

ქალაქ თბილისის ჰოსპიტალური
სექტორის და მისი ღირებულებათა ჯაჭვის
კონკურენტუნარიანობის ანალიზი – Smart
Specialisations-ის მეთოდოლოგიის
კომპონენტების გამოყენებით
საბოლოო ანგარიში

ქალაქ თბილისის ჰოსპიტალური
სექტორის და მისი ღირებულებათა
ჯაჭვის კონკურენტუნარიანობის ანალიზი –
Smart Specialisations-ის მეთოდოლოგიის
კომპონენტების გამოყენებით

საბოლოო ანგარიში

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის
კვლევების ცენტრი (ISU BRC)

PMC კვლევითი ცენტრი (PMC RC)

თბილისი, 2018



Research

კვლევის ანგარიში: „ქალაქ თბილისის ჰოსპიტალური სექტორის და მისი ღირებულებათა ჯაჭვის კონკურენტუნარიანობის ანალიზი – Smart Specialisations-ის მეთოდოლოგიის კომპონენტების გამოყენებით“ შემუშავებულია პროექტის: „რეგიონების მხარდაჭერა მდგრადი განვითარებისთვის“ (ARSD) ფარგლებში.

The research paper “Analyzing Competitiveness of the Hospital Sector and its Value Chain in the City of Tbilisi – Using Smart Specialisations Methodology Components” is implemented within the scope of “Advancing Regions Sustainable Development Project” (ARSD).

პროექტი ხორციელდება ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის (CTC) მიერ, პარტნიორ ორგანიზაციებთან: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის კვლევების ცენტრსა (ISU BRC) და PMC კვლევით ცენტრთან (PMC RC) თანამშრომლობით.

This project is implemented with the financial support of the European Union, by the Center for Training and Consultancy (CTC), with collaboration of the partner organizations: Ilia State University Business Research Center (ISU BRC) and PMC Research Center (PMC RC).

უფროსი მკვლევარები: გიორგი ხიშტოვანი
ნინო პატარაია
ლაშა ქავთარაძე
სოფია ლებანიძე

უმცროსი მკვლევარები: თათული დუშუაშვილი
სოფო ბასილიძე

This publication was produced with the financial support of the European Union. Its contents are the sole responsibility of authors and do not necessarily reflect the views of the European Union.

ეს პუბლიკაცია შექმნილია ევროკავშირის მხარდაჭერით. მის შინაარსზე სრულად პასუხისმგებელი არიან კვლევის ავტორები და არ ნიშნავს, რომ იგი ასახავს ევროკავშირის შეხედულებებს.

სარჩევი

ძირითადი ცნებები	4
1. შესავალი	5
2. მეთოდოლოგია	6
2.1. მონაცემთა შეგროვება	7
2.2. მონაცემების შენახვა და დამუშავება	8
3. კონკურენტული სექტორების გამოვლენა	9
3.1. ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზი (Shift-Share Analysis)	9
3.2. ძირითადი და არაძირითადი სექტორები (განთავსების კოეფიციენტი)	11
4. გამოვლენილი კონკურენტუნარიანი სექტორების ანალიზი	13
4.1. ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება – თბილისი	13
5. კონკურენტუნარიანი ქვე-სექტორების გამოვლენა და ანალიზი	17
5.1. თბილისის ყველაზე კონკურენტუნარიანი ქვე-სექტორის გამოვლენა	17
5.1.1 თბილისის ყველაზე კონკურენტუნარიანი ქვე-სექტორის ანალიზი	18
6. ღირებულებათა ჯაჭვის აღწერა	20
6.1. საავადმყოფოების საქმიანობის ღირებულებათა ჯაჭვი	20
7. კვლევის შედეგები	21
7.1. ინტერვიუების შედეგები	21
7.2. ფოკუს-ჯგუფების შედეგები	22
8. საავადმყოფოების ღირებულებათა ჯაჭვის SWOT ანალიზი	29
9. შემაჯამებელი დასკვნები და რეკომენდაციები	30
10. ბიბლიოგრაფია	33
დანართი	34

ბამოშვება – განსაზღვრავს ეკონომიკური ერთეულის მიერ ფაქტობრივად წარმოებული პროდუქციის რაოდენობას და რეალიზებული პროდუქციის მოცულობას, გადაყიდვისათვის შეძენილი საქონლისა და მომსახურების, აგრეთვე მატერიალური საბრუნავი საშუალებების მარაგების ცვლილებების ჩათვლით.

დამატებული ღირებულება – საბაზისო ფასებში ეყრდნობა გამოშვებულ პროდუქციას, რომელსაც ემატება სუბსიდიები პროდუქტებზე, აკლდება საქონლისა და მომსახურების ყიდვები (გარდა უცვლელად გადაყიდვისათვის შეძენილი პროდუქტისა), აგრეთვე აკლდება ან ემატება ნედლეულის, მასალებისა და სხვა შრომის საგნების მარაგების ცვლილება. აღნიშნული სიდიდე წარმოადგენს დამატებულ ღირებულებას საბაზისო ფასებში, რომელიც შეფასებულია ეკონომიკური ერთეულის წარმოებითი საქმიანობის სხვადასხვა ფაქტორული ხარჯების ღირებულების მიხედვით.

ბრუნვა – არის საანგარიშო პერიოდში ეკონომიკური ერთეულის მიერ განხორციელებული გაყიდვები ანუ დარიცხული შემოსავლები საქონლისა და მომსახურების გაყიდვებიდან (ბარტერის ჩათვლით). ბრუნვაში არ ჩაირთვება აქტივების გაყიდვა, აგრეთვე სუბსიდიები.

ჯანდაცვის საქმიანობები – შეიცავს საავადმყოფოების, ზოგადი ან სპეციალიზებული სამედიცინო, ქირურგიული, ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური საავადმყოფოების, სანატორიუმების, პროფილაქტორიუმების, ბავშვთა სამედიცინო სახლების, თავშესაფრების, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის სამკურნალო დაწესებულებების, სარეაბილიტაციო ცენტრების, ლეპროზორიუმების და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა დაწესებულებების საქმიანობებს, რომლებსაც გააჩნიათ განთავსების საშუალებები და რომლებიც ატარებენ სხვადასხვა დაავადებების მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკურ და სამედიცინო მკურნალობას.

რეზიდენტული საქმიანობები – შეიცავს მოვლას საცხოვრებელი ადგილის უზრუნველყოფით, მომვლელის, ზედამხედველის ან სხვა ტიპის მომსახურების მიწოდებით დაწესებულებებში მცხოვრები პაციენტების მოთხოვნის შესაბამისად. ასეთი დაწესებულებები წარმოადგენენ საწარმოო პროცესის მნიშვნელოვან ნაწილს და მოვლა წარმოადგენს სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ერთობლიობას, უპირატესად მომვლელების მიერ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებით.

სოციალური მომსახურების საქმიანობები – შეიცავს სხვადასხვა სახის სოციალური მომსახურების გაწევას უშუალოდ კლიენტებისათვის. ამ განყოფილების საქმიანობები არ შეიცავს საცხოვრებელი ადგილით უზრუნველყოფას, დროებითის გარდა.

საავადმყოფოების საქმიანობები – მოიცავს მოკლე ან გრძელვადიანი საავადმყოფოების საქმიანობებს, ე.ი. სამედიცინო, დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო საქმიანობებს, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების და სპეციალიზებული საავადმყოფოების. საქმიანობები ძირითადად მიმართულია სტაციონარული პაციენტების მკურნალობისათვის, ხორციელდება მკურნალი ექიმების უშუალო მეთვალყურეობით.

სამედიცინო და სტომატოლოგიური პრაქტიკის საქმიანობები – შეიცავს სამედიცინო კონსულტირებას და მკურნალობას, რომლებიც ხორციელდება ზოგადი სამედიცინო პრაქტიკის მქონე ექიმების და სამედიცინო სპეციალისტების მიერ, ქირურგების, სტომატოლოგების და მისთ. ჩათვლით.

ჯანდაცვის სხვა საქმიანობები – მოიცავს საქმიანობებს, რომლებიც არ ხორციელდება საავადმყოფოებში ან ექიმების ან სტომატოლოგების მიერ. ეს საქმიანობები შეიძლება ხორციელდებოდეს სამედიცინო კლინიკებში, რომლებიც მოქმედებენ კომპანიებთან, სკოლებთან, ხანდაზმულთა სახლებთან, შრომით ორგანიზაციებთან და ჯანდაცვის სხვა პუნქტებში, რომლებიც არ წარმოადგენენ საავადმყოფოებს, აგრეთვე საკონსულტაციო ოთახებში, პაციენტების ბინებში ან სხვა ადგილებში.

თბილისი არა მხოლოდ ფორმალურად წარმოადგენს საქართველოს დედაქალაქს, არამედ ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების ცენტრიცაა. თბილისში იქმნება ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტის 49% (აღნიშნული მონაცემი 2016 წლის მდგომარეობით 14.3 მილიარდ ლარს შეადგენს). აგრეთვე, თბილისში ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობის 31%-ია თავმოყრილი, რაც 2018 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით 1.16 მლნ კაცს წარმოადგენს.

უკანასკნელ პერიოდში, ზოგადი ტენდენციაა მიზიდულობის ცენტრებთან მიმდებარე ტერიტორიების ეკონომიკური კავშირების შესწავლა. თბილისთან სიახლოვის გამო, კვლევის ფარგლებში, თბილისის მიმდებარე ტერიტორიის საკვლევ არეალად შევარჩიეთ ქემო ქართლის რეგიონი. 2016 წლის მონაცემებით, ქემო ქართლში ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტის 8% შეიქმნა. ქემო ქართლში შექმნილი მთლიანი დამატებული ღირებულების ძირითად ნაწილი (49%) სოფლის მეურნეობისა და მრეწველობის დარგებზე მოდის.

ცხრილი 1. ძირითადი ეკონომიკური მაჩვენებლები (2016 წლის მდგომარეობით)

რეგიონი	მშპ (მლნ. ლარი)	მოსახლეობის რიცხოვნობა (ათასი კაცი)	მშპ ერთ სულზე (ლარი)
საქართველო	34,028.5	3,720.4	9,146.4
თბილისი	14,297.5	1,113.0	12,845.9
ქემო ქართლი	2,348.7	426.4	5,508.2

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2017 წლის წინასწარი მონაცემების თანახმად, თბილისში განთავსებულია ქვეყნის მიერ მოზიდული პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების 78% (1,467 მლნ აშშ დოლარი), ხოლო ქემო ქართლში პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების 3.4% (64 მლნ აშშ დოლარი) გვხვდება. რაც შეეხება დასაქმების დონეს, თბილისში დანარჩენ რეგიონებთან შედარებით, უმუშევრობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია და 2017 წლის მონაცემებით 24.7%-ს შეადგენს. ქემო ქართლში უმუშევრობის დონე 14.1%-ს შეადგენს, რაც საქართველოს რეგიონებს შორის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია.

უკანასკნელ წლებში, საქართველოს მთავრობის მიერ მომზადდა რეგონული განვითარების პროგრამები, თუმცა თბილისის განვითარების სტრატეგია არ არსებობს. 2018-2021 წლების რეგიონული განვითარების პროგრამაში ხაზგასმულია კონკურენტუნარიანობის როლი რეგიონების და მთლიანად ქვეყნის განვითარებაში². დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ ცალკეული რეგიონის კონკურენტუნარიანობის ამაღლებას მნიშვნელოვანი ეფექტი ექნება ქვეყნის კონკურენტუნარიანობის ამაღლებაში, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში განაპირობებს 2018-2021 წლების რეგიონული განვითარების დოკუმენტში დასახული მიზნების მიღწევას: ერთ სულ მოსახლეზე მთლიანი შიდა პროდუქტის ზრდას, პროდუქციის და სერვისების ექსპორტის წილის ზრდას მშპ-ში, სიღარიბის ზღვარს ქვევით მყოფი მოსახლეობის წილის შემცირებას ეროვნულ დონეზე და ფიქსირებულ აქტივებში ინვესტიციების წილის ზრდას რეგიონულ დონეზე (როგორც მშპ-ს პროცენტი).

კვლევის ძირითად მიზანს წარმოადგენს თბილისის და მისი მიმდებარე ტერიტორიის კონკურენტული ეკონომიკური სექტორების და ქვე-სექტორების გამოვლენა, შესწავლა და ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლებისთვის რეკომენდაციების შემუშავება. აღნიშნული ხელს შეუწყობს თბილისის და მისი მიმდებარე ტერიტორიების კონკურენტუნარიანობის ზრდას, რაც თავის მხრივ, გამოიწვევს ეკონომიკური აქტივობისა და ცხოვრების დონის ზრდას, აგრეთვე, სიღარიბისა და უმუშევრობის შემცირებას.

² <http://mrldi.gov.ge>

მიმდინარე კვლევა ეფუძნება ევროკავშირის მიერ შემუშავებული Smart Specialisations-ის სტრატეგიას², რომელიც ადგენს ეროვნული და რეგიონალური დონის პრიორიტეტებს, რათა შექმნას კონკურენტული უპირატესობები კვლევისა და ინოვაციების ძლიერი მხარეების მისაღებად ბიზნესის საჭიროებებთან.

Smart Specialisations-ის მეთოდოლოგიის თანახმად, რეგიონის პრიორიტეტული მიმართულებების გამოვლენა ხდება 3 კომპონენტზე დაყრდნობით:

- ეკონომიკური პოტენციალი
- ინოვაციური პოტენციალი
- სამეცნიერო პოტენციალი

ვინაიდან, კვლევის ფოკუსს წარმოადგენდა რეგიონული კონკურენტუნარიანობის შეფასება, კვლევითმა ჯგუფმა, კვლევის ფარგლებში, შეაფასა Smart Specialisations-ის „ეკონომიკური პოტენციალის“ კომპონენტი³.

თავის მხრივ, ეკონომიკური პოტენციალის ანალიზი მოიცავს შემდეგ ქვე-კომპონენტებს:

- შიდა კონკურენტუნარიანობა (სპეციალიზაცია, ზრდის დინამიკა, მონათესავე ინდუსტრიული ქვე-სექტორების მნიშვნელობა), რომელიც იზომება დასაქმებით, დარგში შექმნილი დამატებითი ღირებულებითა და კომპანიების რაოდენობის მიხედვით;
- საერთაშორისო კონკურენტუნარიანობა, რომელიც იზომება ძირითადი საექსპორტო პროდუქტების ჯგუფებისა და გამოვლენილი საექსპორტო პოტენციალის მიხედვით.

იქიდან გამომდინარე, რომ არ მოიპოვება ინფორმაცია ექსპორტის შესახებ რეგიონების მიხედვით (არ ხდება იმის განსაზღვრა, ექსპორტირებული პროდუქციის რა ნაწილი რომელ რეგიონში იყო წარმოებული), ამასთანავე, სრულყოფილად არ აღირიცხება მომსახურების ექსპორტი, რაც თავის მხრივ, მომსახურების სექტორს არათანაბარ პირობებში აყენებს წარმოების სექტორთან შედარებით, ჩვენი კვლევის ფარგლებში, შევჩერდით ეკონომიკური პოტენციალის მხოლოდ შიდა კონკურენტუნარიანობაზე, რომელიც Smart Specialisations-ის მიხედვით, ფასდება შემდეგი ცვლადებით დარგში:

- დასაქმების დონე;
- შექმნილი დამატებული ღირებულება;
- არსებული კომპანიების რაოდენობა.

აღნიშნულ ცვლადებზე დაყრდნობით, გამოვიყენეთ რეგიონული ანალიზის ისეთი მეთოდები, როგორიცაა განთავსების კოეფიციენტი (Location Quotient, LQ) და რეგიონის ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზი (Shift-Share Analysis) (იხილე „დანართი 1: განთავსების კოეფიციენტი“, და „რეგიონის ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზი“).

