინაზე	239103	სოფლის ექიმი-მეწარმეს რაოდენობა	1277

წყარო: დკსჯეც

საქართველოში ექთნების რაოდენობის ექიმების რაოდენობასთან შეფარდება უკანასკნელი წლების განმავლობაში კლების დინამიკით ხასიათდება.

მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე, საქართველო

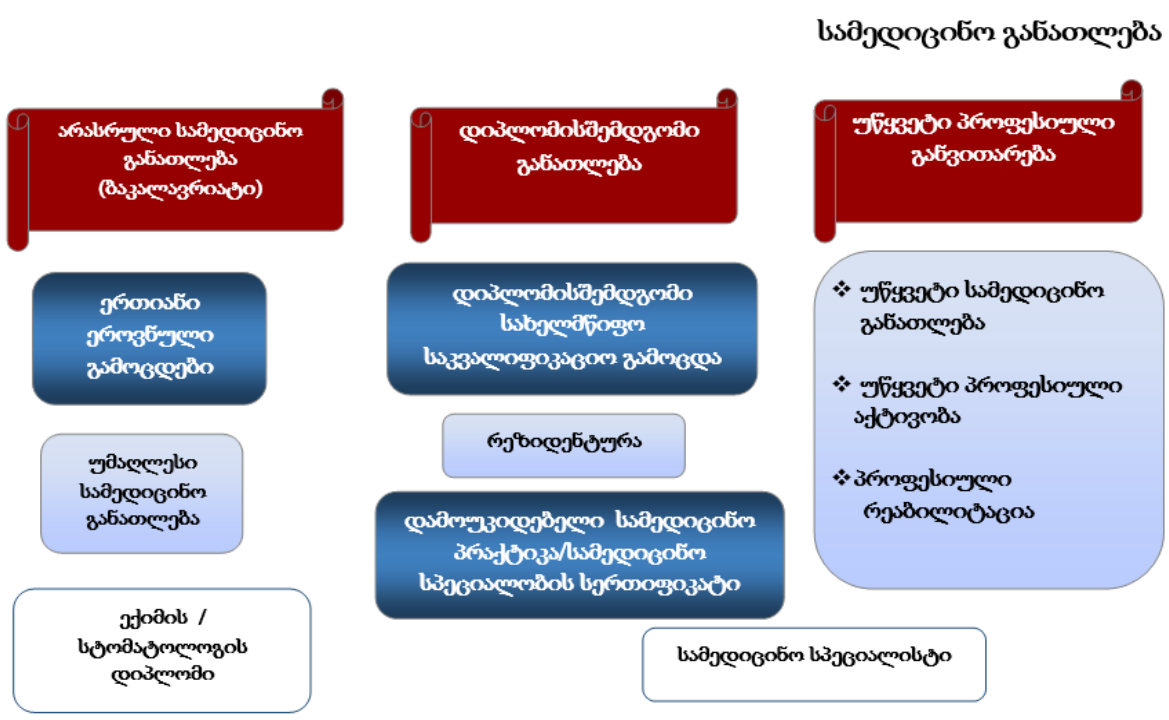


◆ მიმართვები სულ ■ მიმართვები ექიმთან

წყარო: დკსჯეც

საქართველოში სამედიცინო განათლების სისტემა

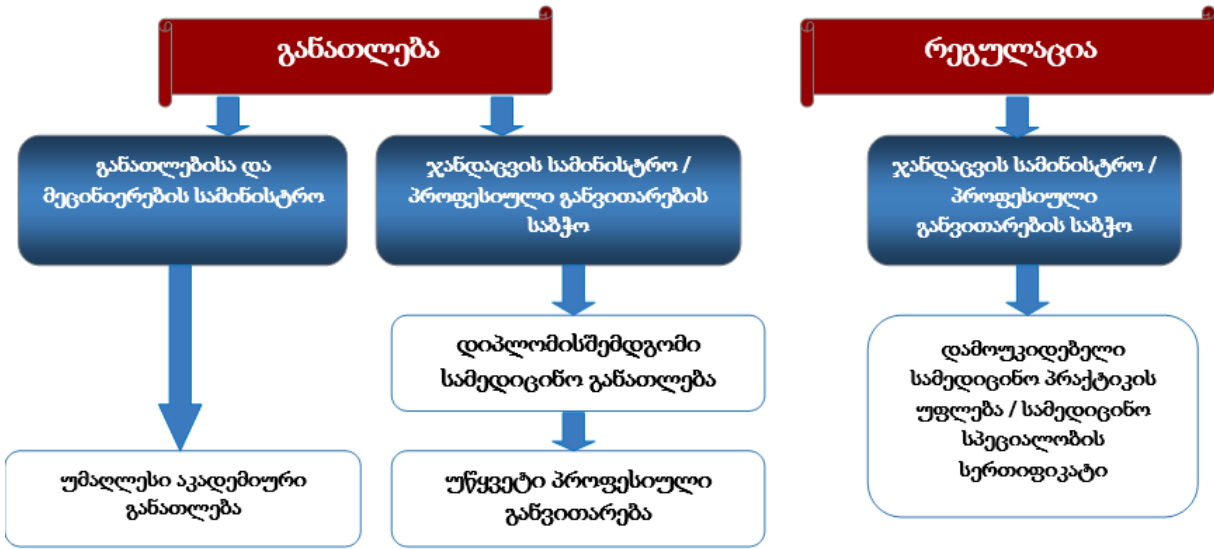
საქართველოში ექიმთა განათლება ხორციელდება სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის (WFME) სტანდარტების შესაბამისად, რომელიც მოიცავს 3 ეტაპს: არასრულ სამედიცინო განათლებას (ბაკალავრიატი), დიპლომისშემდგომ განათლებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას:



საბაკალავრო სამედიცინო განათლების სისტემა, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს კომპეტენციის ფარგლებშია ხოლო დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება და უწყვეტი

პროფესიული განვითარება - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კომპეტენციის ფარგლებში:

სახელმწიფო სტრუქტურებს შორის ფუნქციების განაწილება



დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება

დიპლომისშემდგომი განათლება (პროფესიული მომზადება) საჭიროა დამოუკიდებელი სამედიცინო პრაქტიკის / სახელმწიფო სერთიფიკატის უფლების მოსაპოვებლად. 1999 წლიდან დიპლომისშემდგომი განათლება წარმოადგენს რეზიდენტურის პროგრამის ნაწილს. რეზიდენტურის კურსდამთავრებულებს მიეცემა სახელმწიფო სერთიფიკატი და შეეძლება დაიწყო სამედიცინო პრაქტიკა. რეზიდენტურის პროგრამების ხანგრძლივობა შეესაბამება ევროკავშირის ქვეყნების ანალოგიური პროგრამების სტანდარტებს.

