



გალტი & თაბარდი  
მედიკალური კონსულტანტები



# ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში

---

მაისი 2023

ევა ბოჭორიშვილი

კვლევების დეპარტამენტის უფროსი | [evabochorishvili@gt.ge](mailto:evabochorishvili@gt.ge) | +995 32 2401 111 (8036)

სერგი ყურაშვილი

ანალიტიკოსი | [s.kurashvili@gt.ge](mailto:s.kurashvili@gt.ge) | +995 32 2401 111 (3654)

გთხოვთ, იხილოთ მნიშვნელოვანი შეტყობინება ამ დოკუმენტის ბოლო გვერდზე

# შინაარსი

1. ძირითადი მიგნებები

2. ჯანდაცვის სექტორის ზომა და სტრუქტურა

3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

4. ტერმინთა განმარტებები

5. დანართი



# 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 2014-22 წლებში თითქმის გასამმაგდა და 2.0 მილიარდ ლარს მიაღწია. შედეგად, ჯამურ დანახარჯებში, ჯიბიდან გადახდების წილი იმავე პერიოდში 66%-დან 51%-მდე შემცირდა. ეს მაჩვენებელი ევროკავშირისა (16%) და შესადარის ქვეყნებთან (38%) შედარებით, კვლავ მაღალია. საქართველოს მთავრობის გეგმის მიხედვით, ჯიბიდან გადახდების წილი 2030 წლისთვის 30%-მდე უნდა შემცირდეს<sup>1</sup>.

საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი დაბალი ეფექტურობით ხასიათდება. საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა 2021 წელს 1,000 ადამიანზე 5.6-ს შეადგენდა, რაც შესადარის და მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების მაჩვენებელს აღემატება. საწოლების ჭარბი რაოდენობის გამო, მათი დატვირთულობა პანდემიის პირობებშიც დაბალ დონეზე შენარჩუნდა (55% 2021 წელს).

მოთხოვნა პირველად ჯანდაცვაზე საქართველოში კვლავ დაბალია, მიუხედავად ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებისა ბოლო ათწლეულში. საქართველოში ამბულატორიული მიმართვების რაოდენობამ ერთ მოსახლეზე 2021 წელს 4.0 შეადგინა, რაც ბევრად ჩამორჩება ევროკავშირის მაჩვენებელს (7.0).

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

ჯანდაცვის სექტორის მომგებიანობა 2021 წელს, წინა წლებისგან განსხვავებით, გაუმჯობესდა (ძირითადად, სახელმწიფოს მხრიდან COVID-19-ის მენეჯმენტისთვის გაწეული დანახარჯების შედეგად). წლის განმავლობაში სექტორის EBITDA მარჯა 17.1%-ს გაუტოლდა, წმინდა მოგების მარჯა კი 14.6%-ს. DRG მოდელის შემოღებასთან ერთად, მომგებიანობის ჯანსაღ დონეზე დასტაბილურებაა მოსალოდნელი.

მთავრობის ინიციატივით, დაინერგა დაფინანსების ახალი მოდელი - დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (DRG), რომლის მიხედვითაც, ხარჯების ანაზღაურება დამოკიდებულია პაციენტის დიაგნოზსა და სხვა თანმხლებ ფაქტორებზე (მაგ. ასაკი, სქესი, ჯანმრთელობის გართულებები, და ა.შ.).

მოსალოდნელია, რომ DRG მოდელი გაზრდის სექტორის ეფექტურობას და მდგრადობას, გააუმჯობესებს გამჭვირვალობას, შექმნის კლინიკებს შორის ჯანსაღ კონკურენციას, დაეხმარება კონსოლიდაციას და შეამცირებს ბაზრის ფრაგმენტულობას.

DRG მოდელს თან ახლავს რისკები. ხარისხის არასაკმარისი კონტროლის შემთხვევაში, თუ ხარჯების შემცირების მოტივაცია მაღალი იქნება, DRG-მ შესაძლოა შეამციროს პაციენტზე ზრუნვის ხარისხი. გარდა ამისა, მოდელმა შეიძლება შეანელოს ბაზარზე ახალი ტექნოლოგიების შემოტანა და შექმნას გარკვეული სერვისების დეფიციტი.

<sup>1</sup> საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის

1. ძირითადი მიგნებები

2. ჯანდაცვის სექტორის ზომა და სტრუქტურა

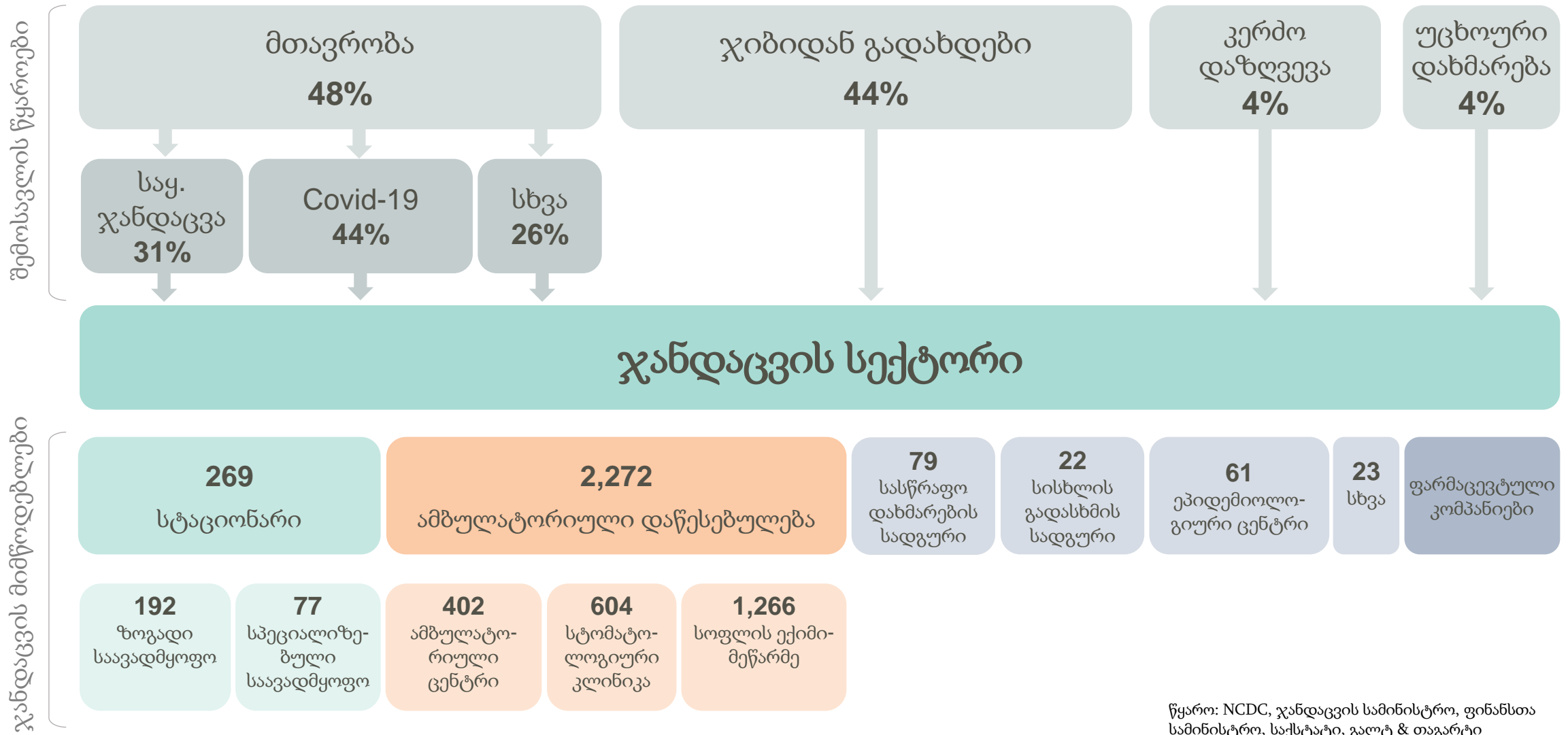
3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

4. ტერმინთა განმარტებები

5. დანართი



# ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში, 2021



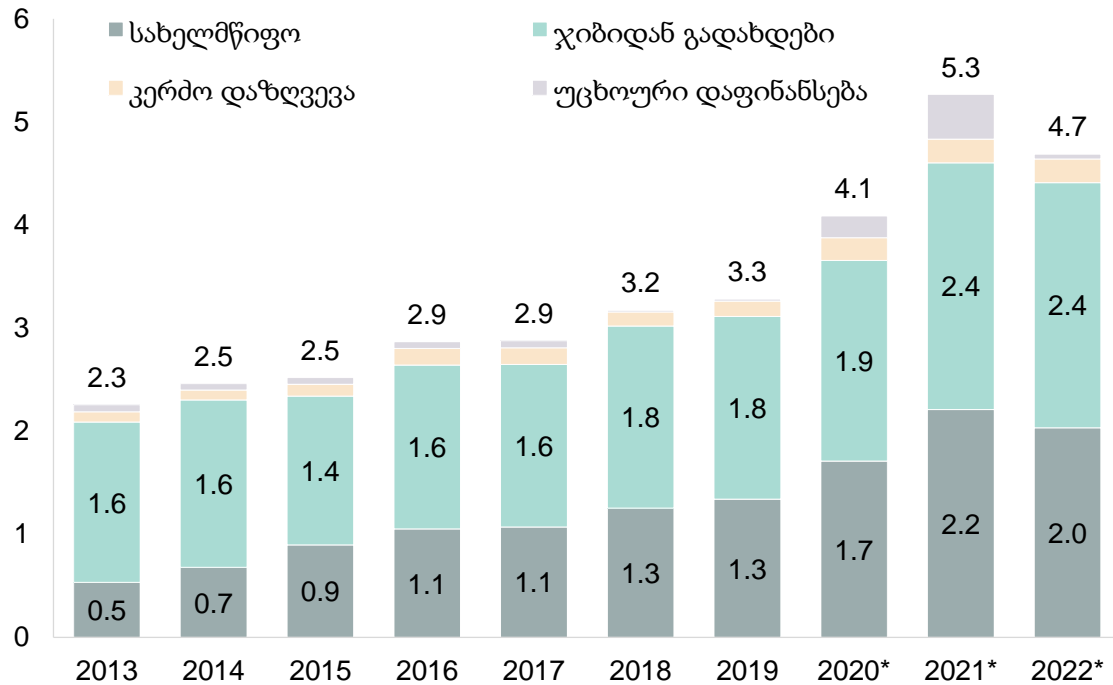
წყარო: NCDC, ჯანდაცვის სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო, საქსტატი, გალტ & თაგარტი