ანალიზი მოიცავს კერძო (ბიზნეს) სექტორს, რადგან მნიშვნელოვანია შეფასდეს, თუ სად ხედავს კერძო სექტორი პოტენციალს, შესაბამისად სად იქმნება ახალი საწარმოები, სამუშაო ადგილები და დამატებული ღირებულება.

² Smart Specialisation Platform, European Commission, <http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/s3-design>

³ Joint Research Centre, Supporting aovation Agenda for the Western Balkans, Tools and Methodologies, http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC111430/2018-04-24_western-balkans-report_online.pdf

ძირითად მეთოდად შეირჩა ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზი (Shift-Share Analysis), რომელშიც უპირატესს დაკვირვების ქვაკუთხედს სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობების და დამატებული ღირებულების დინამიკაში ცვლილებები წარმოადგენს. ასე მაგალითად, თუ სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა იზრდება წლიდან წლამდე და ეს ზრდა მნიშვნელოვნად აღემატება სხვა სექტორებში დასაქმებულთა ცვლილების ტენდენციებს, ეს ამ სექტორის კონკურენტუნარიანობაზე მიუთითებს, რაც თავის მხრივ მიმზიდველს ხდის დამატებითი ინვესტირების განხორციელების თვალსაზრისით. იგივე პრინციპი გამოიყენება დამატებული ღირებულების ცვლილების ნაწილში. როგორც დამხმარე მეთოდი, რეგიონში სექტორის კონცენტრაციის განსაზღვრისთვის გამოყენებულ იქნა განთავსების კოეფიციენტი (Location Quotient, LQ).

აღნიშნული მეთოდების გამოყენებით, მიმდინარე კვლევის პირველ ეტაპზე, გამოვლენილ იქნა ქ. თბილისში წამყვანი კონკურენტუნარიანი ეკონომიკური საქმიანობის სახეები (შემდგომში მოხსენიებული იქნება როგორც სექტორი).

წამყვანი კონკურენტული სექტორის განსაზღვრის შემდეგ გამოვლინდა ძირითადი მაგენერირებელი ქვე-სექტორები. გამომდინარე იქედან, რომ სტატისტიკის ეროვნული სამსახური არ აწარმოებს დასაქმებულთა რიცხოვნობის აღრიცხვას რეგიონულ ტერიტორიაში ქვესექტორის დონეზე, კვლევაში გამოყენებულ იქნა კომბინირებული მიდგომა.

ქვე-სექტორების შერჩევითვის შესწავლილ იქნა მოქმედი საწარმოების დემოგრაფიული მაჩვენებლები და ზომები, დემოგრაფიული კუთხით, შესწავლილი იქნა თითოეულ ქვე-სექტორში მოქმედ საწარმოების დაბადება-გარდაცვალების სტატისტიკის და გამოირიცხა ის სექტორები, სადაც ლიკვიდირებულ საწარმოთა რაოდენობა აჭარბებდა ახლად შექმნილ საწარმოთა რაოდენობას. ზომების განსაზღვრის ნაწილში, საწარმოთა ზომის მეთოდოლოგიაზე დაყრდნობით (მსხვილი, საშუალო, მცირე), აღებულ იქნა თითოეული საწარმოს დასაქმების მინიმალური ზღვრები და მათი გამოყენებით დადგინდა წონები, რომელზე დაყრდნობითაც მოხდა საკვლევი ქვე-სექტორის სტრატეგიცირებული შერჩევა (ქვე-სექტორში არსებულ საწარმოთა რაოდენობა გამრავლებული შესაბამის წონაზე).

ქ. თბილისისა ეკონომიკის ძირითადი კონკურენტული სექტორებისა და წამყვანი ქვე-სექტორების გამოვლენის შემდეგ, ამ უკანასკნელის შესასწავლად გამოყენებულ იქნა ღირებულებათა ჯაჭვის მოდელი (Value Chain)⁴ (იხილე „დანართი 1: ღირებულებათა ჯაჭვის მოდელი“).

ღირებულებათა ჯაჭვის ანალიზის (VCA) შედეგად გამოვლენილი ქვე-სექტორების განვითარების შემაფერხებელი ფაქტორების აღმოსაფხვრელად შემუშავებული იქნა რეკომენდაციები ადგილობრივი და ცენტრალური ხელისუფლების წარმომადგენლებისთვის.

■ 2.1. მონაცემთა შეგროვება

მონაცემთა შეგროვების მიზნით გამოყენებული იქნა სამაგიდო კვლევა და სხვა თვისობრივ/ხარისხობრივი მეთოდები. კერძოდ, განთავსების კოეფიციენტისა და ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზისთვის გამოყენებულ იქნა სამაგიდო კვლევა, ხოლო ქვესექტორების ღირებულებათა ჯაჭვის შესასწავლად როგორც სამაგიდო, ასევე სავსე კვლევა (თვისობრივ/ხარისხობრივი): სიღრმისეული ინტერვიუ და ფოკუს-ჯგუფები.

მეორადი მონაცემების შეგროვება

ქ. თბილისისა ძირითადი კონკურენტული სექტორების გამოვლენისთვის გამოყენებულ იქნა ბიზნეს სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობების და მთლიანი შიდა პროდუქტის სტატისტიკა 2010-2016 წლებში, რომლის წყაროს წარმოადგენს საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.⁵

⁴ Michael Porter- Competitive Advantage (1985)

⁵ http://geostat.ge/?action=page&p_id=211&lang=geo

წამყვანი ქვე-სექტორების გამოსავლენად, მონაცემები ბიზნესის დემოგრაფიის მაჩვენებლების შესახებ, კერძოდ კი საწარმოთა დაბადება-გარდაცვალების მონაცემები და საწარმოთა რაოდენობების სტატისტიკა ალბულ იქნა საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემთა ბაზიდან⁶.

პირველადი მონაცემების შეგროვება

გამოვლენილი კონკურენტული ქვე-სექტორების შესახებ, პირველადი მონაცემებით შესწავლილი იქნა რეგიონის დონეზე ქვე-სექტორის კონკურენტუნარიანობა.

ქვე-სექტორის შესახებ არსებული მონაცემების, კერძოდ კი დასაქმებულთა რაოდენობის მიხედვით შეწონვის შედეგად, გამოვლინდა გამოსაკითხ რესპონდენტთა განაწილება საწარმოს ზომების მიხედვით⁷, ანუ გამოსაკითხ საწარმოთაგან რამდენი უნდა ყოფილიყო ზომით მსხვილი, რამდენი – საშუალო და რამდენი – მცირე. ზომების მიხედვით საწარმოები დაიყო სამ სტრატად: მცირე, საშუალო და მსხვილი. თითოეულ სტრატაში რესპონდენტები შეირჩა მარტივი შემთხვევითი შერჩევის მეთოდის გამოყენებით.

ჩატარდა როგორც ფოკუს-ჯგუფები, ასევე, სტრუქტურირებული ინტერვიუები გამოვლენილი ყველა ზომის (მცირე, საშუალო და მსხვილი) საწარმოს წარმომადგენლებთან, კერძოდ ხელმძღვანელობასთან. ფოკუს-ჯგუფები და ინტერვიუები ჩატარდა ღირებულებათა ჯაჭვის რგოლის წარმომადგენლებთან. ჯამში, 30 ინტერვიუ (17 თბილისში, 13 ქვემო ქართლში) და 8 ფოკუს-ჯგუფი განხორციელდა. თითოეული ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა რაოდენობა განისაზღვრა 4-10 კაცამდე.

2.2. მონაცემების შენახვა და დამუშავება

სტრუქტურირებული ინტერვიუებისთვის და ფოკუს-ჯგუფებისთვის გაკეთდა ჯერ აუდიოჩანაწერები, შემდეგ კი ტრანსკრიპტების მეშვეობით დეტალურად იქნა შესწავლილი თვისობრივი ინფორმაცია. სტატისტიკის ეროვნული სამსახურისგან მიღებული რაოდენობრივი მონაცემები გადამუშავდა LQ და Shift-Share ანალიზის მეთოდოლოგიის შესაბამისად.

თვისობრივი მონაცემების მოპოვების შემდეგ მოხდა მათი ანალიზი, რომელიც დაეყრდნო რესპონდენტების მოსაზრებებს, მათ შეფასებებს, ინტერვიუების და ფოკუს-ჯგუფების შედეგად მიღებული ინფორმაციას, ასევე, არსებულ სტატისტიკურ მონაცემებს.

⁶ http://geostat.ge/?action=page&p_id=2656&lang=geo

⁷ ზომები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ძველი მეთოდოლოგიის მიხედვით: მსხვილია საწარმო, რომელშიც დასაქმებულთა საშუალოწლიური რაოდენობა აღემატება 100 კაცს ან საშუალო წლიური ბრუნვის მოცულობა 1.5 მლნ ლარს.

საშუალო ზომისაა საწარმო, რომელშიც დასაქმებულთა საშუალო წლიური რაოდენობა მერყეობს 20-დან 100 კაცამდე, ხოლო საშუალო წლიური ბრუნვის მოცულობა – 0.5 მლნ ლარიდან 1.5 მლნ ლარამდე.

მცირე ზომისაა საწარმო, რომელშიც დასაქმებულთა საშუალო წლიური რაოდენობა არ აღემატება 20 დასაქმებულს და საშუალო წლიური ბრუნვის მოცულობა არ აღემატება 0.5 მლნ ლარს.

3.1. ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზი

თბილისის ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზი⁸

ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზის მეთოდი, რომელიც საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს კონკურენტუნარიანი სექტორები და დადგინდეს თითოეულ სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობის ცვლილებების განმარტებელი ფაქტორები, ქ. თბილისისთვის ავლენს შემდეგ ძირითად კონკურენტუნარიან სექტორებს:

- ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება;
- განათლება;
- სოფლის მეურნეობა, ნადირობა და სატყეო მეურნეობა;
- დამამუშავებელი მრეწველობა;
- ელექტროენერგიის, აირისა და წყლის წარმოება და განაწილება;
- სამთომომპოვებითი მრეწველობა.

ცხრილი 2: რეგიონის ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზის შედეგები თბილისში

ეკონომიკური საქმიანობა (სექტორი)	ქვეყნის ზრდის ფაქტი (NGE)	ინდუსტრიული ფაქტი (IME)	კონკურენტ- უნარიანობის ფაქტი (CE)	რაოდენობრივი ცვლილება დასაქმებაში (2016 წელს 2010 წელთან შედარებით)
1 სოფლის მეურ- ნეობა, ნადირობა და სატყეო მეურნეობა	1205	625	1912	3742
2 თევზჭერა, მეთევზეობა			NA	NA
3 სამთომომპო- ვებითი მრეწველობა	221	-117	247	351
4 დამამუშავებელი მრეწველობა	18383	-9044	993	10332
5 ელექტროენერ- გიის, აირისა და წყლის წარმოება და განაწილება	8137	-8229	973	881
6 მშენებლობა	18261	2002	-375	19887

⁸ NGE გვიჩვენებს რამდენი სამუშაო ადგილის შექმნა აიხსნება რეგიონში მოცემულ i სექტორში ქვეყნის ეკონომიკის ზრდით IME გვიჩვენებს რეგიონში მოცემულ i სექტორში რამდენი სამუშაო ადგილის შექმნა აიხსნება ქვეყანაში მოცემული i სექტორის ზრდის გამო. CE გვიჩვენებს რეგიონში რამდენი სამუშაო ადგილის შექმნა აიხსნება მოცემულ i სექტორში რეგიონის კონკურენტუნარიანობით მოცემულ სექტორში.

7	ვაჭრობა; ავტომობილების, საყოფაცხოვრებო ნაწარმისა და პირადი მოხმარების საგნების რემონტი	38112	32386	-4676	65823
8	სასტუმროები და რესტორნები	7758	5410	-2966	10202
9	ტრანსპორტი და კავშირგაბმულობა	22323	-11305	-3580	7438
10	ოპერაციები უძრავი ქონებით, იჯარა და მომხმარებლისათვის მომსახურების გაწევა	18778	8191	-200	26769
11	განათლება	6011	-1314	1999	6696
12	ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება	17773	-10674	8265	15364
13	კომუნალური, სოციალური და პერსონალური მომსახურების გაწევა	8196	1926	-2086	8036

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

შედეგების მიხედვით, თბილისისთვის ყველაზე კონკურენტული სექტორი ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური მომსახურების სფეროა. 2010-2016 წლებში აღნიშნულ სექტორში დასაქმება 15,364 ადამიანით გაიზარდა. სექტორის კონკურენტუნარიანობიდან გამომდინარე, ყველაზე მეტი – 8,265 სამუშაო ადგილი სწორედ აღნიშნულ სექტორში შეიქმნა.

თბილისისთვის რიგით მეორე კონკურენტული სექტორია განათლება. მოცემულ სექტორში 2016 წელს, 2010 წელთან შედარებით დასაქმებულთა რაოდენობა 6,696 ადამიანით გაიზარდა, აქედან 1,999 სამუშაო ადგილი სწორედ თბილისში განათლების სექტორის კონკურენტუნარიანობის გამო შეიქმნა.

თბილისისთვის ყველაზე მეტად არაკონკურენტულ სექტორებს წარმოადგენენ ვაჭრობა, ავტომობილების, საყოფაცხოვრებო ნაწარმისა და პირადი მოხმარების საგნების რემონტი, და ტრანსპორტი და კავშირგაბმულობა.

სექტორების კონკურენტუნარიანობის გამოსავლენად ცვლილებათა მიზეზების ანალიზი ასევე ჩატარდა მთლიანი შიდა პროდუქტის მაჩვენებელზე დაყრდნობით. აღნიშნული მიდგომითაც, ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება თბილისისთვის კონკურენტულ სექტორს წარმოადგენს. 2016 წელს, 2010 წელთან შედარებით, ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალური დახმარების სექტორში შექმნილი მთლიანი შიდა პროდუქტი 543 მლნ. ლარით გაიზარდა, საიდანაც 60 მლნ. ლარი სწორედ თბილისში აღნიშნული სექტორის კონკურენტუნარიანობის გამო შეიქმნა.

3.2. ძირითადი და არაძირითადი სექტორები (განთავსების კოეფიციენტი)

განთავსების კოეფიციენტის შედეგები თბილისში

განთავსების კოეფიციენტზე დაყრდნობით (Location Quotient, LQ), რომელიც ზომავს, თუ რამდენად მაღალია სექტორის კონცენტრაციის დონე, ანუ რამდენად წარმოადგენს სექტორი ეკონომიკური ზრდის მამოძრავებელ ძალას, თბილისისთვის გამოვლინდა შემდეგი ძირითადი (მნიშვნელოვანი წვლილის მქონე) სექტორები:

- ელექტროენერგიის, აირისა და წყლის წარმოება და განაწილება;
- მშენებლობა;
- ვაჭრობა, ავტომობილების, საყოფაცხოვრებო ნაწარმისა და პირადი მოხმარების საგნების რემონტი;
- ტრანსპორტი და კავშირგაბმულობა;
- ოპერაციები უძრავი ქონებით, იჯარა და მომხმარებლისათვის მომსახურების გაწევა;
- განათლება;
- ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება;
- კომუნალური, სოციალური და პერსონალური მომსახურების გაწევა.

