



გალტ & თაბარდი

მედიკალური კონსულტაციები



ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში

დეკემბერი 2020

ევა ბოჭორიშვილი

კვლევების დეპარტამენტის უფროსი | evabochoreshvili@gt.ge | +995 32 2401 111 (8036)

ნინო პერანიძე

ანალიტიკოსი | ninoperanidze@gt.ge | +995 32 2401 111 (4690)

გთხოვთ იხილოთ მნიშვნელოვანი შეტყობინება ამ დოკუმენტის ბოლო გვერდზე

ძირითადი მიგნებები

საქართველოში ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა მზარდია, რაც გამოწვეულია ასაკთან დაკავშირებული დაავადებების გავრცელებითა და გაუმჯობესებული ხელმისაწვდომობით, რაც თავის მხრივ სახელმწიფო დაფინანსების ზრდით აიხსნება.

ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება საქართველოში გასამმაგდა 2010-19 წლებში 1.3 მილიარდ ლარამდე. აღნიშნულის შედეგად, ჯიბიდან გადასახადების წილი 73%-დან 56%-მდე შემცირდა იმავე პერიოდში. ჯიბიდან გადახდების წილი საქართველოში კვლავ მაღალია ევროკავშირის (16%) და რეგიონის შესადარის ქვეყნებთან შედარებით (38%). [ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების პოლიტიკის](#) დოკუმენტის მიხედვით, საქართველოს მთავრობა ჯიბიდან გადახდების წილის 30%-მდე შემცირებას გეგმავს 2030 წლისთვის.

რეფორმების ახალი ტალღა მიზნად ისახავს ჯანდაცვის მომსახურების ხარჯთეფექტურობის გაუმჯობესებას: 1) საყოველთაო ჯანდაცვა გახდა უფრო მიზნობრივი 2017 წლიდან, 2) იგეგმება საავადმყოფოებისა და გადაუდებელი დახმარების სერვისების დაფინანსების DRG (დიაგნოზთან შეჭიდული დაჯგუფება) მოდელის დანერგვა, 3) საავადმყოფოების ინფრასტრუქტურისა და ადამიანური რესურსების ახალი სტანდარტები ამოქმედდება 2021 წლიდან.

საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი დაბალი ეფექტურობით ხასიათდება. საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა მზარდია და 2019 წელს 1,000 ადამიანზე 4.7-ს შეადგენდა, რაც შესადარისი და ბევრი მაღალშემოსავლიანი ქვეყნის მაჩვენებელს აღემატება. საწოლების ჭარბი რაოდენობის გამო, მათი დატვირთულობა საქართველოში დაბალია (49% 2019 წელს). DRG მოდელის დანერგვა, სავარაუდოდ, შეამცირებს სექტორის ფრაგმენტულობას და გაზრდის ეფექტურობას.

მოთხოვნა პირველად ჯანდაცვაზე საქართველოში კვლავ დაბალია, მიუხედავად ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებისა ბოლო ათწლეულში. საქართველოში ამბულატორიული მიმართვების რაოდენობამ ერთ მოსახლეზე 3.6 შეადგინა 2019 წელს, რაც ბევრად ჩამორჩება ევროკავშირის მაჩვენებელს (7.0).

საქართველოში ექიმების სიჭარბეა და ექთნების დეფიციტი. საქართველოში ერთ ექიმზე მხოლოდ 0.6 ექთანი მოდის, ხოლო ევროპის ქვეყნებში 2-დან 5-მდე ექთანი. შედეგად, ქართველი ექიმები 3-5-ჯერ ნაკლებად პროდუქტიულები არიან ევროპული ქვეყნების კოლეგებთან შედარებით, რაც იმას ნიშნავს, რომ ნაკლებ პაციენტებს ემსახურებიან.

COVID-19-ის გავრცელება საქართველოში მაღალია, დადასტურებული შემთხვევების რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე 4,400-ს აღწევს 10 დეკემბრის მდგომარეობით. გარდა ამისა, ტესტების დადებითობის მაჩვენებელმა ნოემბერში 30%-ს მიაღწია, რაც მიანიშნებს, რომ ტესტირება არასაკმარისია ყველა ინფიცირებულის გამოსავლენად. ვირუსის გავრცელების შესაჩერებლად ხელახლა დაწესდა შეზღუდვები მოზილობის შესამცირებლად.

COVID სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში 1%-ზე ნაკლებია, რაც ევრაზიის ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაზე დაბალი ინდიკატორია. ამჟამად 7,200-ზე მეტი COVID საწოლია მობილიზებული, საიდანაც 6,900 დაკავებულია 10 დეკემბრის მდგომარეობით. თუმცა, ჰოსპიტალიზაციის დონის შემცირება შესაძლებელია, რაც შეამსუბუქებს ტვირთს ჰოსპიტალურ სექტორზე.

COVID-19-ის ვაქცინის კუთხით პოზიტიური მოლოდინებია. საქართველომ უკვე შეუკვეთა ვაქცინის პირველი ნაწილი (4 მლნ აშშ\$), რაც სავარაუდოდ 2021 წლის გაზაფხულიდან იქნება ხელმისაწვდომი.



შინაარსი

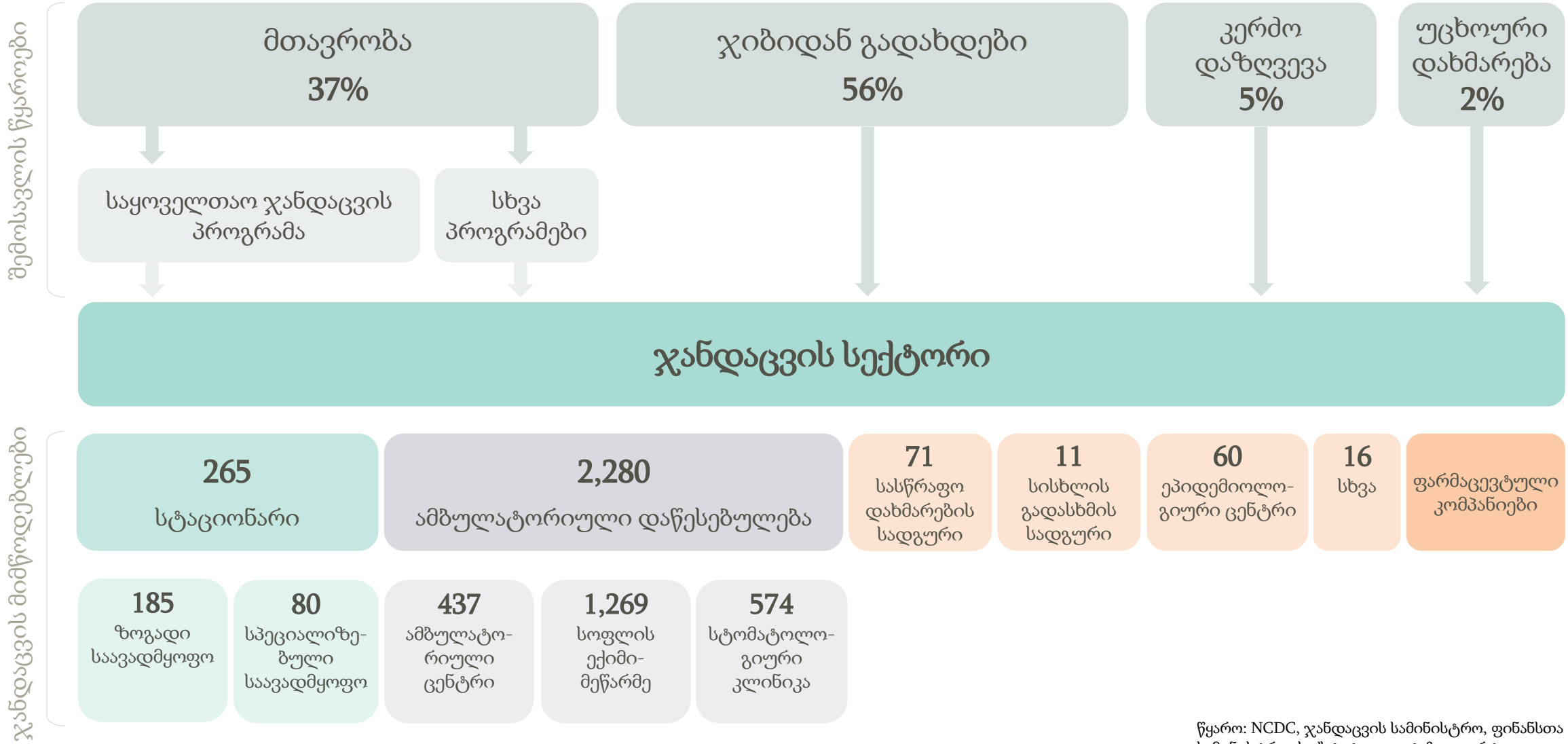
1. ჯანდაცვის სისტემა და საკანონმდებლო ცვლილებები
2. დანახარჯები ჯანდაცვაზე
3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი
4. COVID-19
5. დანართი



ტერმინთა განმარტებები

სტაციონარული მომსახურება	სამედიცინო მომსახურება პაციენტისთვის, რომელიც მინიმუმ ერთი დღე-ღამით რჩება საავადმყოფოში ან სხვა ტიპის სტაციონარულ დაწესებულებაში	
ამბულატორიული მომსახურება	სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არ მოითხოვს ჰოსპიტალიზაციას, მათ შორის დიაგნოსტიკა, კონსულტაცია, ქირურგიული ჩარევა, სარეაბილიტაციო მკურნალობა და სხვა	
საწოლთა დატვირთულობა	დაკავებული საწოლ-დღეების რაოდენობის პროცენტული წილი 365 დღეში	$\frac{\text{დაკავებული საწოლ-დღეები} \times 100}{\text{საწოლების რაოდენობა} \times 365}$
ჰოსპიტალიზაცია	პაციენტის საავადმყოფოში დაწვენა 24 თანმიმდევრული საათის განმავლობაში	
საშუალო დაყოვნება	ერთი პაციენტის მიერ საავადმყოფოში გატარებული დღეების საშუალო რაოდენობა	$\frac{\text{დაკავებული საწოლ-დღეების რაოდენობა}}{\text{ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა}}$
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვები	წლის განმავლობაში სამედიცინო დაწესებულებებში ამბულატორიული მომსახურების მიღების მიზნით ვიზიტების რაოდენობა	
ჯიბიდან გადახდები	ინდივიდების მიერ სამედიცინო დაწესებულებებისთვის პირდაპირი გზით ანაზღაურება	
NCDC	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი	
OECD	ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია	
WHO	ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია	

ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში, 2019



წყარო: NCDC, ჯანდაცვის სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო, საქსტატი, გალტ & თაგარტი



მნიშვნელოვანი რეფორმები ჯანდაცვის სისტემაში

2007

- საქართველოს მთავრობამ დაიწყო საავადმყოფოების პრივატიზება.
- დაინერგა მოსახლეობის მოწყვლადი ფენის (მოსახლეობის 21.3%) ჯანმრთელობის დაზღვევა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით.

2009

- სახელმწიფო ტენდერებში გამარჯვებულ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს მიეცათ კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალებში საავადმყოფოების მშენებლობა/რეაბილიტაციისა და შემდგომი პოსპიტალური საქმიანობის უფლება.

2010-11

- გამარტივდა სალიცენზიო მოთხოვნები სამედიცინო საქმიანობისთვის.
- გაფართოვდა ამბულატორიული ქსელი (აშენდა ახალი ამბულატორია ყველა მუნიციპალიტეტში) და მოხდა ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება.

2013-14

- საქართველოს მთავრობამ დანერგა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა.
- მოხდა 150-მდე საავადმყოფოს მშენებლობა/რეაბილიტაცია.
- აიკრძალა მეორე ჯგუფის მედიკამენტების (ხელმისაწვდომი მედიკამენტების 50%) ურეცეპტოდ გაყიდვა.

2017

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტები ამოქმედდა შემოსავლების ჯგუფების მიხედვით.
- დაიწყო რეცეპტის ელექტრონული სისტემის დანერგვა.
- სოციალურად დაუცველი ოჯახებისთვის ანაზღაურებადი გახდა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები.

2019

- საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში დაფიქსირდა გარკვეული კარდიოქირურგიული მომსახურებების ტარიფები. ფასების დაფიქსირება მიზნად ისახავს საყოველთაო ჯანდაცვის დაფინანსების სტანდარტიზებასა და ხარჯების კონტროლს.

2017 წლის მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტები ამოქმედდა

საყოველთაო ჯანდაცვით ველარ ისარგებლებენ

- მოქალაქეები, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40,000 ლარს აღემატება (დაახლ. 50,000 ადამიანი)
- მოქალაქეები, რომლებიც სარგებლობენ კერძო სადაზღვევო პაკეტით

საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი შეეზღუდათ

- მოქალაქეებს, რომელთა წლიური შემოსავალი 12,000 ლარზე მეტია, მაგრამ არ აღემატება 40,000 ლარს

საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი მცირედით შეეზღუდათ

- ყოველთვიურად 1,000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს
- თვითდასაქმებულ მოქალაქეებს
- არარეგულარული შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს

საყოველთაო ჯანდაცვის პაკეტი შეუნარჩუნდათ

- სოციალურად დაუცველებს (100 000-მდე სარეიტინგო ქულა)
- შშმ პირებს
- იძულებით გადაადგილებულ პირებს
- ბავშვებს
- პენსიონერებს
- პედაგოგებს
- სტუდენტებს

ყველა მოქალაქეს შეუნარჩუნდა

- მშობიარობა/საკეისრო კვეთის დაფინანსება
- ჯანდაცვის სამინისტროს სხვა სახელმწიფო პროგრამებით სრულფასოვნად სარგებლობის უფლება

დაუფინანსდათ ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები

- სოციალურად დაუცველ ოჯახებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა* არ აღემატება 100,000-ს.

*შენიშვნა: სარეიტინგო ქულით ფასდება ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა. რაც უფრო დაბალია სარეიტინგო ქულა, მით უფრო მეტად სოციალურად დაუცველია ოჯახი.



საყოველთაო ჯანდაცვის დაფინანსების დიაგნოზთან შეჭიდული დაჯგუფების (DRG) მოდელი

საქართველოს მთავრობა გეგმავს საყოველთაო ჯანდაცვის დაფინანსების დიაგნოზთან შეჭიდული დაჯგუფების (DRG) მოდელის დანერგვას. DRG მოდელი დაფინანსების მოცულობას განსაზღვრავს პაციენტის დიაგნოზსა და სხვა რამდენიმე ფაქტორზე დაფუძნებით (მაგალითად ასაკი, სქესი, გეოგრაფიული ლოკაცია და ა.შ.). DRG მოდელი, სავარაუდოდ, გააუმჯობესებს ჯანდაცვის სისტემის ხარჯთეფექტურობას.

არსებული მოდელი



საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდება მკურნალობის ფაქტიური ხარჯის მიხედვით



ქმნის მომსახურების ჭარბი მოცულობით გაწევის მოტივაციას, რაც, თავის მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს



ბაზარზე გაჩნდა ბევრი პატარა ზომის საავადმყოფო, რაც ამცირებს ეფექტურობას

DRG მოდელი



საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდება დიაგნოზზე დაფუძნებული, წინასწარ დადგენილი სტანდარტების მიხედვით



ხდება ეფექტური მკურნალობის წახალისება, ხარჯები ხდება მეტად პროგნოზირებადი და კონტროლირებადი



მასშტაბი ხდება კრიტიკულად მნიშვნელოვანი, რაც ხელს შეუწყობს კონსოლიდაციას და ბაზრის ფრაგმენტულობის შემცირებას



1. ჯანდაცვის სისტემა და საკანონმდებლო ცვლილებები

2. დანახარჯები ჯანდაცვაზე

3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

4. COVID-19

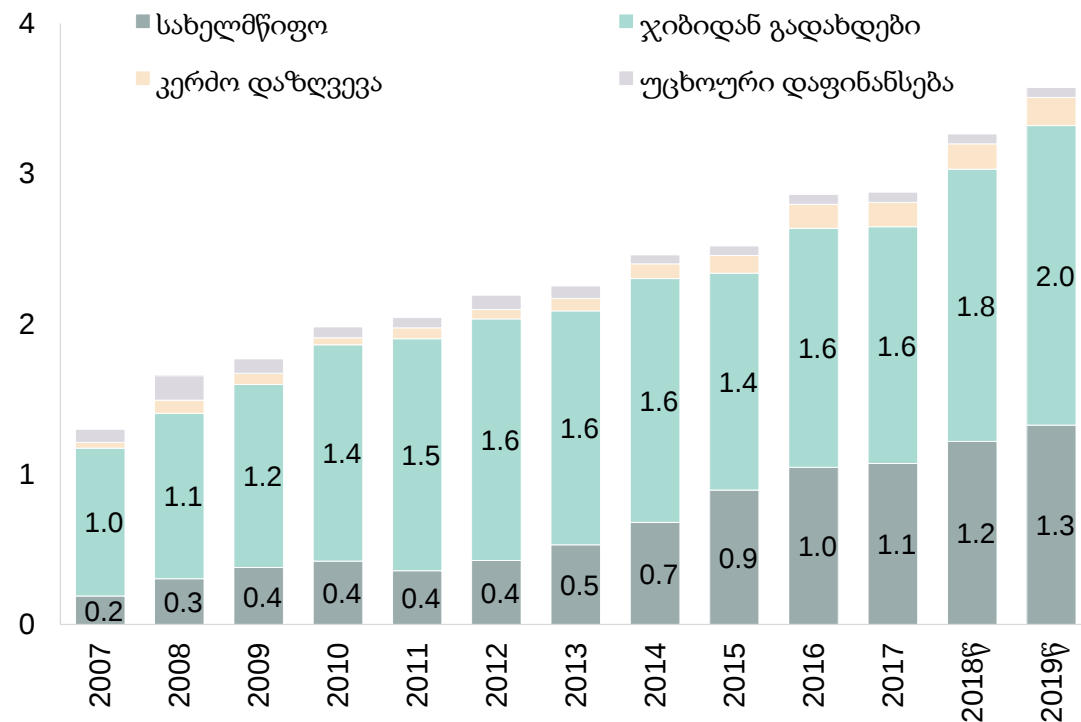
5. დანართი



საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების სწრაფი ზრდა 2013 წლიდან სახელმწიფო დაფინანსების ზრდამ განაპირობა

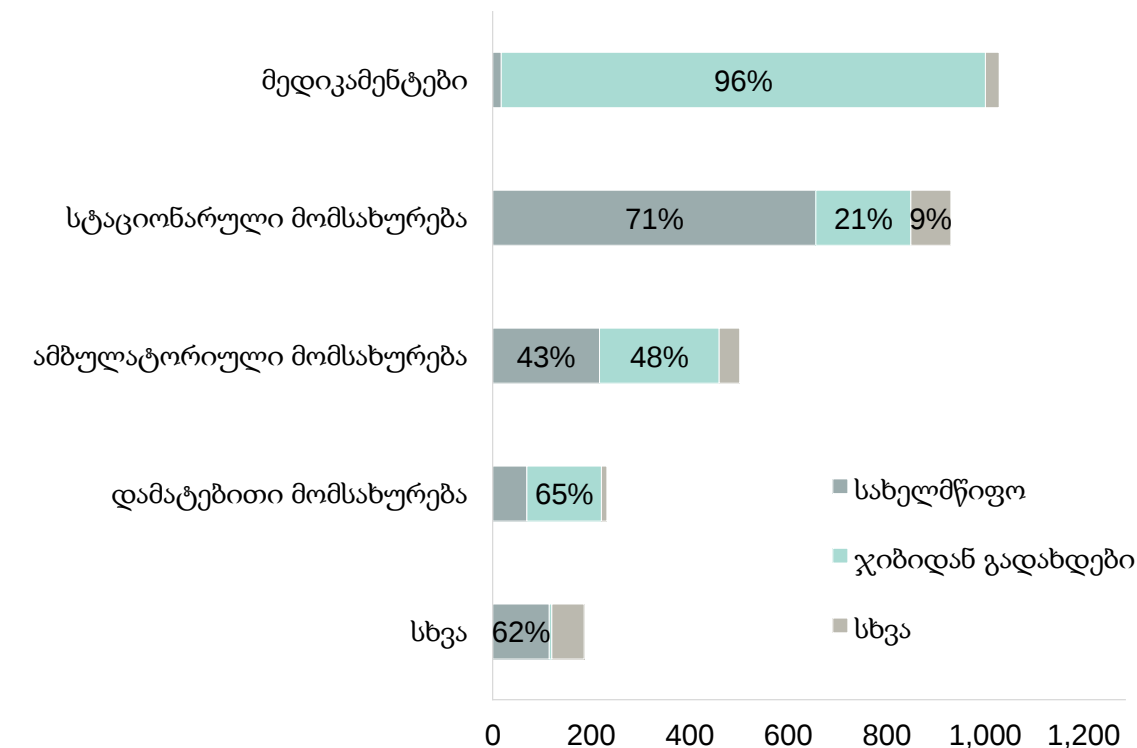
სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე 2010-19 წლებში გასამმაგდა 1.3 მლრდ ლარამდე. მთავრობის დაფინანსების ზრდამ და კერძო სადაზღვევო სექტორის განვითარებამ ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში 17 პროცენტული პუნქტით 56%-მდე შეამცირა 2010-19 წლებში, რაც კვლავ მაღალია ევროკავშირის (16%) და რეგიონის შესადარისი ქვეყნების (38%) საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით. ჯიბიდან გადახდების მაღალ დონეს საქართველოში ძირითადად მედიკამენტებზე დანახარჯები განაპირობებს. [საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების პოლიტიკის](#) მიხედვით, მთავრობა გეგმავს ჯიბიდან გადახდების წილის 30%-მდე შემცირებას 2030 წლისთვის

ჯანდაცვის დანახარჯები წყაროს მიხედვით, მლრდ ლარი



წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო, საქსტატი, გალტ & თაგარტი

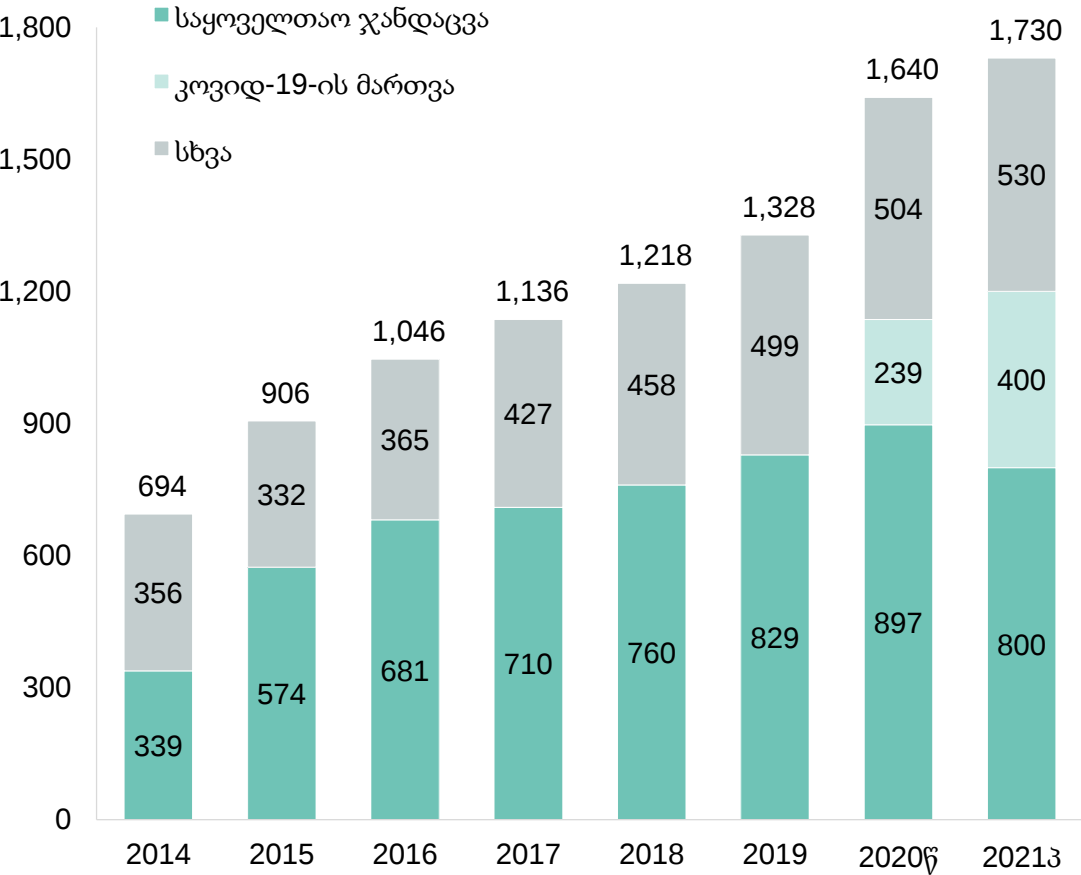
ჯანდაცვის დანახარჯები ფუნქციის მიხედვით, მლნ ლარი



წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო

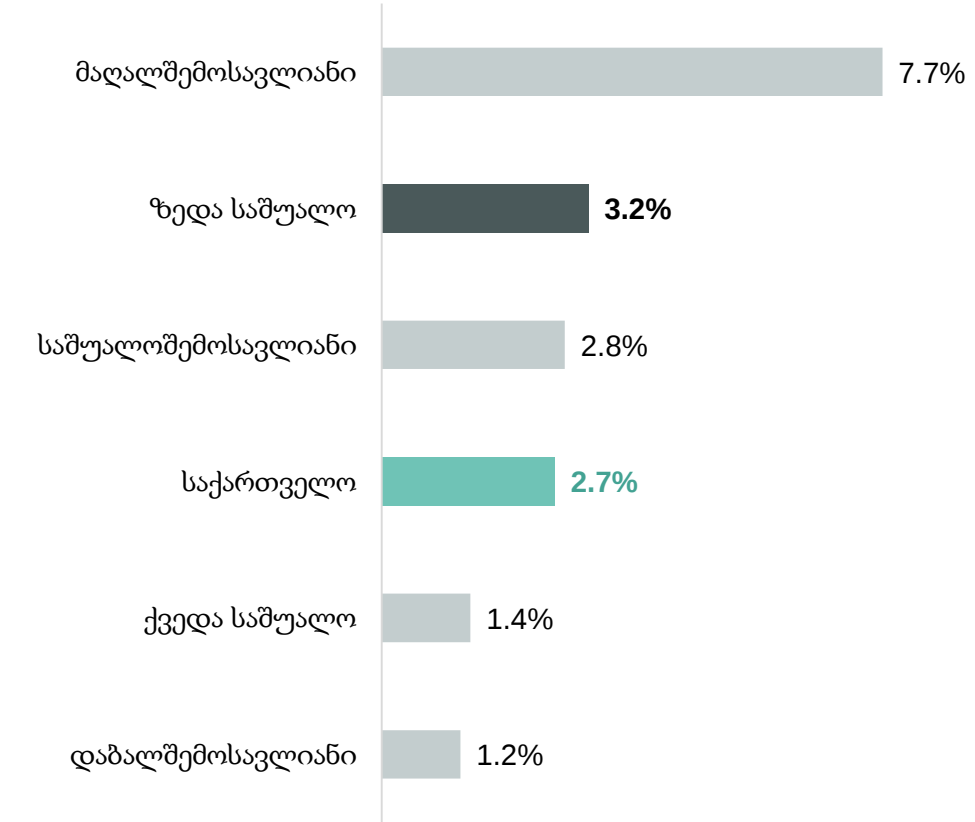
ზრდის მიუხედავად, საქართველოში სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მშპ-სთან მიმართებაში კვლავ დაბალია

სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე, მლნ ლარი



წყარო: ფინანსთა სამინისტრო, გალტ & თაგარტი

სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე ქვეყნების შემოსავლიანობის მიხედვით, %-ად მშპ-თან

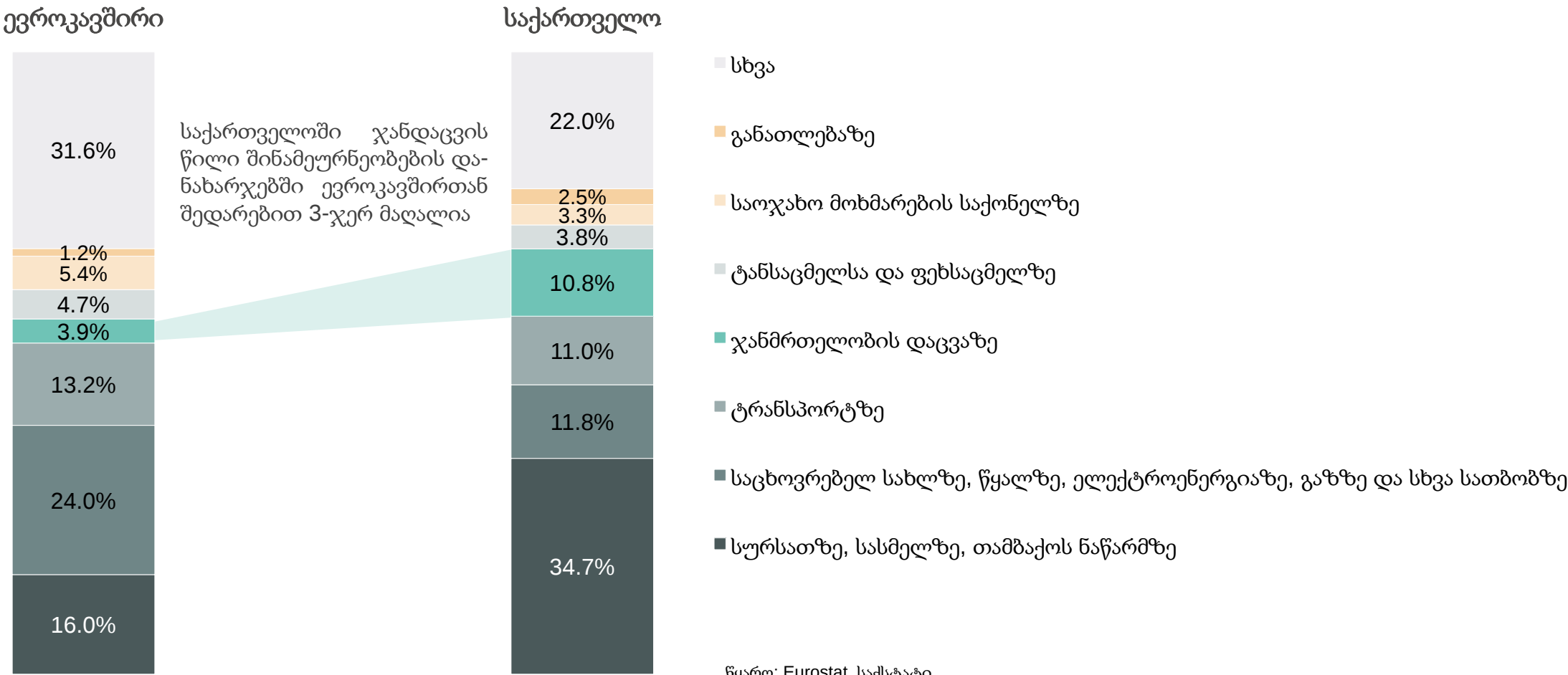


წყარო: ფინანსთა სამინისტრო, საქსტატი, მსოფლიო ბანკი
შენიშვნა: საქართველოს მაჩვენებელი მოცემულია 2019 წლის მდგომარეობით, სხვა ქვეყნები - 2017; მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციით საქართველოს ზედა საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებს მიეკუთვნება



საქართველოში შინამეურნეობების მთლიანი ხარჯების 10.8% ჯანდაცვაზე იხარჯება

შინამეურნეობების დანახარჯების სტრუქტურა

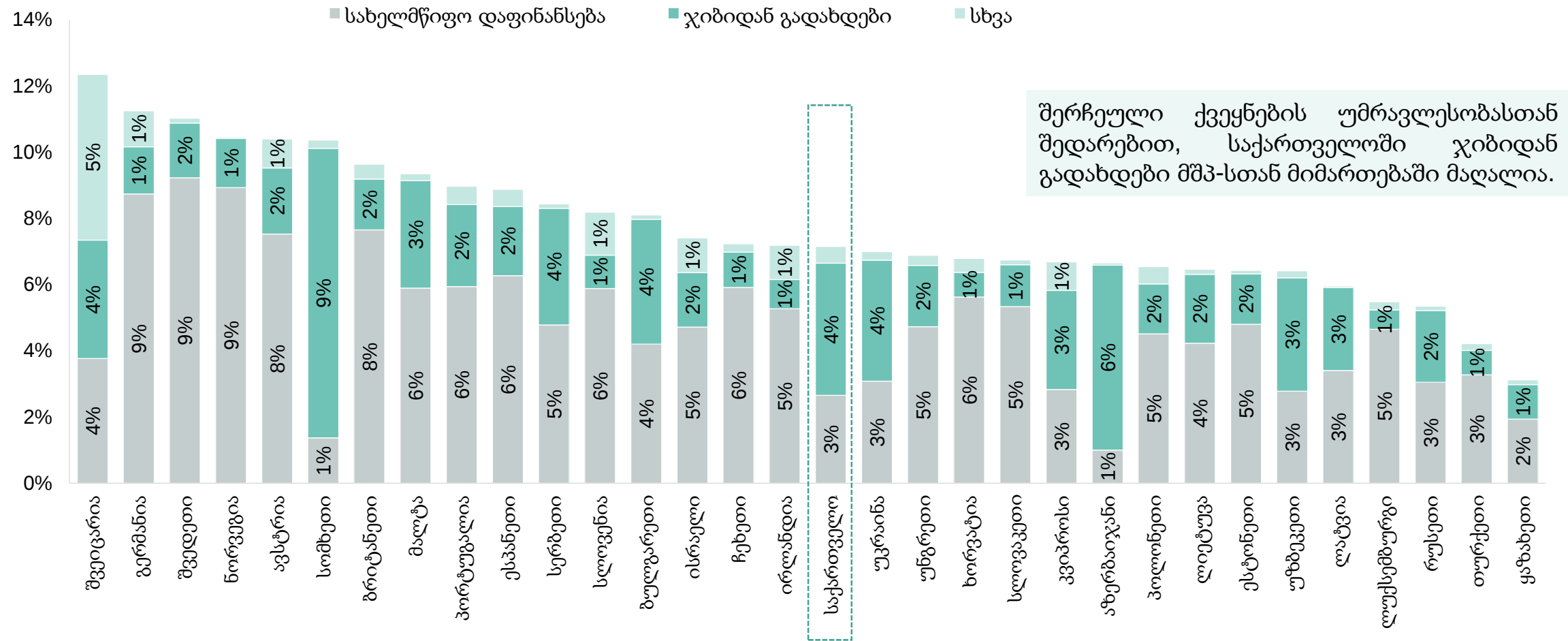


წყარო: Eurostat, საქსტატი
შენიშვნა: ევროკავშირის მონაცემები მოცემულია 2018 წლის მდგომარეობით, საქართველო - 2019



საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯები მშპ-ს 7%-ს შეადგენდა 2019 წელს, რაც ახლოსაა შესადარისი ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან

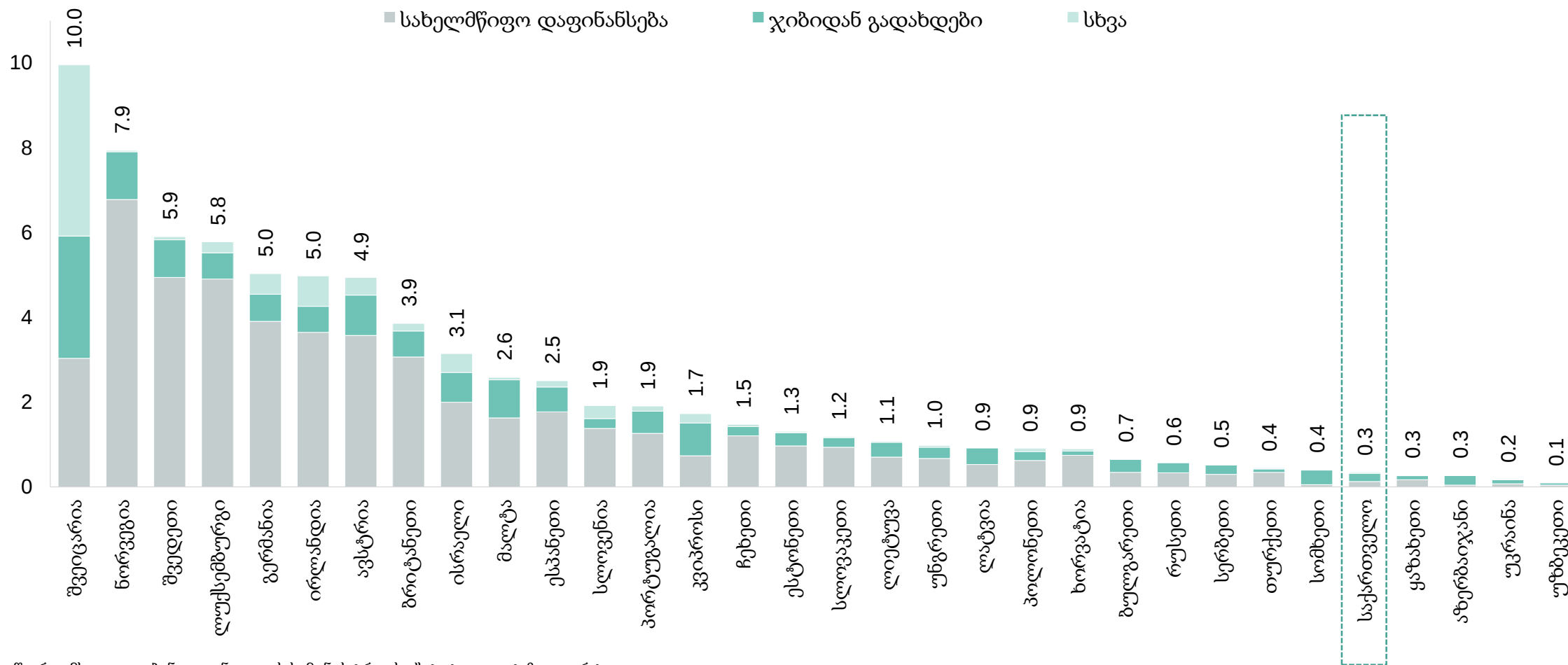
დანახარჯები ჯანდაცვაზე, %-ად მშპ-თან



წყარო: მსოფლიო ბანკი, ჯანდაცვის სამინისტრო, საქსტატი, გალტ & თაგარტი
შენიშვნა: საქართველოს მაჩვენებელი მოცემულია 2019 წლის მდგომარეობით, სხვა ქვეყნები - 2017

...თუმცა დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე კვლავ ბევრად დაბალია ევროპისა და რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით

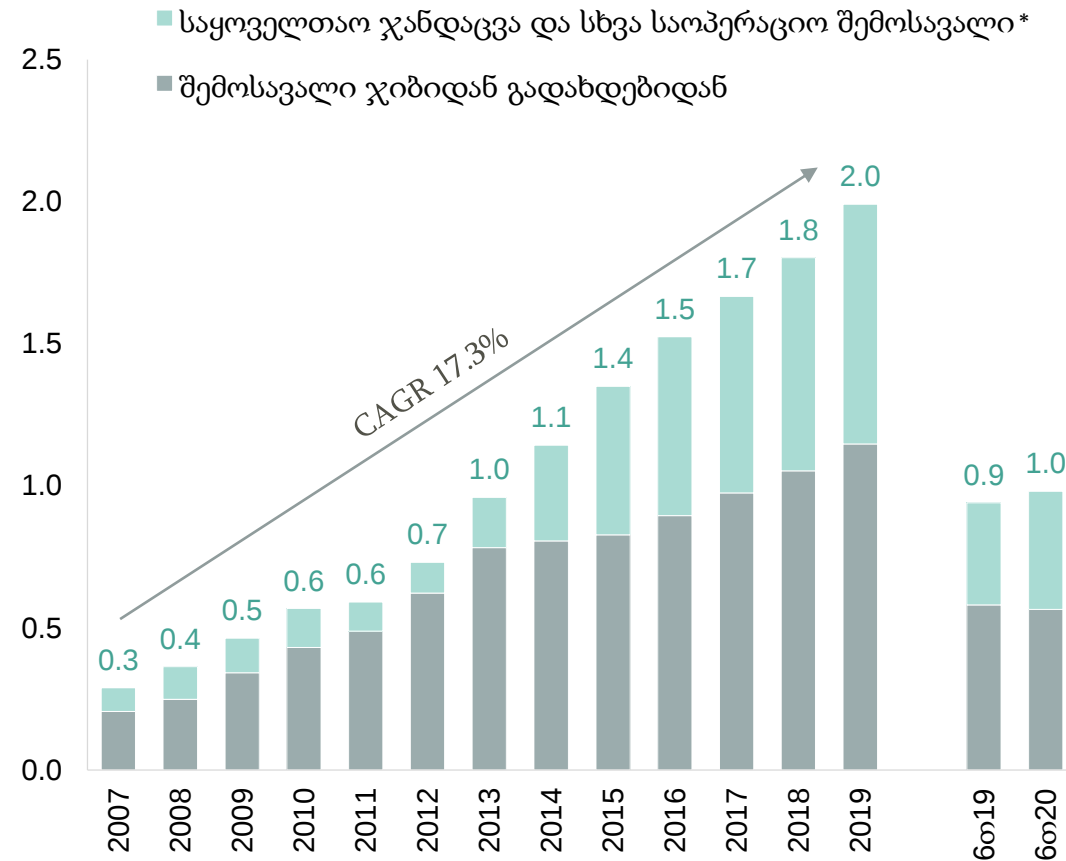
ჯანდაცვის დანახარჯები ერთ მოსახლეზე, '000 აშშ\$



წყარო: მსოფლიო ბანკი, ჯანდაცვის სამინისტრო, საქსტატი, გალტ & თაგარტი
 შენიშვნა: საქართველოს მაჩვენებელი მოცემულია 2019 წლის მონაცემებით, სხვა ქვეყნები - 2017

საყოველთაო ჯანდაცვა კერძო ჯანდაცვის სექტორის შემოსავლების (2.0 მლრდ ლარი 2019-ში) დაახლოებით 40%-ს შეადგენს

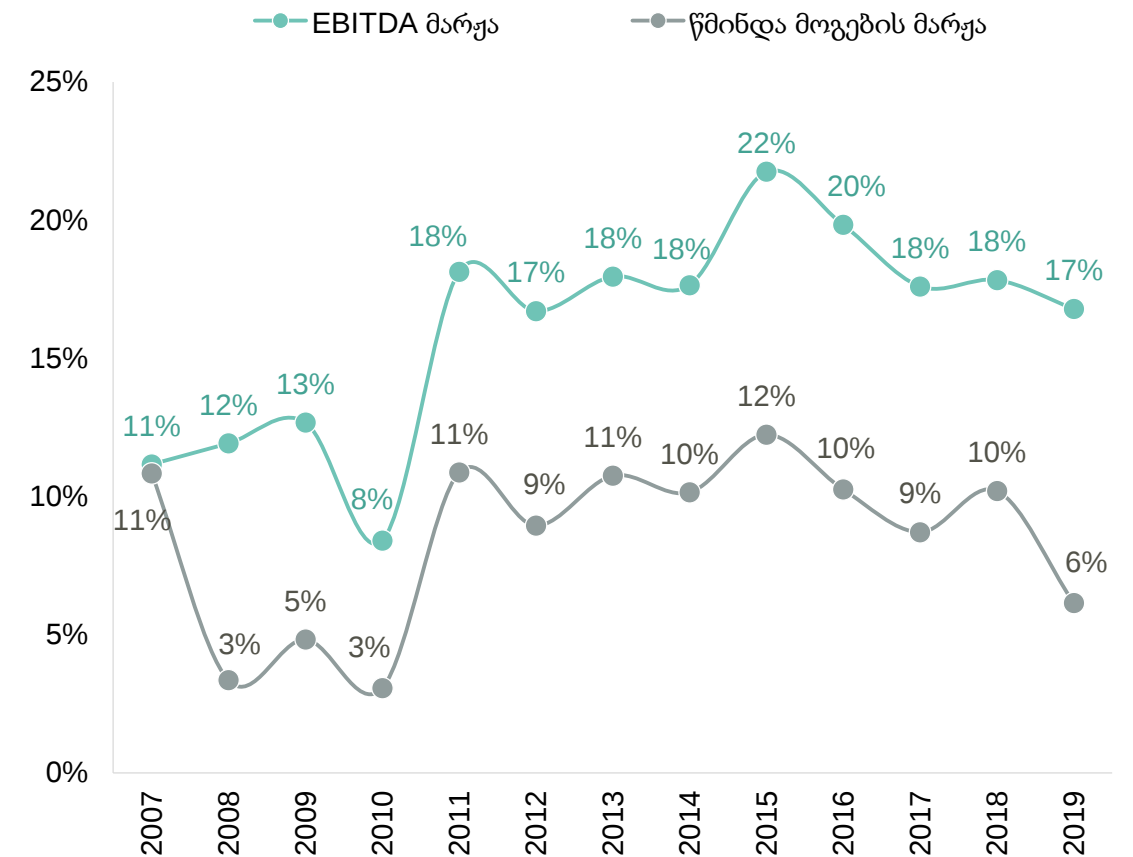
კერძო ჯანდაცვის სექტორის შემოსავალი, მლრდ ლარი



წყარო: საქსტატი

*შენიშვნა: ძირითადად მოიცავს საყოველთაო ჯანდაცვისგან მიღებულ შემოსავლებს. მონაცემები არ მოიცავს მედიკამენტებით ვაჭრობას.

კერძო ჯანდაცვის სექტორის მომგებიანობა

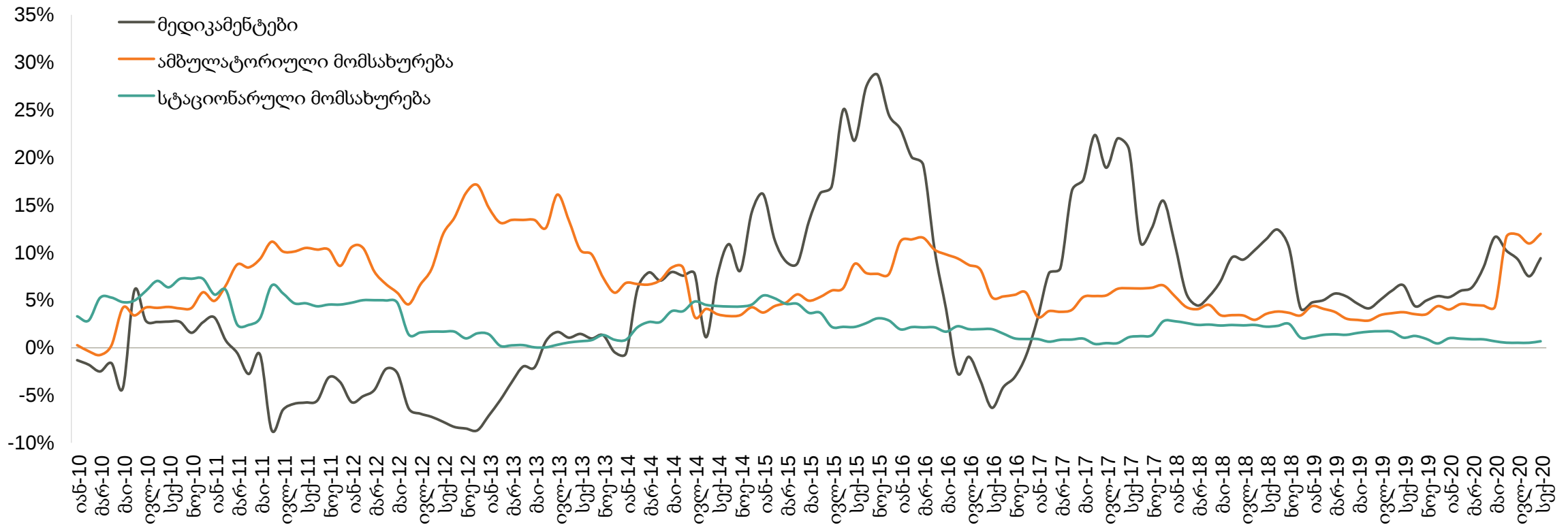


წყარო: საქსტატი, გალტ & თაგარტი

მედიკამენტების და ამბულატორიული მომსახურების ფასები გაიზარდა 2020 წელს, ხოლო სტაციონარული მომსახურების ინფლაცია დაბალია

სტაციონარული მომსახურების ფასი ამბულატორიულ მომსახურებასთან შედარებით ნაკლებად რყევადია და 2012 წლიდან დაბალი ერთნიშნა წლიური ინფლაციით ხასიათდება. მედიკამენტების ფასები 2010-20 წლების განმავლობაში მაღალი მერყეობით გამოირჩეოდა. იქიდან გამომდინარე, რომ მედიკამენტების უმეტესობა იმპორტირებულია, ბოლო წლების მაღალი ინფლაცია გლობალური ფასებისა და ლარის გაცვლითი კურსის ცვალებადობას უკავშირდება.