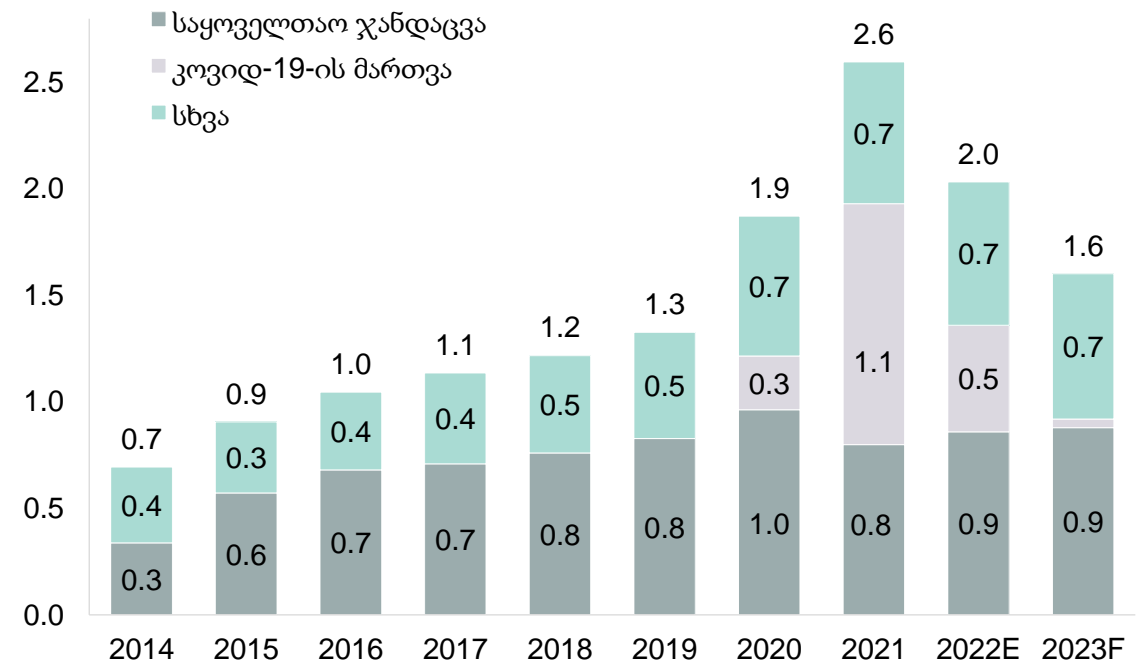
# საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების სწრაფი ზრდა 2013 წლიდან სახელმწიფო დაფინანსების ზრდამ განაპირობა

სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე 2014-22 წლებში თითქმის გასამმაგდა და 2.0 მლრდ ლარი შეადგინა. იმავე წლებში, მთავრობის დაფინანსების ზრდამ და კერძო სადაზღვევო სექტორის განვითარებამ ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში 15 პროცენტული პუნქტით 56%-მდე შეამცირა, რაც კვლავ მაღალი მაჩვენებელია ევროკავშირის (16%) და შესადარისი ქვეყნების (38%) საშუალოსთან შედარებით. ჯიბიდან გადახდების მაღალ დონეს საქართველოში, ძირითადად, მედიკამენტებზე დანახარჯები განაპირობებს. საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების პოლიტიკის მიხედვით, 2030 წლისთვის, მთავრობა ჯიბიდან გადახდების წილის 30%-მდე შემცირებას გეგმავს.

ჯანდაცვის დანახარჯები წყაროს მიხედვით, მლრდ ლარი



ჯანდაცვის დანახარჯები ფუნქციის მიხედვით, მლრდ ლარი



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

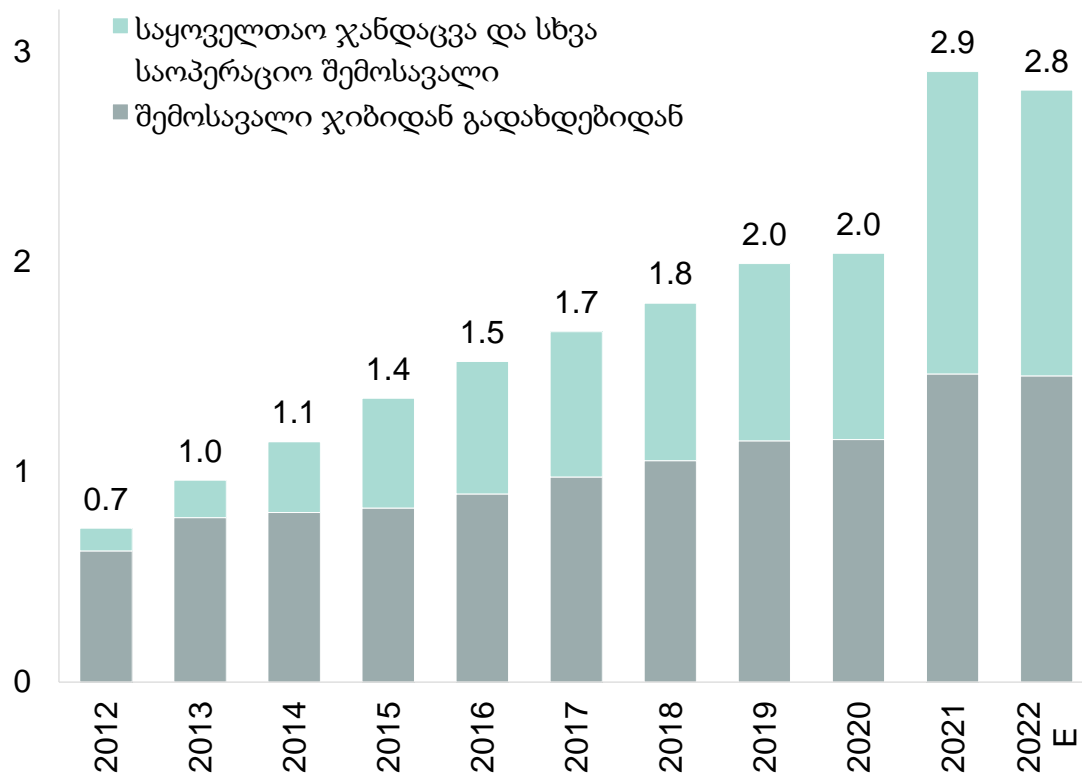
\* გალტ & თაგარტის შეფასება

წყარო: ფინანსთა სამინისტრო, გალტ & თაგარტი

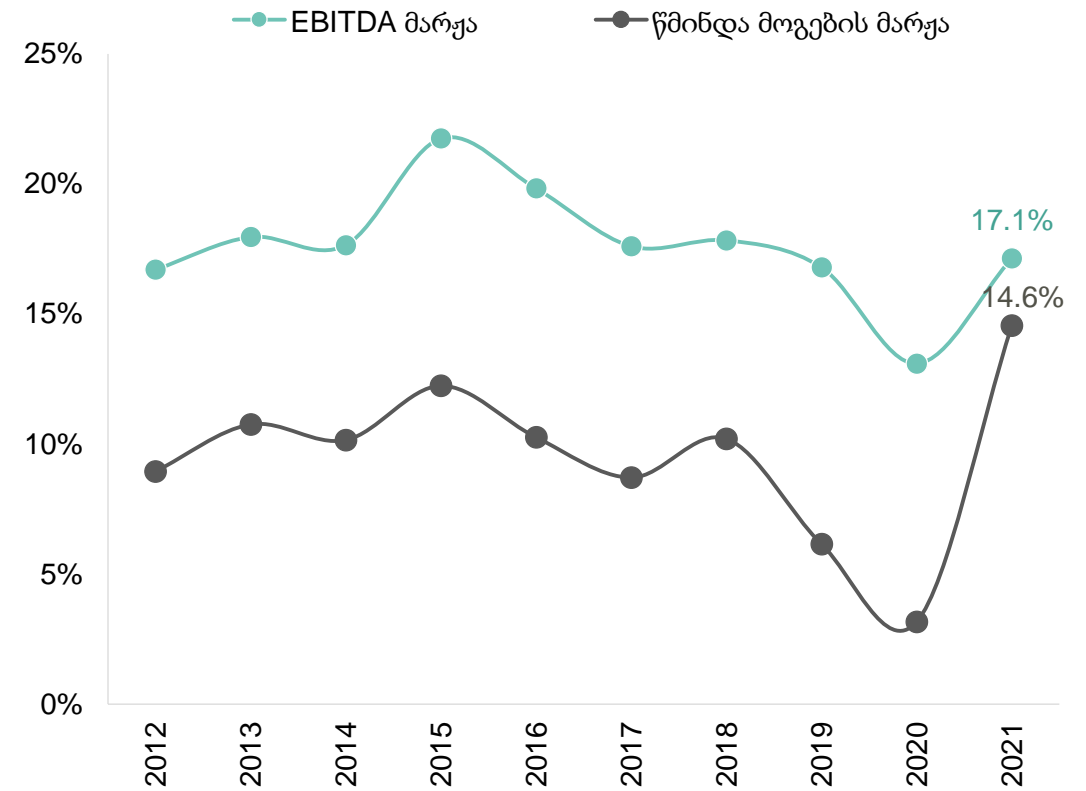
შენიშვნა: საყოველთაო ჯანდაცვა მოიცავს მთავრობის მიერ უცხოური წარმოშობის დანახარჯების განაწილებას

# 2022 წელს, საყოველთაო ჯანდაცვა კერძო ჯანდაცვის სექტორის შემოსავლების ნახევარს, 1.4 მლრდ ლარს შეადგენს

კერძო ჯანდაცვის სექტორის შემოსავალი, მლრდ ლარი



კერძო ჯანდაცვის სექტორის მომგებიანობა



წყარო: საქსტატი  
შენიშვნა: საყოველთაო ჯანდაცვა და სხვა შემოსავალი ძირითადად მოიცავს საყოველთაო ჯანდაცვისგან მიღებულ შემოსავლებს. მონაცემები არ მოიცავს მედიკამენტებით ვაჭრობას.