ცხრილი 3: ძირითადი და არაძირითადი სექტორები თბილისისთვის LQ ანალიზის მიხედვით

	ეკონომიკური საქმიანობა (სექტორი)	საქართველოში დასაქმებულთა რაოდენობა (2016)	თბილისში დასაქმებულთა რაოდენობა (2016)	LQ	ძირითადი/ არაძირითადი სექტორი
1	სოფლის მეურნეობა. ნადირობა და სატყეო მეურნეობა	12,522	4,718	0.6	არაძირითადი
2	თევზჭერა, მეთევზეობა	464	0	0.0	არაძირითადი
3	სამთომოპო-ვებითი მრეწველობა	8,000	602	0.1	არაძირითადი
4	დამამუშავებელი მრეწველობა	92,538	39,552	0.7	არაძირითადი
5	ელექტრო-ენერგიის, აირისა და წყლის წარმოება და განაწილება	20,245	15,210	1.2	ძირითადი
6	მშენებლობა	73,648	43,956	1.0	ძირითადი
7	ვაჭრობა; ავტომობილების, საყოფაცხოვრებო ნაწარმისა და პირადი მოხმარების საგნების რემონტი	170,567	113,270	1.1	ძირითადი

8	სასტუმროები და რესტორნები	37,431	20,870	0.9	არაძირითადი
9	ტრანსპორტი და კავშირგაბმულობა	65,219	45,423	1.1	ძირითადი
10	ოპერაციები უძრავი ქონებით, იჯარა და მომხმარებლისათვის მომსახურების გაწევა	66,181	49,747	1.2	ძირითადი
11	განათლება	21,970	15,343	1.1	ძირითადი
12	ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება	65,557	44,076	1.1	ძირითადი
13	კომუნალური, სოციალური და პერსონალური მომსახურების გაწევა	32,447	19,569	1.0	ძირითადი

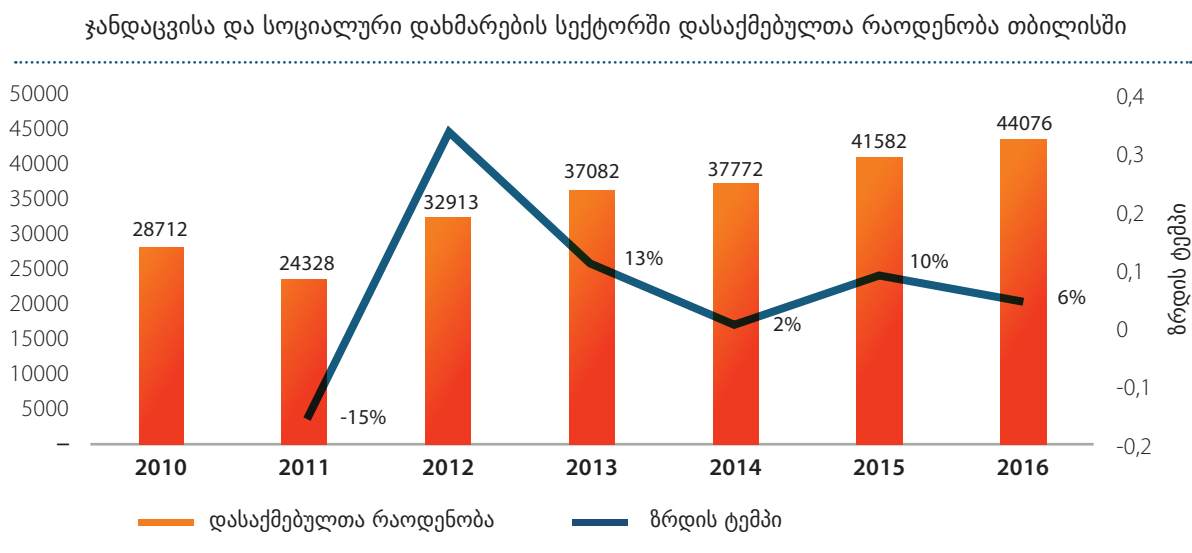
წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

4.1. ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება – თბილისი

დასაქმება

თბილისში, ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში, ბოლო 2016 წლის მონაცემებით, 44,076 ადამიანი იყო დასაქმებული, რაც თბილისის კერძო სექტორში დასაქმებულთა 11%-ს შეადგენდა. 2016 წელს, 2010 წელთან შედარებით, აღნიშნულ სექტორში დასაქმება 54%-ით გაიზარდა (საშუალო წლიური ზრდა 8.4% იყო). თბილისში, ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში დასაქმებულთა 99% დაქირავებით დასაქმებულია. ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორში დასაქმების ყველაზე მაღალი ზრდა, 2010-2016 წლის პერიოდში, 2012 წელს დაფიქსირდა – წლიურმა ზრდის ტემპმა 35.3% შეადგინა.

გრაფიკი 1. ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა თბილისში



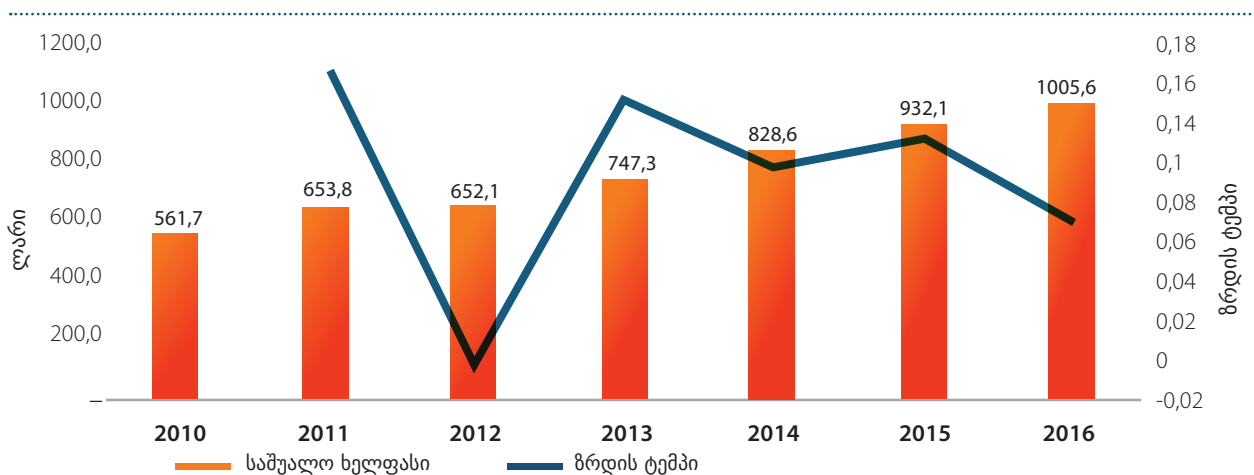
წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

საშუალო თვიური ხელფასი

თბილისში, ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიურმა ხელფასმა 2016 წელს 1,005.6 ლარი შეადგინა, რაც 12%-ით აღემატება ქვეყანაში ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში არსებულ საშუალო თვიურ ხელფასს. თბილისში, ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში საშუალოთვიური ხელფასი ზრდადი ტენდენციით ხასიათდება. 2010-2016 წლის პერიოდში ხელფასის საშუალო წლიურმა ზრდის ტემპმა 10% შეადგინა, ხოლო 2016 წელს, 2015 წელთან შედარებით, მისი მოცულობა 8%-ით გაიზარდა.

გრაფიკი 2. დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალოთვიური ხელფასი თბილისში

დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიური ხელფასი თბილისში



წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

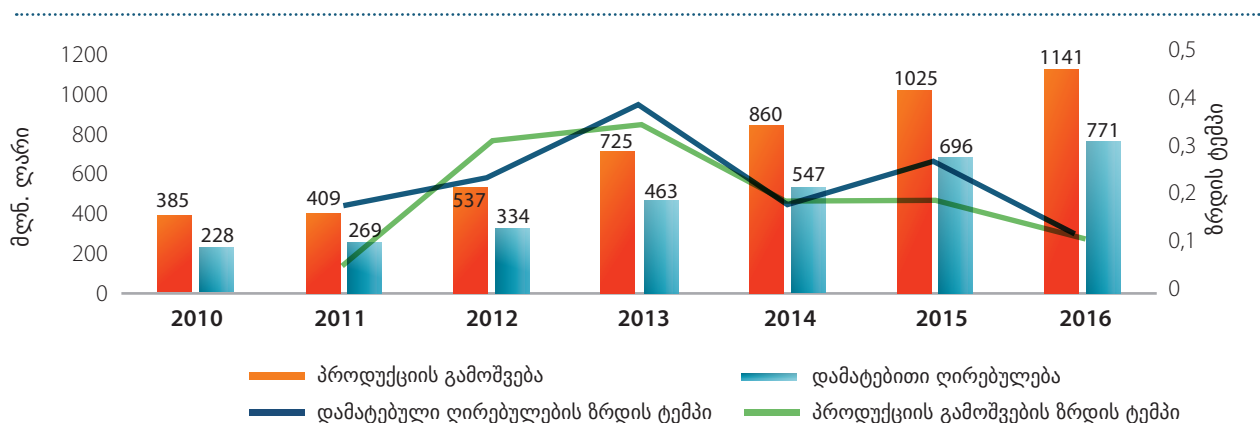
დამატებული ღირებულება და პროდუქციის გამოშვება

თბილისში, ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში დასაქმებისა და ხელფასების ზრდის პარალელურად იზრდებოდა პროდუქციის გამოშვებაც, რამდენადაც სახელმწიფო პროგრამების ცვლილებებმა განაპირობა სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდა. აღნიშნულ სექტორში, 2016 წელს პროდუქციის გამოშვებამ 1,140.6 მლნ. ლარი შეადგინა. 2010-2016 წლის პერიოდში საშუალო წლიურმა ზრდამ 20% შეადგინა, ხოლო 2016 წელს, 2015 წელთან შედარებით, მისი მოცულობა 11.3%-ით გაიზარდა.

შუალედური მოხმარების გამორიცხვით, თბილისში, ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში, 2016 წელს, 771.1 მლნ ლარი დამატებული ღირებულება შეიქმნა, რამაც თბილისში კერძო სექტორში შექმნილი დამატებული ღირებულების 6.5% შეადგინა. 2010 წლიდან თბილისში ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში შექმნილი დამატებული ღირებულება მზარდია. 2010-2016 წლის პერიოდში აღნიშნულ სექტორში შექმნილი პროდუქციის დამატებული ღირებულების საშუალო წლიურმა ზრდის ტემპმა 23% შეადგინა, ხოლო 2016 წელს, 2015 წელთან შედარებით, მისი მოცულობა 10.8%-ით გაიზარდა.

გრაფიკი 3. ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორში შექმნილი დამატებული ღირებულება და პროდუქციის გამოშვება თბილისში

ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორში შექმნილი დამატებული ღირებულება და პროდუქციის გამოშვება თბილისში

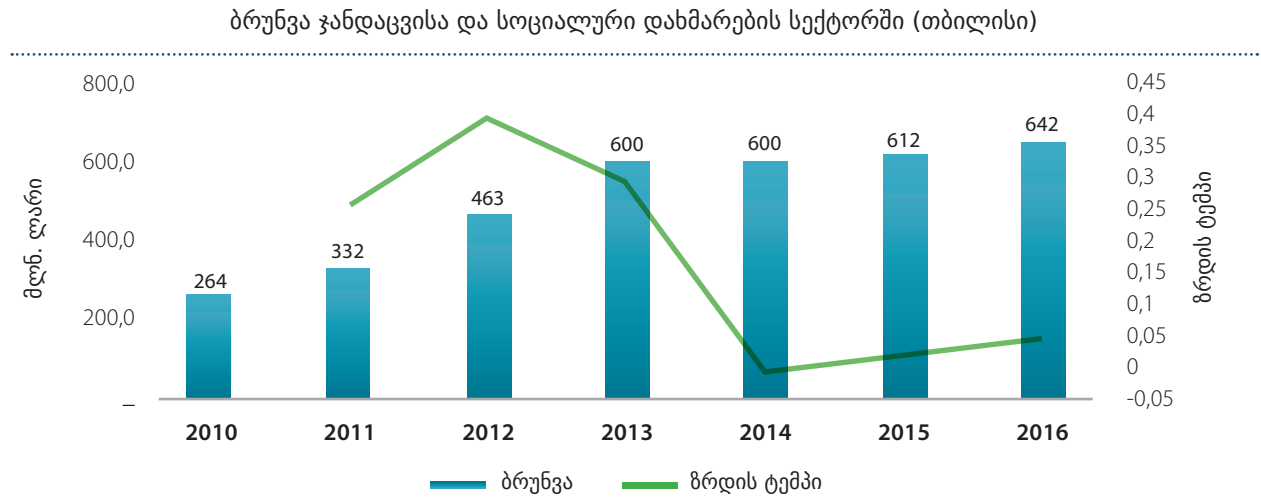


წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ბრუნვა

ზრდადი ტენდენციით ხასიათდება ასევე ბრუნვა თბილისის ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში. 2016 წელს ბრუნვამ აღნიშნულ სექტორში, თბილისის კერძო სექტორის ბრუნვის 1.4% შეადგინა, ჯამში – 641.8 მლნ ლარი, რაც 2015 წელთან შედარებით 4.9%-ით გაზრდილი მაჩვენებელია. აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორის ბრუნვა არ აღემატება სექტორში შექმნილ დამატებულ ღირებულებას, ვინაიდან ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორის ბრუნვაში არ შედის სახელმწიფო სუბსიდიები.

გრაფიკი 4. ბრუნვა ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორში თბილისში

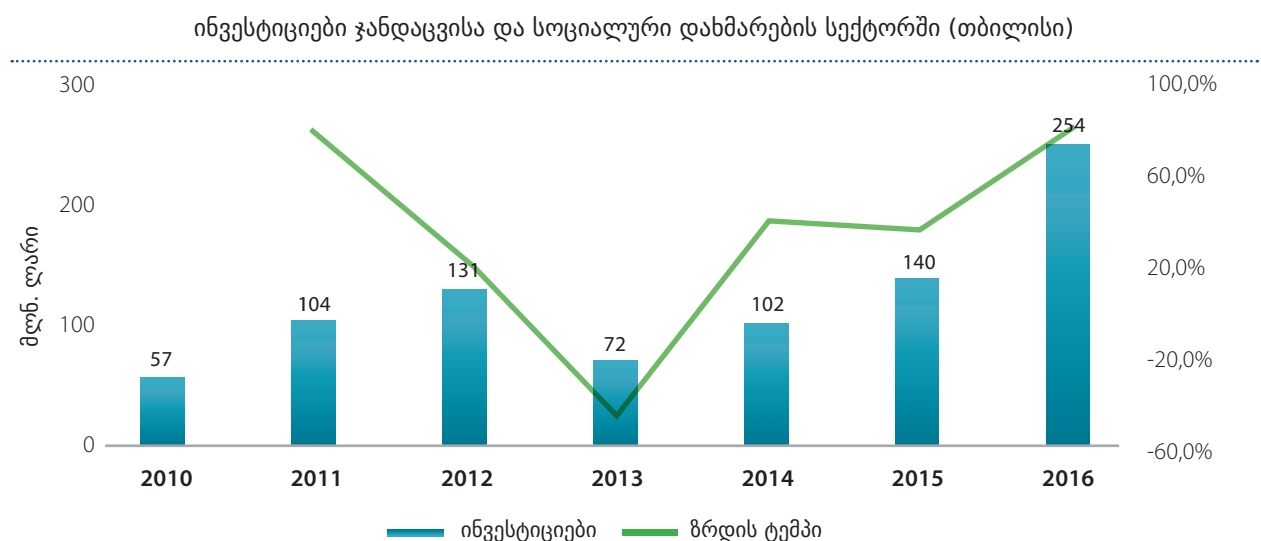


წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ინვესტიციები⁹

თბილისში, ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორში 2016 წელს 253.9 მლნ. ლარის ინვესტიციები განხორციელდა, რაც თბილისის კერძო სექტორში განხორციელებული ინვესტიციების 7.4% შეადგენს. თბილისის ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების კერძო სექტორში განხორციელებული ინვესტიციები განსაკუთრებით 2012 და 2016 წლებში გაიზარდა, შესაბამისად 82.3%-ით და 82.0%-ით.