წლიური ინფლაცია ჯანდაცვის სექტორში, %



წყარო: საქსტატი

1. ჯანდაცვის სისტემა და საკანონმდებლო ცვლილებები

2. დანახარჯები ჯანდაცვაზე

3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

4. COVID-19

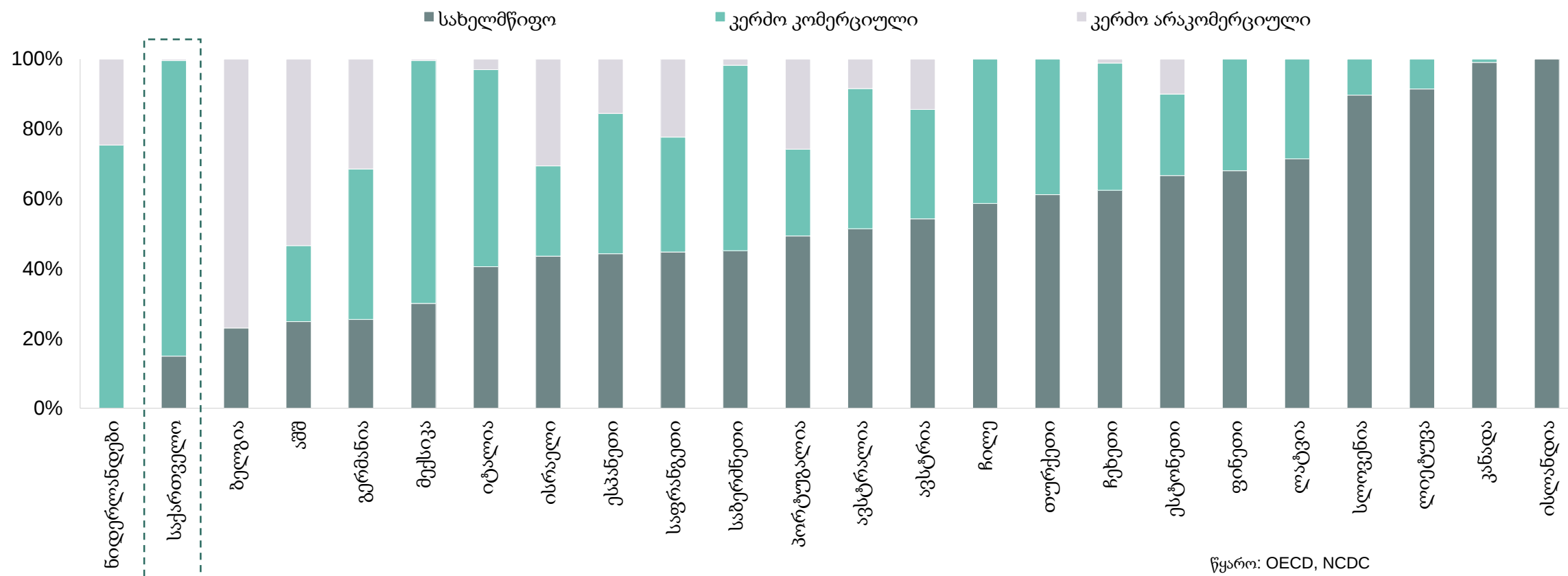
5. დანართი



საქართველოში კერძო სექტორის წილი ჯანდაცვაში მაღალია ბევრ განვითარებად და განვითარებულ ქვეყანასთან შედარებით

საქართველოში კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული საავადმყოფოების ხვედრითი წილი საავადმყოფოთა მთლიან რაოდენობაში 86%-ს შეადგენს, დანარჩენი 14% (ძირითადად სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები, როგორებიცაა ფსიქიატრიული, ნარკოლოგიური და ა.შ.) კი სახელმწიფო საკუთრებაშია.

საავადმყოფოების განაწილება საკუთრების ფორმის მიხედვით

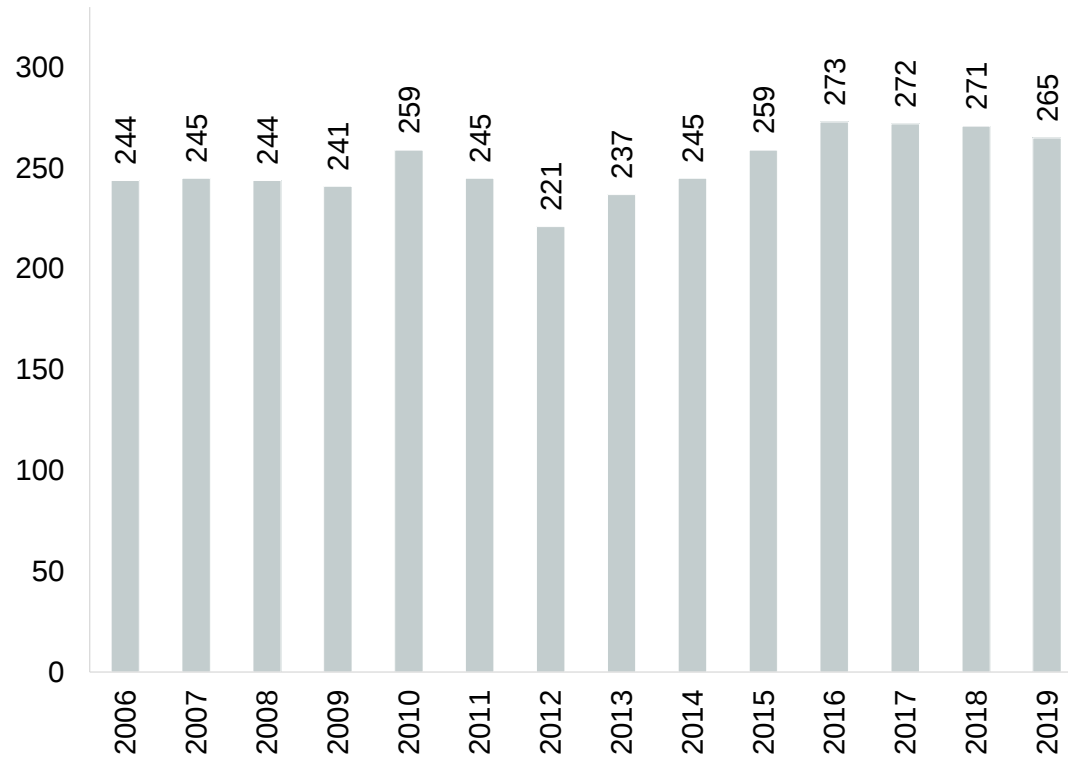


წყარო: OECD, NCDC
 შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები

საწოლფონდი საქართველოში 2013 წლიდან იზრდება და 2019 წელს 17.5 ათასი საწოლი შეადგინა (1,000 მოსახლეზე 4.7)

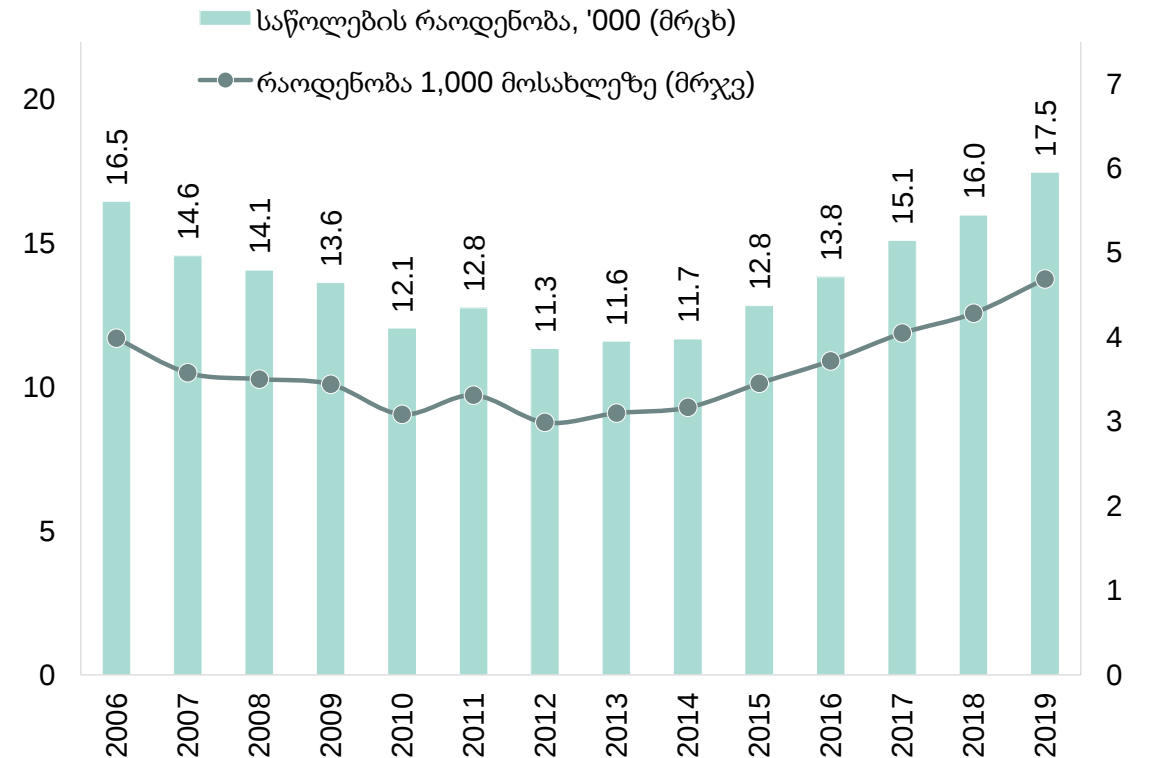
საავადმყოფოების პრივატიზება 2007 წლიდან მიზნად ისახავდა მოძველებული და ჭარბი რაოდენობის საწოლების განახლებას. შედეგად, 2012 წელს საწოლების რაოდენობა 1,000 კაცზე 3.0-მდე შემცირდა, რის შემდეგაც სექტორი გადავიდა გაფართოების ფაზაში და 2019 წელს საწოლების რაოდენობამ 1,000 მოსახლეზე 4.7-ს მიაღწია (ჯამურად 17.5 ათასი საწოლი).

საავადმყოფოების რაოდენობა საქართველოში



წყარო: NCDC, საქსტატი

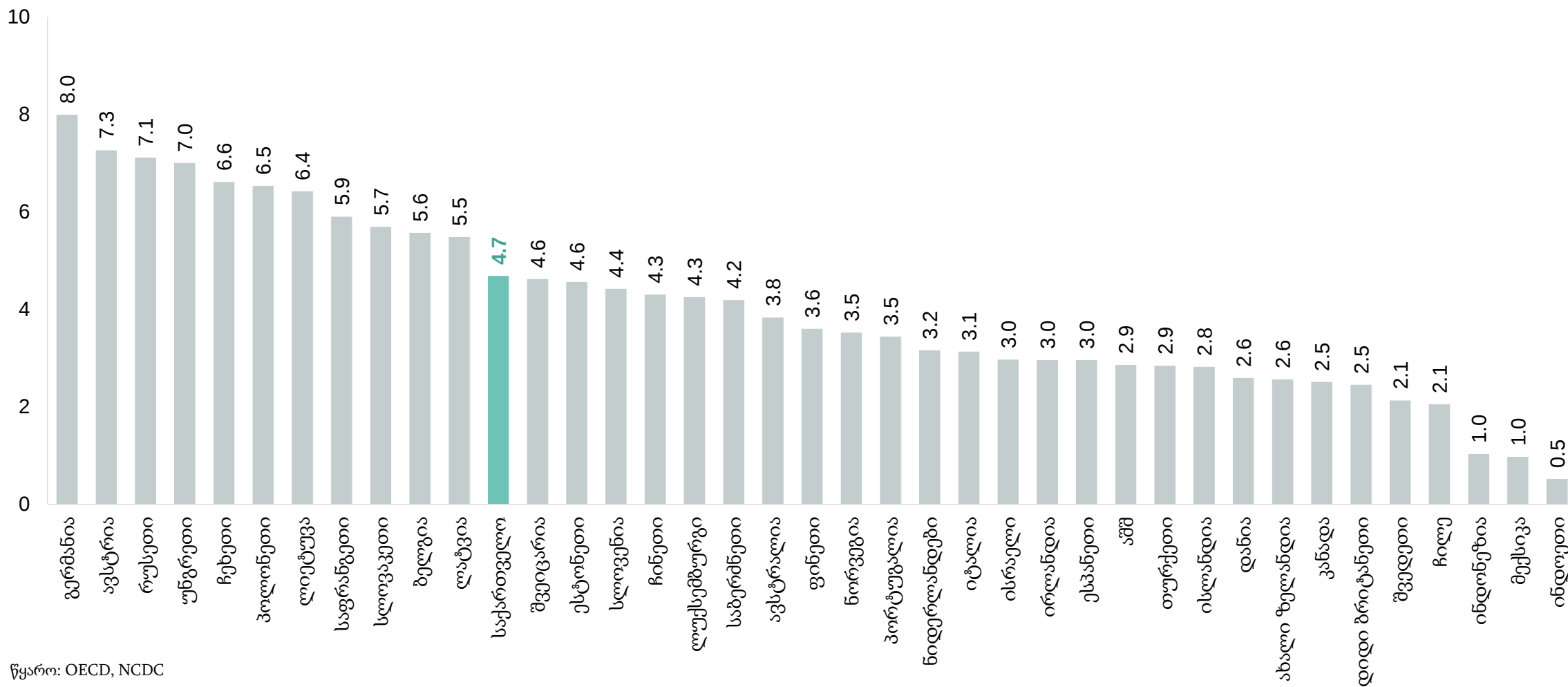
საწოლების რაოდენობა საქართველოში



წყარო: NCDC, საქსტატი

რეგიონის და ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, საქართველოში საწოლების რაოდენობა მოსახლეობასთან მიმართებაში მაღალია

საწოლების რაოდენობა 1,000 მოსახლეზე

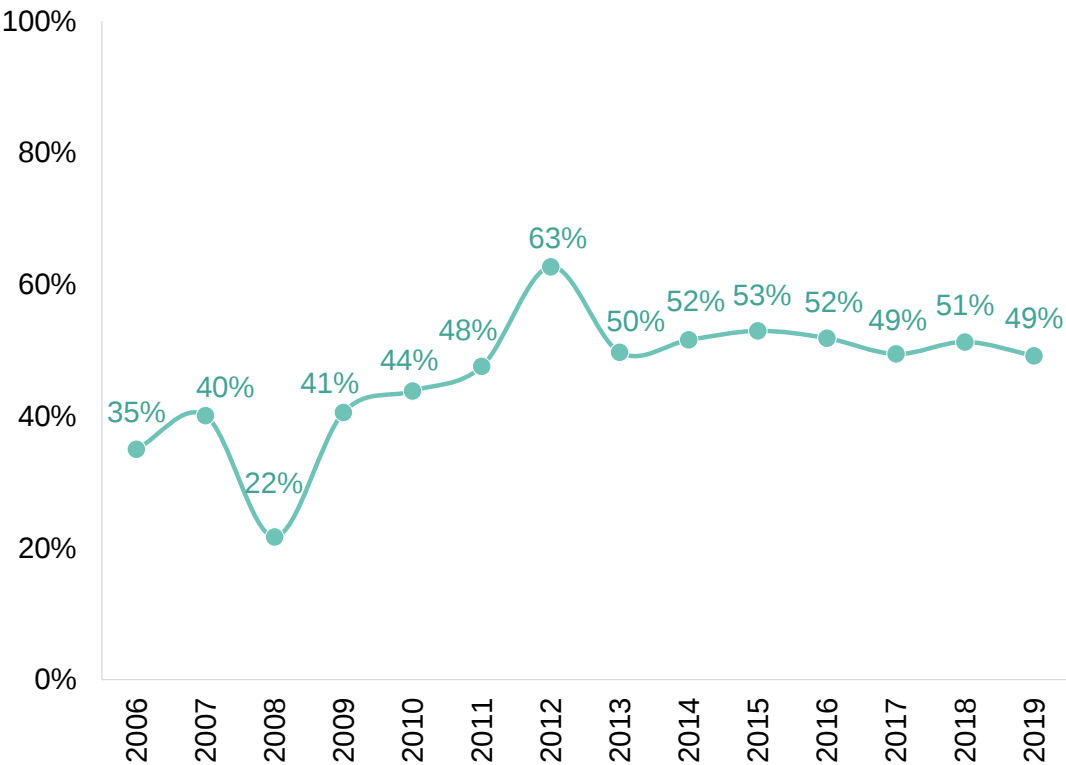


წყარო: OECD, NCDC

საწოლების დატვირთულობა საქართველოში საშუალოდ 51%-ზე დასტაბილურდა ბოლო 6 წლის განმავლობაში

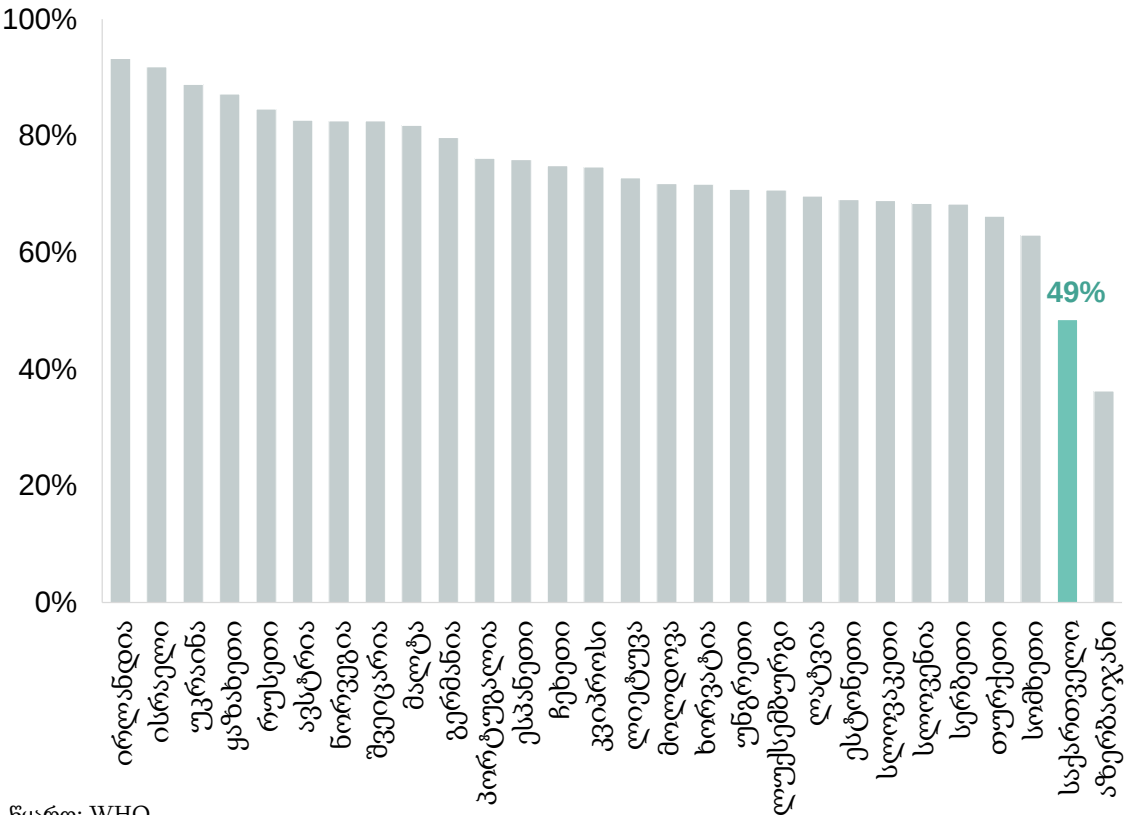
ძველი ინფრასტრუქტურის შემცირების შედეგად, 2006-12 წლებში საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი გაორმაგდა და 63%-ს მიაღწია, მაგრამ საწოლფონდის ზრდის შედეგად, დატვირთულობის მაჩვენებელი 49%-მდე შემცირდა 2019 წელს. საწოლების სიჭარბიდან გამომდინარე, საქართველოში საწოლფონდის დატვირთულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროკავშირის (77%) და დსთ-ს საშუალო (83%) მაჩვენებლებს.

საწოლების დატვირთულობა საქართველოში



წყარო: NCDC

...და შესადარის ქვეყნებში



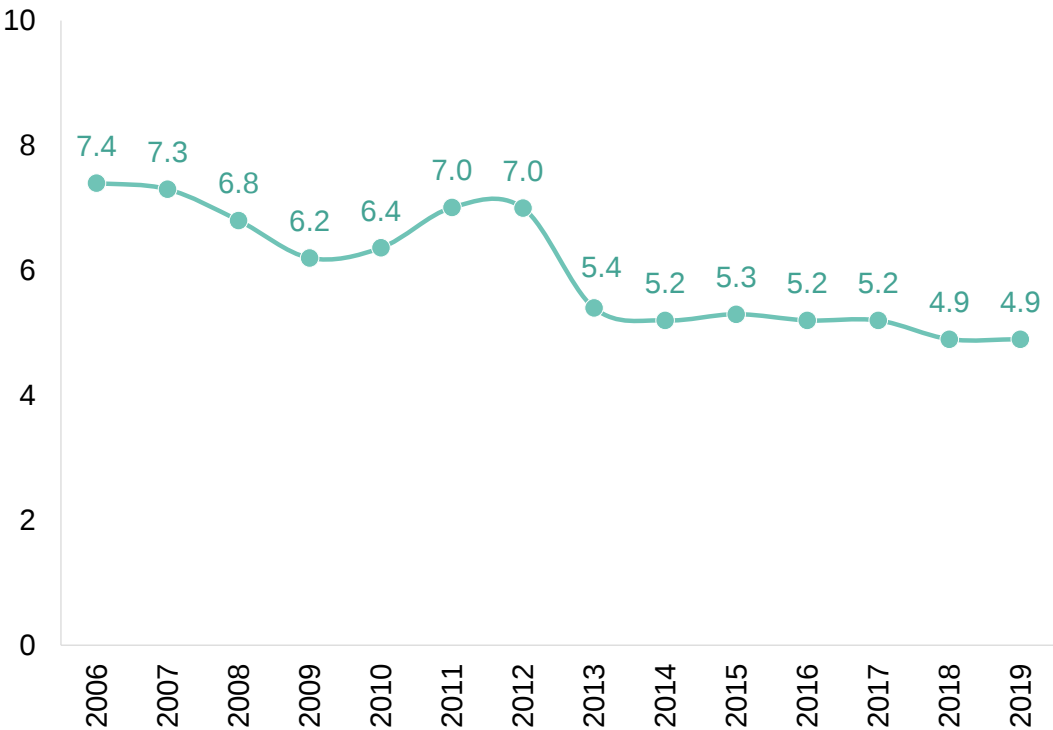
წყარო: WHO
შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები



საშუალო დაყოვნება საქართველოს სტაციონარებში იყო 5 დღე 2019 წელს, რაც 1.5-2-ჯერ ჩამორჩება შესადარისი ქვეყნების მაჩვენებლებს

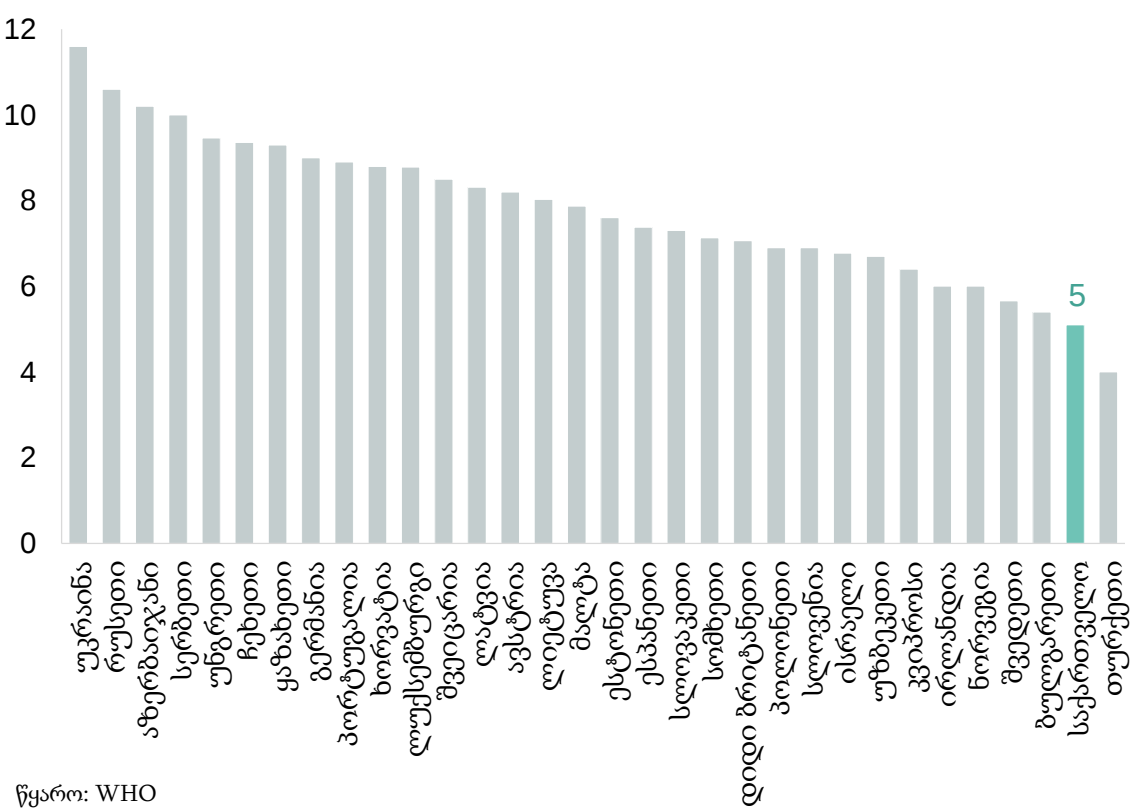
ზოგადად, საავადმყოფოებში დარჩენის მოკლე ხანგრძლივობა ნიშნავს უფრო მაღალ ეფექტურობას. თუმცა საქართველოში სექტორის დაბალპროდუქტიულობის გათვალისწინებით, დაყოვნების მოკლე ხანგრძლივობა შეიძლება აიხსნას დაბალგანვითარებული პირველადი ჯანდაცვით და საავადმყოფოების მოტივაციით გაუწიონ პაციენტებს ჭარბი მომსახურება, რაც ამბულატორიულ შემთხვევებს გარდაქმნის მოკლევადიან სტაციონარულ შემთხვევებად და შესაბამისად ამცირებს საშუალო დაყოვნების მაჩვენებელს.