საქართველოს დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემა (მათ შორის რეზიდენტურის პროგრამები, ასევე სასწავლო პროცესი და ინსტიტუციური აკრედიტაცია) შეესაბამება სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის (WFME) ძირითად სტანდარტებს.

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება რეგულირდება "სამედიცინო საქმიანობის შესახებ" საქართველოს კანონით და შესაბამისი ნორმატიული აქტებით.

დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების ცვლილებები:

- 2014 წლიდან განახლდა / მომზადდა 56 სამედიცინო სპეციალობის რეზიდენტურის პროგრამა;
- 2014 წლიდან განახლდა 15 სამედიცინო სპეციალობის ჩამონათვალი;
- 2013 წელს მომზადდა სერთიფიცირების გამოცდის ტესტები - "დახურული ბაზა" (ტესტების 25%), ექიმის შეფასების სისტემის გაუმჯობესების მიზნით;
- 2013 წლიდან მომზადდა სახელმწიფო სერთიფიცირების ტესტები 10 სამედიცინო სპეციალობაში;
- 2017 წელს განახლდა დიპლომისშემდგომი კვალიფიკაციის გამოცდები.

გამოწვევები:
განათლება

- საუნივერსიტეტო კლინიკების განვითარების ხელშეწყობა
- პროგრამის და ლიტერატურის მუდმივი განახლება
- ავტორიზაციის / აკრედიტაციის სტანდარტების სრულყოფა / გაუმჯობესება
- ექიმების პერიოდული რესერტიფიცირების სისტემის დანერგვა
- სამედიცინო მეცნიერების განვითარების ხელშეწყობა

უწყვეტი პროფესიული განვითარება

საქართველოში არ არის სავალდებულო ყველა სპეციალობისათვის, გაგრძელდეს უწყვეტი პროფესიული განვითარება (CPD), პერინატალურ სამსახურში მომუშავე მეან-გინეკოლოგებისა და ნეონატოლოგების გარდა. უწყვეტი პროფესიული განვითარება ექიმის ეთიკური ვალდებულებაა და ზოგ შემთხვევაში ხორციელდება დამსაქმებლის მოთხოვნით.

უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიღება შესაძლებელია უნივერსიტეტების, სამედიცინო ორგანიზაციების და სამედიცინო დაწესებულებების ბაზაზე.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭო უზრუნველყოფს უწყვეტი პროფესიული განვითარების სავალდებულო აკრედიტაციას.

ძირითადად, უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიღება ფინანსდება ექიმების, დამსაქმებლებისა და დონორი ორგანიზაციების მიერ.

უწყვეტი პროფესიული განვითარება რეგულირდება საქართველოს კანონით სამედიცინო საქმიანობის შესახებ და შესაბამისი ნორმატიული აქტებით.

ცვლილებები:

2016 წლიდან საქართველოში ამერიკის შეერთებული შტატების თავდაცვის საფრთხის შემცირების სააგენტოს (DTRA) მხარდაჭერით ბრიტანული მედიცინის ჟურნალის (BMJ) ონლაინ პლატფორმის დანერგვა დაიწყო. შესაბამისად, ქართველ ექიმებს საშუალება აქვთ გამოიყენონ BMJ-ს საუკეთესო პრაქტიკა ("BMJ BP") და BMJ-ს სწავლება ("BMJ-L") 3 წლის განმავლობაში.

2017 წელს განახლდა უწყვეტი სამედიცინო განვითარების საქმიანობის აკრედიტაციის მოთხოვნები.

2018 წლიდან პერინატალურ დაწესებულებებში მომუშავე მეან-გინეკოლოგთა და ნეონატოლოგთათვის CPD პროგრამებში მონაწილეობა გახდა სავალდებულო.

გამოწვევები:

- სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განვითარების სისტემის ჩამოყალიბება
- პაციენტის უსაფრთხოება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული რეფორმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და საქართველოს მოსახლეობისთვის მაღალხარისხიანი, უსაფრთხო და ეფექტური მედიკამენტების მიწოდება, რომელსაც ემსახურება საქართველოს ფარმაცევტული კანონმდებლობა და რეგულირების სისტემა, რომელიც შეესაბამება ევროკავშირის კანონმდებლობას და რეგულირების მოდელს. 2009 წელს მიღებული რეგულაციების გადაჭარბებული ლიბერალიზაციის გათვალისწინებით, ჰარმონიზებული წესების განხორციელება ბევრ გამოწვევას განიცდის.

ერთი მხრივ, ლიბერალიზაციას მოყვება ფარმაცევტული ბაზრის სწრაფი ზრდა და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა, ხოლო მეორე მხრივ, ის იწვევს გარკვეული სისტემების ჩამოყალიბებას, რომლების ეფექტური რეგულირება მწელდება. მიუხედავად იმისა, რომ რეგულაციები ფუნქციონირებს, საჭიროა ახალი რეგულაციების დანერგვა, რაც თანდათანობით უნდა განხორციელდეს.

ძირითადი მიღწევები და განვითარება

- სარეცეპტო სისტემა და OTC პროდუქტები შემუშავდა და დაინერგა 2014 წელს. 2016 წლის 1 აგვისტოდან ელექტრონული რეცეპტების სისტემა ამოქმედდა, ხოლო 2018 წლიდან დაიწყო ელექტრონული რეცეპტების სისტემის სავალდებულო გამოყენების პროცესი.
- ექსპერტებთან და დაინტერესებულ მხარეებთან ხანგრძლივი კონსულტაციების შედეგად 2017 წლის 28 დეკემბერს მთავრობის მიერ გამოქვეყნდა ბრძანებულება N580, რომლის მიხედვით ევროკავშირის GMP გაიდლაინები აღიარებულია ეროვნულ სტანდარტად. 2019 წლის 1 ივლისიდან წარმოების ლიცენზია გაიცემა მხოლოდ ეროვნული GMP სტანდარტის შესაბამისად; 2022 წლის 1 იანვრიდან ყველა ფარმაცევტული წარმოება ვალდებული იქნება აწარმოოს პროდუქცია ეროვნული GMP წესების დაცვით.
- მზადდება მედიკამენტების ახალი კანონმდებლობა, რომელიც შესაბამისობაშია ევროკავშირის კანონმდებლობასთან. ასევე შემუშავების ფაზაშია შესაბამისი კანონების პროექტები, პროცესში ეფექტურად ჩართულია ყველა დაინტერესებული მხარე. მიმდინარეობს სამუშაო ვერსიის გადახედვა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ქსელი და სახელმწიფო პროგრამები

საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ქსელის ცენტრალურ დონეს წარმოადგენს:

- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკსჯეც)
- დკსჯეც-ს 9 რეგიონული ფილიალი
- ადგილობრივ ხელისუფლებას დაქვემდებარებული 61 მუნიციპალური ჯანდაცვის ცენტრები.