გრაფიკი 5. ინვესტიციები ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორში თბილისში



წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

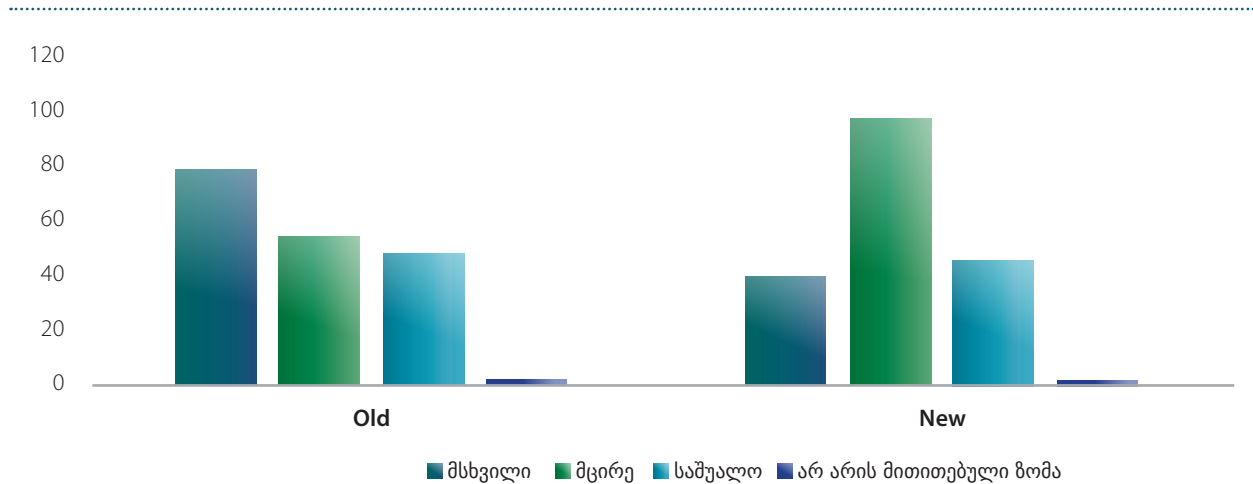
⁹ ინვესტიციები ფიქსირებულ აქტივებში, რაც გულისხმობს საწარმოში საკუთარი ან სხვა სუბიექტებიდან მოზიდულ სახსრებს ან ქონებას. მოიცავს როგორც პირდაპირ უცხოურ ასევე შიდა ინვესტიციას.

ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორში მოქმედი საწარმოები თბილისში

თბილისში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების საქმიანობის სფეროში 185 აქტიური საავადმყოფო¹⁰ ფუნქციონირებს 2018 წლის აპრილის მდგომარეობით. საავადმყოფოთა უმეტესობა (43%) ზომით მსხვილია, 29% საშუალო, ხოლო 26% მცირე¹¹.

გრაფიკი 6. თბილისში მოქმედ საწარმოთა რაოდენობა ზომების მიხედვით

თბილისში მოქმედ საწარმოთა რაოდენობა ზომების მიხედვით



წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

¹⁰ საავადმყოფოები ეკონომიკური კლასიფიკატორის (NACE 1) მიხედვით მოიცავს :მოკლე ან გრძელვადიანი საავადმყოფოების საქმიანობებს, ე.ი. სამედიცინო, დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო საქმიანობებს, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების (მაგალითად, ადგილობრივი და რეგიონული საავადმყოფოები, არაკომერციული ორგანიზაციების საავადმყოფოები, საუნივერსიტეტო კლინიკები, სამხედრო ჰოსპიტალები და ციხის საავადმყოფოები) და სპეციალიზებული საავადმყოფოები (მაგალითად, ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური საავადმყოფოები, ინფექციური საავადმყოფოები, საშობიარო სახლები, სპეციალიზებული სანატორიუმები).

¹¹ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის საწარმოთა ზომის ძველი მეთოდოლოგიით

5 კონკურენტუნარიანი ეკე-სექტორების გამოვლენა და ანალიზი

5.1 თბილისის ყველაზე კონკურენტუნარიანი ეკე-სექტორის გამოვლენა

თბილისში ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზზე დაყრდნობით, ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორის გამოვლენის შემდეგ, გადავადით ყველაზე კონკურენტუნარიანი ეკე-სექტორის გამოვლენაზე. NACE 2 კლასიფიკატორის მიხედვით,

1. ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სექტორი იყოფა 3 ეკე-სექტორად:
2. ჯანდაცვის საქმიანობები,
3. რეზიდენტული საქმიანობები,
4. სოციალური მომსახურების საქმიანობები (საცხოვრებლით უზრუნველყოფის გარეშე).

აქედან ორი ეკე-სექტორი – რეზიდენტული და სოციალური მომსახურების საქმიანობები (საცხოვრებლით უზრუნველყოფის გარეშე) – აღმოჩნდა ძალიან მცირე როგორც რაოდენობრივად, ასევე, ბრუნვისა და დასაქმებულთა რაოდენობის მიხედვით. დამატებით, აღნიშნულ ეკე-სექტორებში საწარმოთა დაბადების დინამიკა წლიდან წლამდე კლების ტენდენციით ხასიათდება, ხოლო გარდაცვილ საწარმოთა რაოდენობა იზრდება, აქედან გამომდინარე, აღნიშნული 2 ეკე-სექტორი კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, უგულებელყოფილ იქნა და კვლევის ძირითად ობიექტად ჯანდაცვის საქმიანობები იქნა მიჩნეული.

ცხრილი 4. საწარმოთა დაბადება-გარდაცვალება ქ. თბილისში ჯანდაცვა და სოციალური მომსახურების საქმიანობების სახეების მიხედვით 2012-2017 წლები

საწარმოთა დაბადება-გარდაცვალება ქ. თბილისში ჯანდაცვა და სოციალური მომსახურების საქმიანობების სახეების მიხედვით 2012-2017 წლები (2018 წლის 1 ივნისის მდგომარეობით)								
საქმიანობის კოდი	საქმიანობის დასახელება (NACE Rev. 2)		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Q	ჯანდაცვა და სოციალური მომსახურების საქმიანობები	საწარმოთა დაბადება	237	213	155	140	118	111
		საწარმოთა გარდაცვალება	40	2	79	94	127	129
Q 86	ჯანდაცვის საქმიანობები	საწარმოთა დაბადება	205	156	138	126	106	93
		საწარმოთა გარდაცვალება	38	2	53	67	95	102
Q 87	რეზიდენტული ბრუნვა	საწარმოთა დაბადება	1	4	3	0	0	6
		საწარმოთა გარდაცვალება	2	0	2	10	7	5
Q 88	სოციალური მომსახურების საქმიანობები	საწარმოთა დაბადება	31	53	14	14	12	12
		საწარმოთა გარდაცვალება	0	0	24	17	25	22

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

მომდევნო ეტაპზე, ჯანდაცვის ქვე-სექტორის ანალიზისთვის მოხდა მასში შემავალი ჯგუფებიდან (ჯანდაცვის საქმიანობები იყოფა 3 ჯგუფად: 1) საავადმყოფოების საქმიანობები, 2) სამედიცინო და სტომატოლოგიური პრაქტიკის საქმიანობები, და 3) ჯანდაცვის სხვა საქმიანობები) ყველაზე მსხვილი ჯგუფის გამოვლენა.. ამისათვის, მოხდა თითოეული ჯგუფის შეწონვა დასაქმებულთა რაოდენობისა და საწარმოს ზომის მიხედვით (ძველი მეთოდოლოგიით). შეწონვის შედეგებით საავადმყოფოების საქმიანობები აღმოჩნდა ჯანდაცვის ქვესექტორში ყველაზე მსხვილი ჯგუფი. შემდგომ, უკვე მოხდა გამოვლენილი მსხვილი ჯგუფი ანალიზი.

საქსტატიდან მიღებული ბაზის თანახმად, საავადმყოფოების საქმიანობების ჯგუფში ფუნქციონირებს 185 დაწესებულება, რომელთაგან კვლავაც დასაქმებულია რაოდენობის მიხედვით შეწონვის შედეგად, გამოვლინდა, რომ გამოსაკითხ რესპოდენტთა 82% ყოფილიყო ზომით მსხვილი დაწესებულება, ხოლო დარჩენილი 18% საშუალო. მარტივი შემთხვევითი შერჩევის გზით, ზომით მსხვილი დაწესებულებებიდან მოხდა 14 რესპოდენტის, ხოლო ზომით საშუალო დაწესებულებებიდან 3 რესპოდენტის შერჩევა. ქვემოთ მოცემულია მათი გადანაწილება საკუთრების ფორმების მიხედვით.

ცხრილი 5. შერჩეულ საწარმოთა განაწილება საკუთრების ფორმის მიხედვით

	მსხვილი საწარმო	საშუალო საწარმო
კერძო ადგილობრივი საკუთრება	11	3
შერეული საკუთრება	1	0
კერძო უცხოური საკუთრება	2	0

რაც შეეხება ფოკუს-ჯგუფებს, ფოკუს ჯგუფები ჩატარდა ღირებულებათა ჯაჭვის ძირითად მონაწილეებთან, თითოეული მათგანისთვის წინასწარ შემუშავებული კითხვარის საშუალებით. შესაბამისად, ფოკუს ჯგუფები ჩატარდა ღირებულებათა ჯაჭვის შემდეგ მონაწილეებთან:

- ეკონომისტები;
- აფთიაქების წარმომადგენლებთან;
- პაციენტები;
- კადრების მომწოდებლები: სამედიცინო უნივერსიტეტების აკადემიური პერსონალი და ადმინისტრაცია;
- სამედიცინო უნივერსიტეტების სტუდენტები (როგორც ქართველი, ასევე უცხოელი);
- სამედიცინო უნივერსიტეტების კურსდამთავრებულები (ქართველი);
- ექიმები;
- კერძო სადაზღვევო კომპანიების წარმომადგენლები.

■ 5.1.1. თბილისის ყველაზე კონკურენტუნარიანი ქვე-სექტორის ანალიზი

ეკონომიკური ინდიკატორების მიმოხილვა

ბოლო წლებში, ჯანმრთელობაზე გაწეული დანახარჯები სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მზარდი ტენდენციით ხასიათდება. ფინანსთა სამინისტროს მონაცემების თანახმად, 2016 წელს ჯანმრთელობის დაცვაზე 982.5 მლნ ლარი დაიხარჯა, რაც წინა წლის ანალოგიურ მაჩვენებელს 14.9%-ით აღემატება. 2017 წლის მონაცემებით, მთავრობის მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები სახელმწიფო ბიუჯეტის მთლიანი ხარჯების 10.3%-ს, ხოლო მშპ-ის 2.8%-ს შეადგენს.¹²

¹² https://mof.ge/biujetebis_xarjebi_funkcionalur_chrilshi

მიუხედავად აღნიშნული ზრდისა, არსებული მონაცემებით, ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის, საქართველო ერთ-ერთ ბოლო ადგილზეა სახელმწიფო ჯანდაცვაზე დანახარჯის წილით სახელმწიფოს მთლიან დანახარჯებში. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის თანახმად, 2015 წლის მონაცემებით, საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯის წილი სახელმწიფოს მთლიან დანახარჯებში 10.5%-ია, მაშინ როდესაც აღნიშნული მაჩვენებელი შვეიცარიაში 25.2%-ია, გერმანიაში 21.4%, ხოლო ნიდერლანდებში 19.0%.

2012 წლიდან მოყოლებული იზრდება ქვეყანაში არსებული საავადმყოფოების რიცხვი, რაც 2017 წლის ბოლოსათვის 272 ერთეულს შეადგენს. მზარდი დინამიკით ხასიათდება ასევე საავადმყოფოებში საწოლების რიცხოვნობა, ექიმებისა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხოვნობა.¹³

საქართველოში არსებული ჯანდაცვის მოდელების მიმოხილვა 1995-2017 წლებში

1995 წლამდე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა გლობალური საბჭოთა სისტემის, ე.წ. “სემაშკოს მოდელის” ნაწილს წარმოადგენდა, სადაც მართვა, ადმინისტრირება და დაფინანსება ცენტრალიზებულად ხორციელდებოდა.

1995 წლიდან განხორციელდა ჯანდაცვის დეცენტრალიზაცია. ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები, რომლებიც აფინანსებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებს.¹⁴

2006 წლიდან დაწყებული რეფორმების მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის სისტემაში არსებული სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების კერძო საკუთრებაში გადაცემა. არსებული უნივერსალური პროგრამები ჩანაცვლდა მიზნობრივ ჯგუფებზე ორიენტირებული პროგრამებით. 2007 წელს დაიწყო საავადმყოფოთა პრივატიზაცია. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში ჩაერთვნენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები. გატარებული რეფორმის მიხედვით, დაზღვეულებს გაუჩერეთ შეეძლოთ აერჩიათ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია. თუმცა, 2010 წლიდან დაზღვეულს ჩამოერთვა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება და იგი შეიცვალა რეგიონული პრინციპით სახელმწიფოს მხრიდან წინასწარ შერჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან სავალდებულო სამ წლიანი დაზღვევით.

2013 წლიდან დაიწყო რეფორმის ახალი ეტაპი, რომელიც ითვალისწინებდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღებას და მთელი მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვას.

აღნიშნულ პროგრამაში ცვლილებები შევიდა 2017 წელს, რომლის თანახმადაც, გამოიყო პროგრამაში ჩართულ ბენეფიციართა ოთხი მიზნობრივი ჯგუფი.¹⁵

¹³ წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

¹⁴ http://eprints.iliauni.edu.ge/4642/1/Tengiz_Verulava_Healthcare_system_in_Georgia_1991-2016.PDF

¹⁵ I ჯგუფი: მოსახლეობის ის ნაწილი, ვისაც 40 ათას ლარზე მეტი წლიური შემოსავალი აქვს. ისინი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში აღარ აღმოჩნდნენ ჩართულნი;

II ჯგუფი: მოსახლეობის ის ნაწილი, ვისაც თვეში 1000 ლარზე მეტი შემოსავალი აქვს, მაგრამ წლიური შემოსავალი 40 000 ლარს არ აღემატება. თუ აღნიშნული პაციენტების მკურნალობის თანხა არ აღემატება 1000 ლარს, მაშინ მომსახურების საფასურს, მთლიანად პაციენტი იხდის, ხოლო თუ აღემატება 1000 ლარს, მაშინ სახელმწიფო აფინანსებს.

III ჯგუფი: მოსახლეობის ის ნაწილი, ვისი შემოსავალიც 1000 ლარზე ნაკლებია, არარეგულარულად დასაქმებული პირები და თვითდასაქმებულები, რომელთა შემოსავალსაც სახელმწიფო ვერ ხედავს. თუ აღნიშნული პაციენტების მკურნალობის თანხა აჭარბებს 500 ლარს, მაშინ მომსახურების საფასურს სახელმწიფო აფინანსებს.