სტაციონარში საშუალო დაყოვნება საქართველოში, დღე



წყარო: NCDC

საშუალო დაყოვნება ქვეყნების მიხედვით, დღე



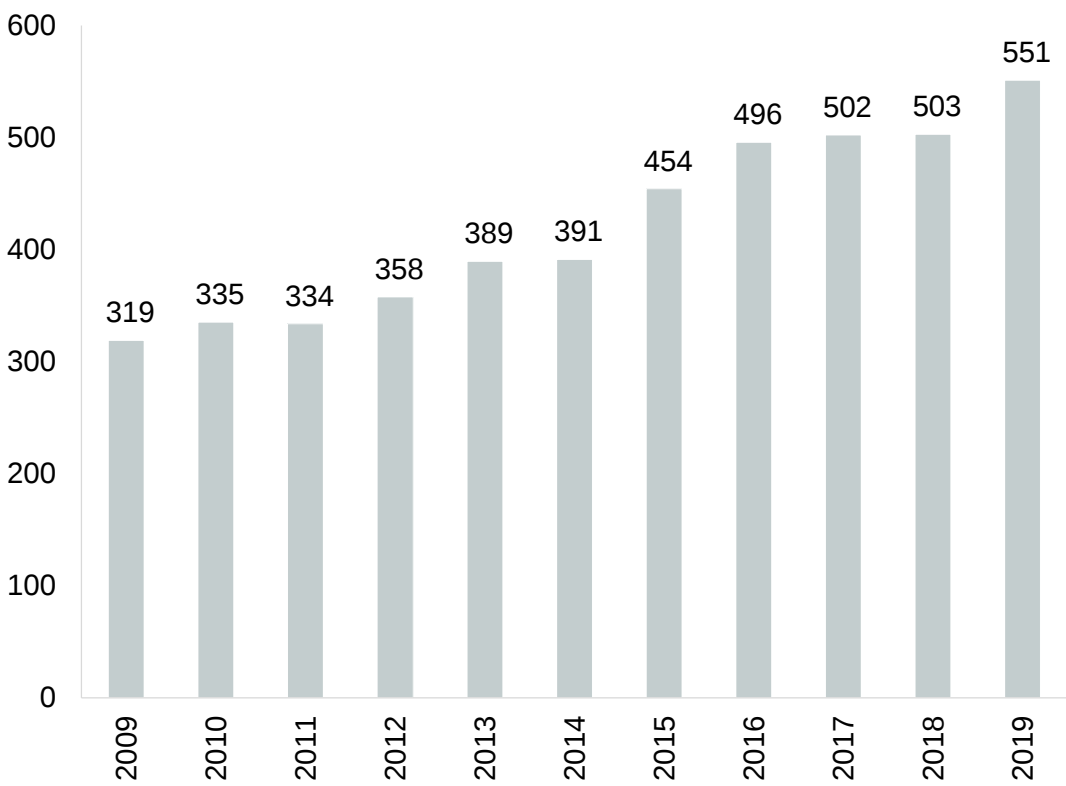
წყარო: WHO
შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები



ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა 5.6% CAGR-ით 551 ათასამდე გაიზარდა 2009-19 წლებში

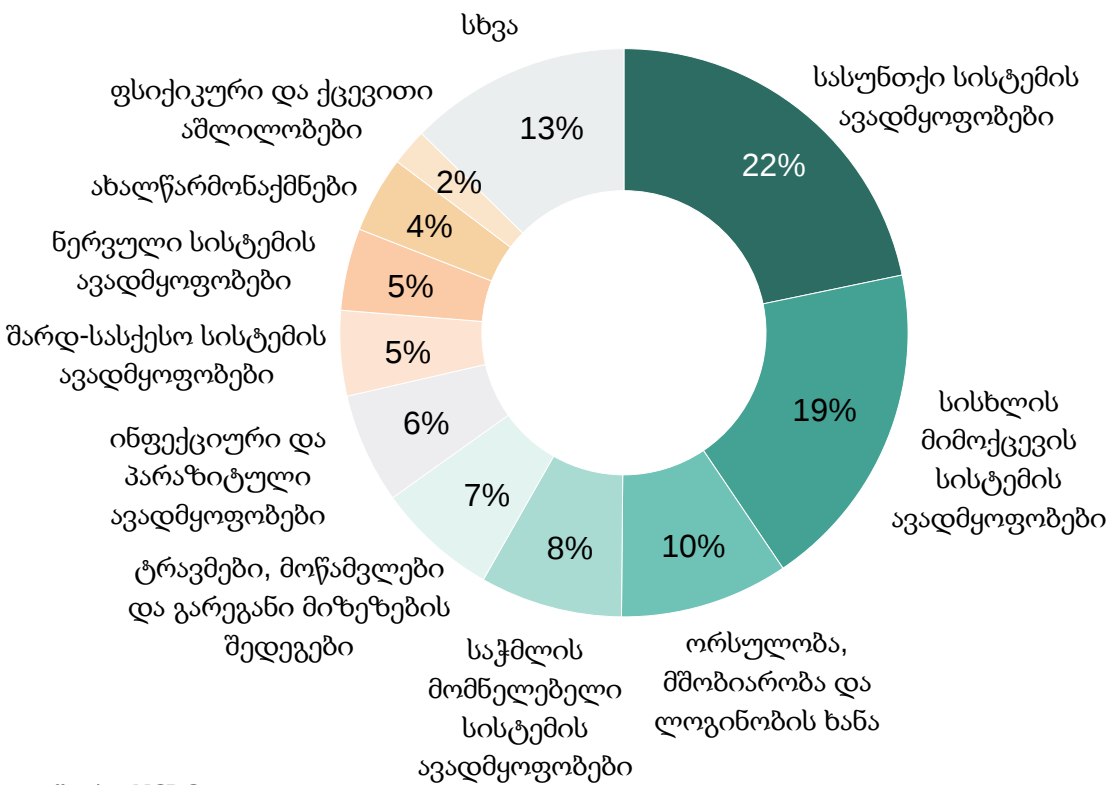
საქართველოს მოსახლეობა ბერდება, რაც გამოწვეულია შობადობის დაბალი მაჩვენებლით, მიგრაციითა და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდით (იხ, გვერდი 41). მოსახლეობის შემცირების პირობებში, სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის ზრდას განაპირობებს გაუმჯობესებული ხელმისაწვდომობა (როგორც მთავრობის ხარჯები, ისე მოსახლეობის მზარდი შემოსავლები) და ასაკთან დაკავშირებული დაავადებების გავრცელება.

ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა, '000



წყარო: NCDC

ჰოსპიტალიზაციების განაწილება დაავადებათა კლასის მიხედვით, 2019

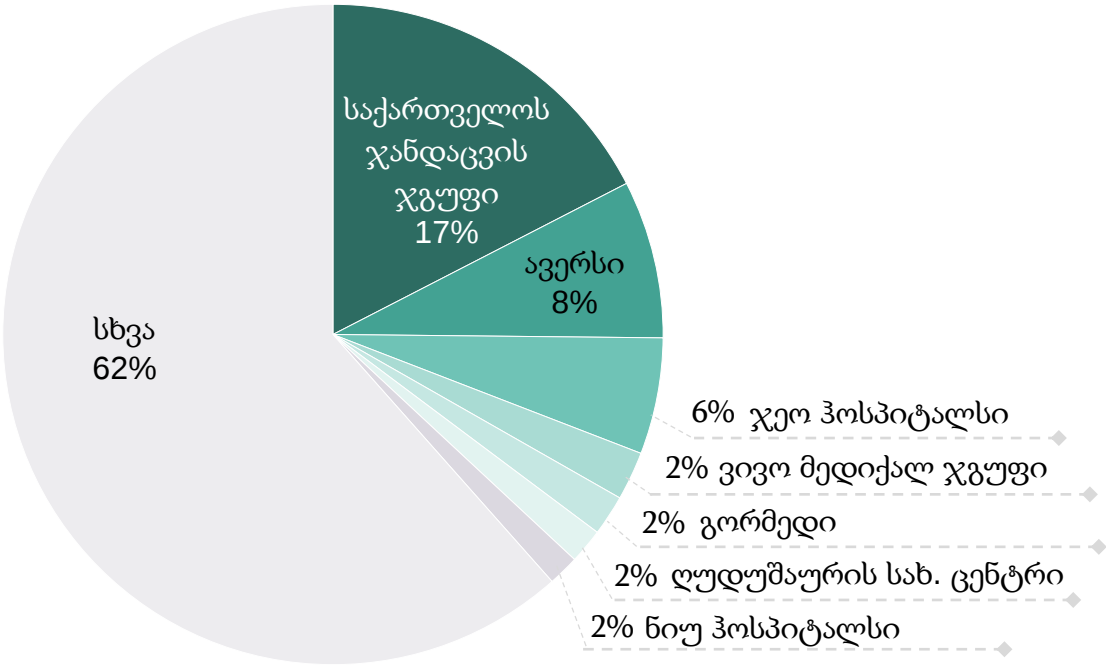


წყარო: NCDC



ჯანდაცვის სექტორის საოპერაციო და ფინანსური ეფექტურობის ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორი მასშტაბის მიღწევაა, თუმცა სექტორი კვლავ ფრაგმენტულია

ბაზრის წილი ჰოსპიტალიზაციების მიხედვით, 2019



- საქართველოს ჯანდაცვის ჯგუფი ბაზრის ყველაზე მსხვილი მოთამაშეა, ჰოსპიტალიზაციების 17%-ით 2019 წლის მდგომარეობით.
- ავერსი და ჯეო ჰოსპიტალსი მე-2 და მე-3 უმსხვილესი კომპანიებია, ჰოსპიტალიზაციების შესაბამისად 8% და 6%-იანი წილით 2019 წელს.
- სხვა საავადმყოფოების წილი ჰოსპიტალიზაციებში 2% ან ნაკლებია.
- DGR მოდელის დანერგვა, სავარაუდოდ, წაახალისებს კომპანიების კონსოლიდაციას და შეამცირებს ბაზრის ფრაგმენტულობას.

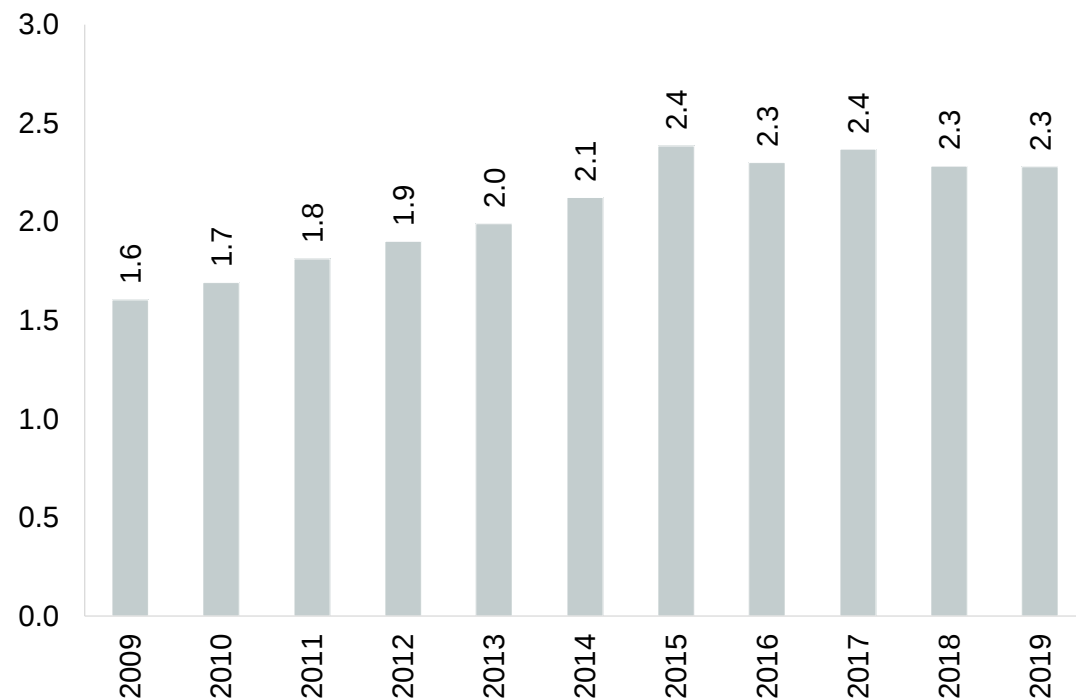
წყარო: NCDC, გალტ & თაგარტი
შენიშვნა: მონაცემები ჰოლდინგური კომპანიებისთვის არის გაერთიანებული



ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების რაოდენობა ბოლო ათწლეულში გაიზარდა

პირველადი ჯანდაცვის განვითარება არის საავადმყოფოებზე ზეწოლის შემცირების, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების პრევენცია/მართვისა და გართულებული/ფატალური შემთხვევების წილის შემცირების ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური გზა. აქედან გამომდინარე, ბოლო ათწლეულში პრევენციული და პირველადი ჯანდაცვა პრიორიტეტული მიმართულებებია საქართველოსთვის: ამბულატორიული დაწესებულებების რაოდენობამ 2.3 ათასს, მიმართვების რაოდენობამ კი 13.5 მლნ-ს მიაღწია 2019 წელს.

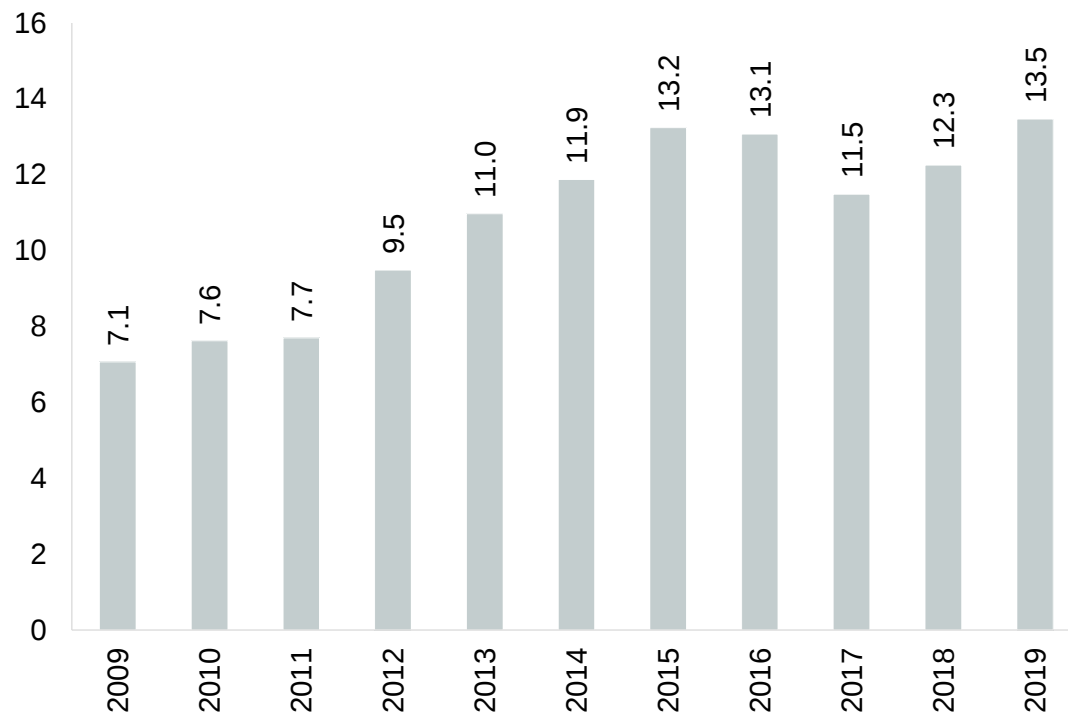
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები, '000



წყარო: NCDC

შენიშვნა: მონაცემები მოიცავს სოფლის ექიმ-მეწარეებსაც

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვები, მლნ

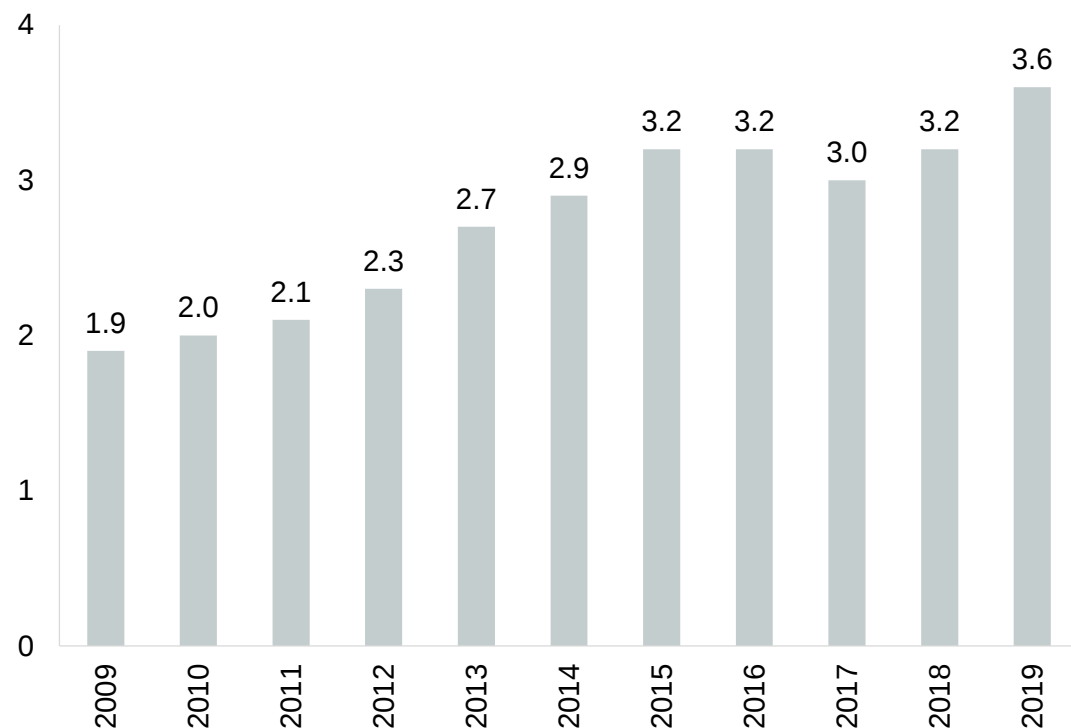


წყარო: NCDC

გაუმჯობესების მიუხედავად, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვების რაოდენობა საქართველოში კვლავ მცირეა

საქართველოში ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვიანობა დაბალია და ერთ ადამიანზე საშუალოდ 3.6-ს უტოლდება 2019 წლის მონაცემებით. არასაკმარისად განვითარებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები დაბალი მოთხოვნის ერთ-ერთი მიზეზია, რაც უბიძგებს პაციენტებს მიმართონ პირდაპირ საავადმყოფოებს. მედიკამენტებით თვითმკურნალობის მაღალი დონე კიდევ ერთი დაბრკოლებაა პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის.

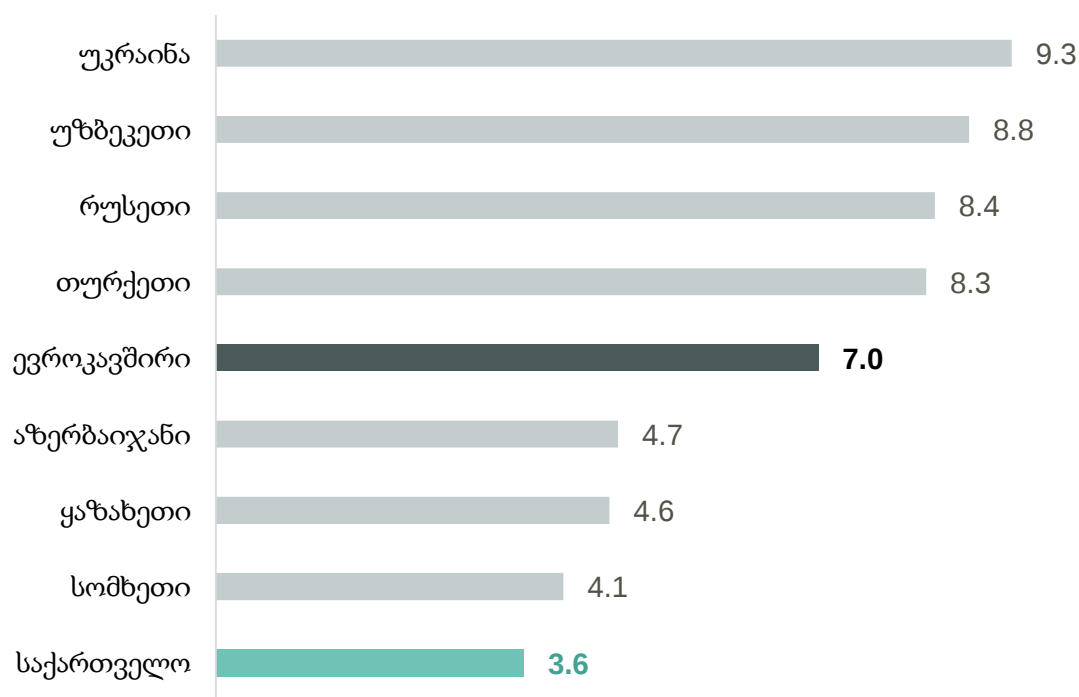
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვები ერთ ადამიანზე საქართველოში



წყარო: NCDC

შენიშვნა: მონაცემები არ მოიცავს სასწრაფო დახმარების მომსახურებას

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვები ერთ ადამიანზე ქვეყნების მიხედვით

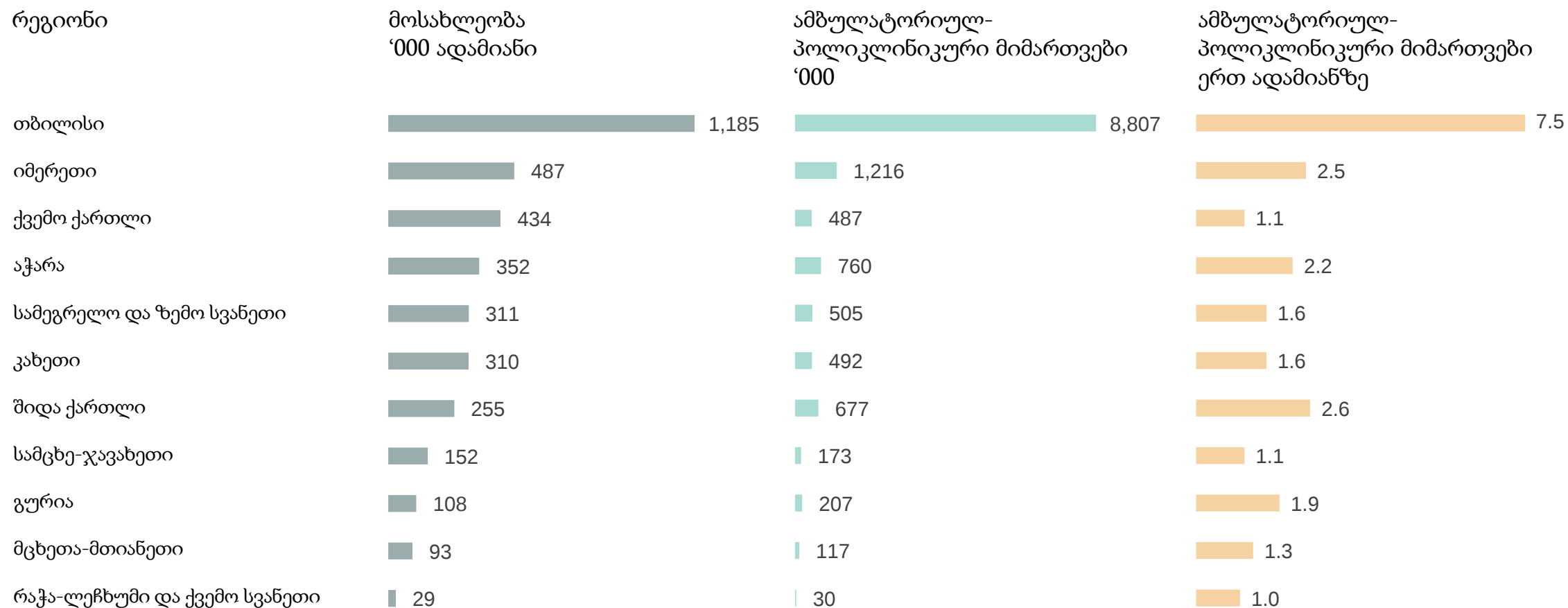


წყარო: WHO, NCDC

შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვების რაოდენობა მაღალია თბილისში, თუმცა ბევრად ნაკლებია რეგიონებში

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვები რეგიონების მიხედვით, 2019