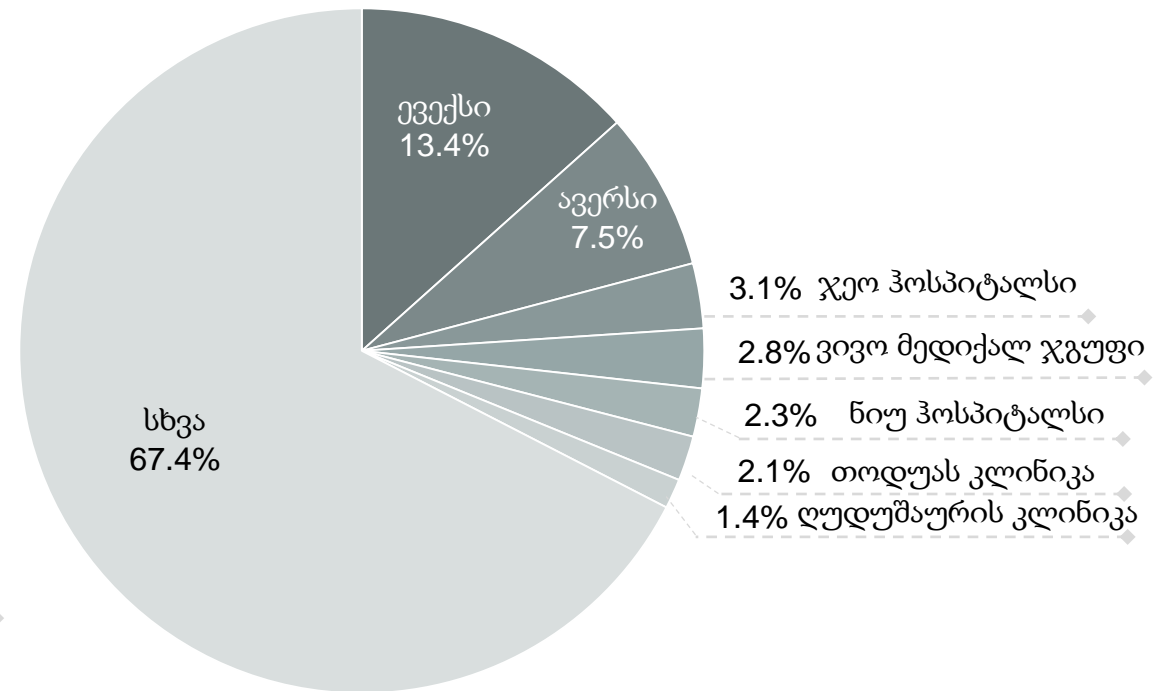
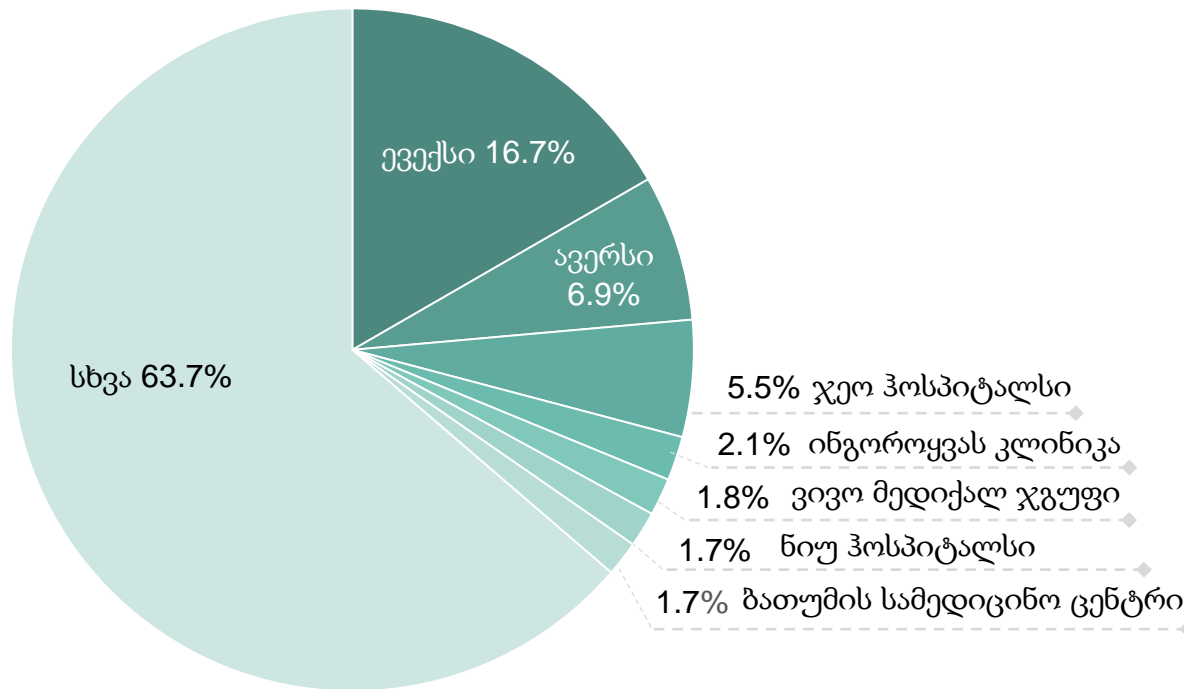
წყარო: საქსტატი, გალტ & თაგარტი



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

ბაზრის წილი ჰოსპიტალიზაციების მიხედვით, 2021

ბაზრის წილი შემოსავლების მიხედვით, 2021



წყარო: NCDC, გალტ & თაგარტი  
შენიშვნა: მონაცემები გაერთიანებულია ჰოლდინგური კომპანიებისთვის

წყარო: SARAS, NCDC, საქსტატი, გალტ & თაგარტი  
შენიშვნა: მონაცემები გაერთიანებულია ჰოლდინგური კომპანიებისთვის



# საყოველთაო ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი - დიაგნოზთან შექიდიული ჯგუფების (DRG) მოდელი

საქართველოს მთავრობამ 2023 წლის იანვრიდან საყოველთაო დაფინანსების ახალი მოდელი - დიაგნოზთან შექიდიული ჯგუფები (DRG) შემოიღო. DRG მოდელი ანაზღაურებას პაციენტის დიაგნოზისა და თანმდევი ფაქტორების (მაგ. ასაკი, სქესი, ჯანმრთელობის გართულებები და ა.შ.) გათვალისწინებით განსაზღვრავს. ახალი მოდელი, სავარაუდოდ, გააუმჯობესებს ჯანდაცვის სისტემის ხარჯთეფექტურობას.

## DRG მოდელამდე



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

# დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) რისკები და უპირატესობები

უპირატესობები	რისკები	არ ეხება
ხელს უწყობს ჰოსპიტლებს შორის <b>ჯანსაღ კონკურენციას</b> - ახალ კლინიკებს აღარ ექნებათ უპირატესობა ტარიფებში	ხარისხის არასაკმარისი კონტროლის პირობებში, თუ ხარჯების შემცირების მოტივაცია მაღალი იქნება, DRG-მ შესაძლოა შეამციროს <b>პაციენტზე ზრუნვის ხარისხი</b>	პირველად ჯანდაცვას
საშუალო და გრძელვადიან პერსპექტივაში, მოსალოდნელია სექტორის <b>მომგებიანობის ზრდა</b> მთავრობის მხრიდან დაფინანსების ზრდისა და სექტორის კონსოლიდაციის ხარჯზე	შესაძლოა არ შექმნას საკმარისი მოტივაცია ჯანდაცვის სფეროში <b>ახალი ტექნოლოგიების</b> შემოტანის ნაწილში	ადამიანურ რესურსებს
<b>დინამიური ტარიფები</b> , რომლებიც რეალურ დროში მიჰყვებიან გაზრდილ/შემცირებულ ფასებს	შესაძლოა შექმნას <b>დეფიციტი</b> გარკვეულ სერვისებზე	ფარმაცევტულ ბაზარს