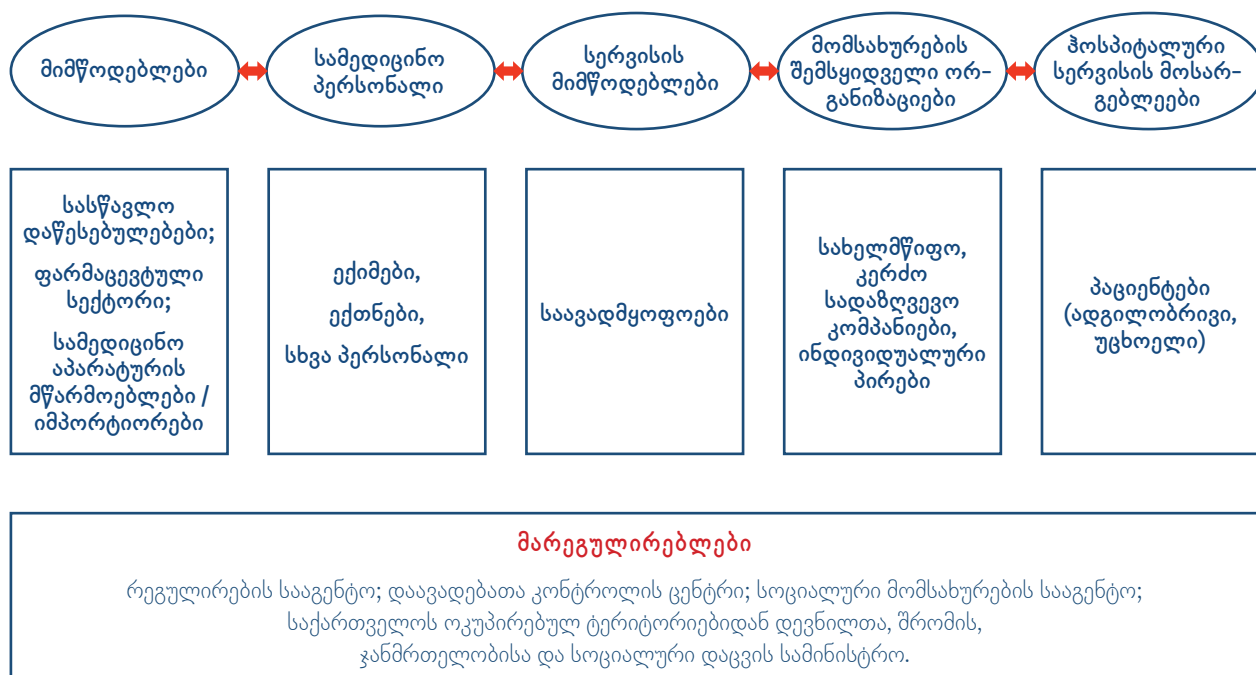
IV ჯგუფი: 0-5 წლამდე ბავშვები, 6-დან 18 წლამდე მოზარდები, სტუდენტები, პედაგოგები, პენსიონერები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და სოციალურად დაუცველები შევიდნენ და მათ შეუნარჩუნდათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული ყველა სერვისი.

6.1. საავადმყოფოების საქმიანობის ღირებულებათა ჯაჭვი

კვლევის მსვლელობისას საავადმყოფოების საქმიანობების ღირებულებათა ჯაჭვში შემავალი შემდეგი რგოლები გამოიკვეთა:

1. ჰოსპიტალური სერვისების მოსარგებლეები/პაციენტები;
2. მომსახურების შემსყიდველი/დამფინანსებელი ორგანიზაციები/პირები (სახელმწიფო, სადაზღვევო კომპანიები, ინდივიდუალური პირები);
3. სამედიცინო პერსონალი;
4. მიმწოდებლები:
 - სამედიცინო აპარატურის მიმწოდებლები, ძირითადად სამედიცინო ტექნიკის იმპორტიორები;
 - ფარმაცევტული პროდუქციის მწარმოებელი და მიმწოდებელი ორგანიზაციები (აფთიაქები);
 - კადრების მიმწოდებლები – სამედიცინო პროფილის საგანმანათლებლო დაწესებულებები.

გრაფიკი 7. საავადმყოფოების საქმიანობის ღირებულებათა ჯაჭვი



7.1. ინტერვიუების შედეგები

ინტერვიუების შედეგად გამოვლინდა, რომ სექტორში ახალი მონაწილეების შესვლის პროცესი კვლავაც მიმდინარეობს და სახელმწიფო ბარიერები ბაზარზე შესვლის მსურველთათვის არ არსებობს. ბაზარზე შესვლა სირთულეს არ წარმოადგენს განსაკუთრებით ამბულატორიული პროფილის მქონე დაწესებულებებისთვის, ვინაიდან მათთვის ტექნიკური რეგლამენტი ლიბერალურია. შედეგებით რთულია და მეტი ფინანსური რესურსის არსებობასთანაა დაკავშირებული სტაციონალური საქმიანობის წამოწყება.

საავადმყოფოებს შორის კონკურენცია მიმდინარეობს როგორც ფასით, ასევე არსებული ტექნოლოგიით და კვალიფიციური კარდებით (ხშირად კლინიკას, კონკრეტული ექიმიდან გამომდინარე ირჩევენ).

საავადმყოფოებისთვის, რომლებიც ეწევიან გადაუდებელ დახმარებას, ასევე მნიშვნელოვანია ადგილმდებარეობა, ვინაიდან გადაუდებელი დახმარების ბრიგადებს პაციენტი ტერიტორიულად ფიზიკურად ყველაზე ხელმისაწვდომ კლინიკაში გადაჰყავთ. აქვე აღსანიშნავია, რომ ბაზარზე შეინიშნება ვერტიკალური ინტეგრაცია, არსებობენ მსხვილი სამედიცინო ჯგუფის წარმომადგენლები, ჰოლდინგები, რომლებიც ღირებულებათა ჯაჭვის თითქმის ყველა წევრს (საავადმყოფო, სადაზღვევო, აფთიაქი და სხვ.) აერთიანებენ. ამიტომ ზოგიერთი რესპონდენტი საფრთხეს ხედავს მსგავსი ტიპის ჰოლდინგების/მსხვილი ჯგუფების არსებობაში, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს დარგის მონოპოლიზაცია.

საავადმყოფოების საქმიანობა, მომსახურების სხვა სფეროებისგან განსხვავებით, განსაკუთრებულ პრომოციას არ საჭიროებს და სექტორის წარმომადგენლები იშვიათად მიმართავენ საკუთარი მომსახურების მედია საშუალებებით რეკლამირებას. ცნობადობის გაზრდის მიზნით, მათი უმრავლესობა ძირითადად სოციალურ ქსელებს იყენებს, იღებს მონაწილეობას სხვადასხვა ტიპის აქციებსა თუ ღონისძიებებში.

საავადმყოფოების უმრავლესობისთვის მოგების მარჟა საშუალოდ 10-12%-ს წარმოადგენს, წლიური ბრუნვა კი 1.5 მლნ ლარს აღემატება. გამოკითხული საავადმყოფოების უმრავლესობა სასიცოცხლო ციკლის ზრდის სტადიაზეა. მათი დიდი ნაწილი აპირებს განვითარებას და ახალი პროფილების/მომსახურების დამატებას, რამდენადაც სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მოცულობა სახელმწიფო პროგრამის ასიგნებებიდან იზრდება. მცირე ნაწილი თვლის, რომ სიმწიფის სტადიაზეა, თუმცა ყველა მათგანი გეგმავს დარგში საქმიანობის გაგრძელებას.

სამედიცინო სერვისების მომხმარებელთა უმრავლესობას (90-95%) ადგილობრივი მოსახლეობა წარმოადგენს, თუმცა უცხოელ პაციენტთა რაოდენობა ბოლო წლების განმავლობაში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. გამოკითხული საავადმყოფოების უმრავლესობა წლის განმავლობაში საშუალოდ 20,000 მომხმარებელს ემსახურება.

თითო სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებულთა საშუალო რაოდენობა 300-დან 1,200 ადამიანამდე მერყეობს. საავადმყოფოების შეფასებით მათი პერსონალის კვალიფიკაცია საშუალოა და ხშირ შემთხვევაში საჭიროებს გადამზადებას/კვალიფიკაციის ამაღლებას, რაც ხშირად რთული განსახორციელებელია დროისა და ფინანსური რესურსის არ არსებობის გამო. საავადმყოფოების ნაწილი ახორციელებს კადრების ადგილზევე გადამზადებას, ან აფინანსებს მათ მონაწილეობას საერთაშორისო კონფერენციებზე. გარდა სამედიცინო მიმართულებით კვალიფიკაციის ამაღლებისა, მნიშვნელოვანია ასევე ტექნიკური უნარების გაუმჯობესებაც. უწყვეტი ტექნოლოგიური პროგრესის ფონზე, მნიშვნელოვანია კადრების გადამზადება, რათა მათ შეძლონ უახლესი აპარატურის და ტექნოლოგიების გამოყენება.

საავადმყოფოები დადებითად აფასებენ მათ ხელთ არსებულ სამედიცინო ტექნიკა-დანადგარებს, თუმცა ტექნოლოგიურ პროგრესთან ერთად გამუდმებით საჭიროებენ აღჭურვილობის განახლებას. საავადმყოფოების უმრავლესობას არ აქვს საკუთარი კვლევისა და განვითარების ბაზა (R&D Unit). აღნიშნულის მიზეზად მათი უმრავლესობა სახსრების არ არსებობას ასახელებს. მიუხედავად საკუთარი კვლევისა და განვითარების ბაზის არ არსებობისა, სამედიცინო დაწესებულებების ნაწილი ჩართულია სხვადასხვა კლინიკურ კვლევებში, როგორცაა, პრეპარატების ბრმა კვლევა, აკადემიური საქმიანობა, სამეცნიერო სტატიების გამოქვეყნება და სხვ.

ბიზნესისათვის ფულადი სახსრების საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობა ბანკს ან ინვესტორს მიმართავს. საავადმყოფოების ნაწილი სარგებლობს კრედიტით, რომლის ძირითად დანიშნულებასაც შენობა-ნაგებობების შეძენა/რეაბილიტაცია, ინფრასტრუქტურის განახლება ან ტექნიკა-აღჭურვილობის შეძენა წარმოადგენს. თუმცა, რესპონდენტების განცხადებით ვალის გადახდასთან დაკავშირებით ისინი პრობლემებს არ აწყდებიან.

საავადმყოფოების საქმიანობისთვის ძირითად სისუსტეს კვალიფიციური კადრების ნაკლებობა წარმოადგენს. კლინიკების უმრავლესობა დაკომპლექტებულია სამედიცინო პერსონალით, რომლებიც დასაქმებულები არიან ორ ან მეტ სამედიცინო დაწესებულებაში. როგორც თვითონვე მიუთითებენ, ხშირად მიმდინარეობს კადრების გადაბირება, ერთი და იგივე პერსონალს კი უწევს რამოდენიმე კლინიკაში ერთდროულად მუშაობა, რაც ხშირ შემთხვევაში მათი შრომისუნარიანობის რესურსის ამოწურვას იწვევს და ასუსტებს მომსახურების ხარისხს. დეფიციტურია ბევრი პროფესია/სპეციალიზაცია და ზოგიერთი მიმართულებით კადრები ძალიან მცირე რაოდენობით მოიპოვება (მაგ: ექთანი, ანესთეზიოლოგი, გადაუდებელი და კრიტიკული მედიცინის, ჯანდაცვის ეკონომისტი, ჯანდაცვის მენეჯერი); აღნიშნულში ხედავს საავადმყოფოების უმრავლესობა სექტორის ყველაზე დიდ საფრთხესაც. მათი განცხადებით, თუ დეფიციტური კადრები არ შეივსო და რაიმე არ შეიცვალა, შეიძლება რამოდენიმე წელში გარკვეული მიმართულებით ექიმები აღარ ჰყავდეს ქვეყანას.

რესპონდენტების მხრიდან, ასევე ერთ-ერთ პრობლემად განიხილება მომრავლებული მცირე ზომის კლინიკების არსებობა, რომლებიც აკმაყოფილებენ ლიცენზირების პირობებს, თუმცა აქვთ საწოლების მცირე რაოდენობა, არ ჰყავთ კვალიფიციური კადრები და მათი არსებობა საფრთხის წინაშე აყენებს პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

რაც შეეხება სახელმწიფო პროგრამებსა და რეგულაციებს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის განხორციელებაც ქვეყანამ 2013 წლიდან დაიწყო, საავადმყოფოების მხრიდან ერთდროულად აღიქმება, როგორც დამაბრკოლებელი ფაქტორი და როგორც სექტორის ძლიერი მხარე. საავადმყოფოების განცხადებით, საყოველთაო ჯანდაცვის ფასწარმოქმნის სქემა აბრკოლებს მათ საქმიანობას, ვინაიდან ფასები, რომელის საფუძველზეც ხორციელდება სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა დაფინანსდება ძირითადად იგი 2012 წელს მოქმედი ფასთა კვლევის საფუძველზე დადგინდა და მას შემდეგ მნიშვნელოვანი ცვლილებები ან/და გადახედვა არ განხორციელებულა. მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტები, სახარჯი მასალა და საავადმყოფოების ფუნქციონირებისათვის საჭირო სხვა მასალების ფასები იმატებს, საყოველთაო ჯანდაცვის სქემაში მითითებული ფასები, რასაც სახელმწიფო იხდის საავადმყოფოების მიერ გაწეულ საქმიანობაში, წლიდან-წლამდე იგივე რჩება. თუმცა, ამასთანავე, საყოველთაო ჯანდაცვა საავადმყოფოების მხრიდან აღქმულია როგორც წინ გადადგმული ნაბიჯი და „ფუფუნება“, რომელიც ყველა ქვეყანას არ აქვს. რესპონდენტების განცხადებით, საყოველთაო ჯანდაცვის არსებობამ უზრუნველყო სამედიცინო სერვისების ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა პაციენტებისათვის და შექმნა სტაბილური გარემო ინვესტორთათვის.

7.2. ფოკუს-ჯგუფების შედეგები

აფთიაქების წარმომადგენლები

ფარმაცევტული ბაზრის ძირითად მოთამაშეებად ფოკუს ჯგუფის მონაწილეებმა პსპ, ჯიპისი, ფარმადეპო და ავერსი დაასახელეს, ასევე, აღინიშნა, რომ საკმაოდ მზარდ კომპანიას წარმოადგენს იმპექსიც.

ფარმაცევტების მოსაზრებით, დღეისათვის ფარმაცევტულ ბაზარზე იკვეთება შემდეგი პრობლემები:

1. ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში მედიკამენტების ფასები მეტწილად გაიზარდა და საკმაოდ მძიმე ტვირთს წარმოადგენს მომხმარებლისთვის, თუმცა დაფიქსირდა გარკვეულ წამლებზე ფასის კლებაც. აქვე აღინიშნა, რომ ძნელია ფასების ცვლილების მიხედვით მომხმარებლის ქცევის განსაზღვრა, რადგან, როდესაც დგას წამლის შეძენის აუცილებლობა, პაციენტი იძულებულია შეიძინოს საჭირო მედიკამენტი იმ ფასად რა ფასადაც წარმოდგენილია ეს წამალი აფთიაქში.
2. სააფთიაქო ქსელებში დიდია იმპორტირებული მედიკამენტების წილი.
3. მომხმარებლები ძირითადად ინტერესდებიან მედიკამენტების ფასებით, რადგან საქართველოში ფინანსების ხელმისაწვდომობა თვალსაჩინო პრობლემას წარმოადგენს, თუმცა ასევე ინტერესდებიან მედიკამენტის მწარმოებელი ქარხნით, ქვეყნით და ხარისხით.
4. მომხმარებლებთან ურთიერთობაში ძირითად გამოწვევას ექიმის მიერ გაცემულ დანიშნულებაში არსებული უზუსტობები (ზედმეტი მედიკამენტები და გადაჭარბებული დოზირება, მედიკამენტების არასწორად მითითებული დასახელებები) წარმოადგენს. შეიძლება დანიშნული იყოს რამდენიმე ერთი და იმავე ჯგუფის პრეპარატი სხვადასხვა დასახელებით, ან უბრალოდ ძალიან ბევრი პრეპარატი (პოლიფარმაცია).

რაც შეეხება სტანდარტებს, რესპონდენტების მტკიცებით, თუ მედიკამენტი არ შეესაბამება GMP (Good Manufacturing Practice) სტანდარტებს, არ ხდება მისი წარმოება და ბაზარში ჩაშვება.

ხოლო, იმ ძირითად ქვეყნებად, საიდანაც ქართულ ბაზარზე შემოდის წამლები სახელდება: გერმანია, თურქეთი და მცირე წილით ინდოეთიც.