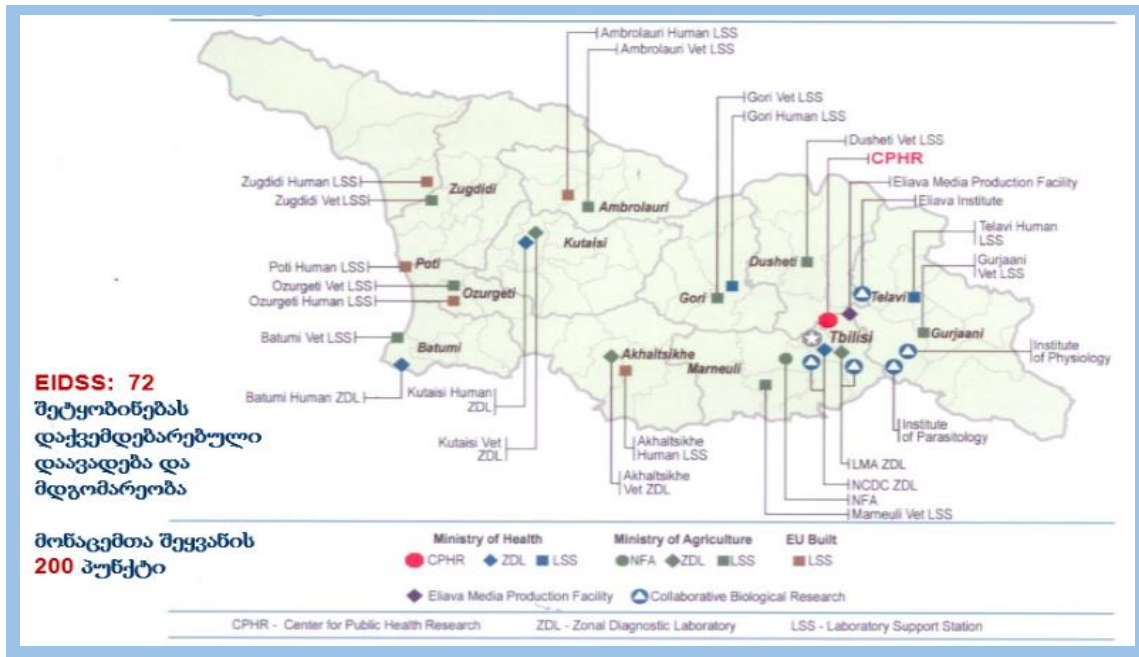


ქვეყანაში მოქმედებს რეგიონული ლაბორატორიული ქსელი, რომელიც წარმოადგენს ბიოუსაფრთხოების მე-2 დონის ლაბორატორიულ ქსელს და შედგება 2 ზონალური და 7 სავლე ლაბორატორიული ერთეულისაგან. საქმიანობა ხორციელდება “ერთიანი ჯანმრთელობის” პრინციპით, საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს 11 ვეტერინარულ ლაბორატორიასთან მჭიდრო თანამშრომლობით. ამავე თანამშრომლობის ფარგლებში განსაკუთრებული როლი ენიჭება რ.ლუგარის სახელობის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრს, რომელიც წარმოადგენს ერთადერთ მესამე დონის ლაბორატორიას სამხრეთ კავკასიის რეგიონში.

ამგვარი სისტემა დღესდღეობით უზრუნველყოფს ოპერატიული ინფორმაციის აკუმულირებას დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემის (დზეის - EIDSS) მეშვეობით ადამიანისა და ცხოველთა დაავადებების თითოეული შემთხვევის, კერძოდ, 72 გადამდები დაავადებისა და მდგომარეობის შესახებ.

ადგილობრივ თვითმმართველობებს დაქვემდებარებული ადგილობრივი მუნიციპალური სამსახურები წარმოადგენილია 61 ტერიტორიული ცენტრით მათში მომუშავე 1020 სამტატო ერთეულით.

“ერთიანი ჯანმრთელობის” პრინციპი



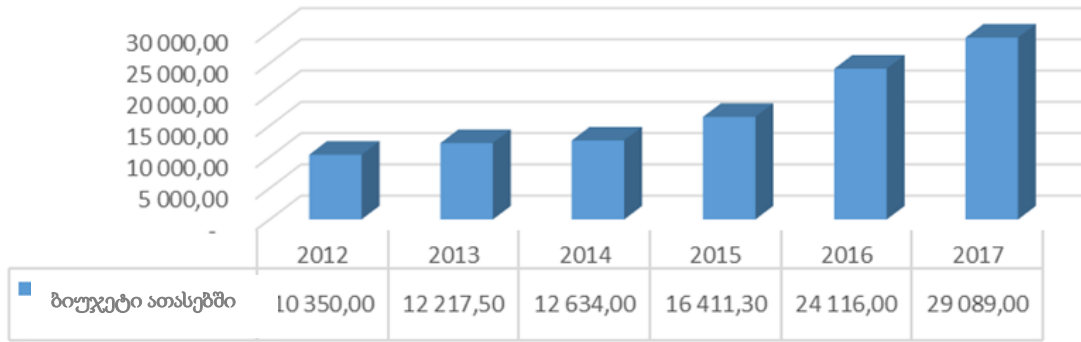
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პროგრამების და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებების ადმინისტრირება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მნიშვნელოვან ფუნქციას წარმოადგენს. ცენტრის მიერ ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისა და დაავადებათა პროფილაქტიკისკენ მიმართული 10 სახელმწიფო პროგრამა, რომლებიც ხელს უწყობს გადამდებ და ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციას და ადრეულ გამოვლენას, რაც უზრუნველყოფს საზოგადოების დაცულობის გაზრდას და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სახელმწიფო დანახარჯების ოპტიმიზაციაზე.