1. ძირითადი მიგნებები

2. ჯანდაცვის სექტორის ზომა და სტრუქტურა

3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

4. ტერმინთა განმარტებები

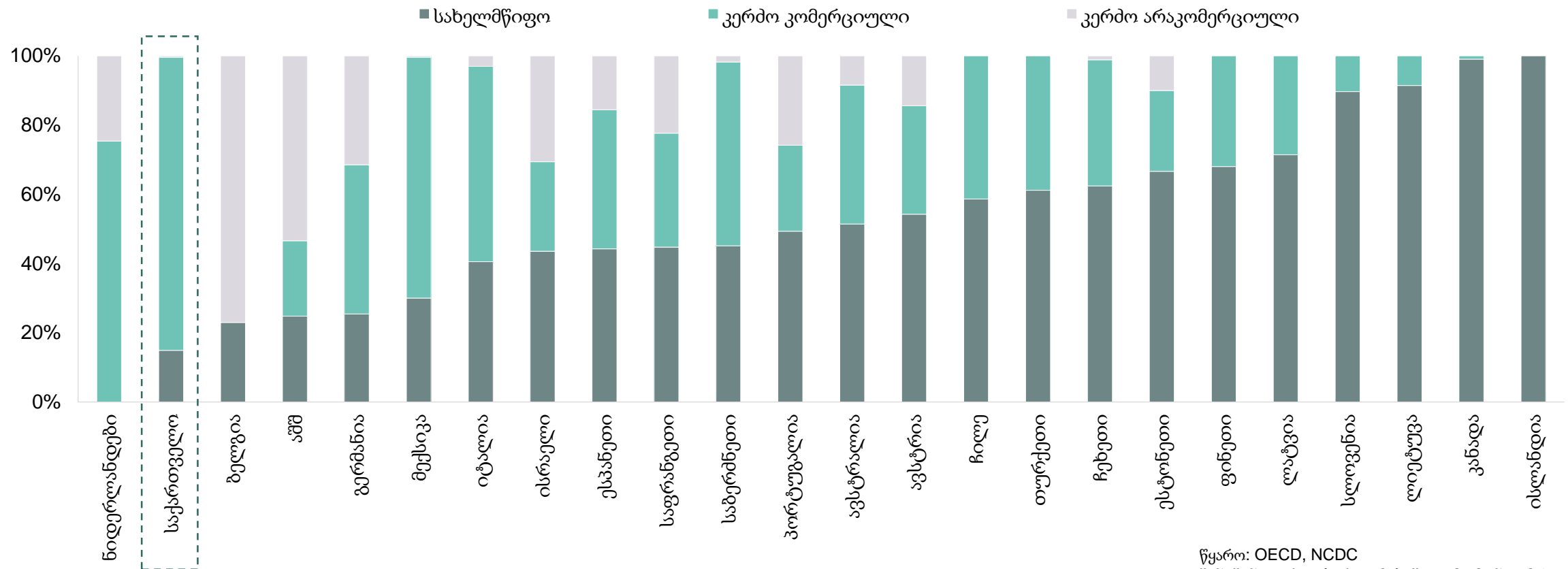
5. დანართი



# საქართველოს ჯანდაცვაში კერძო სექტორის წილი 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

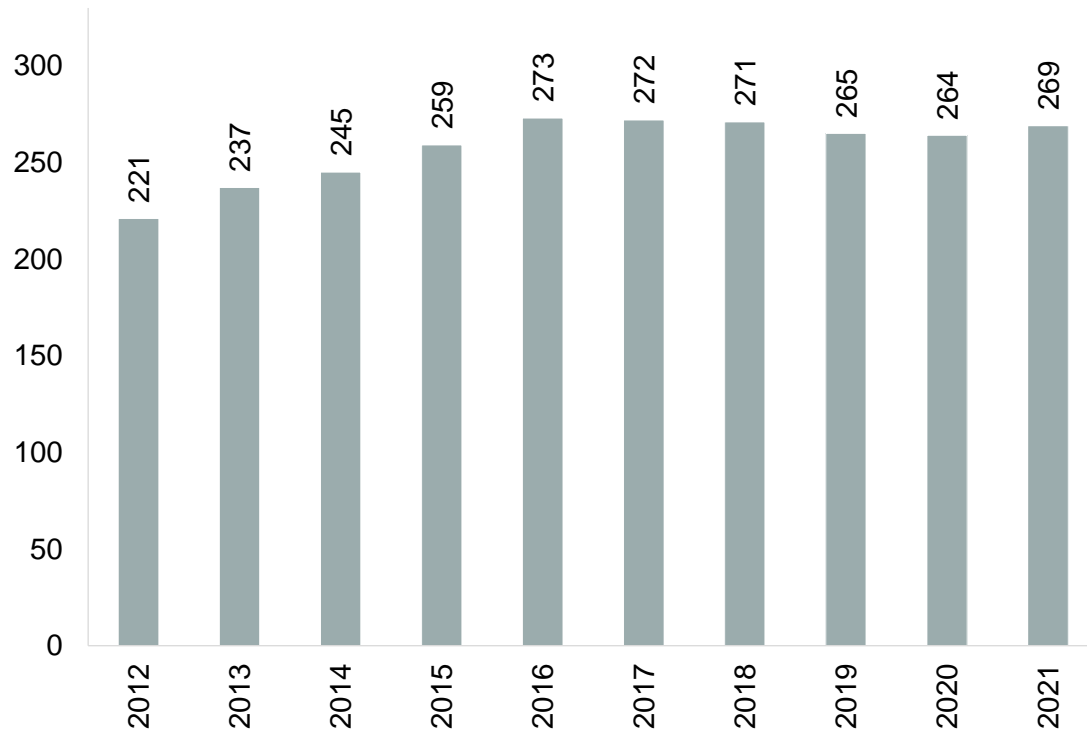


წყარო: OECD, NCDC  
შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები

# საწოლფონდის რაოდენობა კვლავ იზრდება და 2021 წელს 20.6 ათასს მიაღწია (1,000 მოსახლეზე 5.6)

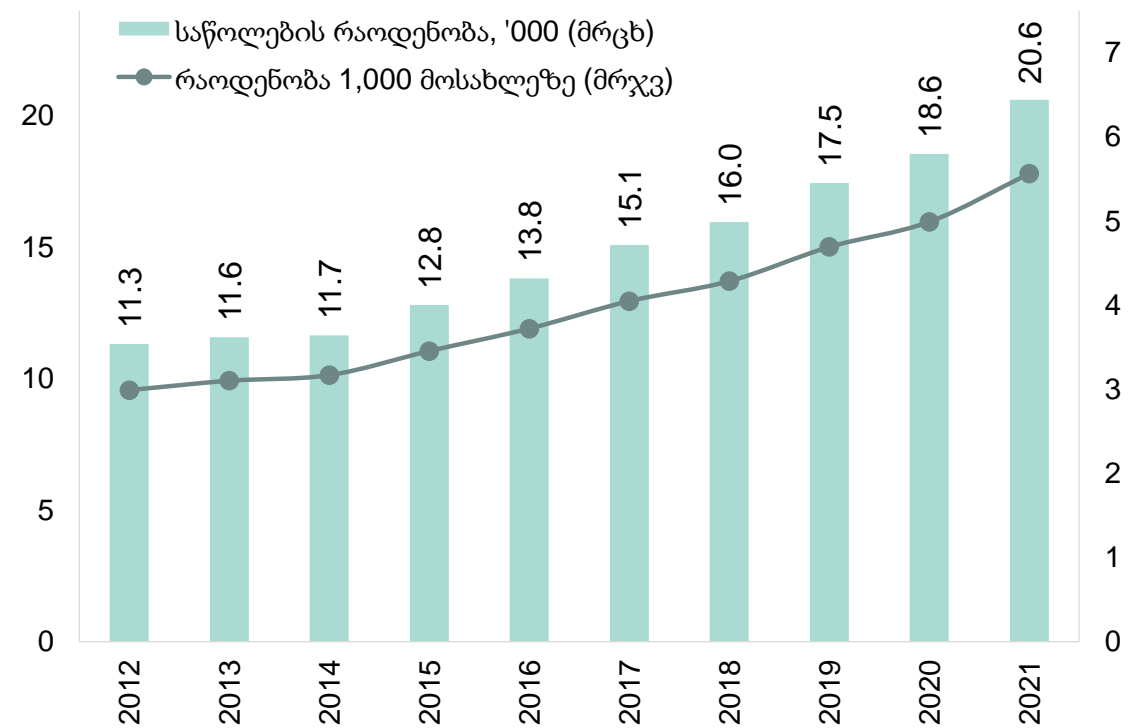
საავადმყოფოების პრივატიზება 2007 წლიდან მიზნად ისახავდა მოძველებული და ჭარბი რაოდენობის საწოლების განახლებას. შედეგად, 2012 წელს საწოლების რაოდენობა 1,000 კაცზე 3.0-მდე შემცირდა, რის შემდეგაც სექტორი გადავიდა გაფართოების ფაზაში და 2021 წელს საწოლების რაოდენობამ 1,000 მოსახლეზე 5.6-ს მიაღწია (ჯამურად 20.6 ათასი საწოლი).