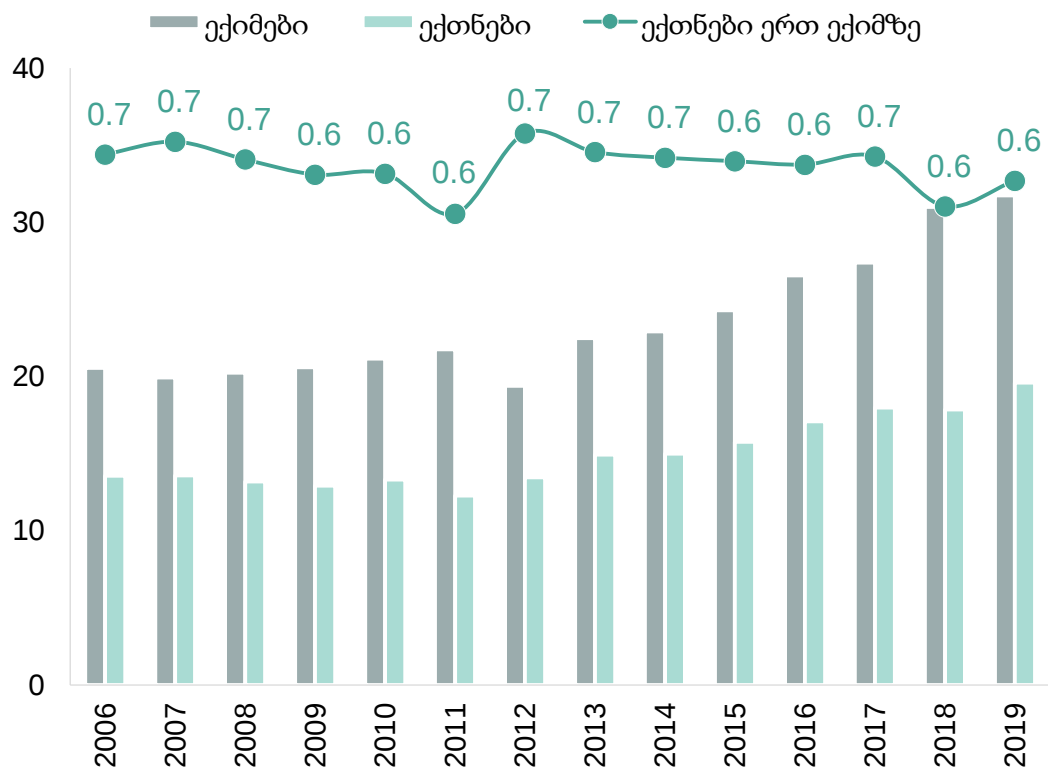


წყარო: NCDC

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ექიმების სიჭარბეა და ექთნების დეფიციტი

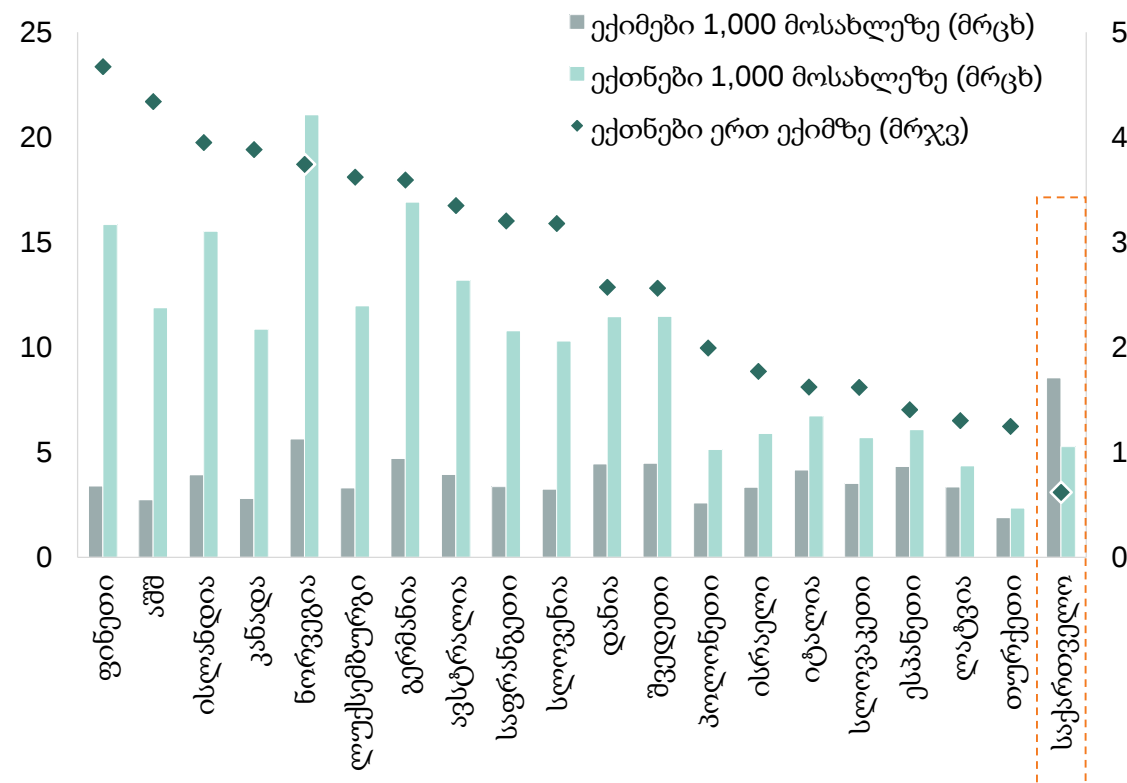
საქართველოში ექიმების რაოდენობა 1,000 მოსახლეზე 8.5-ს შეადგენდა 2019 წელს, რაც OECD-ის საშუალო მაჩვენებელზე ორჯერ მაღალია. ამავდროულად ექთნების დეფიციტია: თუ ევროპის ქვეყნებში ერთ ექიმს ეხმარება 2-5 ექთანი, საქართველოში ექთნებისა და ექიმების თანაფარდობა არის 0.6. ჩვენი მოლოდინით ეს პრობლემა მომავალში კიდევ უფრო გამწვავდება, რადგან განათლების სისტემა განაგრძობს ჭარბი რაოდენობის ექიმების მიწოდებას, ხოლო საექთნო პროგრამებზე სტუდენტების რაოდენობა მცირდება (იხ. გვერდი 42).

სამედიცინო პერსონალი საქართველოში, '000



წყარო: NCDC, საქსტატი

სამედიცინო პერსონალი ქვეყნების მიხედვით



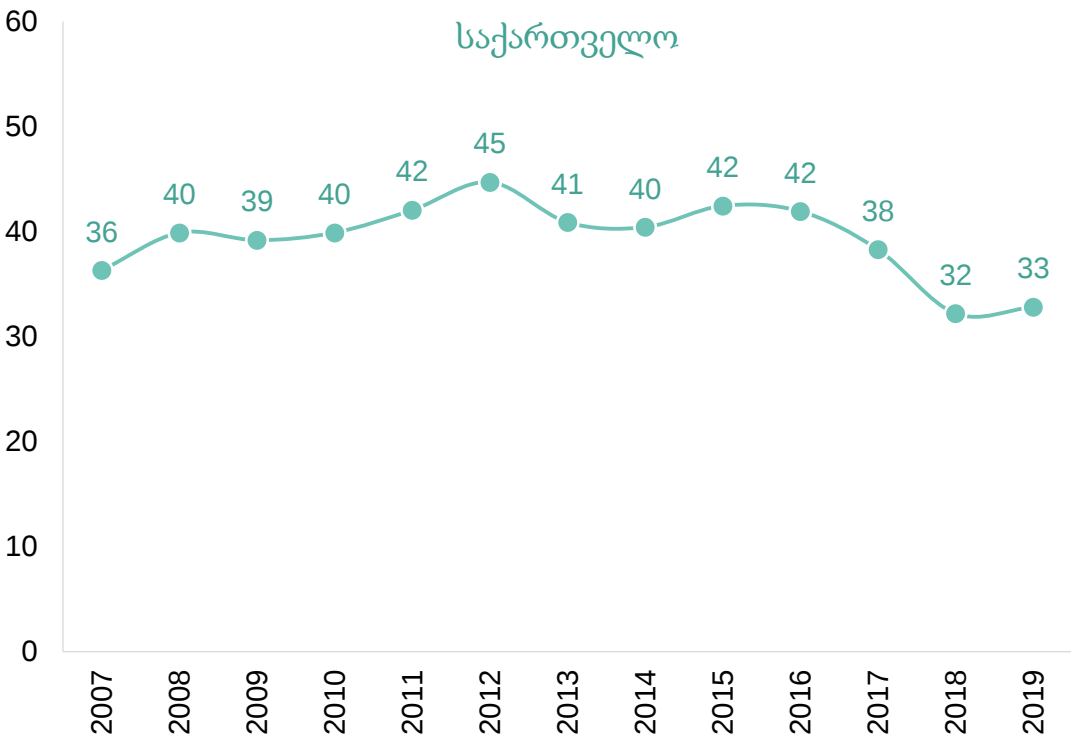
წყარო: OECD, NCDC

შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები

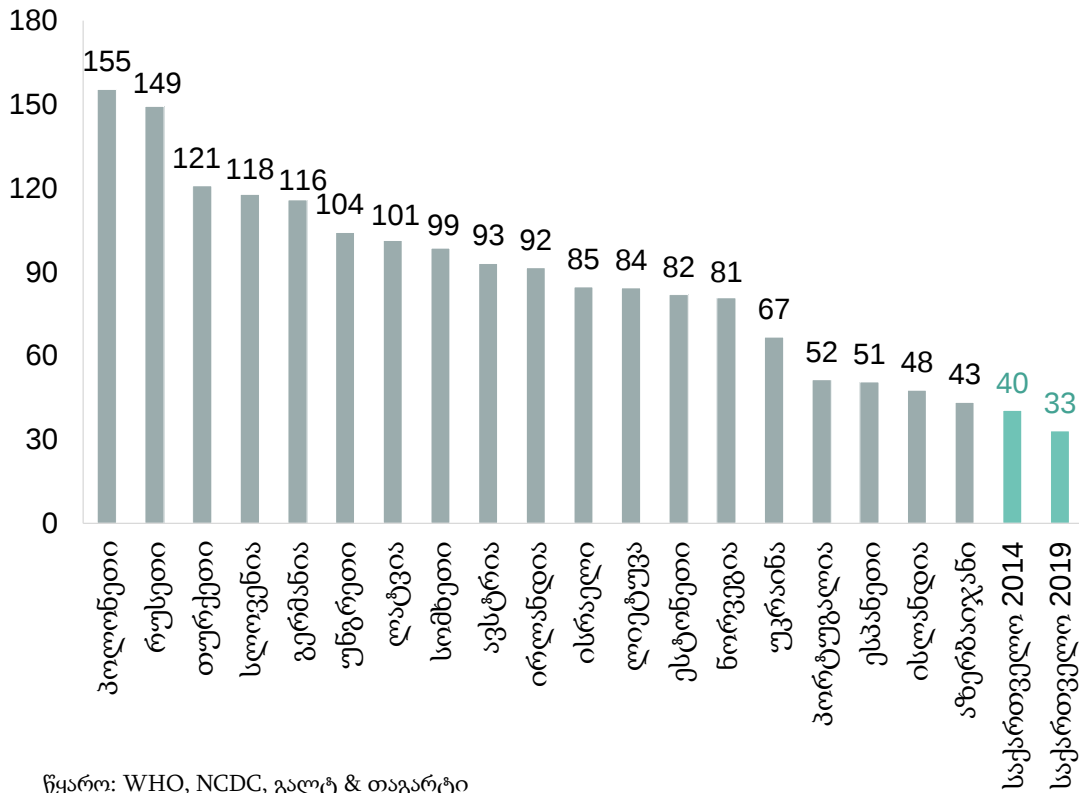
საქართველოს ექიმების პროდუქტიულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროკავშირისა და მეზობელი ქვეყნების მაჩვენებელს

ექთნების დეფიციტი აიძულებს ექიმებს შეითავსონ საექონო ფუნქციები ძირითად მოვალეობებთან ერთად, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს მათ პროდუქტიულობას. სტაციონარული დაწესებულებების ერთი ექიმი საქართველოში წელიწადში საშუალოდ 33 პაციენტს ემსახურება (2019), რაც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროკავშირისა და მეზობელი ქვეყნების მაჩვენებლებს, მაგალითად, თურქეთს, სადაც ერთი ექიმი წლიურად საშუალოდ 121 პაციენტს ემსახურება, 149-ს რუსეთში, 99-ს სომხეთში და ა.შ.

ერთი ექიმის მიერ წლის განმავლობაში მომსახურებული პაციენტების რაოდენობა



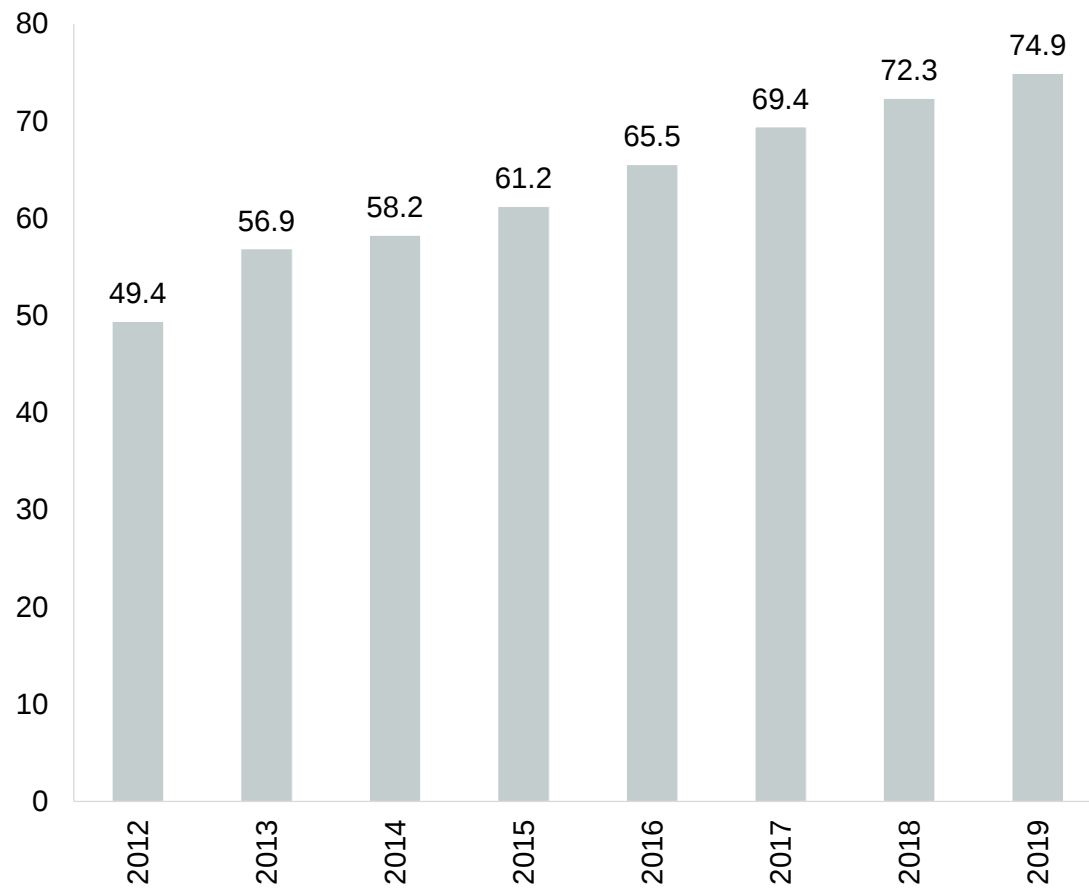
წყარო: NCDC, გალტ & თაგარტი
კალკულაცია: ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა / ექიმების რაოდენობა სტაციონარულ მიმართულებაში



წყარო: WHO, NCDC, გალტ & თაგარტი
შენიშვნა: შერჩეული ქვეყნების მაჩვენებლები მოცემულია - 2014 წლის მდგომარეობით

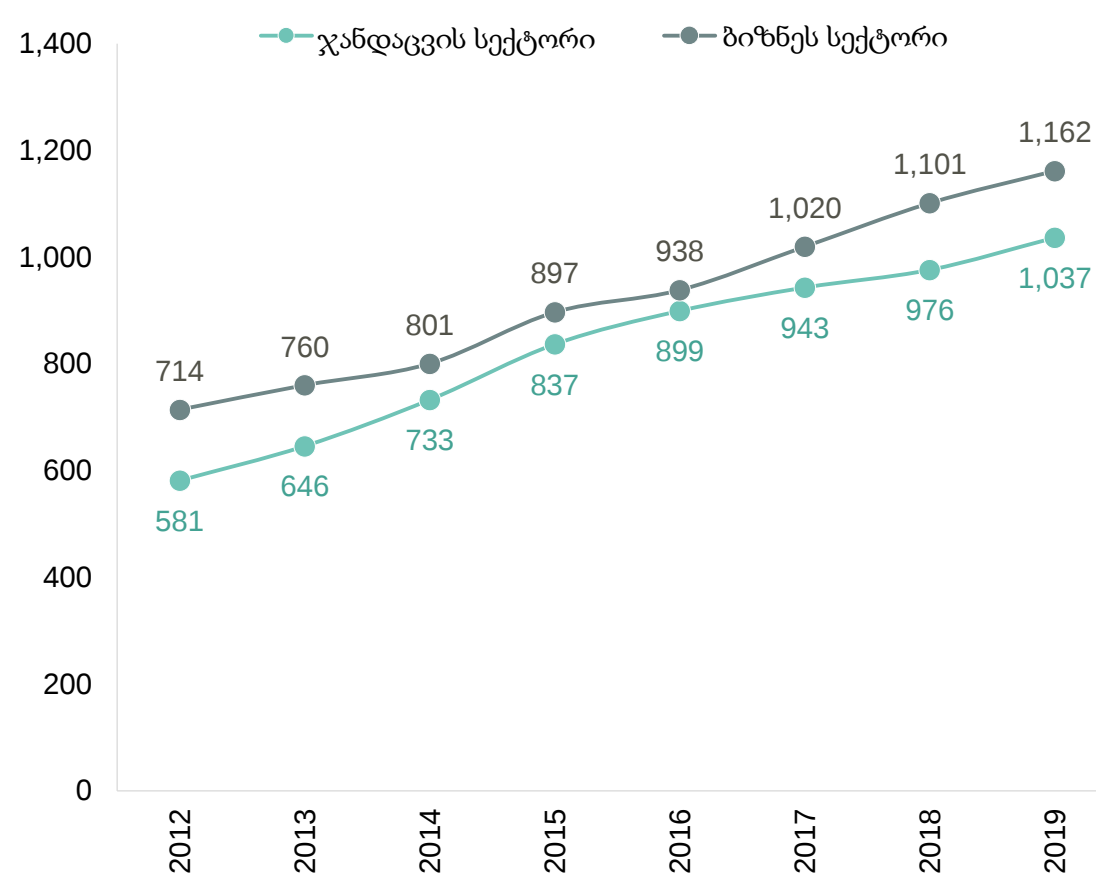
ჯანდაცვის სექტორში საშუალო თვიური ანაზღაურება 1,000 ლარს აღემატებოდა 2019 წელს, რაც ბიზნეს სექტორის საშუალო ხელფასზე დაბალია

კერძო ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა, '000



წყარო: საქსტატი

ბიზნეს სექტორში დასაქმებულთა საშუალო თვიური ანაზღაურება, ლარი



წყარო: საქსტატი

1. ჯანდაცვის სისტემა და საკანონმდებლო ცვლილებები

2. დანახარჯები ჯანდაცვაზე

3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

4. COVID-19

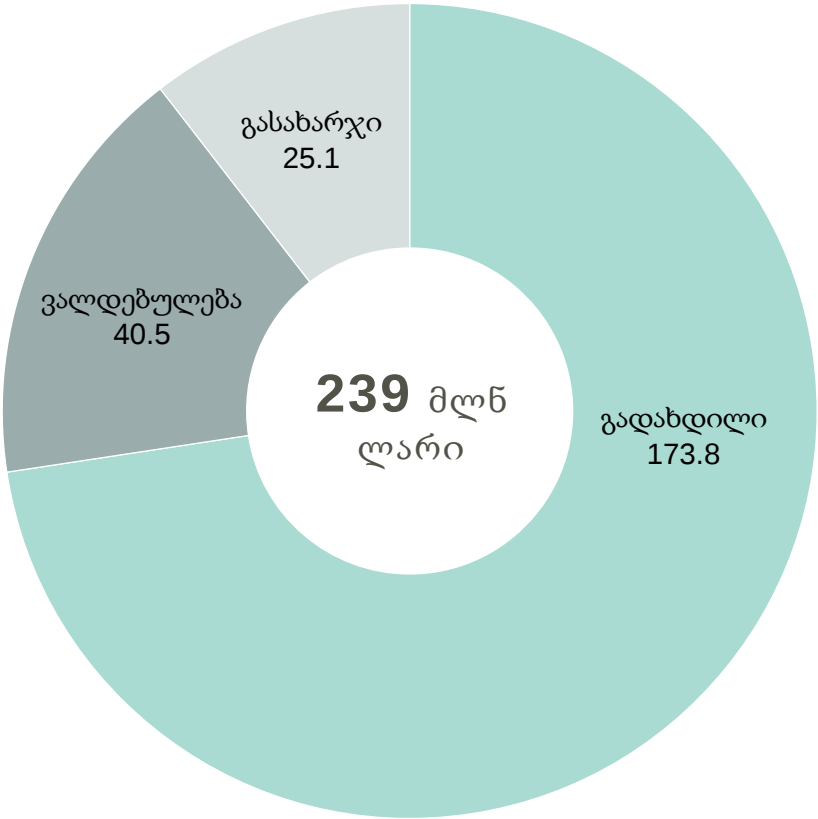
5. დანართი



სახელმწიფო ბიუჯეტის მიხედვით COVID ბიუჯეტი 2020 წელს 239 მლნ ლარს შეადგენს, ხოლო 2021 წლისთვის 400 მლნ ლარზეა დაგეგმილი

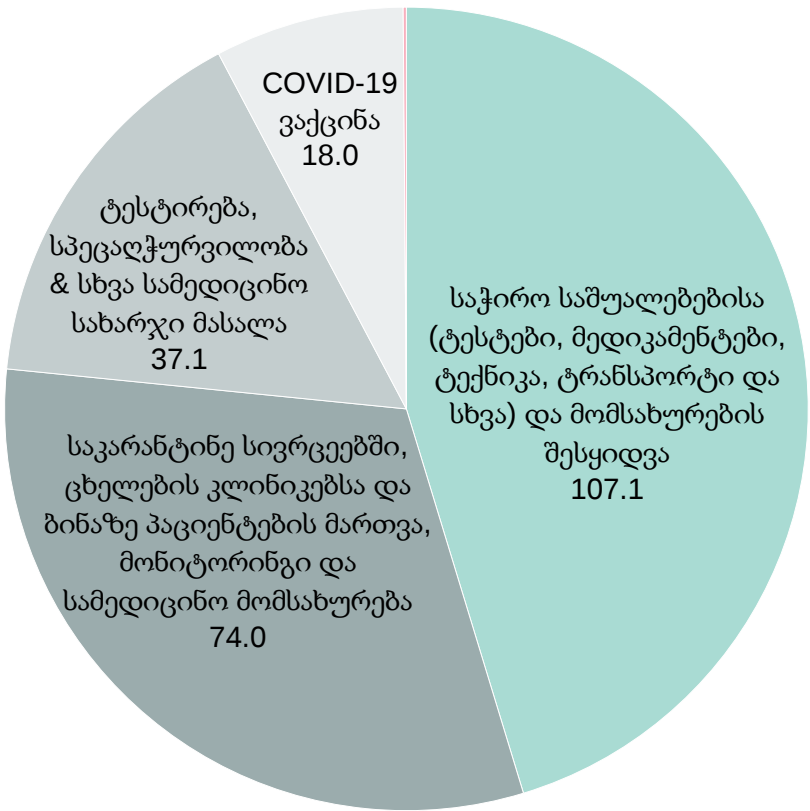
2020 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში COVID-19 პანდემიის სამართავად გამოყოფილი თანხები 239 მლნ ლარს შეადგენს, საიდანაც 90% ათვისებულია 9 დეკემბრის მდგომარეობით.