ცენტრის მიერ განხორციელებული პროგრამები/ კომპონენტებია:

- დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი
- იმუნიზაცია
- ეპიდზედამხედველობა
- უსაფრთხო სისხლი
- პროფესიულ დაავადებათა პრევენცია
- ტუბერკულოზის მართვა
- აივ-ინფექცია/შიდსის მართვა
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა
- C ჰეპატიტის მართვა

დკსჯეც-ს მიერ მართული სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტი 2012 წლიდან 2017 -მდე თითქმის გასამმაგდა და 29089 ლარს გაუტოლდა. სახელმწიფომ იტვირთა საერთაშორისო ორგანიზაციების (Gavi Alliance, GFTAM, US CDC) ვალდებულები და შედეგად შესაზღვრელი გახდა ვაქცინაციის, TB-ის და აივ-ს სამკურნალო პირველი და მეორე რიგის მედიკამენტების, სამედიცინო აღჭურვილობა დარეაგენტები, ისევე როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ჩარჩოში სხვა და სხვა აქტივობების განხორციელება მნიშვნელოვანი მიმართულებებით (გრიპის ზედამხედველობა, ახალი ვაქცინების დანერგვა, ახალი ტიპის სერვისების შემოთავაზება და ა.შ.)

დსჯეც მმართველობის ქვეშ არსებული პრევენციული სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტი



ელექტრონული ჯანდაცვა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ წარმოადგინა ჯანდაცვის ინოვაციური საინფორმაციო სისტემა, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს საჭირო ინფორმაციის მიწოდება და უკუკავშირი როგორც სამინისტროსთვის, ასევე სხვა უწყებებისთვის (სადაზღვევო კომპანიები, სამკურნალო დაწესებულებები, ფარმაცევტული რგოლი) და პაციენტებისთვის. სისტემის ამოქმედებით შესაძლებელი უნდა გახდეს სარწმუნო ინფორმაციის სწრაფი და მარტივი მოძიება და გაზიარება. სისტემის ეფექტურობის მოსალოდნელი შედეგების მაჩვენებლები:

- ოპერაციული და ანალიტიკური ეფექტურობის გაზრდა
- სახელმწიფოს მიერ სახელმწიფო პროგრამების კონტროლის გაუმჯობესება
- ჯანდაცვის ფინანსირების გამჭვირვალობის გაზრდა და თაღლითობის შემთხვევების შემცირება
- ბიზნეს პროცესების სტანდარტიზაცია, ინსტიტუციონალიზაცია და სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება
- ჯანდაცვის მონაცემების ხარისხის გაუმჯობესება და საერთაშორისო დონეზე მონაცემების შედარების უკეთესი შესაძლებლობა
- ჯანდაცვის სერვისებზე და დაზღვევის შესახებ პაციენტებისთვის ინფორმაციული წვდომის გაუმჯობესება
- სისტემა წარმოადგენს ეფექტურ ინსტრუმენტს პოლიტიკური და მენეჯერული გადაწყვეტილების მიმღებებისთვის

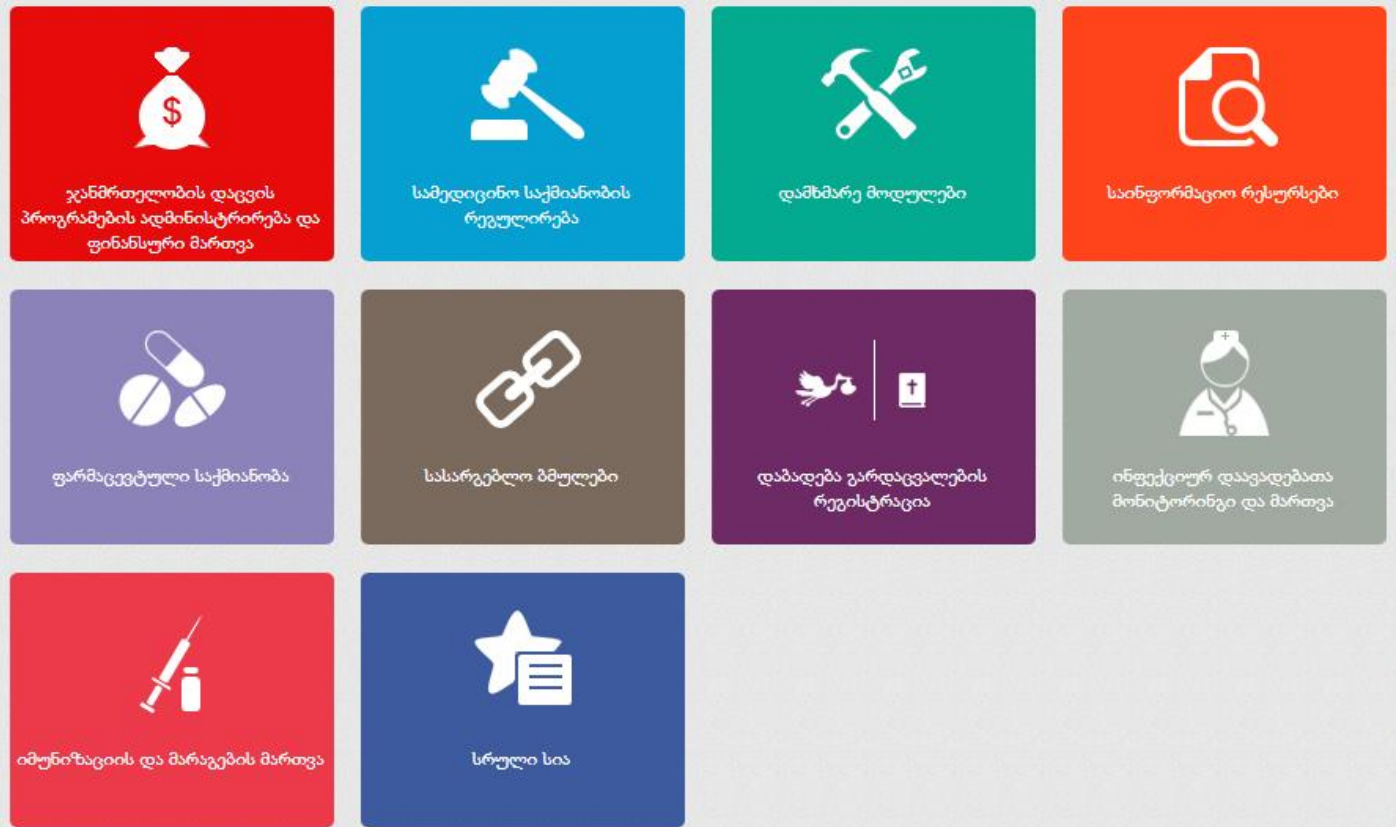
ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემის (HIS) განვითარება ქვეყანაში ხორციელდება თანამედროვე ჯანდაცვის საუკეთესო პრაქტიკის გათვალისწინებით და ეფუძნება ელექტრონულ პროცესებს და კომუნიკაციას (ელ-ჯანდაცვა).