## საავადმყოფოების რაოდენობა საქართველოში



წყარო: NCDC, საქსტატი

## საწოლების რაოდენობა საქართველოში



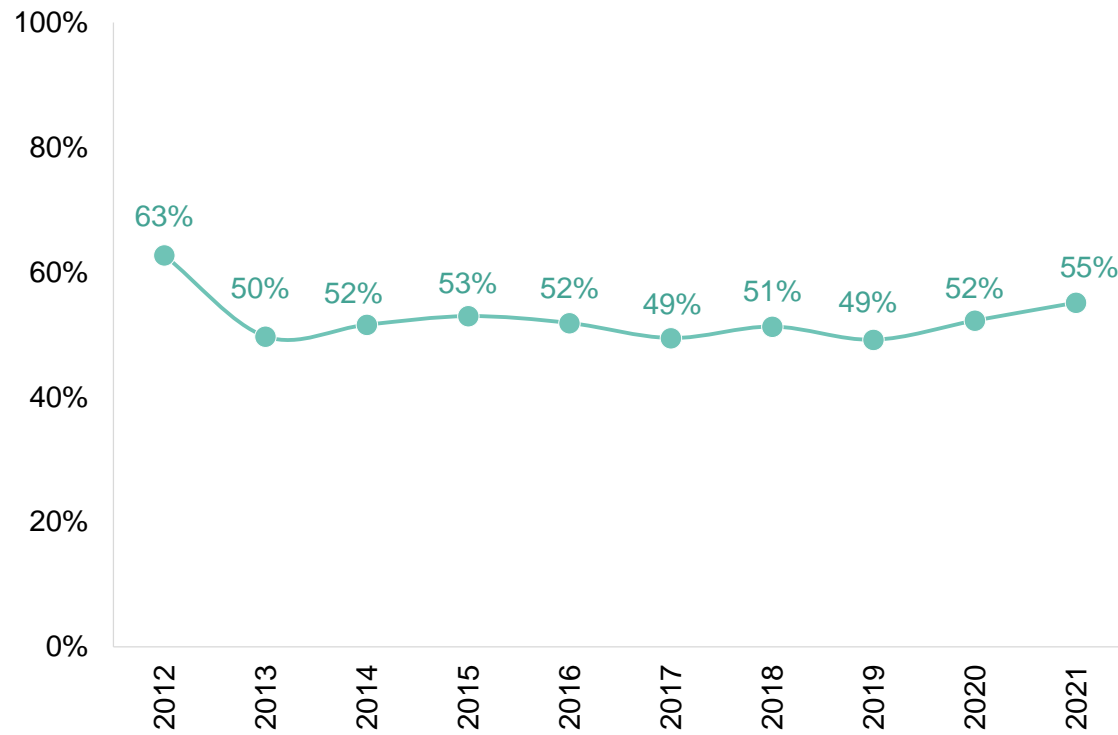
წყარო: NCDC, საქსტატი



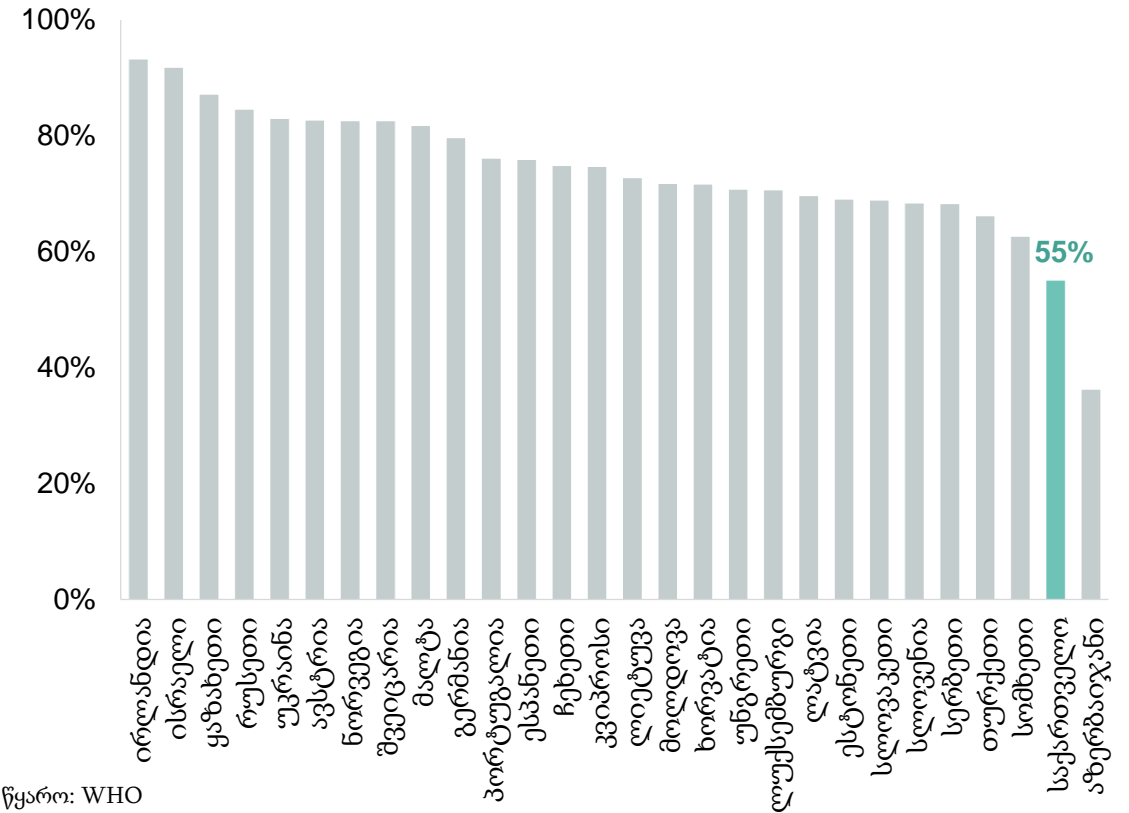
# 2013-20 წლებში საქართველოში საწოლების დატვირთულობა საშუალოდ 51%-ზე დასტაბილურდა, 2021 წელს კი, პანდემიის გამო, 55%-მდე გაიზარდა

სექტორის კონსოლიდაციის შედეგად, საქართველოში საწოლების დატვირთულობა 2012 წელს 63%-მდე გაიზარდა, თუმცა, საწოლფონდის ზრდის გამო, 2013 წელს 50%-მდე დაეცა. დატვირთულობა Covid-19-მდე ამ მაჩვენებლის ფარგლებში დასტაბილურდა, შემდეგ კი, 2021 წელს 55%-მდე გაიზარდა. თუმცა, საქართველოს საწოლფონდის დატვირთულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროკავშირისა (77%) და დსთ-ს (83%) საშუალო მაჩვენებლებს, რაც არაეფექტურობის მიმანიშნებელია.

## საწოლების დატვირთულობა საქართველოში



## ...და შესადარის ქვეყნებში



წყარო: NCDC

წყარო: WHO

შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები

# 1,000 მოსახლეზე ყველაზე მეტი საწოლი თბილისში, იმერეთსა და აჭარაში ფიქსირდება

## საწოლების დატვირთულობა და საშუალო დაყოვნება რეგიონების მხედვით, 2021

რეგიონი	საწოლები 1,000 მოსახლეზე	საშუალო დაყოვნება, დღე	დატვირთულობა
თბილისი	8.1	6.1	58.2%
იმერეთი	7.9	5.9	48.9%
ქვემო ქართლი	2.4	5.7	48.0%
აჭარა	6.7	5.8	43.4%
კახეთი	2.5	5.4	50.6%
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	3.5	7.0	68.9%
შიდა ქართლი	3.5	10.8	81.6%
სამცხე-ჯავახეთი	2.8	5.3	33.6%
გურია	1.8	6.1	72.2%
მცხეთა-მთიანეთი	3.5	6.2	62.7%
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	2.9	2.0	8.8%

წყარო: NCDC

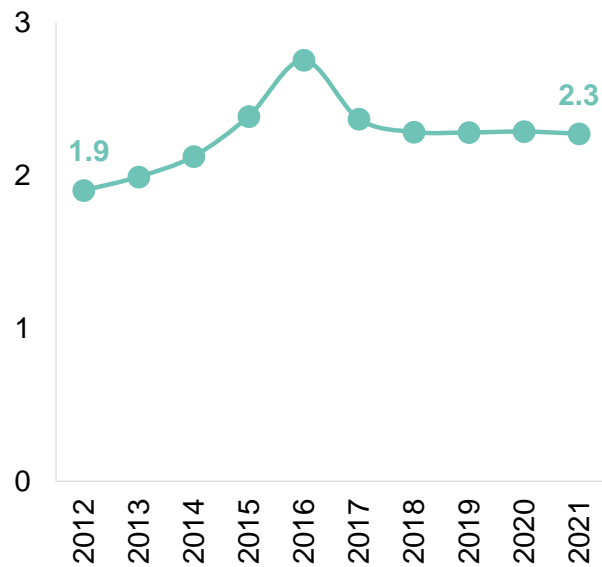
შენიშვნა: რეგიონები დალაგებულია მოსახლეობის სიდიდის მიხედვით

# გაუმჯობესების მიუხედავად, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვების რაოდენობა საქართველოში კვლავ მცირეა

პირველადი ჯანდაცვა საავადმყოფოების დატვირთულობის შესამცირებელი ეფექტური გზაა, რომელსაც შეუძლია გადამდები ან არა-გადამდები დაავადებების პრევენცია და გართულებული/ფატალური შემთხვევების შემცირება.

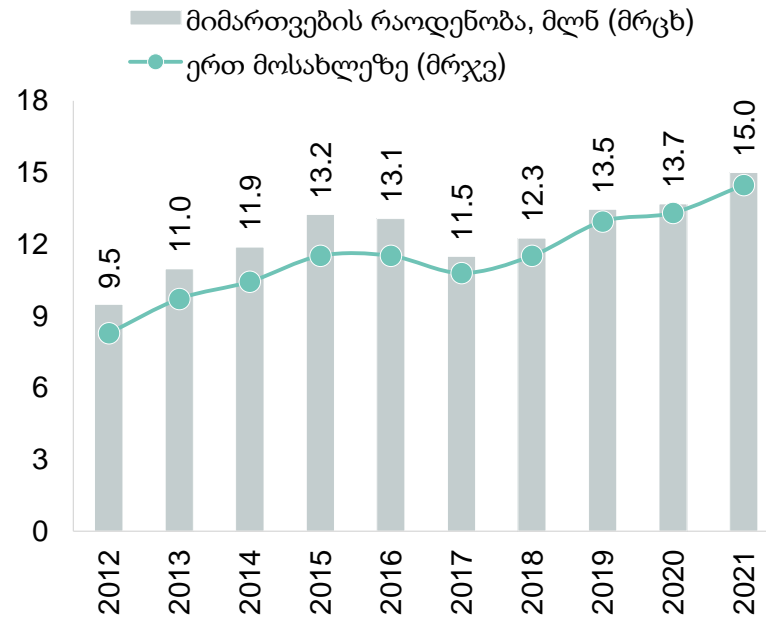
2021 წლის მონაცემებით, საქართველოში ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვიანობა ერთ ადამიანზე საშუალოდ 4.0-ს უტოლდება, რაც ევროკავშირის და სხვა მეზობელი ქვეყნების მაჩვენებელთან შედარებით დაბალია. არასაკმარისად განვითარებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები დაბალი მოთხოვნის ერთ-ერთი მიზეზია, რაც პაციენტებს უზიძგებს მიმართონ პირდაპირ საავადმყოფოებს. პირველადი ჯანდაცვის განვითარების კიდევ ერთი დამაბრკოლებელი ფაქტორი მედიკამენტებით თვითმკურნალობის მაღალი დონეა.