2020 COVID ბიუჯეტის ათვისება, მლნ ლარი



წყარო: სახელმწიფო ხაზინა, 9 დეკემბერი 2020

2020 COVID ბიუჯეტი ფუნქციის მიხედვით, მლნ ლარი

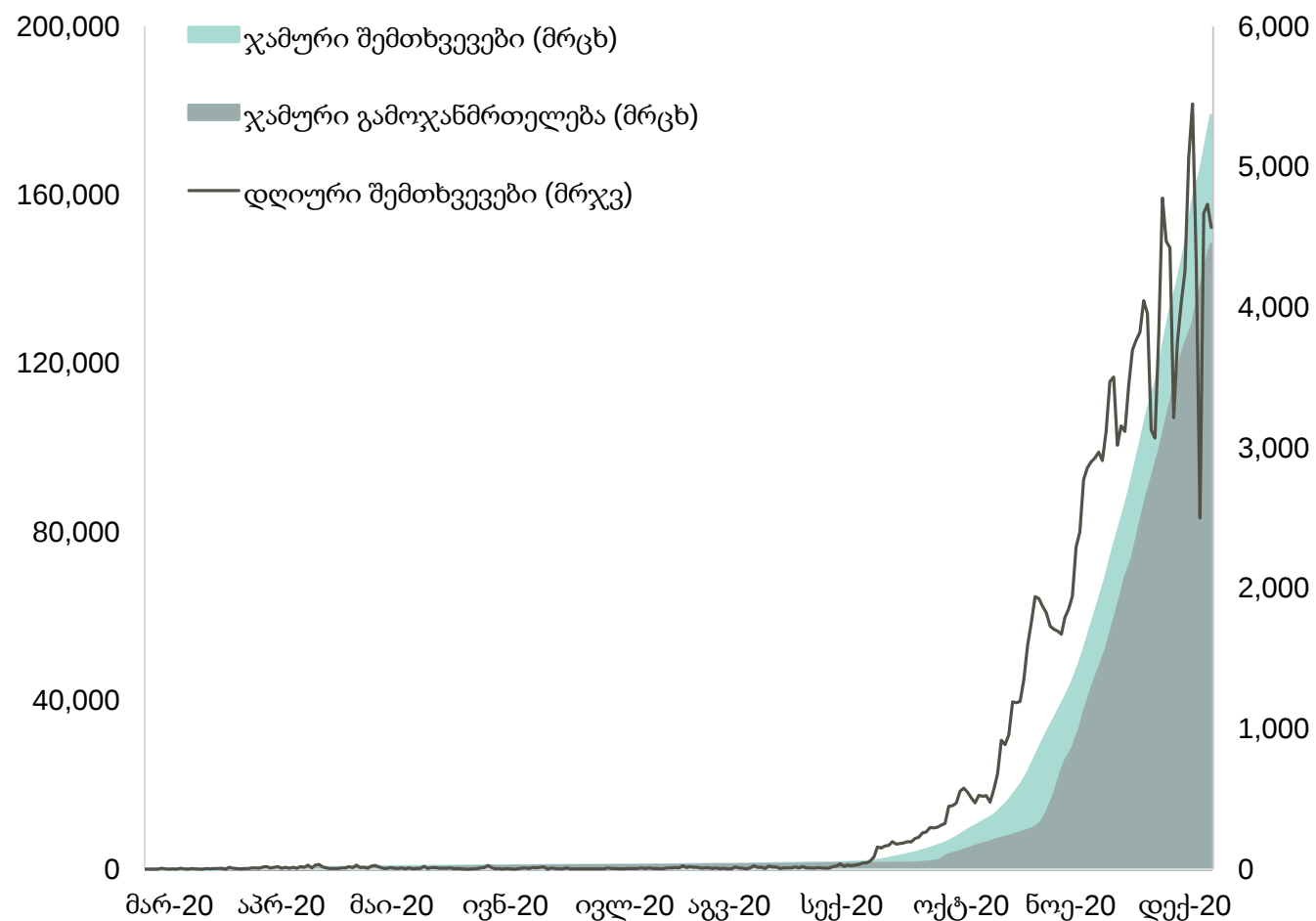


წყარო: მთავრობის დადგენილება N674



COVID-19 გავრცელება დაჩქარდა და მთავრობამ დააწესა ახალი შეზღუდვები

COVID-19 გავრცელების სტატისტიკა საქართველოში



წყარო: NCDC, 10 დეკემბერი 2020

ბალტ & თაგარტი

COVID შეზღუდვები საქართველოში - 28 ნოემბერი 2020 - 31 იანვარი 2021

შეზღუდვები ქვეყნის მასშტაბით

- შეიზღუდა მოძილობა 21:00 საათიდან 05:00 საათამდე
- აიკრძალა მგზავრების საქალაქთაშორისო გადაყვანა (გარდა მსუბუქი ავტომობილებისა და ტაქსებისა).
- კვების ობიექტების მომსახურება, ყველა სახის სპორტული, სახელოვნებო, კულტურული და საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარება დასაშვებია დისტანციურად.

დამატებითი შეზღუდვები დიდ ქალაქებსა და სათბილამურო კურორტებზე*

- შეიზღუდა მუნიციპალური ტრანსპორტის მუშაობა
- სავაჭრო ობიექტები (გარდა სურსათის, ცხოველების საკვების, აფთიაქების, საყოფაცხოვრებო ქიმიისა და ჰიგიენის მაღაზიების, პრესის ჯიხურების) იმუშავებენ მხოლოდ დისტანციურ რეჟიმში.
- საგანმანათლებლო დაწესებულებები (გარდა სამედიცინო პროგრამებისა) გადავლენ დისტანციურ რეჟიმზე.
- არ იმუშავებენ ღია და დახურული ბაზრობები (გარდა აგრარულია)

შეზღუდვების შემსუბუქება

- შეზღუდვები გაუქმდებათ სავაჭრო ობიექტებს, ღია და დახურულ ბაზრებს 24 დეკემბრიდან 2 იანვრამდე, 3-15 იანვარი გამოცხადდება უქმე/დასვენების დღეებად.
- 16 იანვრიდან აღდგება მუნიციპალური და საქალაქთაშორისო ტრანსპორტის მუშაობა, სავაჭრო ობიექტებისა და ღია და დახურული ბაზრობების მუშაობა (გარდა შაბათ-კვირისა).
- დადგენილ 2 თვიან პერიოდში შეზღუდვები არ ეხებათ საბანკო და საფინანსო დაწესებულებებს, სილამაზის სალონებს, ყველა სახის სამეწარმეო და სამშენებლო საქმიანობებს, ტაქსებს და კერძო ტრანსპორტირებას.

*თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი, რუსთავი, გორი, ფოთი, ზუგდიდი, თელავი, ბაკურიანი, გუდაური, გოდერძი და მესტია

საქართველოში COVID-19-ის გავრცელება მაღალია

COVID-19 სტატისტიკა საქართველოში

178,953 დადასტურებული შემთხვევა	148,332 გამოჯანმრთელე- ბული	1,657 გარდაცვლილი
1,019 კარანტინის რეჟიმში	6,918 სტაციონარში მეთ- ვალყურობის ქვეშ	3,524 კოვიდ სასტუმროებში

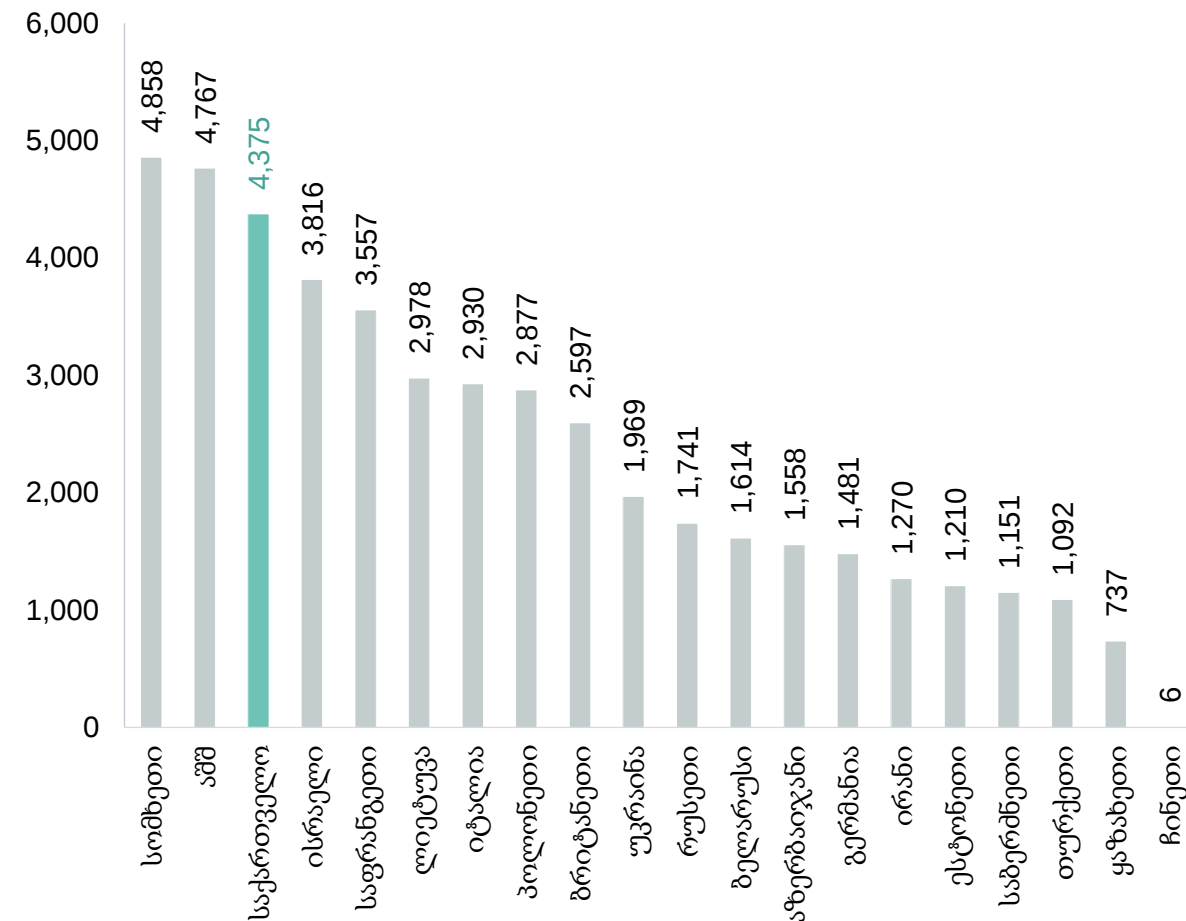
წყარო: www.stopcov.ge, 10 დეკემბერი 2020

საქართველოს რეიტინგი მსოფლიოში

#44 დადასტურებული შემთხვევების მიხედვით	#13 100,000 მოსახლეზე დადასტურებული შემთხვევების მიხედვით	#36 100,000 მოსახლეზე ტესტების რაოდენობის მიხედვით
---	--	---

წყარო: Worldometer, 9 დეკემბერი 2020

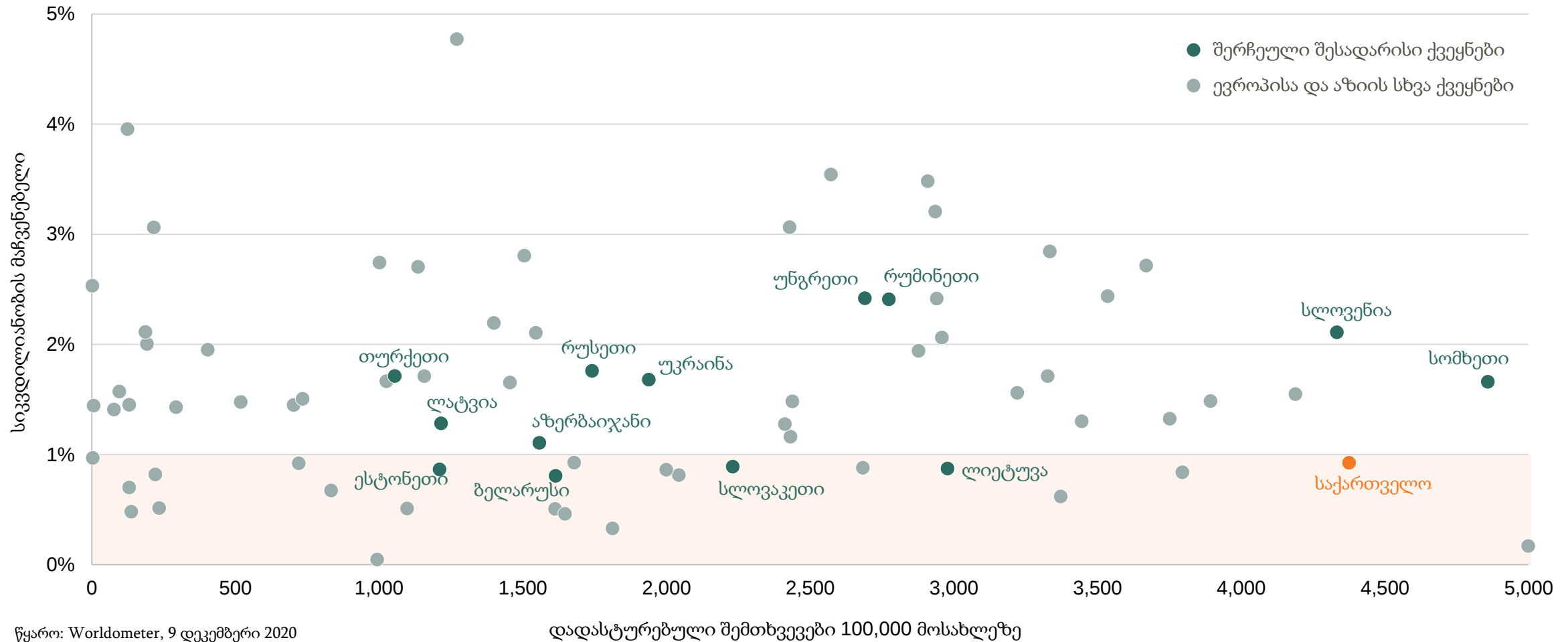
COVID-19 შემთხვევები 100,000 მოსახლეზე



წყარო: Worldometer, 9 დეკემბერი 2020

COVID სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში 1%-ზე ნაკლებია, რაც დაბალი მაჩვენებელია ევრაზიის ქვეყნებთან შედარებით

COVID-19 გავრცელებისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ევროპისა და აზიის ქვეყნებში



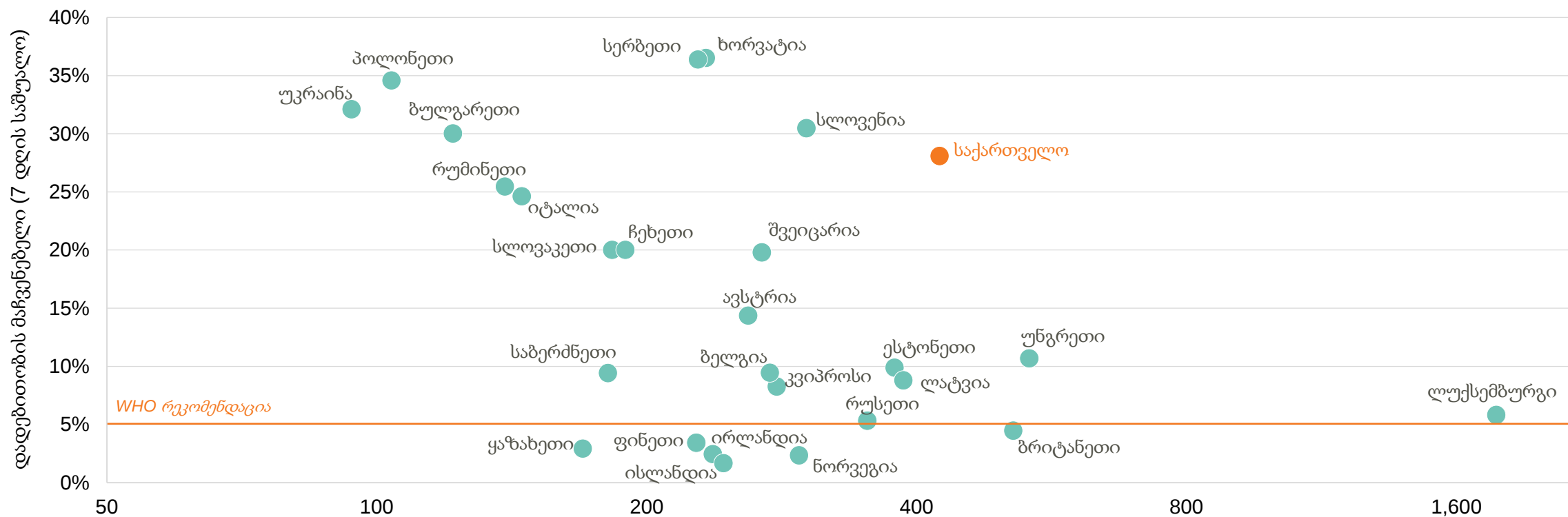
წყარო: Worldometer, 9 დეკემბერი 2020

დადასტურებული შემთხვევები 100,000 მოსახლეზე

ტესტირების მოცულობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა, თუმცა კვლავ არასაკმარისია ყველა დაინფიცირებულის გამოსავლენად

ტესტების დადებითობის მაჩვენებელი საუკეთესო ინდიკატორია იმის შესაფასებლად თუ რამდენად საკმარისია არსებული ტესტირების მოცულობა. მაღალი დადებითობის მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ ინფიცირებულების დიდი ნაწილის გამოვლენა ვერ ხერხდება. მიუხედავად იმისა, რომ 100,000 მოსახლეზე ჩატარებული ტესტების რაოდენობა საქართველოში მაღალია, ნოემბრის თვის მეორე ნახევარში დადებითობის მაჩვენებელმა 30%-ს გადააჭარბა, რაც ნიშნავს რომ ინფიცირებულების რაოდენობა აღემატება ოფიციალურ სტატისტიკას. აღსანიშნავია, რომ 9 დეკემბრის მონაცემებით დღიურმა ტესტების რაოდენობამ 20,000-ს გადააჭარბა, რაც სავარაუდოდ, შეამცირებს დადებითობის მაჩვენებელს.

დღიური ტესტირება 100,000 მოსახლეზე და პოზიტიური ტესტების წილი



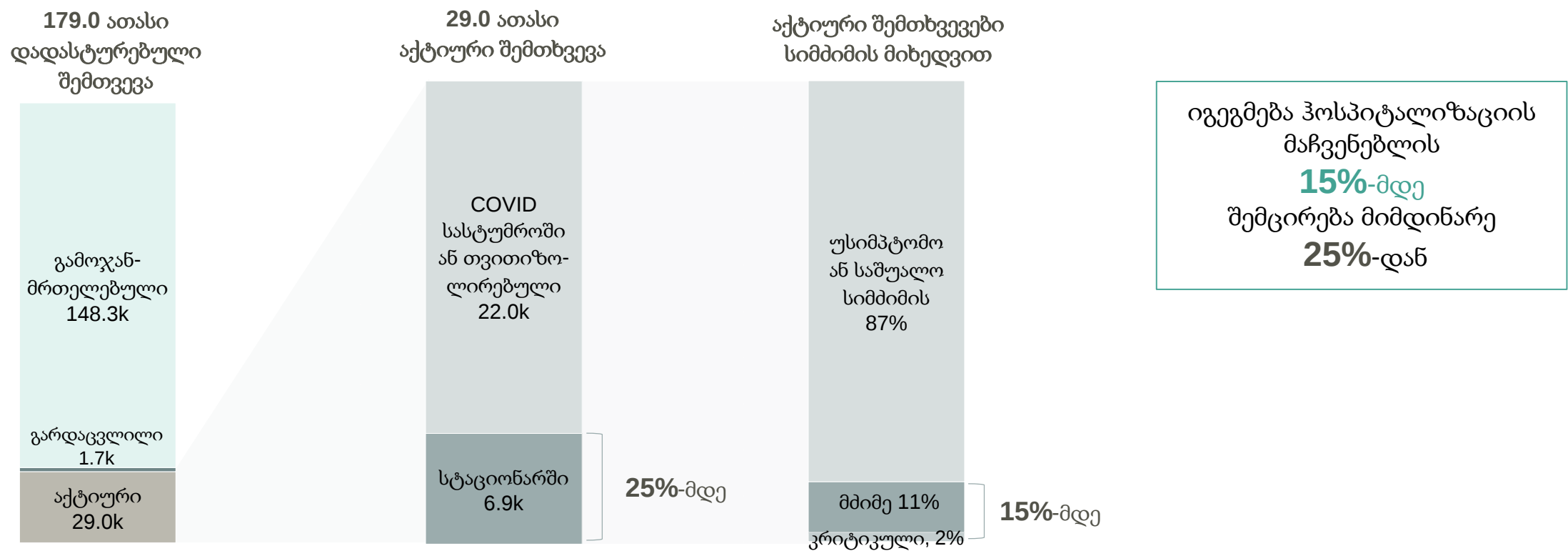
წყარო: John Hopkins, NCDC, 9 დეკემბერი 2020

ტესტირება 100,000 მოსახლეზე (7 დღის საშუალო)

ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის შემცირება შესაძლებელია, რაც შეამსუბუქებს ტვირთს ჰოსპიტალურ სექტორზე

COVID-ის 179.0 ათასი დადასტურებული ჯამური შემთხვევიდან 29.0 ათასი არის აქტიური და მათი 25% არის ჰოსპიტალიზებული 10 დეკემბრის მდგომარეობით. ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი საქართველოში (25%) მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს (5-10%). დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, შემთხვევების 87% არის უსიმპტომო ან საშუალო სიმძიმის, ანუ არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, 11% არის მძიმე და 2% კრიტიკული. უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭოს საჯარო განცხადებების თანახმად, გეგმაშია ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის 15%-მდე შემცირება, რაც შეამსუბუქებს ტვირთს სექტორზე.

COVID-19 სტატისტიკა საქართველოში, 10 დეკემბერი 2020



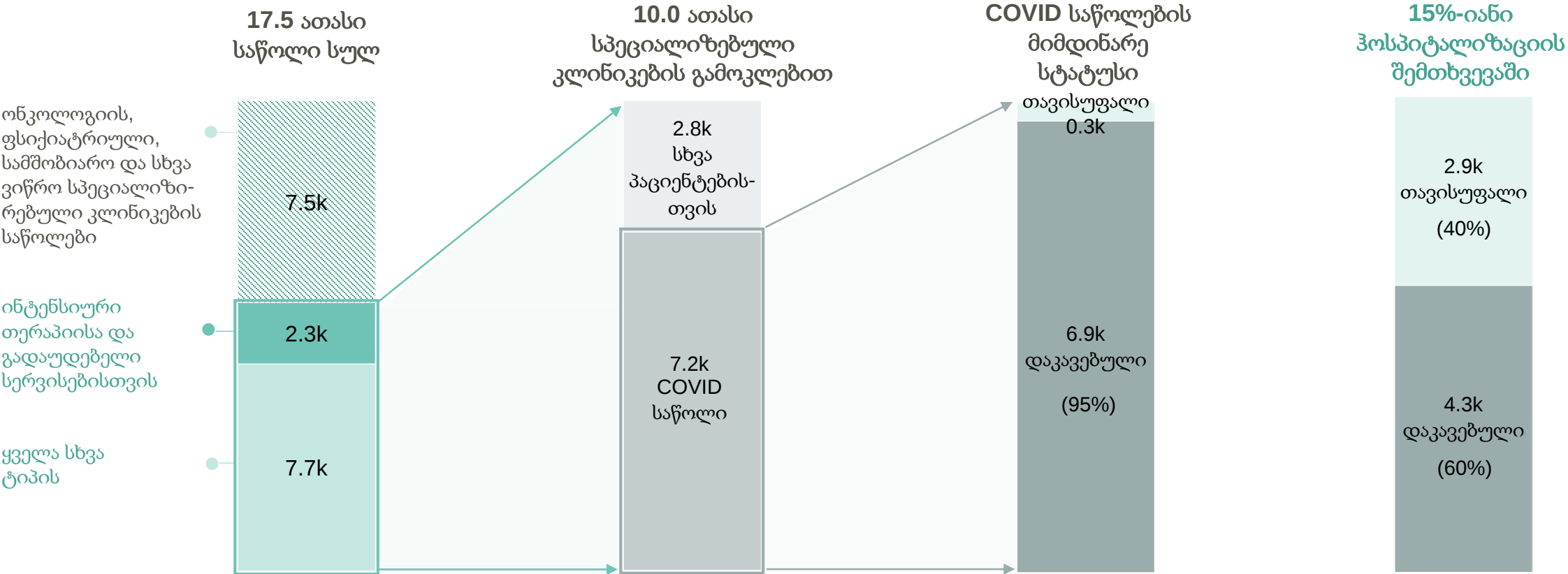
წყარო: NCDC



ჰოსპიტალიზაციის შემცირება გაზრდის თავისუფალი საწოლების რაოდენობას, თუმცა ტვირთი გადაინაცვლებს პირველად ჯანდაცვაზე

10 დეკემბრის მდგომარეობით, 7.2 ათასი საწოლია მოხიზებული COVID პაციენტებისთვის. 25%-იანი ჰოსპიტალიზაციის პირობებში დატვირთვა საავადმყოფო სექტორზე მაღალია (დაკავებულია საწოლების 95%). თუ ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი შემცირდება 15%-მდე, გათავისუფლდება 2.9 ათასი საწოლი. ამ შემთხვევაში, ტვირთი გადავა პირველადი ჯანდაცვის რგოლზე, რომელიც იქნება პასუხისმგებელი კრიტიკური შემთხვევების სწორ იდენტიფიკაციაზე, სახლში/სასტუმროში მყოფი პაციენტების მონიტორინგსა და მკურნალობაზე.