მიმდინარე აქტივობები:

- ჩარევების და სერვისების საერთაშორისო კლასიფიკაციის შემოღება/ დამტკიცება მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იყო საქართველოში მონაცემების სტანდარტიზაციის გაუმჯობესების მიზნით (2011);
- ჰოსპიტალური ანგარიშგების შემთხვევაზე ორიენტირებული ელექტრონული მოდული (2014)
- კიბოს პოპულაციური რეგისტრი (2015);

- ამულატორიული ანგარიშგების შემთხვევაზე ორიენტირებული ელექტრონული მოდული (2016);
- ანტენატალური და სამეანო სერვისების ელექტრონული მოდული - „საქართველოს დაბადების რეგისტრი” (2016).

საქართველოში დაბადების და გარდაცვალების რეგისტრაციის ელექტრონული მოდულების შემოღებით დაბადება/გარდაცვალების შემთხვევების რეგისტრაციის მოცვამ ბოლო წლებში 95%-ს მიაღწია.



ქვეყანაში ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის სწრაფ განვითარებას მხარს უჭერს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, რომელიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ამ პროცესში.

მნიშვნელოვანი ეტაპი იყო ქვეყნის მასშტაბით ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის მე -10 გადახედვის დანერგვა. ჩატარდა ტრენინგები სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებისთვის ავადობის და სიკვდილობის რეგისტრაციის შესასწავლად. 2011-2012 წლებში საქართველო იყო პირველი ქვეყანა ევროპის რეგიონში, სადაც ითარგმნა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ვებ-ინტერაქტიული ტრენინგი ავადობისა და სიკვდილობის კოდირებისთვის და განთავსდა ცენტრის ვებ-გვერდზე.





ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობა ქვეყნისთვის ყველაზე შედეგიანი და სასარგებლოა. 2017 წელს ევროპაში ჯანმრთელობის რეგიონალურ ოფისთან თანამშრომლობით შემუშავდა, “საქართველო - ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის პროფილი” და მოკლე ვერსია “საქართველო - ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მოკლე მიმოხილვა”. საქართველო იყო ერთ-ერთი პირველი იმ ქვეყნებს შორის, რომელმაც მოამზადა მასალები აღნიშნული პუბლიკაციისთვის. ჯანმრთელობის გაზომვების და შეფასების ინსტიტუტმა (IHME), დკსჯეც-სთან ერთად მიზნად დაისახა ავადობის ტვირთის შეფასების გაუმჯობესება, დაავადებათა გლობალური ტვირთის (GBD) პუბლიკაციაში არსებული მეთოდების გამოყენებით. ორი ინსტიტუტის თანამშრომლობის საფუძველზე მოხდება მონაცემების, ცოდნისა და გამოცდილების გაზიარება.

საქართველო წარმოადგენს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ქსელის ევროპის ჯანდაცვის საინფორმაციო ინიციატივის (EHII) წევრ ქვეყანას და უზრუნველყოფს ჯანდაცვის პოლიტიკის შესახებ ინფორმაციის გაუმჯობესებას. ის ხელს უწყობს ქვეყნებს შორის გამოცდილების გაზიარებას, მონაცემთა შეგროვებისა და ანგარიშების პროცესების ჰარმონიზაციას.

თანამშრომლობა საერთაშორისო პარტნიორებთან

ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრიორიტეტს ადგილობრივ და საერთაშორისო სამთავრობო, არასამთავრობო და კერძო ორგანიზაციებთან ურთიერთობა წარმოადგენდა, კერძოდ: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები, შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი, ვაქცინებისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსი, ევროკავშირი და გაეროს სააგენტოები, მსოფლიო ბანკი, აშშ თავდაცვის დეპარტამენტი და საფრთხეების შემცირების სააგენტო, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, ინგლისის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სააგენტო, აშშ ვოლტერ რიდის სამხედრო კვლევითი ინსტიტუტი, ბლუმბერგ ფილანტროპის ინიციატივა, აშშ ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტები, ვაშინგტონის უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის გაზომვებისა და შეფასების ინსტიტუტი და სხვა.



მოსახლეობა

სულ - 1152100

ცოცხალშობილები

რაოდენობა - 14906, მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე - 12.9

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 280, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 18.4

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 366, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 24.6

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 324, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 21.8

სამედიცინო დახმარება

მშობიარობა - 25559

საკეისრო კვეთა - 10821, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 439.6

აბორტები

რაოდენობა - 11014

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 73.9

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 126

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 499

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 11

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 10

სამედიცინო კადრები

ექიმი - 15409, ექთანი - 82800

მიმართვები ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 6509678

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 5.7

საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 7578, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 657.8

აჭარა

ადმინისტრაციული ერთეულები:

- ბათუმი
- ქედა
- ქობულეთი
- შუახევი
- ხელვაჩაური
- ხულო



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
აჭარა	344682	6108	17.7
ბათუმი	162121	2828	17.4
ქედა	16809	280	16.7
ქობულეთი	73490	1290	17.6
შუახევი	15118	257	17.0
ხელვაჩაური	51941	976	18.8
ხულო	25205	477	18.9

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

- რაოდენობა - 53
- მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 8.6

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

- რაოდენობა - 40
- მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 6.5

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

- რაოდენობა - 34
- მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 5.6

სამეანო დახმარება

- მშობიარობა - 6135
- საკეისრო კვეთა - 3241, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 525.6

აბორტები

- რაოდენობა - 3403
- მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 55.7

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 19

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 129

სოფლის ექიმი - 107

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 5

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 3

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
აჭარა	2186	634.2	1967	570.7
ბათუმი	1853	1143.0	1687	1040.6
ქედა	31	184.4	32	190.4
ქობულეთი	154	209.6	118	160.6
შუახევი	31	205.1	31	205.1
ხელვაჩაური	76	146.3	49	94.3
ხულო	41	162.7	50	198.4