ამბულატორიული დაწესებულებების რაოდენობა საქართველოში, '000



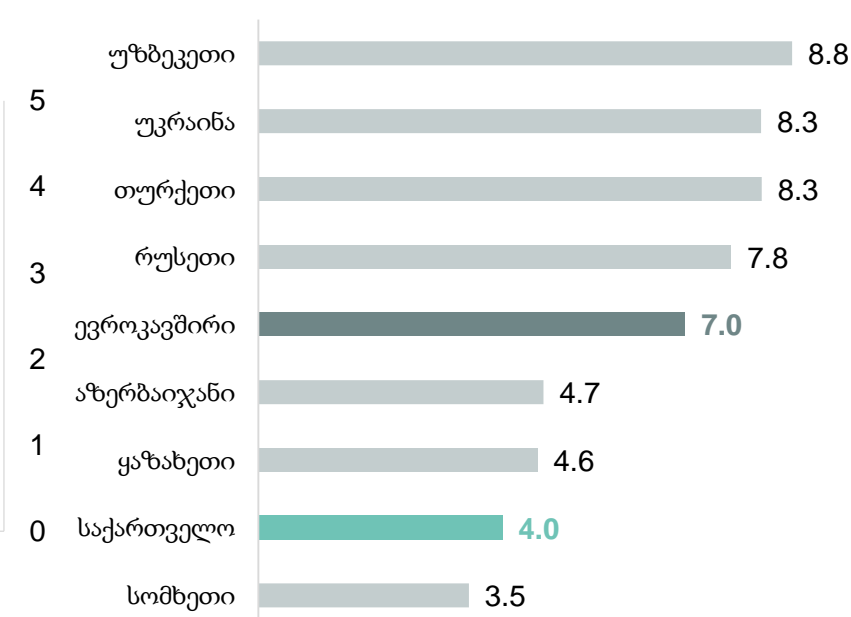
წყარო: NCDC  
შენიშვნა: მონაცემები მოიცავს სოფლის ექიმ-მეწარმეებს

ამბულატორიულ დაწესებულებებში მიმართვები საქართველოში



წყარო: NCDC

ამბულატორიული მიმართვები ქვეყნების მიხედვით



წყარო: WHO, NCDC  
შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები





# ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვების რაოდენობა მაღალია თბილისში, თუმცა, დაწესებულებების დაბალი განვითარების გამო, ბევრად ნაკლებია რეგიონებში

## ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვები რეგიონების მიხედვით, 2021

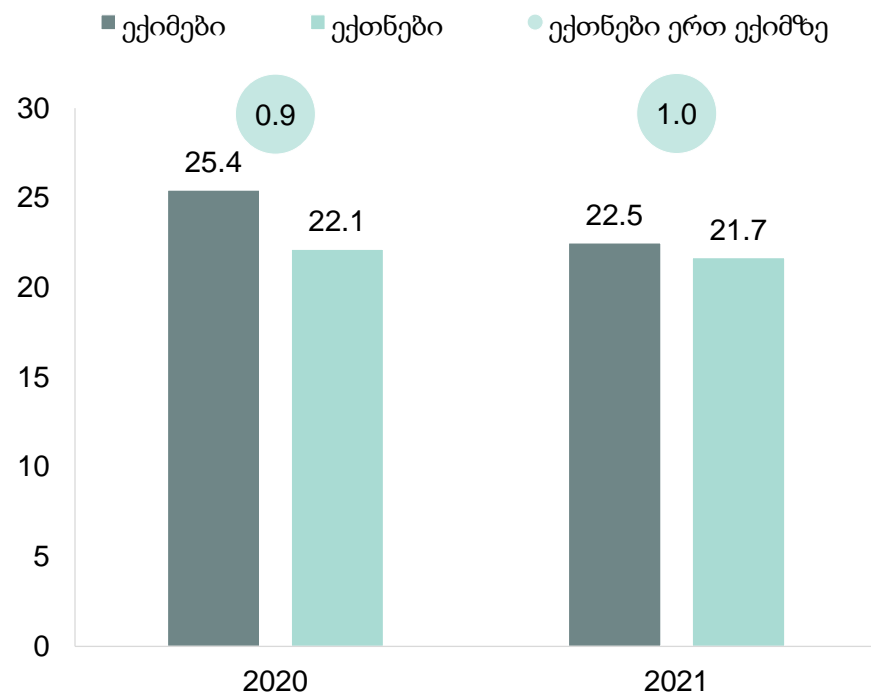
რეგიონი	მოსახლეობა '000 ადამიანი	ამბულატორიულ- პოლიკლინიკური მიმართვები '000	ამბულატორიულ- პოლიკლინიკური მიმართვები ერთ ადამიანზე
თბილისი	1,201.8	10,991.8	9.1
იმერეთი	466.6	1,291.5	2.7
ქვემო ქართლი	434.5	527.1	1.2
აჭარა	355.5	896.3	2.5
კახეთი	304.9	599.4	2.0
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	301.2	734.1	2.4
შიდა ქართლი	250.5	568.1	2.3
სამცხე-ჯავახეთი	148.3	206.3	1.4
გურია	105.3	225.2	2.1
მცხეთა-მთიანეთი	92.4	134.9	1.5
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	27.6	46.0	1.6

წყარო: NCDC

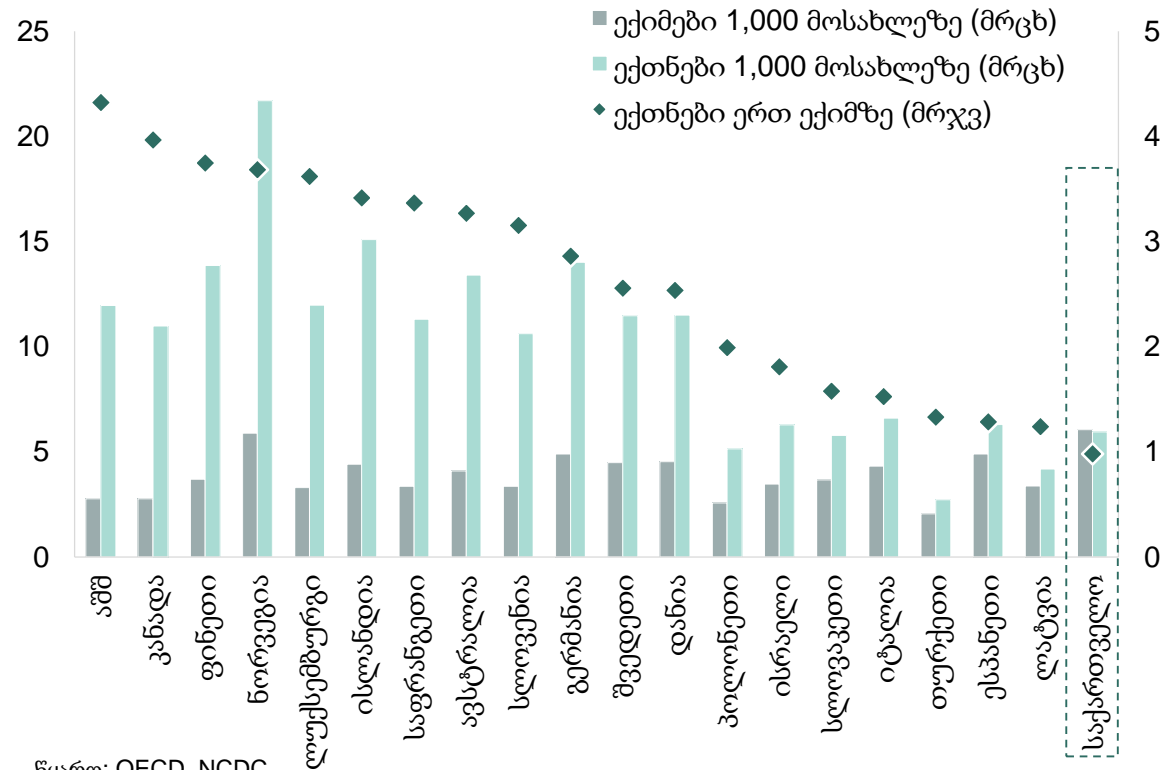
# საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ექიმების სიჭარბე და ექთნების დეფიციტი

შესადარის ქვეყნებს შორის საქართველოში ექიმების რაოდენობა ერთ-ერთი ყველაზე მზარდია და 2021 წელს 1,000 მოსახლეზე 6.1-ს მიაღწია, რაც OECD-ს საშუალოზე ორჯერ მეტია. ამასთანავე, აღსანიშნავია ექთნების სიმცირე, რომელთა რაოდენობაც თითო ექიმზე ერთს უდრის, როცა ევროპის ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი საშუალოდ 2-დან 5-მდე მერყეობს. აღნიშნული ტრენდი, სავარაუდოა, რომ გაგრძელდება განათლების სისტემაში სამედიცინო პროგრამებზე მზარდი, ხოლო საექთნო კურსებზე მცირე მოთხოვნიდან გამომდინარე.

## სამედიცინო პერსონალი საქართველოში, '000



## სამედიცინო პერსონალი ქვეყნების მიხედვით



წყარო: OECD, NCDC  
შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები



1. ძირითადი მიგნებები

2. ჯანდაცვის სექტორის ზომა და სტრუქტურა

3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

4. ტერმინთა განმარტებები

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	$\frac{\text{დაკავებული საწოლ-დღეების რაოდენობის პროცენტული წილი 365 დღეში}}{\text{დაკავებული საწოლ-დღეები} \times 100}$ $\frac{\text{საწოლების რაოდენობა} \times 365}{\text{დაკავებული საწოლ-დღეების რაოდენობა}}$
ჰოსპიტალიზაცია	პაციენტის საავადმყოფოში დაწვენა 24 თანმიმდევრული საათის განმავლობაში
საშუალო დაყოვნება	$\frac{\text{დაკავებული საწოლ-დღეების რაოდენობა}}{\text{ერთი პაციენტის მიერ საავადმყოფოში გატარებული დღეების საშუალო რაოდენობა}}$ $\frac{\text{დაკავებული საწოლ-დღეების რაოდენობა}}{\text{ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა}}$
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მიმართვები	წლის განმავლობაში სამედიცინო დაწესებულებებში ამბულატორიული მომსახურების მიღების მიზნით ვიზიტების რაოდენობა
ჯიბიდან გადახდები	ინდივიდების მიერ სამედიცინო დაწესებულებებისთვის პირდაპირი გზით ანაზღაურება
<b>NCDC</b>	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
<b>OECD</b>	ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია
<b>WHO</b>	ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია



1. ძირითადი მიგნებები

2. ჯანდაცვის სექტორის ზომა და სტრუქტურა

3. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი

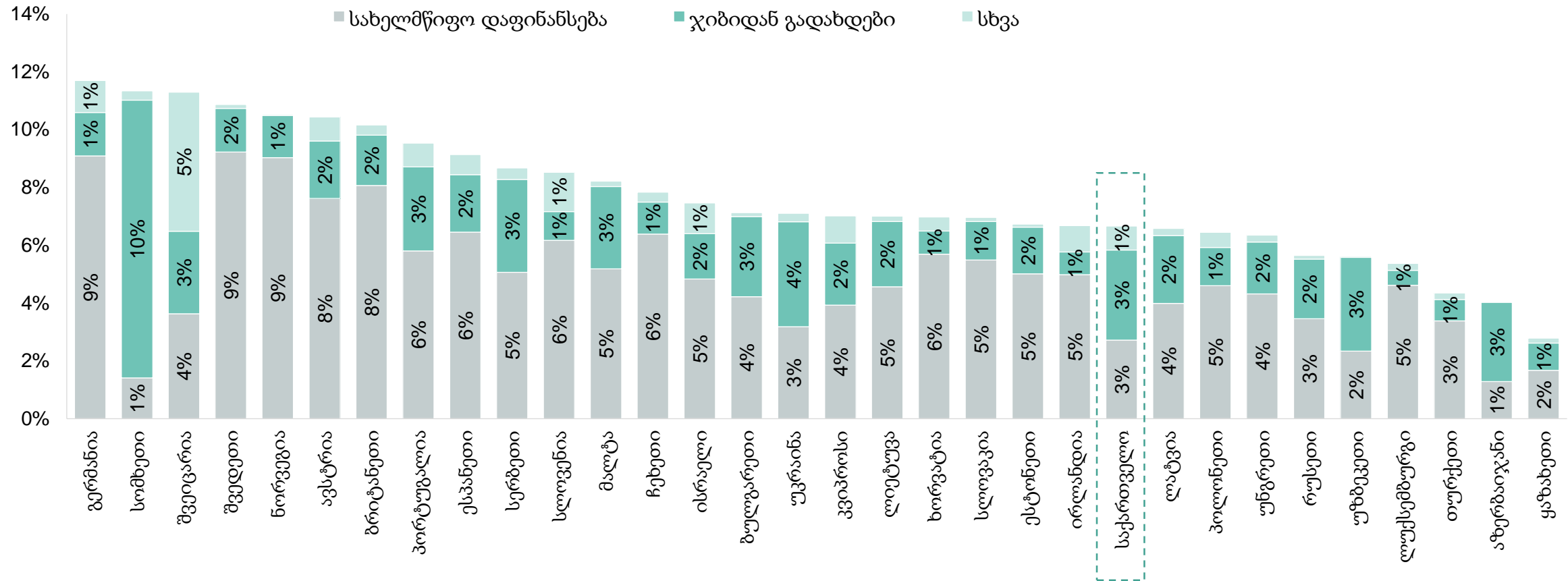
4. ტერმინთა განმარტებები

5. დანართი



# დანართი 1: დანახარჯები ჯანდაცვაზე, %-ად მშპ-თან

დანახარჯები ჯანდაცვაზე, %-ად მშპ-თან, 2019

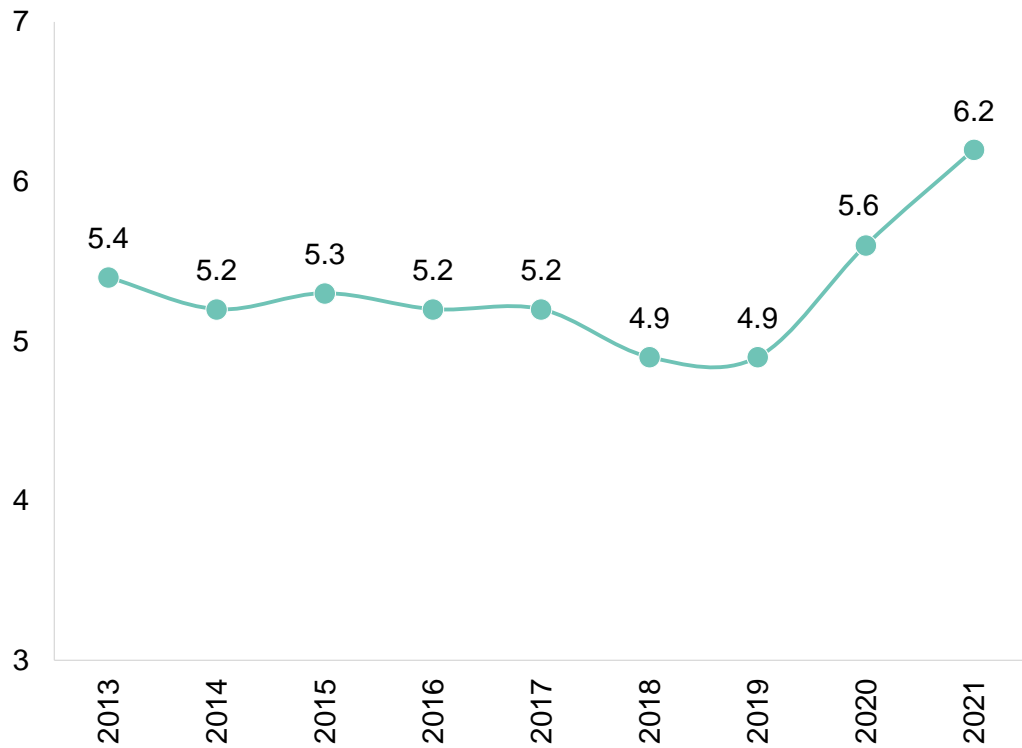


წყარო: მსოფლიო ბანკი, ჯანდაცვის სამინისტრო, საქსტატი, გალტ & თაგარტი

# დანართი 2: საშუალო დაყოვნება სტაციონარებში

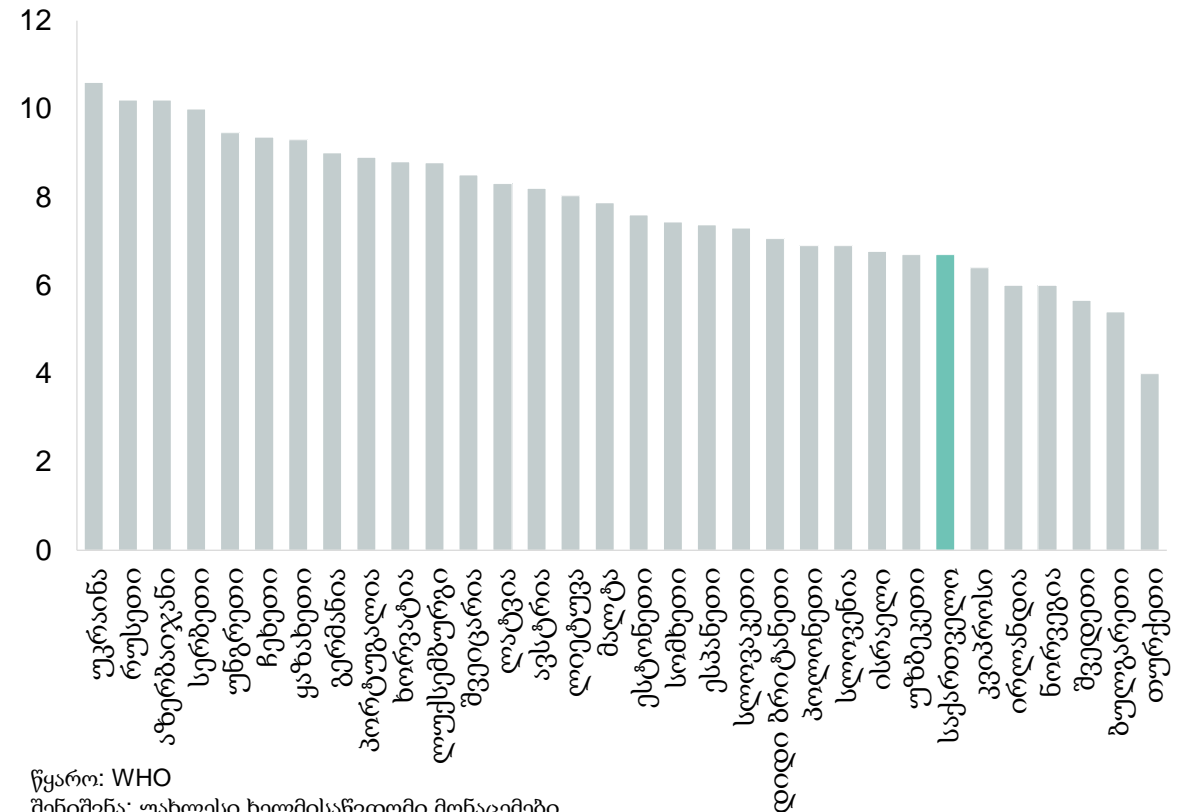
ზოგადად, საავადმყოფოებში დარჩენის მოკლე ხანგრძლივობა ნიშნავს უფრო მაღალ ეფექტურობას. თუმცა საქართველოში სექტორის დაბალპროდუქტიულობის გათვალისწინებით, დაყოვნების მოკლე ხანგრძლივობა შეიძლება აიხსნას დაბალგანვითარებული პირველადი ჯანდაცვით და საავადმყოფოების მოტივაციით გაუწიონ პაციენტებს ჭარბი მომსახურება, 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