პაციენტები

პაციენტების ფოკუს ჯგუფში შემდეგი ტიპის პრობლემები გვხვდება:

1. პერიოდულ გამოკვლევებს იტარებენ, მხოლოდ ის ადამიანები, რომლებსაც ქრონიკული დაავადებები აწუხებთ და აუცილებელია ამ დაავადებების კონტროლი და მონიტორინგი. რესპონდენტების ის ნაწილი, რომელიც მიიჩნევს, რომ ჯანმრთელია დაზღვევის ქონის შემთხვევაშიც კი თავს იკავებს პერიოდული გამოკვლევებისგან და საავადმყოფოში მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში მიდის. იმ ძირითად შემთხვევებზე ფაქტორებად, რის გამოც გამოკითხულები თავს იკავებენ საავადმყოფოში ხშირი ვიზიტებისგან, სახელდება: დროის უკმარისობა, ფინანსური სახსრების არქონა, ბიუროკრატიული პროცესები, უნდობლობა, ექიმების არაპუნქტუალობა, გამოვლენილი არაპროფესიონალიზმი და არასწორად დასმული დიაგნოზის მოხშირებული მაგალითები (რამდენიმე რესპონდენტს აქვს პირადი გამოცდილება, როდესაც გამოვლენილი ჩივილების გამოკვლევის საფუძველზე დაისვა შემზარავი დიაგნოზი, ხოლო ცოტა ხნის შემდეგ გაირკვა, რომ არსებული პრობლემა არ უქმნიდა მის ჯანმრთელობის საფრთხეს და მარტივ მედიკამენტოზურ მკურნალობას დაექვემდებარა. მსგავსი პრეცედენტები მორალურ ზიანს აყენებს პაციენტს და საზოგადოებაში აჩენს უნდობლობას მთლიანი სისტემის მიმართ).
2. მონაწილეების მხოლოდ მცირე ნაწილს აქვს კერძო დაზღვევა. რესპონდენტები, აღნიშნავენ რომ კმაყოფილები არიან კერძო დაზღვევით, თუმცა ყველას ჰქონია პრეცედენტი, როცა ბიუროკრატიული დროში გაწეული პროცესის თავის არიდების და მკურნალობის სწრაფად მიღების მიზნით მიუმართავს პირდაპირ არაპროვაიდერი კლინიკისთვის და თვითონ გადაუხდია მკურნალობის საფასურის დიდი ნაწილი. ყველა დანარჩენი მონაწილე ჩართულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, თუმცა ორ გამოკითხულს აქვს წარსულში კერძო დაზღვევით სარგებლობის გამოცდილება.
3. კერძო დაზღვევასთან დაკავშირებულ ყველაზე მწვავე პრობლემად რესპონდენტების უმრავლესობა ასახელებს პირად ექიმთან მისვლის აუცილებლობას, თუნდაც რაიმე კონკრეტული

ჩივილის შემთხვევაში, რადგან პირადი ექიმები პაციენტების დიდი რაოდენობის გამო, ვერ ახერხებენ ყველა პაციენტს დროულად მიღებასა და საჭირო დროისა და ყურადღების დათმობას, შესაბამისად, უშუალოდ სპეციალისტთან მოხვედრის წინაპირობას დროში გაწეული ფორმალური პროცესი წარმოადგენს. ასევე, აღინიშნა, რომ არაპროვაიდერ კლინიკაში (რადგან პროვაიდერ კლინიკაში ყოველთვის არ არის შესაძლებელი საჭირო მკურნალობის მიღება) ვიზიტისას პაციენტს თავად უწევს მკურნალობის საფასურით მთლიანად დაფარვა და მხოლოდ გარკვეული დოკუმენტაციის წარდგენის შემდეგ ხდება გადახდილი თანხის ანაზღაურება, რაც გარკვეულ დისკომფორტს და სირთულეებს წარმოქმნის.

4. ამ სფეროში დღესდღეობით არსებულ ყველაზე მწვავე პრობლემად დასახელდა ექიმის უგულისყურო და გულგრილი დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ, არასწორად დასმული დიაგნოზები და ხელოვნურად გაზრდილი მედიკამენტების რიცხვი დანიშნულებაში, ასევე, ზოგიერთ კლინიკაში ელემენტალური პირობების არარსებობა (დაზიანებული შენობები, მოუწესრიგებელი ოთახები, ანტისანიტარია და სხვა.), ექიმების მოუწესრიგებელი განრიგი და დროში გაწეული პროცესები.
5. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ საქართველოში არსებობენ თავისი საქმის პროფესიონალი ექიმები და შესაძლებელია კარგად აღჭურვილი კლინიკის მოძებნაც, თუმცა ყველა ერთხმად აღნიშნავს, რომ მიღებული მკურნალობის ხარისხზე ნეგატიურ გავლენას ახდენს ექიმების კომერციული ინტერესებით მოქმედება, რაც გამოიხატება – რაც შეიძლება მეტი მედიკამენტის დანიშვნაში, პაციენტებით მანიპულირებაში (ფასიანი აცრის მაგალითი – კლინიკაში გადამხდელუნარიან მშობელს სთავაზობენ ფასიან აცრას, როდესაც ყველა სხვა ბავშვი იღებს უფასო პრეპარატს), მათდამი გულგრილ მოპყრობაში და ასევე არაეფექტური მოქმედების მედიკამენტების არსებობა ბაზარზე.
6. რესპონდენტების თანახმად, საქართველოში ჯანდაცვის სფეროში გამოწვევას წარმოადგენს მიღებული მომსახურების/სერვისის ხარისხი, ანტისანიტარია, გაუმართავი ინფრასტრუქტურა და გაურკვეველი ბიუროკრატიული პროცესები. რესპონდენტი, რომელიც საქართველოში მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში მამართავს კლინიკებს აღნიშნავს, რომ საზღვარგარეთ ცხოვრებისას მუდმივად დადიოდა პერიოდულ შემოწმებებზე, ამას კი ხსნის იმით, რომ საქართველოსთან შედარებით ეს პროცესი იქ ძალიან მოწესრიგებულია და არ მოითხოვს იმდენ ძალისხმევას, დროსა და ფინანსურ რესურსს, როგორც საქართველოში.

მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ პაციენტი უმეტესწილად კლინიკას ირჩევს საჭიროებიდან გამომდინარე და მიდის იქ სადაც შექმნილი შეხედულების მიხედვით კონკრეტული მიმართულებით „ყველაზე კარგი“ სპეციალისტი მუშაობს.

გამოკითხულები საჭირო მკურნალობაზე ინფორმაციას იღებენ მეგობრებისგან და ახლობლებისგან, ხოლო გადაწყვეტილების მიღებისას ეყრდნობიან ახლობლების გამოცდილებას და რეკომენდაციებს.

კლინიკაში მკურნალობისას, რესპონდენტებისთვის პრიორიტეტულია შემდეგი: მომსახურების ხარისხი, უშუალოდ ექიმის დამოკიდებულება/ყურადღება პაციენტის მიმართ, ასევე, მოწესრიგებული ინფრასტრუქტურა და ელემენტალური პირობების არსებობა.

იმისთვის, რომ შესაძლებელი გახდეს ამ სექტორის უკეთესი ფუნქციონირება, რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ აუცილებელია, სამედიცინო სფეროში მოღვაწე ადამიანების კომერციული ინტერესების შესუსტება, მომსახურების ხარისხის დახვეწა (სერვისის გაუმჯობესება), ინფრასტრუქტურის განვითარება, კადრების კვალიფიკაციის ამაღლება, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება და ინფორმაციის გავრცელება იმ სახელმწიფო პროგრამების შესახებ, რომლებიც ამჟამად უკვე მიმდინარეობს ჯანდაცვის სფეროში.

სამედიცინო უნივერსიტეტები: კადრების მიმწოდებლები

ინტერვიუების შედეგად, გამოვლინდა, რომ ერთ-ერთი ყველაზე მწვავე პრობლემა, რის წინაშეც დღეს ქვეყანა დგას, არის კვალიფიციური კადრების სიმწირე.

სამედიცინო სფეროსთვის კადრების მიმწოდებლებს კი საგანმანათლებლო დაწესებულებები წარმოადგენენ, რომელთა განცხადებებზე დაყრდნობით, გამოიკვეთა რიგი პრობლემებისა, რაც აფერხებს კვალიფიციური კადრების არსებობას ქვეყანაში:

1. სერტიფიცირების/ლიცენზირების არსებული სისტემა. იმისათვის რომ ექიმმა შეძლოს სამედიცინო საქმიანობის მიწოდება, მან უნდა დააკმაყოფილოს გარკვეული სტანდარტები და მიიღოს ლიცენზია. ლიცენზიის მისაღებად, მან უნდა ჩააბაროს ზეპირი გამოცდა, რომელიც შედგება 75-80% წინასწარ ცნობილი ტესტისაგან და 20-25% უცნობი ტესტისაგან. რაც აძლევს ექიმს საშუალებას დაიზეპიროს ტესტები და მიიღოს შესაბამისი სერტიფიკატი. აღნიშნული სერტიფიკატი ფლობა წარმოადგენს დასაქმებისთვის აუცილებელ პირობას, დამქირავებელი მას ასაქმებს სერტიფიკატზე დაყრდნობით და როგორც წესი, არ ამოწმებს მის ცოდნას, რაც არაკვალიფიციურ კადრს აძლევს დასაქმების შესაძლებლობას.
2. „ტვინების გადინება“. მაღალია ქვეყნიდან სამედიცინო მიმართულებით არსებული ახალგაზრდა კადრების გადინება. შესაბამისად, ბაზარს ახალი პროფესიონალი კადრები არ ემატება.
3. უწყვეტი განათლების არ არსებობა. სამედიცინო სფერო მუდმივად განვითარებადი და განახლებადია. იმისათვის, რომ ექიმი არ ჩამორჩეს სიახლეებსა და თანამედროვე მედიცინას, საჭიროა რომ ის მუდმივად ვითარდებოდეს, სწავლობდეს, ესწრებოდეს კონფერენციებს. მაგრამ, ვინაიდან ექიმის ანაზღაურება მიბმულია მის დატვირთვასთან, მისთვის სტიმულს წარმოადგენს მიიღოს შეძლებისდაგვარად მეტი პაციენტი და ნაკლები დრო დარჩეს საკუთარი თავის განვითარებისთვის და სიახლეების გაცნობისთვის.
4. საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის კადრების არ არსებობა/მწვავე ნაკლებობა. სასურველია, ექიმების რაოდენობა იყოს მცირე, მაგრამ მათ ჰყავდეთ საკმარისი რაოდენობით დამხმარე პერსონალი, როგორიც არიან პარამედიკოსები და მაღალი დონის ექთნები. შესაბამისად, ექიმებს არ უწევდეთ ადმინისტრაციული საქმიანობის წარმოება და სამუშაო უკეთესად იყოს გადანაწილებული.
5. პროფესიული განათლების მქონე კადრების პროფესიული განვითარების შესაძლებლობის არ არსებობა. მაგალითად, ექთნები. ექთნებს არ აქვთ საკუთარი ცოდნისა და პროფესიული განვითარების შესაძლებლობა, შესაბამისად, არ ხდება ამ მიმართულებებით კადრების დაინტერესება. საექთნო საქმე დახურულია და მხოლოდ კოლეჯით შემოიფარგლება. მას თუ სწავლის გაგრძელება უნდა, ისევ ნულიდან უნდა დაიწყოს და მისაღები გამოცდები ჩააბაროს უნივერსიტეტში.
6. სუსტია ან ხშირ შემთხვევაში არ არსებობს სამედიცინო დაწესებულებებში ბიოეთიკის საბჭოები ან/და კონსილიუმების აქტიური პრაქტიკა, რომელიც კარგი კლინიკური პრაქტიკის (Evidence based medicine) დანერგვის და განვითარების საშუალებას განაპირობებს.

სამედიცინო მიმართულებების სტუდენტები და კურსდამთავრებულები

გარდა უნივერსიტეტების განცხადებისა, თუ რა პრობლემები იწვევს ქვეყანაში კვალიფიციური კადრების დეფიციტს, სტუდენტებთან გასაუბრების შედეგად გამოვლინდა ის პრობლემებიც, რომლებიც კვალიფიციური სამედიცინო განათლების მიღებაში უშლის ხელს ახალგაზრდა თაობას:

1. ქართულ ენაზე თანამედროვე ლიტერატურის არ არსებობა. ქართულ ენაზე არსებული ლიტერატურა მოძველებულია. თანამედროვე ლიტერატურას სტუდენტს შეუძლია გაეცნოს თუ ფლობს უცხო ენებს, ძირითადად ინგლისურს ან რუსულს.
2. საილუსტრაციო მასალების არ არსებობა. სამედიცინო სფეროში განათლების მიღება სირთულეებთანაა დაკავშირებული სათანადო თვალსაჩინო მასალის გარეშე, იქნება ეს ხელშესახები მოდელი თუ ელექტრონული ჩვენება.

3. სამედიცინო კლინიკებში პრაქტიკული მუშაობის ნაკლებობა. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო დაწესებულებები გახსნილები არიან სტუდენტებისთვის პრაქტიკის გავლის შესაძლებლობების მიცემით და სასწავლო გეგმა მოიცავს პრაქტიკულ სამუშაოებს, აღნიშნული პრაქტიკა მცირე დროის მონაკვეთს გულისხმობს, რაც არაა საკმარისი, რათა სამედიცინო სტუდენტმა მიიღოს საჭირო გამოცდილება.
4. მოსახლეობის დამოკიდებულება პრაქტიკანტი სტუდენტების მიმართ. ხშირ შემთხვევაში, პაციენტს არ სურს პრაქტიკანტმა გასინჯოს, მოისმინოს მისი ისტორია ან ზოგადად იმყოფებოდეს პალატაში. დაბალია მოსახლეობის ცნობიერების დონე.
5. ლექტორების დაბალი მოტივაცია. ლექტორებს ხშირად სურვილი და მოტივაცია არ აქვთ სტუდენტებს გადასცენ საკუთარი ცოდნა და გაუზიარონ საკუთარი გამოცდილება.
6. რეზიდენტურაზე გამოყოფილი ადგილების სიმცირე. ბაკალავრზე მიღებული სტუდენტების რაოდენობა გაცილებით აღემატება რეზიდენტურის ადგილების რაოდენობას. შესაბამისად, სტუდენტთა ნაწილი სწავლას აგრძელებს საზღვარგარეთ ან რჩებიან უმცროს ექიმებად დაბალ ანაზღაურებად სამუშაოებზე.
7. არსებობს ტენდენცია, რომლის მიხედვითაც სტუდენტებს ურჩევნიათ აირჩიონ ის მიმართულებები, რომელიც ნაკლებ პასუხისმგებლობასა და მეტ კომფორტთანაა დაკავშირებული, ვიდრე ჰქონდეთ პროფესია, რომელიც 24 საათი განმავლობაში ითხოვს მათ ჩართულობას და მათი მცირე შეცდომაც კი შეიძლება დამლუშველი იყოს პაციენტისთვის. ეს გარემოება არის ერთ-ერთი მიზეზი იმისა, რომ წარმოიქმნება ე.წ. დეფიციტური პროფესიები/მიმართულებები.

ექიმები

ჯანდაცვის სექტორის განვითარების დინამიკას ექიმები დადებითად აფასებენ, თუმცა აღნიშნავენ, რომ განვითარება ასიმეტრიულია, ზოგიერთი დარგი ვითარდება, ზოგი კი უძრავ მდგომარეობაშია. არის მიმართულებები, რომლებიც პაციენტების მოთხოვნებს პასუხობს, თუმცა ასევე არსებობს სპეციალიზაციები, რომლებიც დასახვეწია, აღნიშნული ხარისხიანი სერვისების მიღება ქართველი პაციენტებისთვის მხოლოდ უცხოეთშია შესაძლებელი.