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 1092014

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 3.2

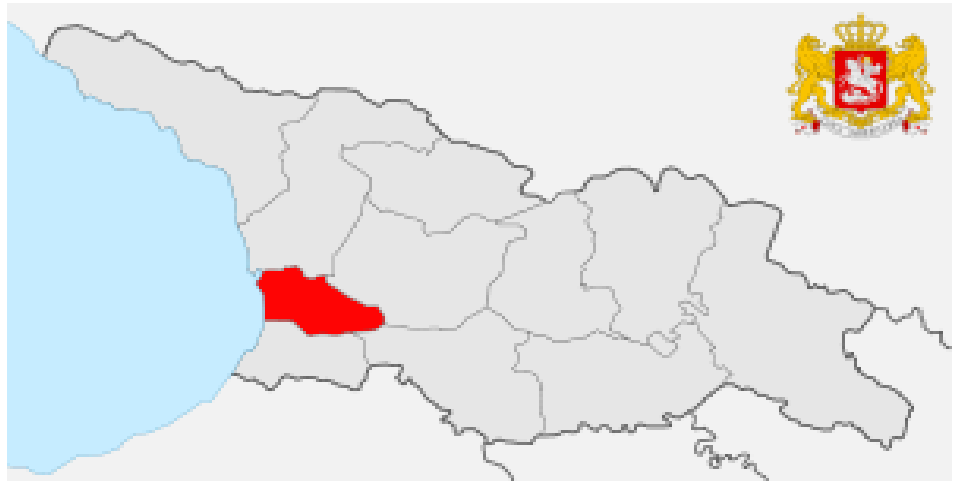
საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 1339, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 388.5

გურია

ადმინისტრაციული ერთეულები:

ოზურგეთი
ლანჩხუთი
ჩოხატაური



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
გურია	110991	1461	13.2
ლანჩხუთი	30933	367	11.9
ოზურგეთი	61600	846	13.7
ჩოხატაური	18511	258	13.9

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 10, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 6.8

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 4, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 2.7

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 3, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 2.0

სამედიცინო დახმარება

მშობიარობა - 569

საკეისრო კვეთა - 171, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 302.7

აბორტები

რაოდენობა - 164

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 11.2

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 5

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 35

სოფლის ექიმი - 75

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 3

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 0

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
გურია	408	367.6	283	255.0
ლანჩხუთი	136	440.1	81	262.1
ოზურგეთი	189	306.8	148	240.3
ჩოხატაური	83	448.6	54	291.9

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - **253482**

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - **2.3**

საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - **142**, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - **127.9**

იმერეთი

ადმინისტრაციული ერთეულები:

ქუთაისი
 ბაღდათი
 ვანი
 ზესტაფონი
 თერჯოლა
 სამტრედია
 საჩხერე
 ტყიბული
 წყალტუბო
 ჭიათურა
 ხარაგაული
 ხონი



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
იმერეთი	510720	7574	14.8
ქუთაისი	141869	2369	16.7
ტყიბული	19557	253	12.9
წყალტუბო	52096	675	13.0
ჭიათურა	39407	592	15.0
ბაღდათი	20052	279	13.9
ვანი	23030	345	15.0
ზესტაფონი	56701	802	14.1
თერჯოლა	33626	452	13.4
სამტრედია	46280	645	13.9
საჩხერე	36497	606	16.6
ხარაგაული	19167	265	13.8
ხონი	22439	291	13.0

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 59, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 7.7

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 93, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 12.3

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 87, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 11.4

სამეანო დახმარება

მშობიარობა - 6973

საკეისრო კვეთა - 3370, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 482.5

აბორტები

რაოდენობა - 2112

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 27.9

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 36

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 152

სოფლის ექიმი - 215

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 14

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 3

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
იმერეთი	2879	563.7	2607	510.5
ქუთაისი	1733	1221.5	1614	1137.7
ტყიბული	49	250.5	35	179.0
წყალტუბო	95	182.4	58	111.3
ჭიათურა	83	210.6	89	225.8
ბაღდათი	57	284.3	41	204.5
ვანი	66	286.6	40	173.7
ზესტაფონი	225	396.8	180	317.5
თერჯოლა	94	279.5	67	199.3
სამტრედია	186	401.9	117	252.8
საჩხერე	140	383.6	195	534.3
ხარაგაული	42	219.1	34	177.4
ბონი	109	485.8	137	610.5

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 1597834

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 3.1

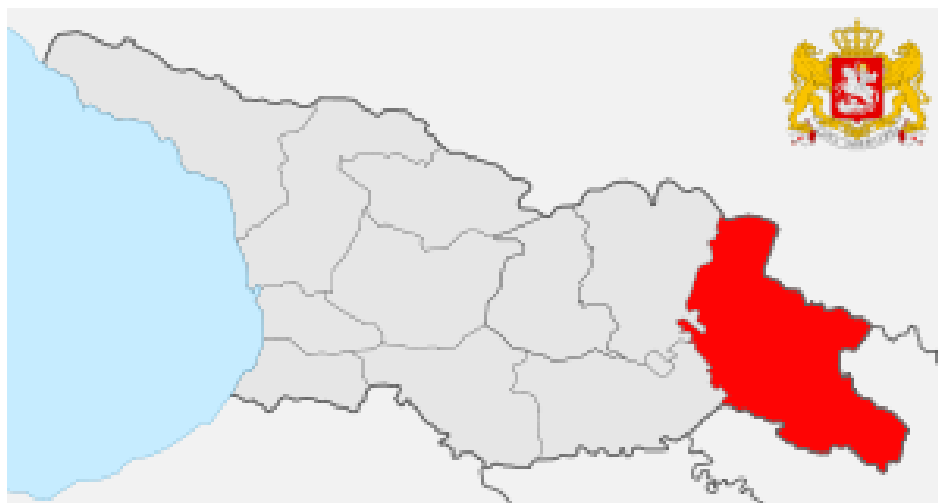
საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 2302, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 450.8

კახეთი

ადმინისტრაციული ერთეულები:

თელავი
ახმეტა
გურჯაანი
ყვარელი
დედოფლისწყარო
ლაგოდეხი
საგარეჯო
სიღნაღი



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
კახეთი	315282	4722	15.0
ახმეტა	30346	505	16.6
გურჯაანი	53307	692	13.0
დედოფლისწყარო	21138	299	14.1
თელავი	56900	822	14.4
ლაგოდეხი	41436	622	15.0
საგარეჯო	52176	925	17.7
სიღნაღი	29773	415	13.9
ყვარელი	30225	442	14.6

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 18, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 3.8

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 17, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 3.6

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 15, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 3.2

სამეანო დახმარება

მშობიარობა - 3014

საკეისრო კვეთა - 1290, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 426.3

აბორტები

რაოდენობა - 1302

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 27.6

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 15

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 68

სოფლის ექიმი - 209

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 8

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 0

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
კახეთი	1224	356.6	795	252.2
ახმეტა	64	211.2	53	174.9
გურჯაანი	229	429.6	147	275.8
დედოფლისწყარო	53	251.2	44	208.5
თელავი	375	659.1	246	432.3
ლაგოდეხი	135	326.1	98	236.7
საგარეჯო	123	235.6	89	170.5
სიღნაღი	80	268.5	77	258.4
ყვარელი	65	215.2	41	135.8