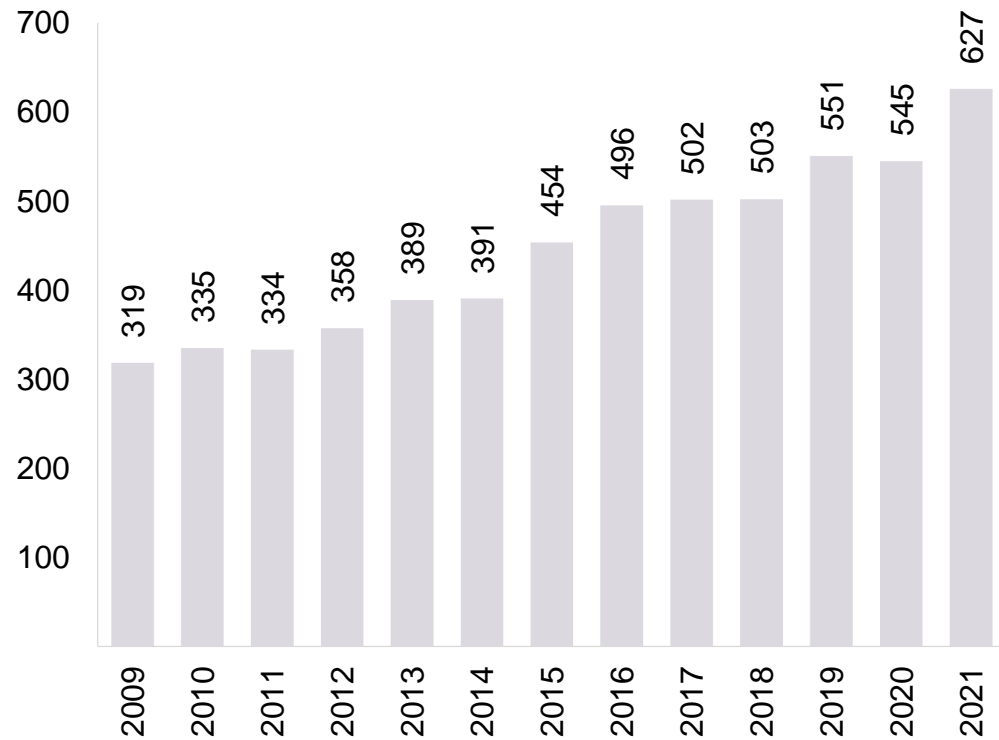


წყარო: WHO

შენიშვნა: უახლესი ხელმისაწვდომი მონაცემები

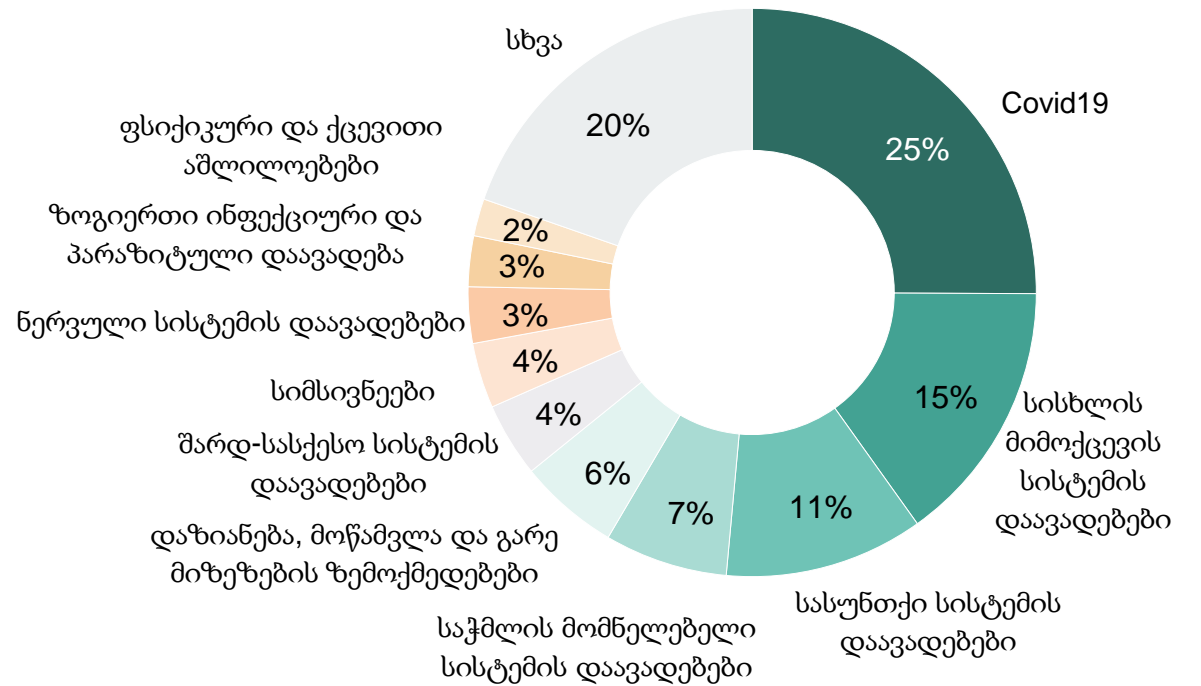
# დანართი 3: ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა

ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა, '000



წყარო: NCDC

ჰოსპიტალიზაციების განაწილება დაავადებათა კლასის მიხედვით, 2021

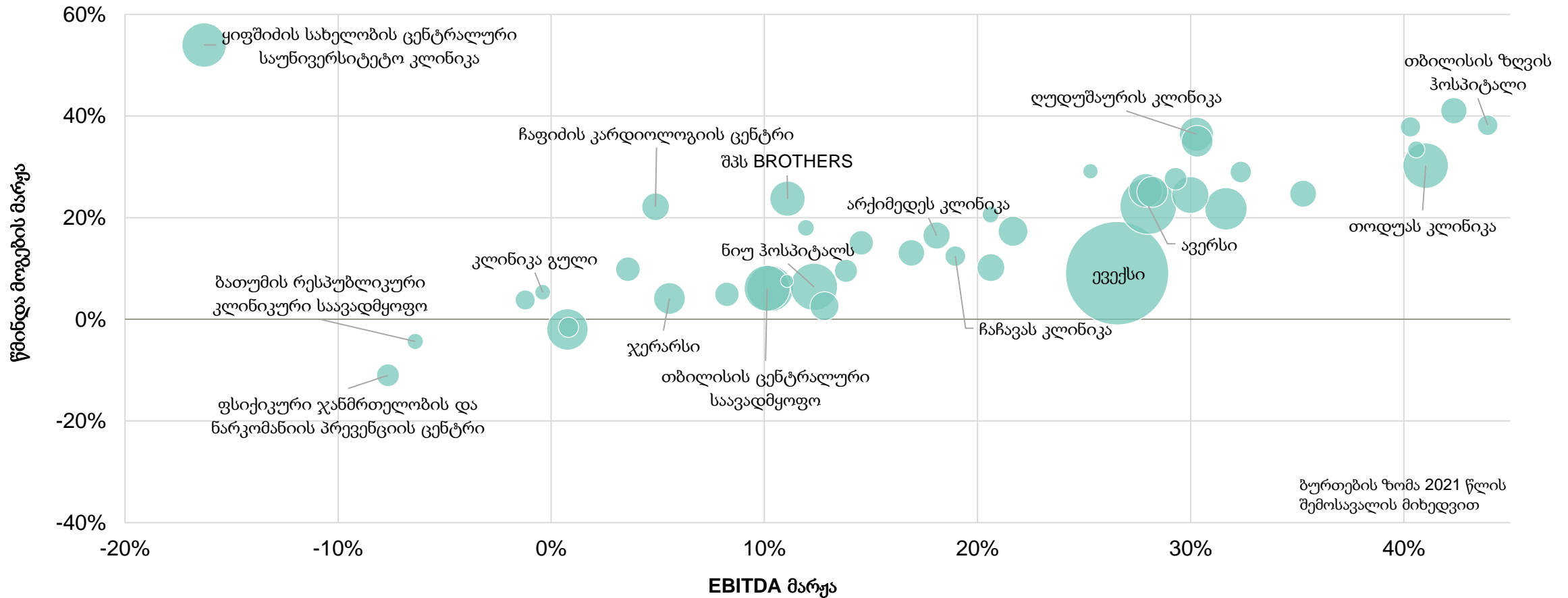


წყარო: NCDC



# დანართი 4: სამედიცინო კომპანიების მომგებიანობის მარჯები საქართველოში

## შერჩეული კომპანიების მომგებიანობა, 2021



წყარო: SARAS, გალტ & თაგარტი  
 N=50, 2021 წლის მონაცემების მიხედვით, შერჩეული 50 კომპანია სექტორის მთლიანი შემოსავლების 51.3%-ს, ხოლო ჰოსპიტალიზაციების 50.7%-ს მოიცავს.



# მნიშვნელოვანი შეტყობინება

ეს დოკუმენტი არის სს "გალტ ენდ თაგარტი" ("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 | [evabochoishvili@gt.ge](mailto:evabochoishvili@gt.ge)

**ასოცირებული მკვლევარი**  
თათია მამრიკიშვილი | [tmamrikishvili@gt.ge](mailto:tmamrikishvili@gt.ge)

**მაკროეკონომიკური ანალიზისა და პროგნოზირების უფროსი**  
ლაშა ქავთარაძე | [lashakavtaradze@gt.ge](mailto:lashakavtaradze@gt.ge)

**ანალიტიკოსი**  
სერგი ყურაშვილი | [s.kurashvili@gt.ge](mailto:s.kurashvili@gt.ge)

**ანალიტიკური განყოფილების უფროსი**  
გიორგი ირემაშვილი | [giremashvili@gt.ge](mailto:giremashvili@gt.ge)

**ანალიტიკოსი**  
გიგა ნოზაძე | [gnozadze@gt.ge](mailto:gnozadze@gt.ge)

**უფროსი ასოცირებული მკვლევარი**  
მარიამ ჩახვაშვილი | [mchakhvashvili@gt.ge](mailto:mchakhvashvili@gt.ge)

**ანალიტიკოსი**  
გიორგი ცქიტიშვილი | [g.tskitishvili@gt.ge](mailto:g.tskitishvili@gt.ge)

**უფროსი ასოცირებული მკვლევარი**  
კახაბერ სამყურაშვილი | [ksamkurashvili@gt.ge](mailto:ksamkurashvili@gt.ge)

**ანალიტიკოსი**  
ზურაბ თავყელიშვილი | [ztavkelishvili@gt.ge](mailto:ztavkelishvili@gt.ge)

**მისამართი:** ალ. პუშკინის ქუჩა 3ა, თბილისი, 0105, საქართველო  
**ტელ:** + (995) 32 2401 111  
**ელ. ფოსტა:** [research@gt.ge](mailto:research@gt.ge)