საწოლფონდი საქართველოში, 10 დეკემბერი 2020



წყარო: NCDC, ჯანდაცვის სამინისტრო, უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭოს საჯარო განცხადებები

COVID-19 ვაქცინა - პანდემიის დასასრულის დასაწყისი



ვაქცინის განვითარება

Pfizer/BioNTech და Moderna-ს COVID ვაქცინის კანდიდატებმა 2020 წლის ნოემბერში 90%-ზე მაღალი ეფექტურობა გამოავლინეს კვლევების მე-3 ფაზაში. ეს შედეგი ბევრად აღემატება მოსალოდნელ 60-70%-ს, რაც საკმარისი ეფექტურობაა ჯოგური იმუნიტეტის გამოსამუშავებლად.

აღსანიშნავია, რომ AstraZeneca/Oxford-ის ვაქცინამ 70%-იანი ეფექტურობა აჩვენა, ხოლო Johnson & Johnson-ის შედეგები უახლოეს მომავალში გამოქვეყნდება. უსაფრთხოების კვლევები ჯერ არ დასრულებულა, თუმცა მოსალოდნელია პოზიტიური შედეგები.

ავტორიზაციის პროცესის გათვალისწინებით, ვაქცინები ხელმისაწვდომი იქნება მხოლოდ ვიწრო მიზნობრივი ჯგუფისთვის 2020 წლის ბოლოსთვის და სრულ წარმადობას მიაღწევს 2021 წელს.



ვაქცინის დისტრიბუცია

ვაქცინის დისტრიბუცია მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, რადგან მსოფლიოს ასეთი მასშტაბის ვაქცინაცია არასდროს უნახავს. Pfizer-BioNTech ვაქცინის შენახვას სჭირდება ძალიან დაბალი ტემპერატურა, რაც დისტრიბუციას კიდევ უფრო ართულებს, თუმცა Moderna, AstraZeneca და J&J ვაქცინებს შენახვის უფრო მარტივი მოთხოვნები აქვთ.

COVAX პლატფორმა შექმნილია COVID-19 ვაქცინებზე მსოფლიოს ყველა ქვეყნისთვის სამართლიანი და სწრაფი წვდომის უზრუნველსაყოფად, მათ შორის საქართველოსთვის. საქართველომ უკვე შეიძინა 4 მლნ აშშ დოლარის ღირებულების ვაქცინა, რომელიც სავარაუდოდ 2021 წლის გაზაფხულზე იქნება ხელმისაწვდომი. სულ 17 მლნ აშშ დოლარის ღირებულების ვაქცინაა საჭირო საქართველოს მოსახლეობის 20%-ის დასაფარად.

ვაქცინის კანდიდატები	Pfizer/BioNTech	Moderna	AstraZeneca/Oxford	Johnson & Johnson
ვაქცინის ტიპი	რნმ	რნმ	ვირუსული ვექტორი	ვირუსული ვექტორი
ეფექტურობა წინასწარი კვლევებით	95%	94%	70%	უცნობია
საჭირო დოზა ერთ ადამიანზე	2	2	1 ან 1.5	1
ერთი დოზის მოსალოდნელი ფასი	20 აშშ\$	25-37 აშშ\$	3-4 აშშ\$	10 აშშ\$
შენახვის საჭირო ტემპერატურა	-70°C	-20°C	2-8°C	2-8°C
2021 წარმოების სიმძლავრე	1.3 მლრდ დოზა	1.0 მლრდ დოზა	2.9 მლრდ დოზა	1.1 მლრდ დოზა
ევროკავშირში დადასტურების სავარაუდო თარიღი	29 დეკემბერი	12 იანვარი	შუა იანვარი	უცნობია

1. ჯანდაცვის სისტემა და საკანონმდებლო ცვლილებები

2. დანახარჯები ჯანდაცვაზე

3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

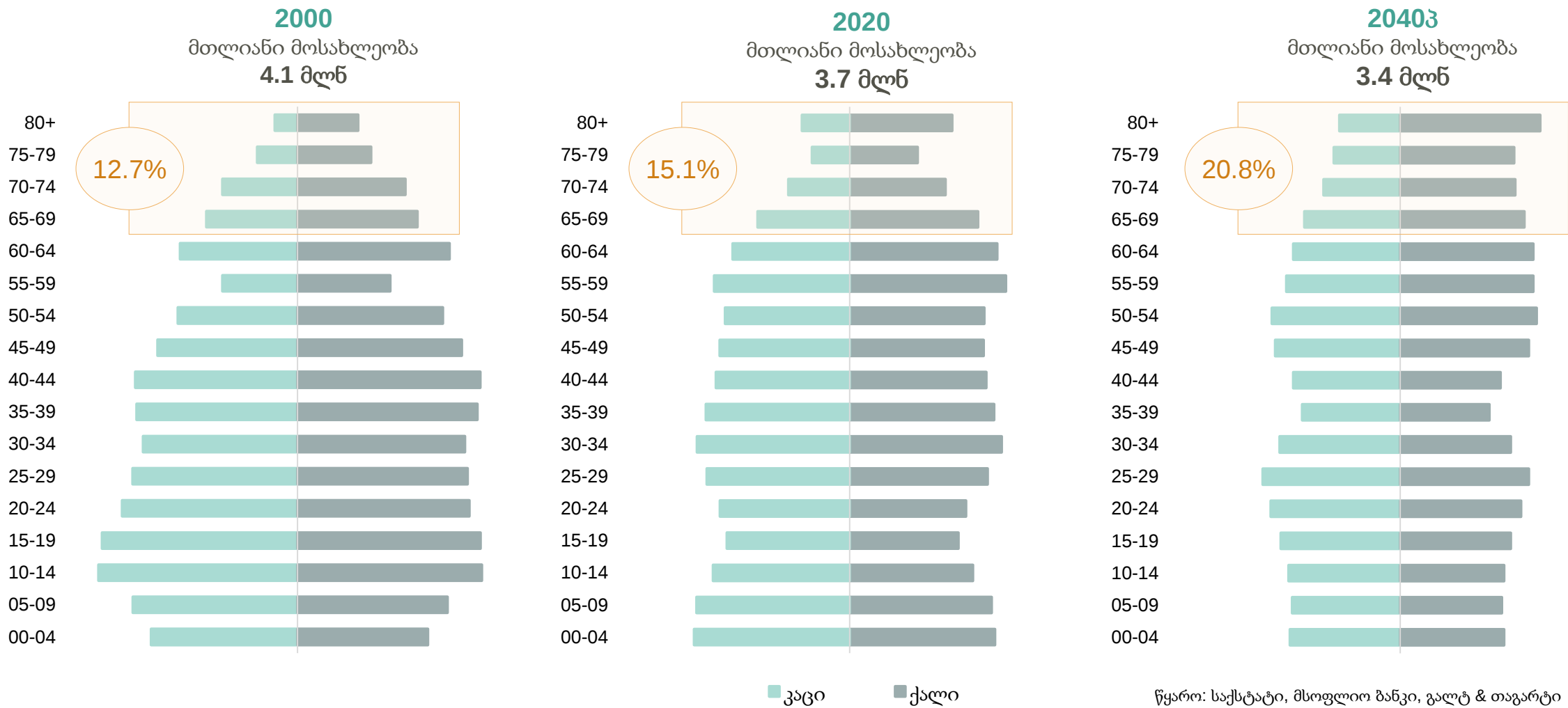
4. COVID-19

5. დანართი



საქართველოში 65წ+ ასაკის მოსახლეობის წილი 15.1%-დან 20.8%-მდე გაიზრდება 2020-40 წლებში, მსოფლიო ბანკის მონაცემებით

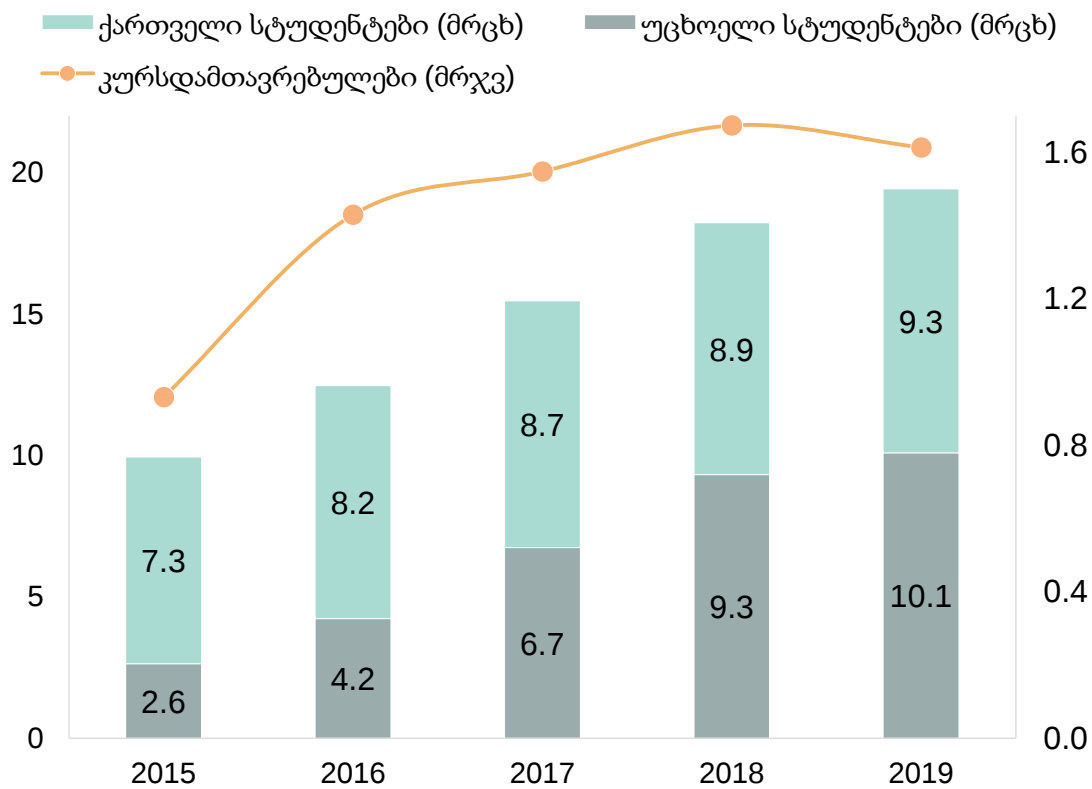
მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურა საქართველოში



წყარო: საქსტატი, მსოფლიო ბანკი, გალტ & თაგარტი

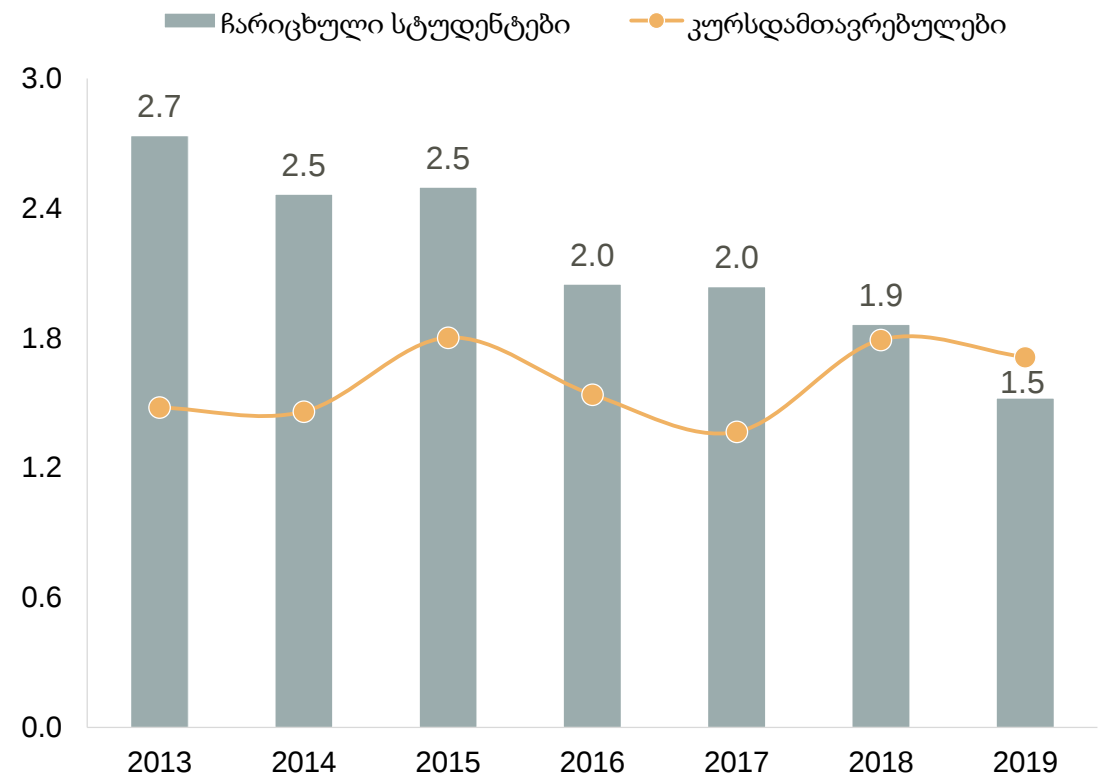
სტუდენტების რაოდენობა ერთ-ციკლიან და რეზიდენტურის სამედიცინო პროგრამებზე იზრდება, როცა სტუდენტების მიღება პროფესიულ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში თანდათან მცირდება

სტუდენტები სამედიცინო პროგრამებზე (ერთ-ციკლიანი და რეზიდენტურა) საქართველოში, '000



წყარო: საქსტატი

სტუდენტები პროფესიულ სამედიცინო პროგრამებზე* საქართველოში, '000

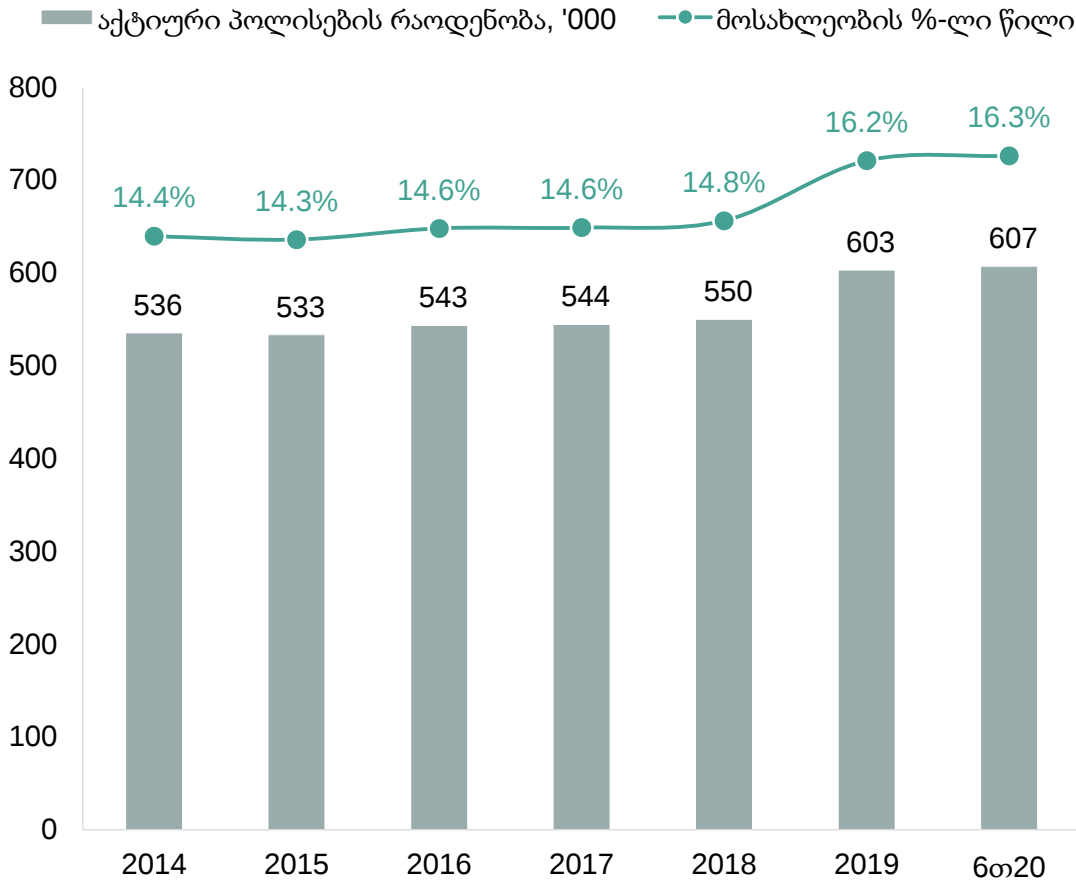


წყარო: საქსტატი

*შენიშვნა: მოიცავს საექთნო და ფარმაცევტულ პროგრამებს, მონაცემები მხოლოდ საექთნო პროგრამებზე ხელმისაწვდომი არაა

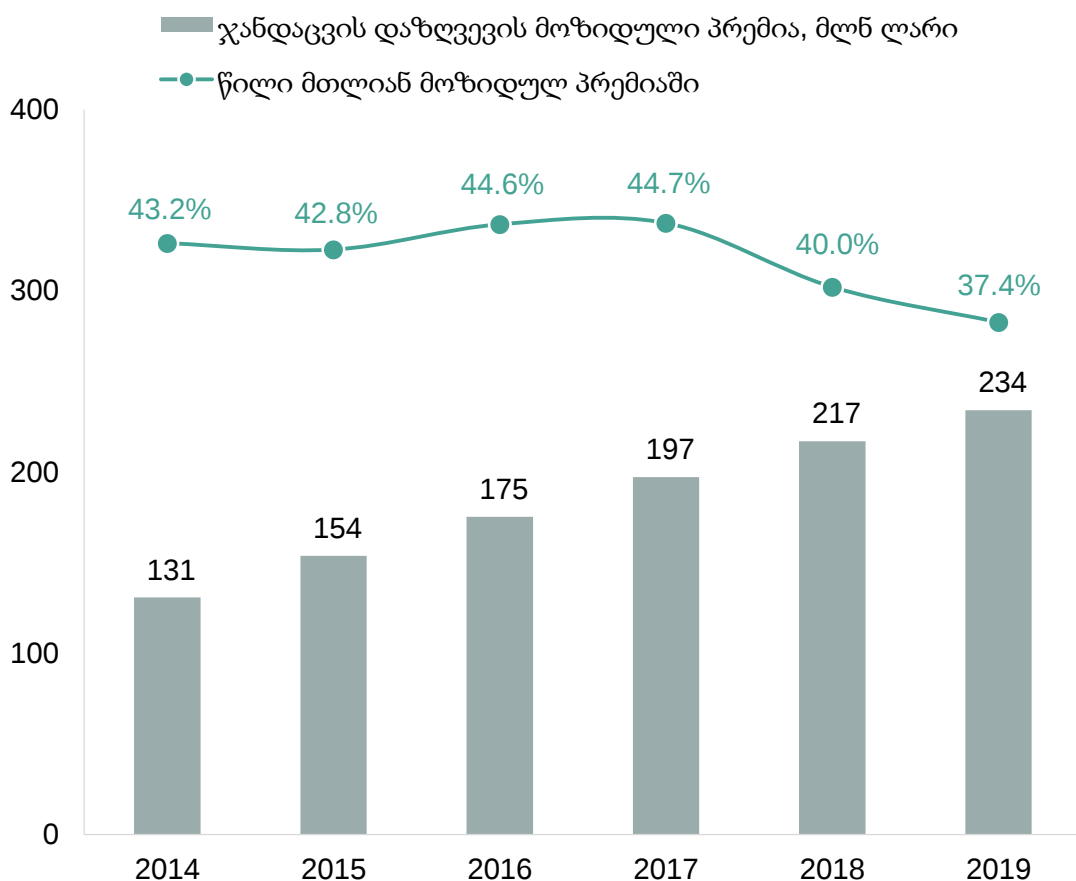
ჯანმრთელობის დაზღვევის აქტიური პოლისების რაოდენობამ 607.2 ათასს (მოსახლეობის 16.3%) მიაღწია 2020 წლის ივნისის მდგომარეობით

ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისები



წყარო: საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური

მოზიდული პრემიის მოცულობა

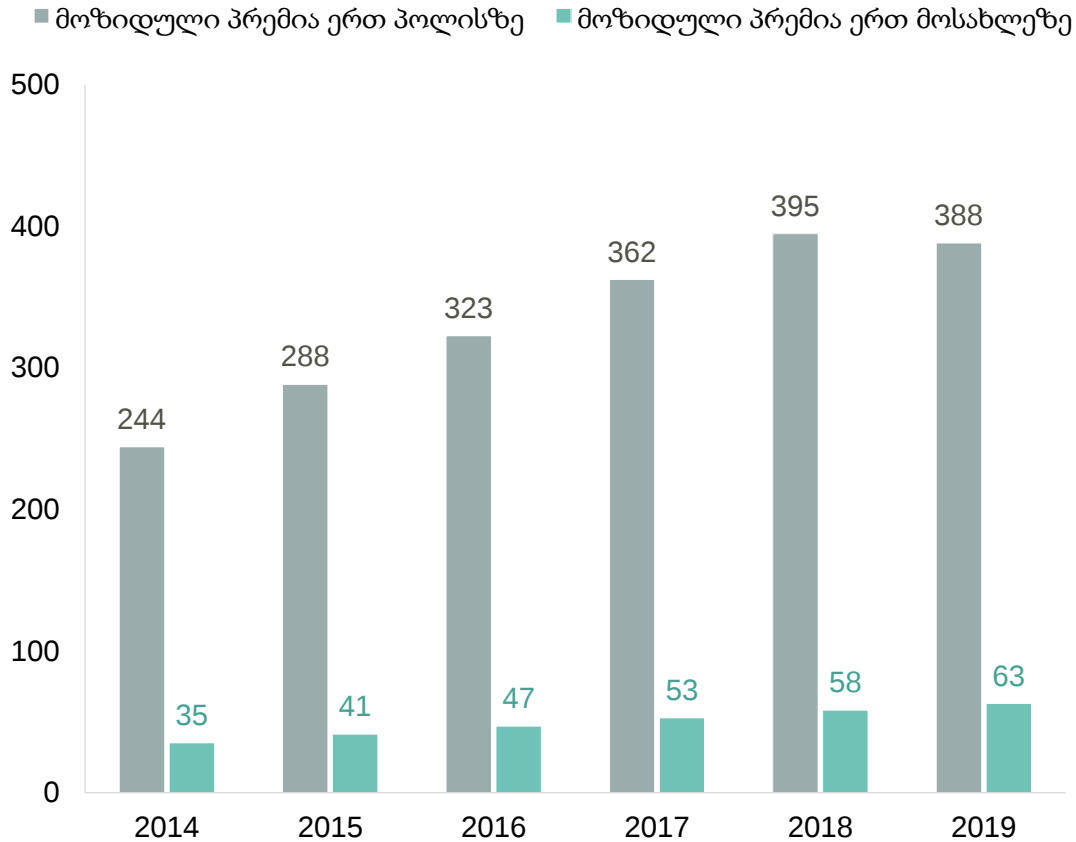


წყარო: საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური



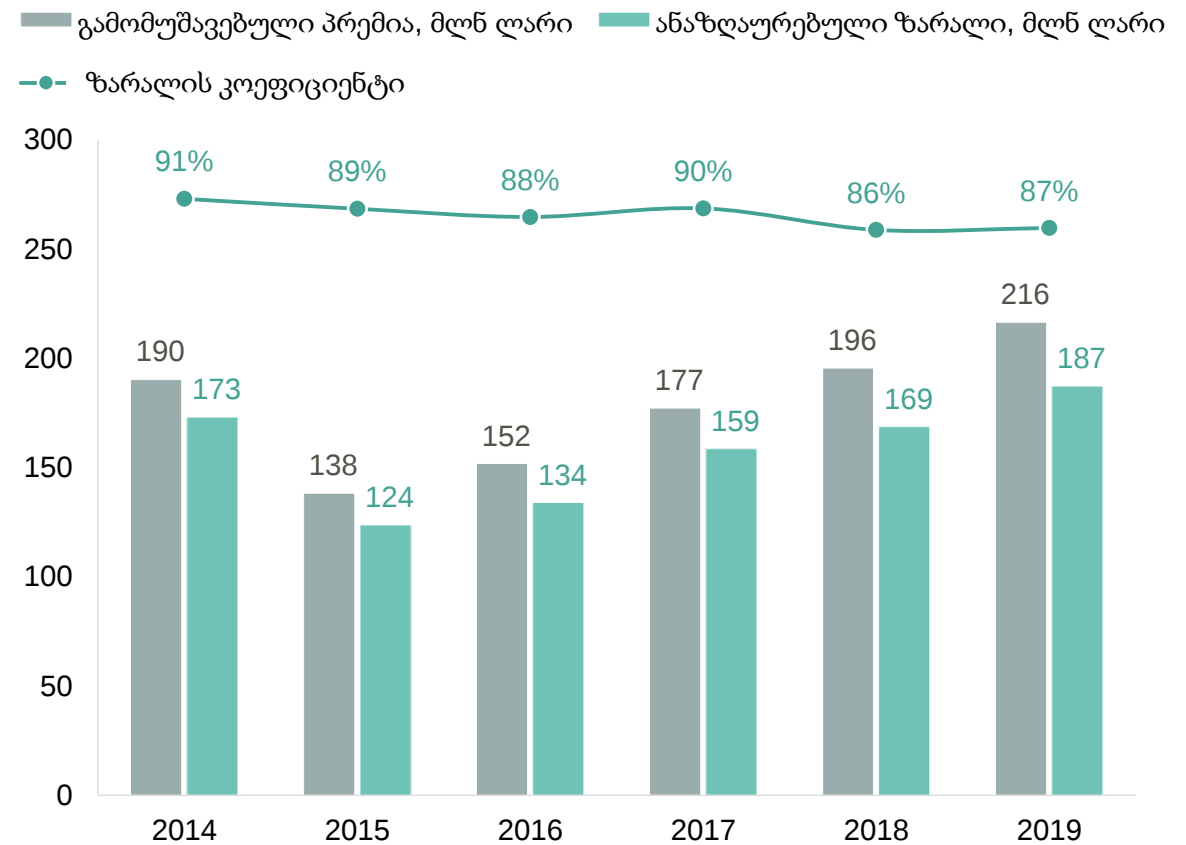
ჯანმრთელობის დაზღვევის მოზიდული პრემიის მოცულობა ერთ პოლისზე შეადგენდა დაახლოებით 390 ლარს 2018-19 წლებში