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 612953

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 1.9

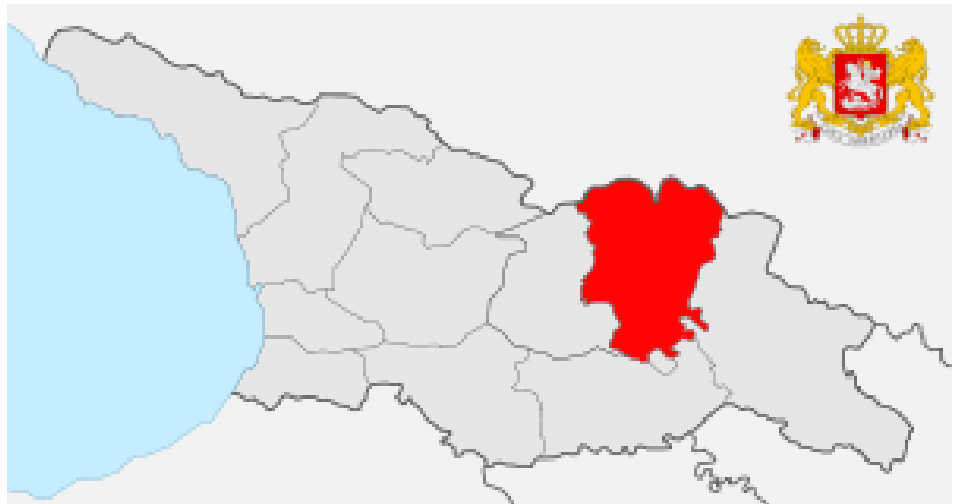
საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 544, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 172.5

მცხეთა-მთიანეთი

ადმინისტრაციული ერთეულები:

ახალგორი
დუშეთი
მცხეთა
სტეფანწმინდა
თიანეთი



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
მცხეთა-მთიანეთი	93900	1205	12.8
ახალგორი	-	-	-
დუშეთი	26073	346	13.3
თიანეთი	9964	112	11.2
მცხეთა	54000	687	12.7
სტეფანწმინდა	3827	60	15.7

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 1, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 0.8

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 0, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 0

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 0, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 0

სამეანო დახმარება

მშობიარობა - 70

საკეისრო კვეთა - 9, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 128.6

აბორტები

რაოდენობა - 37

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 3.1

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 6

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 9

სოფლის ექიმი - 62

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 5
 სისხლის გადასხმის ობიექტები - 0

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
მცხეთა- მთიანეთი	272	401.5	258	318.4
ახალგორი	17	--	18	--
დუშეთი	58	222.2	53	203.1
თიანეთი	33	330.0	29	290.0
მცხეთა	255	472.2	184	340.7
სტეფანწმინდა	14	368.4	15	394.7

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 194211

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 2.1

საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 240, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 255.6

რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი

ადმინისტრაციული ერთეულები:

ამბროლაური
ლენტეხი
ონი
ცაგერი



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	30500	341	11.2
ამბროლაური	10800	29	2.7
ლენტეხი	4300	77	17.9
ონი	5900	71	12.0
ცაგერი	9500	59	6.2

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 1, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 2.9

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 0, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 0

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 0, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 0

სამეანო დახმარება

მშობიარობა - 39

საკეისრო კვეთა - 12, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 315.8

აბორტები

რაოდენობა - 6

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 1.8

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 4

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 0!!!

სოფლის ექიმი - 62

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 4

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 0

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	147	469.6	217	693.3
ამბროლაური	44	407.4	69	638.9
ლენტეხი	29	659.1	42	954.5
ონი	32	533.3	46	766.7
ცაგერი	42	415.8	60	594.1

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 51636

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 1.6

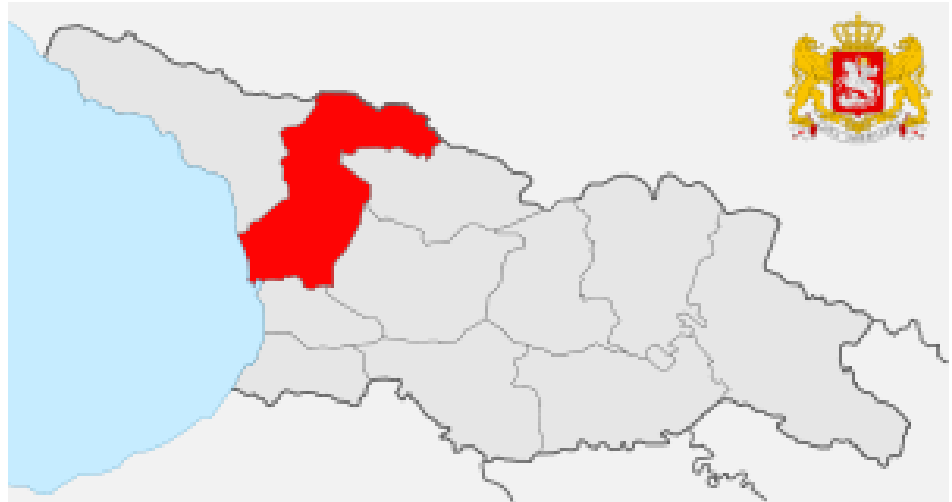
საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 83, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 265.2

სამეგრელო და ზემო სვანეთი

ადმინისტრაციული ერთეულები

აბაშა
 ზუგდიდი
 მარტვილი
 მესტია
 სენაკი
 ჩხოროწყუ
 წალენჯიხა
 ხობი
 ქ.ფოთი



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	322500	4436	13.8
ზუგდიდი	41700	713	17.1
აბაშა	21000	511	24.3
მარტვილი	103800	223	2.1
სენაკი	32700	897	27.4
ჩხოროწყუ	9500	454	47.8
წალენჯიხა	37300	176	4.7
ხობი	22000	516	23.5
ქ.ფოთი	25000	276	11.0
მესტია	29500	324	11.0

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 12, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 2.7

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 13, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 2.9

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 10, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 2.3

სამეანო დახმარება

მშობიარობა - 2755

საკეისრო კვეთა - 1643, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 596.4

აბორტები

რაოდენობა - 991

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 22.3

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 21

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 98

სოფლის ექიმი - 167

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 10

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 0

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფისმ აჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	1446	448.4	1012	313.8
ზუგდიდი	588	1410.1	426	1021.6
აბაშა	76	361.9	53	252.4
მარტვილი	80	77.1	53	51.1
სენაკი	222	678.9	161	492.4
ჩხოროწყუ	35	368.4	38	400.0
წალენჯიხა	91	244.0	58	155.5
ხობი	84	381.8	59	268.2
ქ.ფოთი	232	928.0	109	436.0
მესტია	38	128.8	55	186.4