ექიმები დადებითად აფასებენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, ონკოლოგიური დაავადებების მართვის, დიალიზის, ასევე C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამებს. ექიმები ფიქრობენ, რომ მოსახლეობისთვის ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა გაიზარდა, ასევე გაუმჯობესდა სერვისის ხარისხი და საავადმყოფოების ინფრასტრუქტურა.

ექიმების მიერ დასახელებული ჯანდაცვის სექტორში არსებული პრობლემებია:

1. არაკვალიფიციური კლინიკების ბაზარზე სწრაფი შემოსვლა – ექიმების ამრით, რეგულაციების არარსებობის გამო ბაზარზე სწრაფად ხდება ახალი კლინიკების გახსნა, რომლებიც ძირითადად ორიენტირებულნი არიან დაბალ ფასზე და არახარისხიან მომსახურებას სთავაზობენ პაციენტებს.
2. ექიმების დაბალი მოტივაცია – ექიმების მიერ, დაბალი მოტივაციის ძირითად განმაპირობებელ ფაქტორად არასათანადო ანაზღაურება დასახელდა.
3. კვალიფიციური კადრების სიმცირე ჯანდაცვის გარკვეულ სპეციალობებზე.
4. სავალდებულო უწყვეტი პროფესიული განვითარების არარსებობა.
5. პროფესიული ასოციაციების განუვითარებლობა.
6. ექთნების სიმცირე – ექიმები ხაზს უსვამენ ექთნის პროფესიის მნიშვნელოვნებას. ექთნების სიმცირეს, დაბალ ანაზღაურებას და აღნიშნული პროფესიის დაუფასებლობას ჯანდაცვის სექტორის სუსტ მხარედ მიიჩნევენ.
7. პაციენტების მხრიდან ექიმების მიმართ არსებული ნეგატიური დამოკიდებულება.

8. აუთვისებელი სამედიცინო ტურიზმის პოტენციალი – ექიმების აზრით, საქართველოს აქვს სამედიცინო ტურიზმის განვითარების პოტენციალი გარკვეული მიმართულებებით, როგორიცაა კარდიოქირურგია, სტომატოლოგია, პლასტიკური ქირურგია, ბავშვთა ონკოპემატოლოგია, ბალნეოლოგია.
9. პროფესიული დამოუკიდებლობის არარსებობა/სისუსტე-ხშირ შემთხვევაში ექიმთა საქმიანობის განმსაზღვრელი ფაქტორი ხდება კერძო ჰოსპიტალური დაწესებულების ბიზნეს ინტერესები.
10. პროფესიული საქმიანობის დაზღვევის ინსტრუმენტის არარსებობა.

სადაზღვევო კომპანიები

1. სადაზღვევო კომპანიები დადებითად აფასებენ ჯანდაცვის სექტორის განვითარების პროცესს მოსახლეობისთვის ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის და სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის განვითარების მხრივ. თუმცა, მიიჩნევენ, რომ არსებულ სისტემაში ბევრი პრობლემაა:
2. კლინიკების „ქაოტური“ გამრავლება და მომსახურების დაბალი ხარისხი – სადაზღვევო კომპანიები მიიჩნევენ, რომ შესვლაზე რეგულაციების არ არსებობიდან გამომდინარე, არსებული ჯანდაცვის სისტემის გამო, ბაზარზე კლინიკები ქაოტურად მრავლდებიან და ხშირ შემთხვევაში, ახლად გახსნილი კლინიკები შესაბამის მომსახურებას არ უწევენ პაციენტებს.
3. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა.
4. კონტროლის მექანიზმების არარსებობა – სადაზღვევოების განცხადებით, კონტროლის მექანიზმების არარსებობის გამო, საავადმყოფოების მიერ ხდება ფასების „გაბერვა“ („ჩარევის კოდის გაზრდა“, „ურგენტული“), აღნიშნული როგორც ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს გაზრდილ ხარჯებზე ასევე, პაციენტის ჯიბეზეც აისახება. წარსულში მაკონტროლებელის ფუნქციას სადაზღვევოები ასრულებდნენ, თუმცა არსებული სისტემით საავადმყოფოები აღარ არიან სადაზღვევოებზე დამოკიდებულნი, და სადაზღვევოების გარკვეული ნაწილი თავად არის საავადმყოფოს მფლობელი. შესაბამისად, ამ მხრივ სახელმწიფოს ჩარევა და კონტროლის მექანიზმების შემუშავება ხარჯთეფექტურობის მისაღწევად აუცილებელ პირობად მიაჩნიათ. სადაზღვევოების განცხადებით, ხარჯები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე შემცირდებოდა მინიმუმ 30%, იმ შემთხვევაში თუ სადაზღვევოები გაუწევდნენ პროგრამას ადმინისტრირებას.
5. გაზრდილი ხარჯები კორპორატიული დაზღვევით მოსარგებელთათვის – სადაზღვევო კომპანიების განცხადებით არსებული ჯანდაცვის სისტემა კორპორატიული დაზღვევის მოსარგებლეებს არათანაბარ პირობებში აყენებს. მათი განცხადებით, ჯანდაცვის ბაზარზე საბაზრო ფასი არ არსებობს, არსებულ სისტემაში ფასის განმსაზღვრელი სახელმწიფოა, რომელიც თავის ფასს უწესებს საავადმყოფოს, ხოლო საავადმყოფოები განსხვავებულ ფასს უწესებენ სადაზღვევოებს, რომელიც ხშირ შემთხვევაში ბევრად აღემატება სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებულ ფასს.
6. მულტიპროფილური კლინიკების სწრაფი ზრდა – სადაზღვევოების განცხადებით, არსებულმა ჯანდაცვის სისტემამ წაახალისა საავადმყოფოები გამხდარიყვნენ მრავალპროფილურები. კადრების სიმცირის გამო, აღნიშნული უარყოფითად მოქმედებს სერვისის ხარისხზე.
7. საავადმყოფოების მხრიდან სადაზღვევო კომპანიების მიმართ დაბალი კომერციული ინტერესი – არსებულ სისტემაში საავადმყოფოების ძირითად ინტერესს წარმოადგენს სახელმწიფო (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა), სადაზღვევოები მათთვის აღარ წარმოადგენენ მომგებიან პარტნიორებს. შეიცვალა საავადმყოფოების დამოკიდებულება, ადრე თუ საავადმყოფო ყველაფერს აკეთებდა, რომ სადაზღვევოს პროვაიდერი გამხდარიყო, მიდიოდა დათმობებზე, ახლა სადაზღვევოს უწევს დათმობებზე წასვლა.
8. კვალიფიციური კადრების დეფიციტი – სადაზღვევო კომპანიების აზრით, არსებული საგანმანათლებლო სისტემა დასახვეწია, ექიმების ტესტირების სისტემა კი შესაცვლელი. კომპანიები ხაზს უსვამენ კერძო სახელმწიფო პარტნიორობის მნიშვნელობას კადრების კვალიფიკაციის ასამაღლებლად.

ეკონომისტები

ჯანდაცვის სექტორში ბოლო 10 წლის განმავლობაში გატარებული რეფორმებსა და შედეგებზე, ეკონომისტების შეფასებები და რეკომენდაციები შემდეგია:

1. ჯანდაცვის სფერო ვითარდება, თუმცა არის გარკვეული მიმართულებები, მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვა, დიაგნოსტიკა, პოსტ-ოპერაციული რეაბილიტაცია და ა.შ. რომლებიც ნაკლებ განვითარებულია ძირითადად არასაკმარისი განათლების, მაღალტექნიკური აღჭურვილობის სიმცირის და დაფინანსების წესის გამო;
2. 2012 წლის შემდეგ ჯანდაცვაში გატარებული რეფორმების შედეგად ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა გაიზარდა, თუმცა მკურნალობის ხარისხი დაეცა. სწორედ ხარისხის დაცემა გახდა შემდგომ მიზეზი იმისა, რის გამოც საგრძნობლად გაიზარდა საქართველოდან საზღვარგარეთ სამკურნალოდ გასული პაციენტების რიცხვი ბოლო 3 წლის განმავლობაში, განსაკუთრებით, ისეთ მიმართულებებზე როგორიცაა კარდიოქირურგია;
3. პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის სექტორის სუსტი რგოლია. პირველი პრობლემაა საოჯახო მედიცინის (ოჯახის ექიმების) სპეციალობაში მომზადებული ან/და გადამზადებული პერსონალის რაოდენობა და მათი განაწილება ქვეყნის მასშტაბით. აღნიშნული პრობლემა უკავშირდება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში (ამბულატორიებში) ტექნიკური აღჭურვილობის სიმცირეს, ასევე, ხარისხიანი სერვის მიმწოდებელი ლაბორატორიების არ არსებობას. პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას ასევე აფერხებს მხოლოდ საყოველთაო ჯანდაცვაზე მიმართული თანხები.
4. ფარმაცევტული ბაზარი ოლიგოპოლიზირებულია. კლინიკებს ფლობენ კომერციული და ფარმაცევტული კომპანიები. ძირითადად ბაზარზე დომინირებს სამი კომპანია: Georgia healthcare group, ავერსი და პსპ.
5. ეკონომისტები დადებითად აფასებენ C ჰეპატიტის ელიმინაციისა და კიბოს პოლულაციური რეგისტრის პროგრამებს; ამ მხრივ, პაციენტებისათვის უზრუნველყოფილია მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, რომელიც აქამდე არ არსებობდა;
6. დადებითია 2017 წლის ცვლილების შედეგად მიღებული საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის დიფერენცირებული მოდელი, თუმცა პრობლემები კვლავ რჩება. მიზანშეწონილია, მხოლოდ დაბალშემოსავლიანები და მიზნობრივი ჯგუფები დარჩნენ პროგრამაში და დანარჩენზე სადაზღვევო პაკეტი ან მსგავსი სერვისები იქნას შეთავაზებული;
7. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაზე სახელმწიფოს კონტროლის მექანიზმები ძალზე სუსტია. კარგი იქნება, თუ აღნიშნული პროგრამის ბიუჯეტი დანაწევრებულ იქნება მიზნობრივ ჯგუფებზე პოლისების სახით და გადაეცემა კერძო სადაზღვეოებს. ამგვარი სქემა შეიძლება მიჩნეულ იქნას მონიტორინგისა და ხარისხის კონტროლის როგორც კარგი მექანიზმი;
8. საჭიროა ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის (Health Information System) დანერგვა;
9. პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის საუკეთესო გამოსავლად შეიძლება მიჩნეულ იქნეს სადაზღვევო ბაზრის განვითარება, რამდენადაც რისკების მართვის მექანიზმების მეშვეობით შესაძლებელია მაღალტექნოლოგიური და ძვირადღირებული დანახარჯების ოპტიმიზაცია ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ფუნქციის გამოყენებით.
10. საქართველოს, სამედიცინო ტურიზმში განვითარების პერსპექტივები აქვს მხოლოდ გარკვეული მიმართულებით, როგორიცაა სტომატოლოგია, პლასტიკური და რეკონსტრუქციული ქირურგია, ბალნეოლოგია, რეაბილიტაციის სერვისები და რეპროდუქტოლოგიური ჯანმრთელობა. სამედიცინო ტურიზმის განვითარებისთვის აუცილებელია მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება ტექნოლოგიის და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების მეშვეობით.

8 საავადმყოფოების ღირებულებათა ჯაჭვის SWOT ანალიზი

ინტერვიუებსა და ფოკუს-ჯგუფების შედეგებზე დაყრდნობით, გამოვლინდა ის ძლიერი და სუსტი მხარეები, რომელიც ახასიათებს საავადმყოფოების ღირებულებათა ჯაჭვს. ასევე, ის შესაძლებლობები, რომელთა გამოყენებაც ხელს შეუწყობს საავადმყოფოების ღირებულებათა ჯაჭვის უკეთ ფუნქციონირებას. გამოვლინდა აგრეთვე ის საფრთხეები, რომელთა არსებობამაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს საავადმყოფოების ღირებულებათა ჯაჭვის კონკურენტუნარიანობის ზრდას.

ცხრილი 6. SWOT ანალიზი

ძლიერი მხარე	სუსტი მხარე
- მაღალი ხარისხის სერვისები ჰოსპიტალურ სექტორში; - მეზობელ ქვეყნებთან მიმართებაში, ინფრასტრუქტურის მაღალი ხარისხი ჰოსპიტალურ სექტორში; - ბიზნესზე ორიენტირებული გარემო; - ფარმაცევტულ ბაზარზე დამკვიდრებული სტანდარტები; - ჯანდაცვის დაზღვევის მიმართულებით კერძო სადაზღვევო სექტორის know-how.	- სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის დაბალი დონე; - კვალიფიკაციური კადრის დეფიციტი ჰოსპიტალურ სექტორში; - კადრების მომზადებასა და სტრუქტურაში ასიმეტრია (ექთნებისა და ექიმების პროპორცია); - რეგულირების დაბალი დონე და მისი აღსრულების სუსტი ხარისხი; - R&D Unit-ების არარსებობა; - სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირების/ლიცენზირების არსებული სისტემა; - უწყვეტი განათლების არ არსებობა.
შესაძლებლობები	საფრთხე
- მსოფლიოში ჯანდაცვის ტურიზმზე გაზრდილი მოთხოვნა; - ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის (Health Information System) დანერგვა; - განათლების პროფესიულ საფეხურზე დაგეგმილი ცვლილებები (ე.წ. ახალი ტიპის ექთანი)	- კადრების გადინება; - ჰოსპიტალური სექტორის ღირებულებათა ჯაჭვის მონოპოლიზება (მსხვილი კორპორაციების არსებობიდან გამომდინარე); - ფარმაცევტული ბაზრის ოლიგოპოლია; - ჰოსპიტალური სექტორის ღირებულებათა ჯაჭვის არსებული ფინანსური ნაკადების არამდგრადობა საშუალო და გრძელვადიან პერსპექტივაში

ინტერვიუებსა და ფოკუს-ჯგუფებზე დაყრდნობით, გამოვლინდა რიგი პრობლემები, რომელთა არსებობაც ხელს უშლის საავადმყოფოების და მასთან დაკავშირებული რგოლების საქმიანობის განვითარებას და აღნიშნული სექტორის კონკურენტუნარიანობის გაზრდას.

პრობლემა #1. კვალიფიციური კადრების დეფიციტი ჰოსპიტალურ სექტორში

ბაზარზე აღინიშნება კვალიფიციური კადრების დეფიციტი ჰოსპიტალურ სექტორში, რაც ერთი მხრივ, გამოწვეულია მაღალ კვალიფიციური კადრების ქვეყნიდან გადინებით, მეორე მხრივ, არსებული კადრების დაბალი კვალიფიკაციის დონით.

დაბალი კვალიფიკაციის დონის მიზეზებად შეგვიძლია მივიჩნიოთ ქვეყანაში არსებული ექიმთა ლიცენზირების სისტემა, რომელიც მხოლოდ თეორიულ ცოდნის შეფასებას ეყრდნობა და ვერ უზრუნველყოფს ექიმთა კვალიფიკაციის განსაზღვრას. აგრეთვე, საგანმანათლებლო სისტემა, რომელიც ვერ აწვდის ბაზარს სათანადო კვალიფიკაციის მქონე კადრებს. ასევე, დაბალი კვალიფიკაციის მიზეზებად შესაძლოა ჩაითვალოს სავალდებულო უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის არარსებობა და პროფესიული ასოციაციების როლის სისუტე ამ კუთხით.