ჯანმრთელობის დაზღვევის მოზიდული პრემია



წყარო: საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური

ჯანმრთელობის დაზღვევის გამომუშავებული პრემია და ანაზღაურებული ზარალი

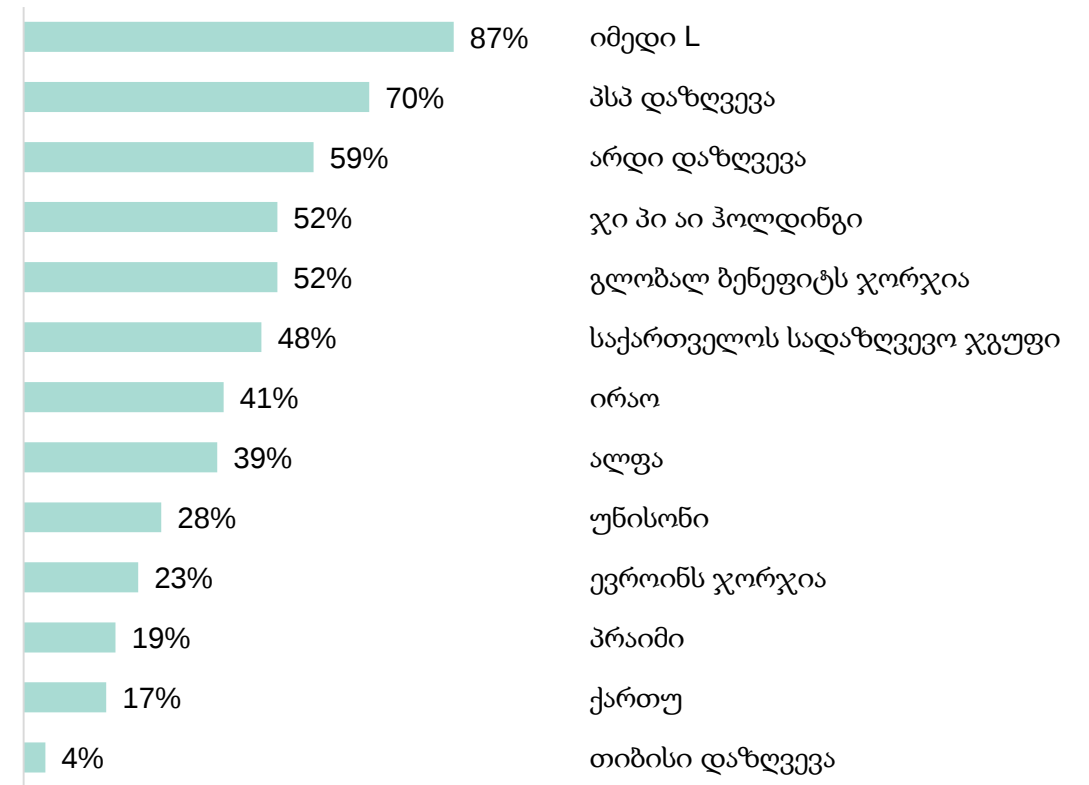
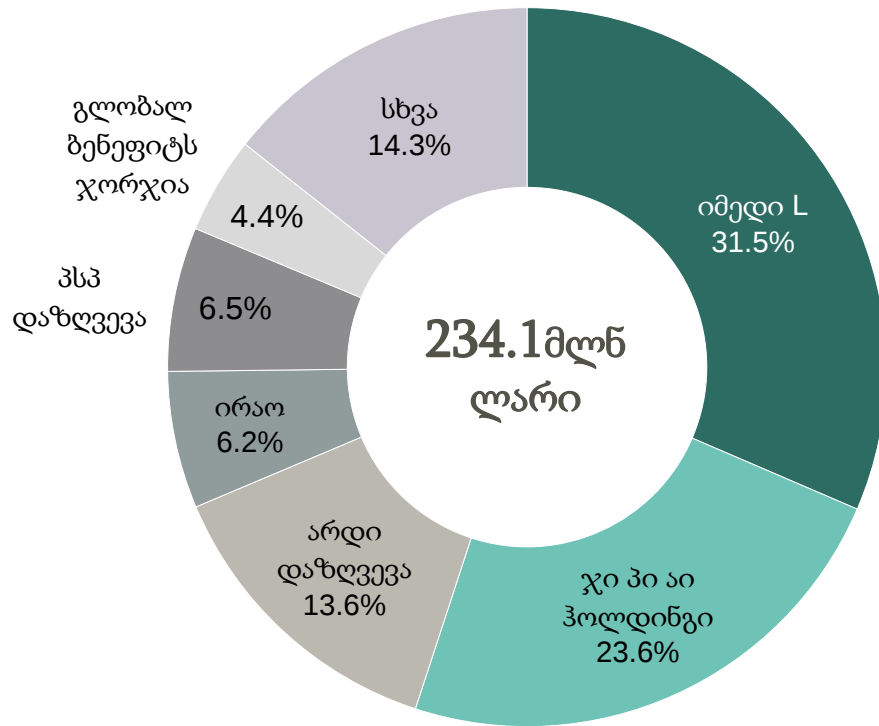


წყარო: საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური
შენიშვნა: ზარალის კოეფიციენტი = ანაზღაურებული ზარალი / გამომუშავებული პრემია

იმედი L, ჯი პი აი ჰოლდინგი და არდი ჯანმრთელობის დაზღვევის სექტორის უმსხვილესი მოთამაშეები არიან საქართველოში

ბაზრის წილები ჯანმრთელობის დაზღვევის მოზიდული პრემიის მოცულობაში, 2019

ჯანმრთელობის დაზღვევის წილი მთლიან მოზიდულ პრემიებში, 2019

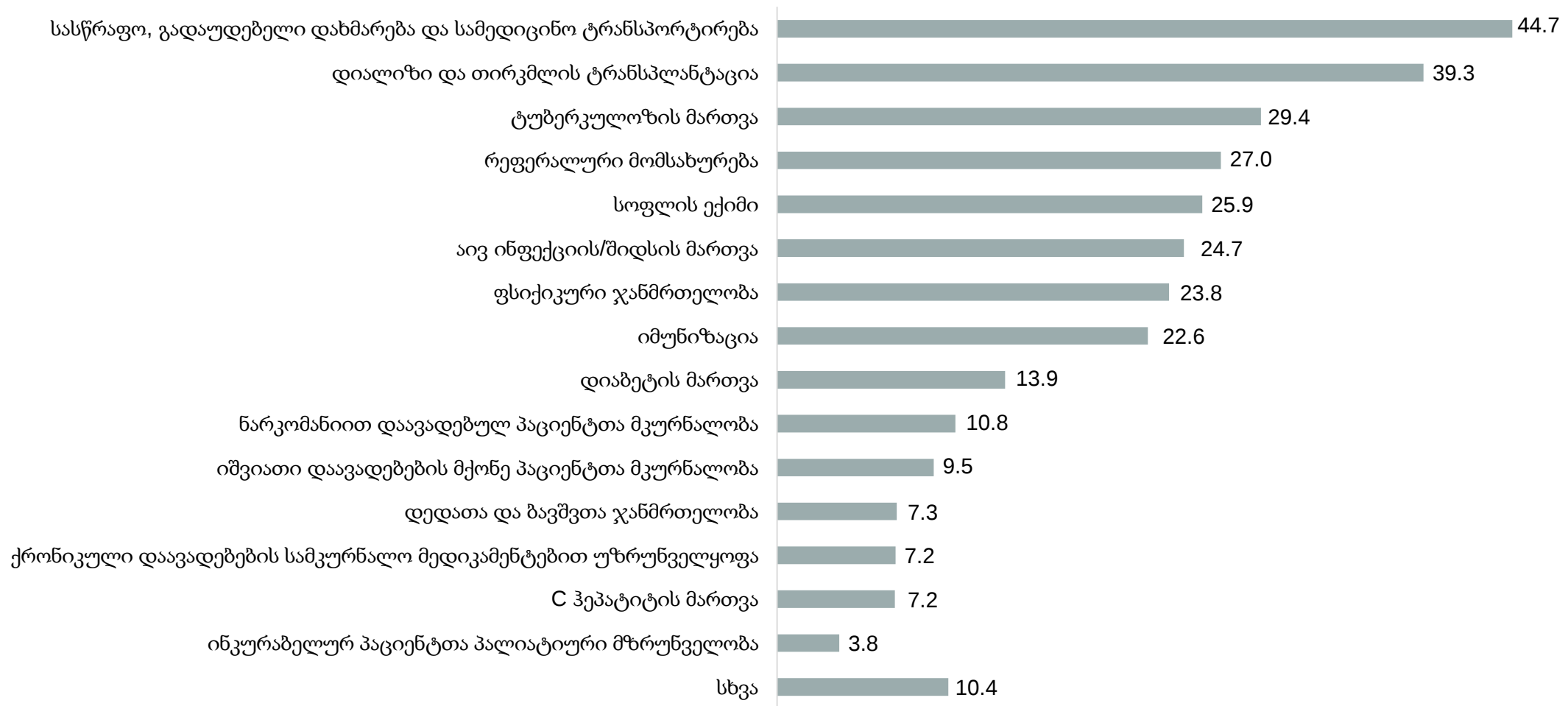


წყარო: საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური

წყარო: საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური

სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამებზე (გარდა საყოველთაო ჯანდაცვისა) 307 მლნ ლარი დაიხარჯა 2019 წელს

სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამები, გარდა საყოველთაო ჯანდაცვისა, 2019, მლნ ლარი

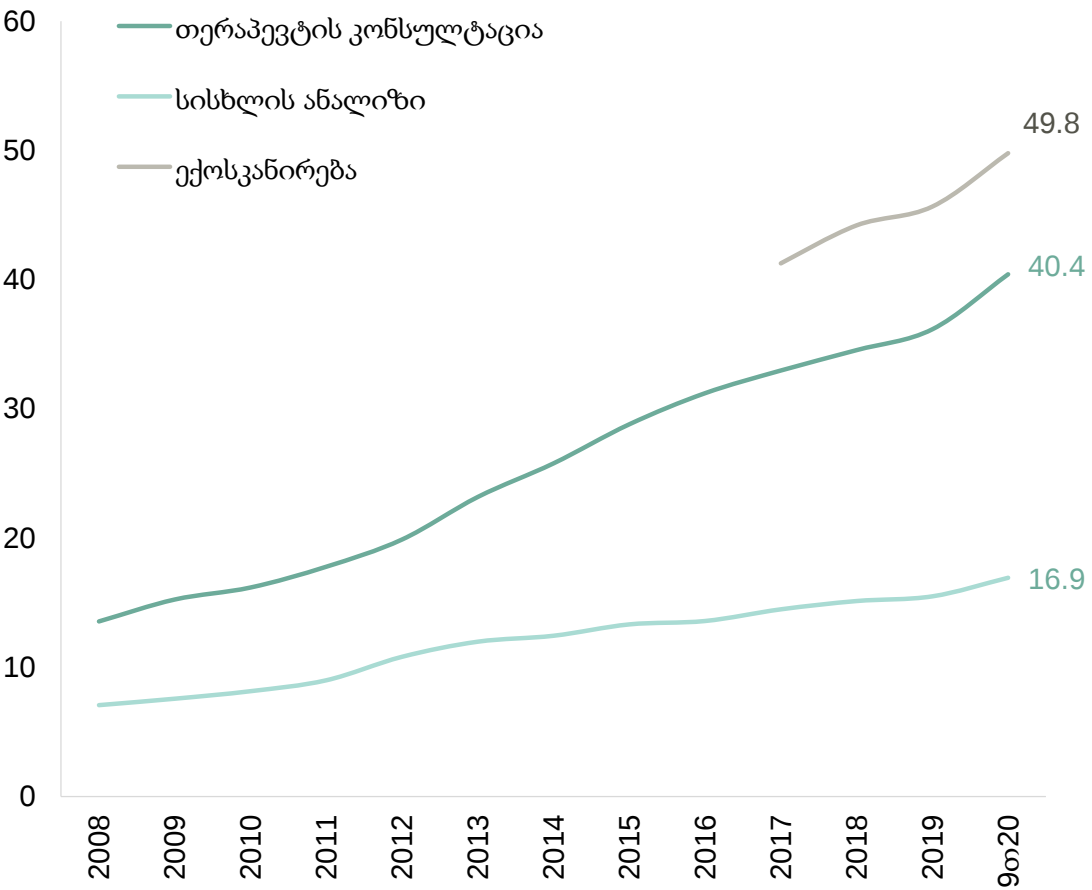


წყარო: ფინანსთა სამინისტრო



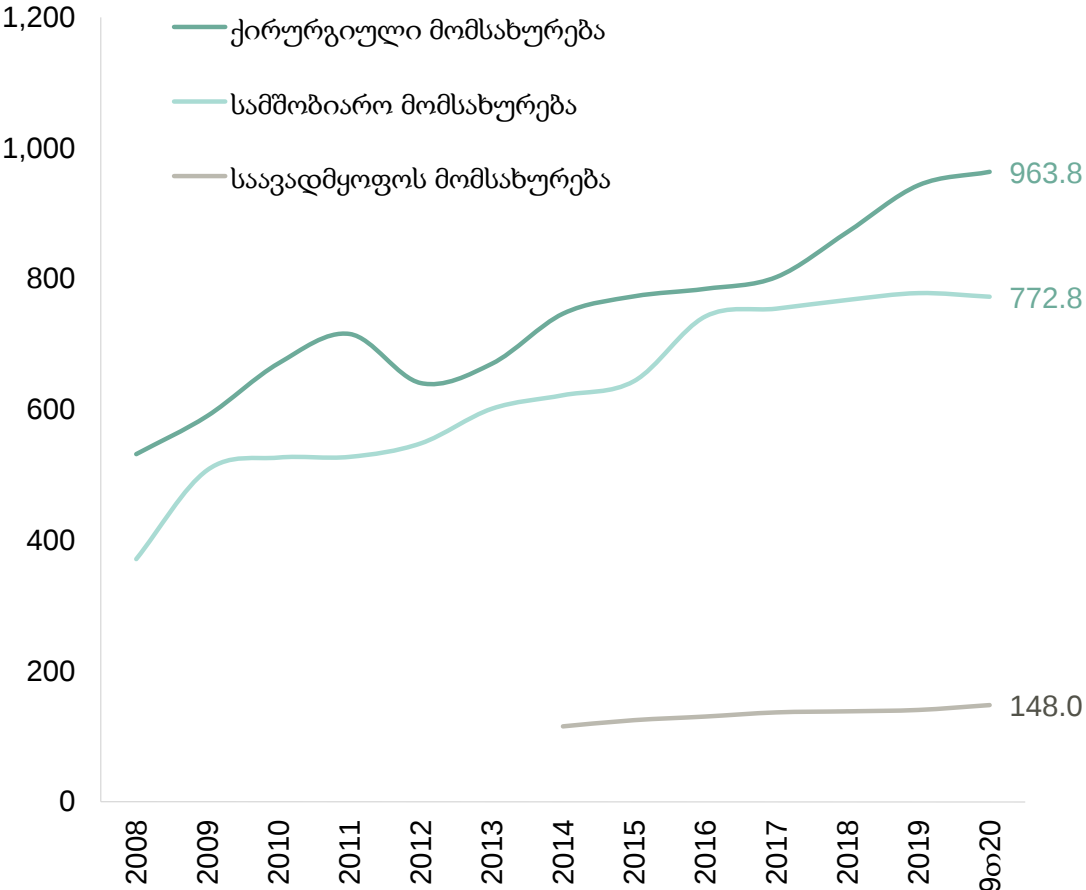
ძირითად ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ მომსახურებებზე საშუალო ფასები მზარდია

ამბულატორიული მომსახურების საშუალო ფასები, ლარი



წყარო: საქსტატი

ჰოსპიტალური მომსახურების საშუალო ფასები, ლარი



წყარო: საქსტატი



მოსახლეობის ავადობა დაავადებათა ძირითადი ჯგუფების მიხედვით

რეგისტრირებული დაავადებების რიცხოვნობა პირველად დადგენილი დიაგნოზით, '000	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
სუნთქვის ორგანოთა ავადმყოფობები	448	439	471	522	557	606	704	745	647	642	583
საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობები	166	152	225	280	292	350	376	343	268	350	303
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები	96	98	103	133	197	165	175	191	185	150	140
ტრავმები, მოწამვლები და გარეშე მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგები	42	47	36	68	58	67	87	100	74	113	115
შარდ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობები	65	72	77	127	111	114	130	142	125	130	102
ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები	64	72	64	83	105	96	110	102	90	102	95
ძვალ-სახსართა სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილების ავადმყოფობები	32	31	33	58	58	56	68	66	69	73	76
თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები*	48	50	52	78	92	107	107	93	126	115	73
ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული ავადმყოფობები	40	44	41	60	67	78	89	85	88	84	72
კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ავადმყოფობები	40	38	43	59	63	63	70	62	63	67	59
ნერვული სისტემის ავადმყოფობები*	46	48	46	68	58	67	74	69	61	58	51
ყურისა და დვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები*	28	28	30	53	55	55	70	65	59	55	45
ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები	5	4	6	8	8	10	13	2	17	14	20
სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები და იმუნური მექანიზმების ჩართვით მიმდინარე დარღვევები	18	17	15	19	17	19	25	22	20	18	18
ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა	10	7	12	12	15	18	21	14	13	15	15
სიმსივნეები	13	12	10	12	19	25	47	10	9	10	10
თანდაყოლილი ანომალიები	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3
პერინატალურ პერიოდში წარმოშობილი ცალკეული მდგომარეობა	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2
სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრილი კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები	7	7	8	19	20	23	47	59	47	...	...
სულ	1,170	1,170	1,276	1,663	1,796	1,924	2,218	2,175	1,963	2,001	1 781

წყარო: საქსტატი

მნიშვნელოვანი შეტყობინება

ეს დოკუმენტი არის სს "გალტ ენდ თაგარტის" ("Galt & Taggart"), რომელიც არის სს საქართველოს ბანკის ჯგუფის ("ჯგუფი") წევრი, საკუთრება და მომზადებულია Galt & Taggart-ის მიერ, მხოლოდ საინფორმაციო მიზნებისთვის და მასში ნახსენები კომპანიებისგან დამოუკიდებლად. ეს დოკუმენტი არ წარმოადგენს რაიმეს ნაწილს და არ უნდა იქნას განხილული, როგორც შეთავაზება ან კლიენტების მოზიდვა ან მოწვევა რაიმე აქტივების ყიდვისთვის ან გაყიდვისთვის, ან გამოწერისთვის და ამ დოკუმენტის არცერთი ნაწილი არ ქმნის საფუძველს კონტრაქტისთვის ან ვალდებულებისთვის და არ შეიძლება განხილული იყოს, როგორც რეკომენდაცია რაიმე მსგავსი ქმედებისთვის.

Galt & Taggart-ის ან რომელიმე სხვა პირის მიერ არ მომხდარა რაიმე რწმუნების, გარანტიის ან ვალდებულების წარდგენა ან აღება, აშკარად გამოხატულის ან ნაგულისხმევის, და ამ დოკუმენტს არ აქვს პრეტენზია მასში არსებული ინფორმაციის უტყუარობაზე, სისწორეზე და ამომწურავობაზე (და იმაზე, რომ რაიმე ინფორმაცია არ არის გამოტოვებული ამ დოკუმენტიდან) და არ შეიძლება მასზე დაყრდნობა. ეს დოკუმენტი არ უნდა განიხილებოდეს, როგორც ბაზრების, ინდუსტრიების და/ან კომპანიების სრული აღწერა, რომლებიც მასში არის ნახსენები. ამ დოკუმენტის არცერთი ნაწილი არ წარმოადგენს სამართლებრივ, საინვესტიციო, ბიზნეს ან საგადასახადო რჩევას, წარსულის ან მომავლის მიმართ, Galt & Taggart-ის მხრიდან. Galt & Taggart-ი პასუხისმგებლობას არ იღებს ნებისმიერ ვალდებულებაზე რაიმე ზიანის ან ზარალის მიმართ, რომელიც შეიძლება წარმოიქმნას, პირდაპირ ან ირიბად, ამ დოკუმენტის ან მისი შინაარსის რაიმე გამოყენების შედეგად, ან რაიმენაირად უკავშირდებოდეს ამ დოკუმენტს, ან რაიმე ქმედების, ან უმოქმედობის შედეგად რომელიმე მხარის მიერ, ამ დოკუმენტის საფუძველზე. ინვესტიციები (ან მოკლევადიანი გარიგებები) განვითარებად ბაზრებზე დაკავშირებულია მნიშვნელოვან რისკთან და მერყეობასთან და შეიძლება არ იყოს ყველასთვის შესაფერისი. ამ დოკუმენტის მიმღებმა პირებმა უნდა მიიღონ საკუთარი საინვესტიციო გადაწყვეტილებები, რომლებიც მათ მიაჩნიათ სწორად, მათ საკუთარ ამოცანებსა და ფინანსურ მდგომარეობაზე დაყრდნობით.

ამ დოკუმენტში არსებული ინფორმაცია ექვემდებარება შემოწმებას, სრულყოფას და ცვლილებას შეტყობინების გარეშე და Galt & Taggart-ს არ აქვს რაიმე ვალდებულება ამ დოკუმენტში არსებული ინფორმაციის განახლების ან აქტუალურობის შენარჩუნების მიმართ. Galt & Taggart-ის მიერ არ გაცემულა რაიმე რწმუნება ან გარანტია, აშკარად გამოხატული ან ნაგულისხმევი ამ ინფორმაციის სისწორესთან და ამომწურავობასთან დაკავშირებით.

ამ დოკუმენტში მოწოდებული ინფორმაცია და გამოთქმული მოსაზრებები ემყარება ინფორმაციას, რომელიც ხელმისაწვდომი იყო გამოცემის თარიღისთვის და წარმოადგენს მხოლოდ Galt & Taggart-ის შიდა კვლევის ნაწილს. მოსაზრებები, პროგნოზები და შეფასებები, რომლებიც მოცემულია მასში, მიღებულია მესამე მხარის წყაროებიდან, რომლებიც მიჩნეულია სანდოდ და კეთილსინდისიერად, და შეიძლება შეიცვალოს შეტყობინების გარეშე. მესამე მხარის პუბლიკაციები, კვლევები და გამოკითხვები ზოგადად აჩვენებს, რომ ამ დოკუმენტში მოცემული ინფორმაცია მიღებულია წყაროებიდან, რომლებიც მიჩნეულია სანდოდ, მაგრამ არ არსებობს ამ მონაცემების სისწორის და ამომწურავობის გარანტია.

კვლევების დეპარტამენტის უფროსი
ევა ბოჭორიშვილი | evabochoreshvili@gt.ge

უფროსი ანალიტიკოსი
ანა ნაჭყებია | ananachkebia@gt.ge

მაკროეკონომიკური ანალიზისა და პროგნოზირების უფროსი
ლაშა ქავთარაძე | lashakavtaradze@gt.ge

უფროსი ანალიტიკოსი
კახაბერ სამყურაშვილი | ksamkurashvili@gt.ge

ანალიტიკური განყოფილების უფროსი
გიორგი ირემაშვილი | giremashvili@gt.ge

ანალიტიკოსი
თათია მამრიკიშვილი | tmamrikishvili@gt.ge

სექტორული კვლევების განყოფილების უფროსი
ბაჩანა შენგელია | bshengelia@gt.ge

ანალიტიკოსი
ნინო პერანიძე | ninoperanidze@gt.ge

უფროსი ანალიტიკოსი
მარიამ ჩახვაშვილი | mchakhvashvili@gt.ge

ანალიტიკოსი
ნიკა მეგუთნიშვილი | nmegutnishvili@gt.ge

მისამართი: აღმაშენებლის გამზირი 79, თბილისი, 0102,
საქართველო
ტელ: + (995) 32 2401 111
ელ. ფოსტა: research@gt.ge