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 572511

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 1.8

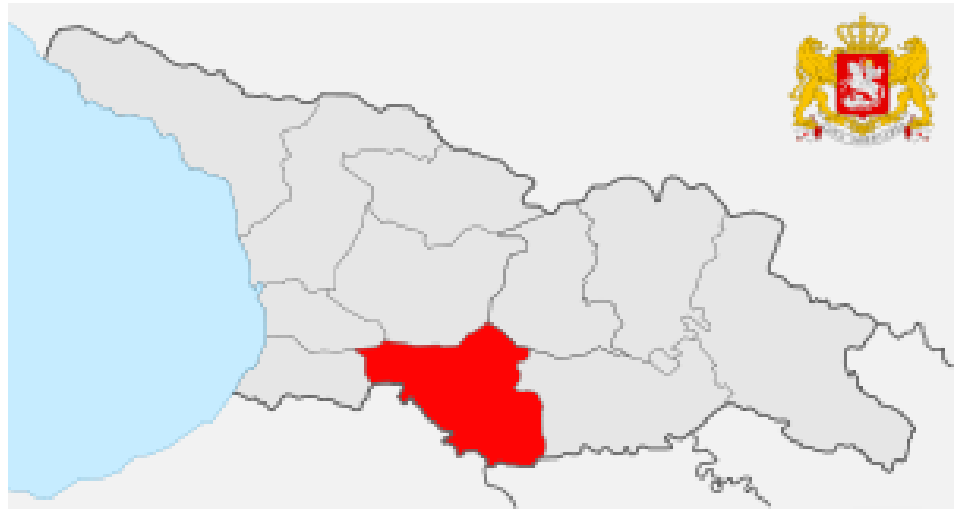
საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 609, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 188.8

სამცხე-ჯავახეთი

ადმინისტრაციული ერთეულები

ახალციხე
ადიგენი
ახალქალაქი
ასპინძა
ბორჯომი
ნინოწმინდა



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
სამცხე-ჯავახეთი	156500	2178	13.9
ადიგენი	16300	292	17.9
ასპინძა	10500	246	23.4
ახალქალაქი	43200	160	3.7
ახალციხე	39300	589	15.0
ბორჯომი	25300	259	10.2
ნინოწმინდა	21900	323	14.7

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 6, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 2.7

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 2, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 0.9

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 1, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 0.5

სამეანო დახმარება

მშობიარობა - 1542

საკეისრო კვეთა - 233, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 150.2

აბორტები

რაოდენობა - 634

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 29.1

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 9

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 20

სოფლის ექიმი - 84

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 7

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 0

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
სამცბე- ჯავახეთი	467	298.4	497	317.6
ადიგენი	47	288.3	56	343.6
ასპინძა	29	276.2	27	257.1
ახალქალაქი	57	131.9	93	215.3
ახალციხე	195	496.2	183	465.6
ბორჯომი	96	379.4	89	351.8
ნინოწმინდა	43	196.3	49	223.7

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 222871

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 1.4

საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 377, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 240.9

ქვემო ქართლი

ადმინისტრაციული ერთეულები

რუსთავი
ბოლნისი
გარდაბანი
დმანისი
მარნეული
თეთრიწყარო
წალკა



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
ქვემო ქართლი	431 000	6 693	15.5
რუსთავი	127300	1 948	15.3
ბოლნისი	55100	804	14.6
გარდაბანი	81300	1 240	15.3
დმანისი	20100	307	15.3
მარნეული	21800	271	12.4
თეთრიწყარო	106100	1 864	17.6
წალკა	19200	259	13.5

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 47, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 7.0

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 35, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 5.2

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 24, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 3.6

სამეანო დახმარება

მშობიარობა - 4544

საკეისრო კვეთა - 1688, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 373.1

აბორტები

რაოდენობა - 2894

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 43.2

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 19

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 48

სოფლის ექიმი - 163

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 10

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 2

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
ქვემო ქართლი	1544	358.2	1079	250.3
რუსთავი	675	530.2	442	347.2
ბოლნისი	117	212.3	99	179.7
გარდაბანი	181	222.6	119	146.4
დმანისი	29	144.3	31	154.2
მარნეული	41	188.1	37	169.7
თეთრიწყარო	447	421.3	316	297.8
წალკა	54	281.3	35	182.3

წყარო: დეკჯეც

მიმართვები ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 726932

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 1.7

საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 957, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 222.0

შიდა ქართლი

ადმინისტრაციული ერთეულები

გორი
ჯავა
ქარელი
კასპი
ხაშური



დემოგრაფიული მაჩვენებლები

	მოსახლეობა	ცოცხალშობილები	
		რაოდენობა	მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
შიდა ქართლი	259 842	3 659	14.1
გორი	123500	605	12.9
კასპი	42932	407	9.5
ქარელი	41168	642	15.6
ხაშური	52205	747	14.3

წყარო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მკვდრადშობილები

რაოდენობა - 19, მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე - 5.2

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 13, 0-5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 3.6

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალება

რაოდენობა - 8, 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა - 2.2

სამეანო დახმარება

მშობიარობა - 2405

საკეისრო კვეთა - 979, მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე - 407.1

აბორტები

რაოდენობა - 2385

მაჩვენებელი 100 ცოცხალშობილზე - 65.2

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი

სტაციონარული დაწესებულებები - 10

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები - 19

სოფლის ექიმი - 133

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - 5

სისხლის გადასხმის ობიექტები - 1

სამედიცინო კადრები

	ექიმი		ექთანი	
	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	რაოდენობა	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
შიდა ქართლი	820	315.6	554	213.2
გორი	446	953.0	234	500.0
კასპი	125	291.4	93	216.8
ქარელი	93	225.7	77	186.9
ხაშური	156	298.9	141	270.1

წყარო: დკსჯეც

მიმართვები ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის

მიმართვათა რიცხვი - 578674

მაჩვენებელი 1 მოსახლეზე - 2.2

საწოლთა ფონდი

რაოდენობა - 523, მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე - 201.3

ბროშურა მომზადდა შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ლევან საყვარელიძის სახ. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ.

გამოქვეყნებული მასალებით სარგებლობის და მათი რეპროდუქციისთვის სპეციალური ნებართვა საჭირო არ არის. სასურველია წყაროს მითითება.

გამოცემასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მიმართეთ შემდეგ მისამართზე:

თბილისი, ასათიანის ქ. N9, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტი

ტელეფონი: (995 32) 239 80 49, დამატებითი 217, 203

E-mail: statistics@ncdc.ge

ბროშურა განთავსებულია: www.ncdc.ge

გაიცემა უფასოდ