რეკომენდაციები

1. სასურველია ექიმთა ლიცენზირება მოხდეს არამხოლოდ თეორიულ გამოცდაზე, არამედ პრაქტიკულ უნარებზე დაყრდნობით.
2. სასურველია საგანმანათლებლო პროგრამების დახვეწა/გაუმჯობესება და უწყვეტი სავალდებულო პროფესიული განათლების სისტემის შექმნა.
3. სასურველია სტუდენტებს შეეძლოთ თეორიული ცოდნის მიღებასთან ერთად პრაქტიკული უნარ-ჩვევების განვითარების შესაძლებლობა. ამ მხრივ, აუცილებელია კლინიკების ჩართულობის კომპონენტის გაძლიერება – პრაქტიკული, სასწავლო-გადასამზადებელი პროგრამების ადგილზე განვითარება. საჭიროა, მოხდეს ბაკალავრის საფეხურზე მისაღებ და რეზიდენტურაზე მისაღებ სტუდენტთა რაოდენობის შესაბამისობაში მოყვანა.
4. სასურველია შემუშავდეს კერძო-სახელმწიფო თანამშრომლობის (PPP) მოდელი, რომელიც უზრუნველყოფს სახელმწიფოსა და კერძო სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლებს შორის სისტემის ორგანიზებას სარეზიდენტო და უწყვეტი პროფესიული განათლების განვითარების მიზნით.

პრობლემა # 2. არსებული სამედიცინო პერსონალის დაბალი მოტივაცია

1. მაღალი სამედიცინო პერსონალის დაბალი მოტივაციის მიზეზებად იკვეთება:
2. არასტაბილური და შეუსაბამო ანაზღაურება;
3. პროფესიული განვითარების შეზღუდული პერსპექტივა;
4. საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის (მედიკები, ექთნები, ასისტენტები, სანიტრები) ნაკლებობა და მათი კვალიფიკაციის დონე, რომელთაც უნდა უზრუნველყოს მაღალი სამედიცინო პერსონალის დატვირთვის ოპტიმიზაცია, რაც აისახება სამუშაო დროის გადანაწილებაში, შემოსავლის ზრდასა და პროფესიულ განვითარებაში.

რეკომენდაციები

1. უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის დანერგვა, რომელიც მოახდენს სამედიცინო პერსონალის კლასიფიკაციას კვალიფიკაციის დონის მიხედვით;

2. საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის პროფესიის პოპულარიზაცია და სახელმწიფო მხარდაჭერა პროფესიული პროგრამების განვითარებასა და დასაქმების ბაზრის რეგულირებაში (საშუალო/დაბალ და მაღალ სამედიცინო პერსონალს შორის თანაფარდობების განსაზღვრა; კვალიფიკაციის შესაბამისი ანაზღაურების სქემის შემოღება).

პრობლემა # 3. სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი სპეციალობების მიხედვით

დეფიციტური პროფესიების შესწავლის პოლიტიკის და ამ სივრცეში პროფესიული ასოციაციებისა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების როლის არარსებობა.

რეკომენდაციები

1. დეფიციტური პროფესიების შესწავლის პოლიტიკის ჩამოყალიბება, რომელიც უზრუნველყოფს სწორი სტრატეგიისა და მოტივაციის სქემის შემუშავებას;
2. პროფესიული ასოციაციების, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების და სახელმწიფო თანამშრომლობის ფორმატის ჩამოყალიბება.

პრობლემა # 4. რეგულირების დაბალი დონე და მისი აღსრულების სუსტი ხარისხი

1. საავადმყოფოების საქმიანობების სფეროში საქმიანობის წამოწყება მარტივია, ვინაიდან ტექნიკური რეგლამენტი ლიბერალურია. აღნიშნული გარემოება განაპირობებს ახალი სამედიცინო დაწესებულებების ბაზარზე შემოსვლას, რაც შესაძლებელია ნეგატიური გავლენის მატარებელი იყოს ხარისხზე ორიენტირებულ კონკურენციაზე. აგრეთვე, სუსტი რეგულაცია ჯანდაცვის დაფინანსების არსებული მოდელის პირობებში განაპირობებს ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდას, რაც გამოიხატება არა საჭირო/არააუცილებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევით.
2. რეგულირების სისუსტე მაღალი საფრთხის მატარებელია, განსაკუთრებით იმ პირობებში, როდესაც არსებობს ვერტიკალური ინტეგრაცია მსხვილი სამედიცინო ჯგუფების სახით, რომელიც აერთიანებს ღირებულებათა ჯაჭვის თითქმის ყველა წევრს (საავადმყოფო, სადამკვეთო, აფთიაქი, უნივერსიტეტი და სხვ.). ასევე ვერტიკალური ინტეგრაციის პირობებში შესაძლებელია ერთ-ერთ პრობლემად განვიხილოთ პოლიფარმაციის და პოლიპრაგმაციის საკითხი.

რეკომენდაციები

1. მომსახურების ხარისხის, დანახარჯების ოპტიმიზაციის და სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის სისტემის უზრუნველყოფის მიზნით შემუშავდეს ჯანდაცვის სფეროს რეგულირების მწყობრი სისტემა, რომელიც ერთის მხრივ, ხელს შეუწყობს ჯანსაღ კონკურენციას და მეორეს მხრივ, უზრუნველყოფს ხარისხიანი და ეფექტური სერვისის მიწოდებას.
2. რეგულირების სისტემამ უნდა უზრუნველყოს პოლიფარმაციისა და პოლიპრაგმატიის პრობლემის მოგვარება, რაც განაპირობებს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.

პრობლემა #5. სუსტი პირველადი ჯანდაცვის სისტემა

პირველადი ჯანდაცვის სისუსტე ზრდის სექტორის მთლიან დანახარჯებს, რამდენადაც არ ხდება დაავადებების დროული დიაგნოსტიკა და პრევენცია, ასევე, ქრონიკული დაავადებების ხარჯთ-ეფექტური მართვა. შესაბამისად, დღეის მდგომარეობით, ჰოსპიტალური სექტორის შემოსავლების დიდი ნაწილი, ნაცვლად იმისა, რომ სახელმწიფოს და სხვა დამფინანსებლების მხრიდან დაიხარჯოს უფრო მეტად საჭირო მომსახურებაზე, იხარჯება იმაზე, რის პრევენციასაც ვერ უზრუნველყოფს პირველადი ჯანდაცვა.

რეკომენდაცია

მკაფიო ფინანსური მოტივაციის ჩამოყალიბება პირველადი ჯანდაცვის განვითარების კუთხით, რომელიც უზრუნველყოფს ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას.

პრობლემა #6. ინფორმაციის სიმწირე პაციენტის სამედიცინო ისტორიის შესახებ

ხშირად კლინიკებს არ აქვთ ინფორმაცია პაციენტის სამედიცინო ისტორიისა და უკვე ჩატარებული კვლევების შესახებ, რის გამოც რთულია პაციენტის მართვა და ხშირად ეს დაკავშირებულია დამატებით დანახარჯებთან.

რეკომენდაცია

ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის (Health Information System – e-health) დანერგვა, რომელიც განაპირობებს და გაადვილებს სამედიცინო სერვისის გაწევას, ამავედროულად, გააუმჯობესებს მომსახურების ხარისხს.

პრობლემა # 7. აუთენტიკაციის სამედიცინო ტურიზმის კონტენტალი

ქვეყანას გააჩნია შესაძლებლობა მნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავოს სამედიცინო ტურიზმის რუქაზე ბუნებრივი რესურსებისა და გეოგრაფიული მდებარეობიდან გამომდინარე. მნიშვნელოვან მიმართულებებად შეიძლება გამოყოფილ იქნას, სტომატოლოგია, პლასტიკურ/რეკონსტრუქციული ქირურგია, ბალნეოლოგია, რეაბილიტაცია და რეპროდუქტოლოგია.

რეკომენდაცია

მოხდეს სამედიცინო ტურიზმის პოპულარიზაცია სახელმწიფო პოლიტიკის დონეზე.

პრობლემა # 8. სირთულეები დაფინანსება/ანაზღაურების სისტემებში

სახელმწიფო პროგრამების ანაზღაურების სისტემის ბიუროკრატიული პროცედურები იწვევს პრობლემას სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯმენტის კუთხით, კერძოდ, ფინანსების მართვის ტრილში (ფინანსური ნაკადები, ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება მესამე პირებთან, რეინვესტირება).

რეკომენდაცია

აუცილებელია, სახელმწიფო პროგრამების არსებული ანაზღაურების სისტემის შეფასება და შეძლებისდაგვარად, ბიუროკრატიული მექანიზმების შემცირება.

რეკომენდაციები თბილისი მიმდებარე ტერიტორიის კონკურენტუნარიანობის გასაზრდელად:

- ჯანდაცვის ტურიზმის განვითარება – აზერბაიჯანთან და სომხეთთან სიახლოვის გამო, ქვემო ქართლს, ჯანდაცვის ტურიზმის განვითარების პოტენციალი გააჩნია. ამისთვის საჭიროა საავადმყოფოს ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება და ასევე, კვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა. რადგანაც კვალიფიციური კადრები ძირითადად თბილისშია კონცენტრირებული, ამ მხრივ რეგიონის თბილისთან სიახლოვე მნიშვნელოვან როლს ითამაშებს.
- ექთნების დეფიციტის შემცირება – ექთნების დეფიციტი მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, რომლის წინაშეც საქართველოს ჯანდაცვის სექტორი დგას. ქვემო ქართლისთვის მნიშვნელოვანი იქნება, თუ შეიქმნება შესაბამისი პროფესიული სასწავლებლები, სადაც მოსახლეობას საშუალება ექნება დაეუფლოს მაგალითად ექთნის პროფესიას.

1. European Commission (2018), Smart Specialization Platform, "Cohesion Policy and Smart Specialisation Strategies"; Retrieved from: <http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/s3-design>
2. GeoStat (2018), "Business Statistics", „საწარმოთა დეკლარირებული მონაცემები“; Retrieved from: http://geostat.ge/?action=page&p_id=211&lang=geo
3. GeoStat (2018), "Business demography indicators", „ბიზნეს დემოგრაფიის მაჩვენებლები“; Retrieved from: http://geostat.ge/?action=page&p_id=2656&lang=geo
4. Joint Research Centre, "Supporting an Innovation Agenda for the Western Balkans, Tools and Methodologies"; Retrieved from: http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC111430/2018-04-24_western-balkans-report_online.pdf
5. Ministry of Regional development and Infrastructure of Georgia, საქართველოს რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტრო, <http://mrdi.gov.ge/>
6. Ministry of Finance of Georgia (2018), "Expenditure by functions of Government", „საქართველოს ნაერთი და სახელმწიფო ბიუჯეტების 2002-2017 წლების ხარჯების შესრულების მაჩვენებლები“, Retrieved from: https://mof.ge/biujetebis_xarjebi_funkcionalur_chrilshi
7. National Statistics Office of Georgia, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, <http://www.geostat.ge/>
8. Porter, M. E. (1985). Competitive advantage: creating and sustaining superior performance. 1985. New York: FreePress, 43, 214.
9. The Legislative Herald of Georgia (2014), "Ordinance of the Government of Georgia", საქართველოს მთავრობის დადგენილება, ტექნიკური რეგლამენტის „სურსათის ეტიკეტირებისადმი დამატებითი მოთხოვნების შესახებ“ დამტკიცების თაობაზე; Retrived from: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2187143>
10. Verulava T. (2016), „Healthcare System in Georgia“; Retrieved from: http://eprints.iliauni.edu.ge/4642/1/Tengiz_Verulava_Healthcare_system_in_Georgia_1991-2016.PDF

1.1. განთავსების კოეფიციენტი

განთავსების კოეფიციენტი (Location Quotient, LQ) გვიჩვენებს, რომელი სექტორებია ძირითადი მამოძრავებელი ძალა ეკონომიკის ზრდისთვის აღნიშნულ რეგიონში. მეთოდი ზომავს, თუ რამდენად მაღალია სექტორის კონცენტრაციის დონე რეგიონში, მთლიან ქვეყანასთან შედარებით.

აღნიშნული მეთოდის გამოყენებით გამოვლინდება რეგიონისთვის ძირითადი და არაძირითადი ეკონომიკური სექტორები. ძირითადია სექტორი, რომლის წვლილი რეგიონის ეკონომიკურ განვითარებაში მნიშვნელოვანია, არაძირითადია, რომლის წვლილი უმნიშვნელოა.

LQ გამოითვლება რეგიონის მთლიან დასაქმებაში აღნიშნული სექტორის წილის შეფარდებით

ქვეყნის მთლიან დასაქმებაში აღნიშნული სექტორის წილთან.

$$LQ = \frac{e_i / E}{e / E}$$

Whereby

e_i – (i) სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა რეგიონში

e – რეგიონში დასაქმებულთა მთლიანი რაოდენობა

E_i – (i) სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა ქვეყანაში

E – ქვეყანაში დასაქმებულთა მთლიანი რაოდენობა

თუ $LQ_i > 1$, (i) სექტორი წარმოადგენს ძირითად სექტორს რეგიონისთვის. თუ $LQ_i < 1$, (i) სექტორი წარმოადგენს არაძირითად სექტორს რეგიონისთვის. მაღალი LQ და დასაქმებულთა მაღალი რაოდენობა მანიშნებელია, რომ აღნიშნული სექტორი ერთ-ერთი მთავარი მამოძრავებელი ძალაა რეგიონის ეკონომიკის ზრდისთვის. LQ -ს გამოვითვლით რეგიონში მოქმედი ყველა სექტორისთვის. მიღებული შედეგების საფუძველზე სექტორები დაიყოფა რეგიონისთვის ძირითად და არაძირითად სექტორებად.

ძირითადი სექტორი	არაძირითადი სექტორი

1.2. რეგიონის ეკონომიკის ცვლილებათა მიზეზების ანალიზი

Shift Share წარმოადგენს რეგიონული ანალიზის ერთ-ერთ მეთოდს. მოცემული მეთოდი საშუალებას მოგვცემს გამოვავლინოთ კონკურენტუნარიანი სექტორები რეგიონისთვის. მოცემული ანალიზი დაგვეხმარება, გამოვარკვიოთ აღნიშნულ რეგიონში არსებულ ეკონომიკურ სექტორებში, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში, დასაქმებულთა რაოდენობის ცვლილების განმავლობაში ფაქტორები.

Shift Share ანალიზი სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობის ცვლილებას (გარკვეულ პერიოდში) ხსნის სამი ეფექტით: ქვეყნის ზრდის ეფექტი (national growth effect (NGE)), ინდუსტრიული ეფექტი (Industry mix effect (IME)) და კონკურენტუნარიანობის ეფექტი (Competitiveness effect (CE)).

$$e_i^{t+n} - e_i^t = e_i^t \left[\frac{E_i^{t+n}}{E_i^t} - 1 \right] + e_i^t \left[\frac{E_i^{t+n}}{E_i^t} - \frac{E_i^{t+n}}{E_i^t} \right] + e_i^t \left[\frac{e_i^{t+n}}{e_i^t} - \frac{E_i^{t+n}}{E_i^t} \right]$$

$$e_i^t \left[\frac{E_i^{t+n}}{E_i^t} - 1 \right] - NGE$$

$$e_i^t \left[\frac{E_i^{t+n}}{E_i^t} - \frac{E_i^{t+n}}{E_i^t} \right] - IME$$

$$e_i^t \left[\frac{e_i^{t+n}}{e_i^t} - \frac{E_i^{t+n}}{E_i^t} \right] - CE$$

e_i^{t+n} - დასაქმებულთა რაოდენობა რეგიონში i სექტორში $t+n$ წელს

e_i^t - დასაქმებულთა რაოდენობა რეგიონში i სექტორში t წელს

E_i^{t+n} - დასაქმებულთა რაოდენობა ქვეყანაში i სექტორში $t+n$ წელს

E_i^t - დასაქმებულთა რაოდენობა ქვეყანაში i სექტორში t წელს

E^{t+n} - დასაქმებულთა რაოდენობა ქვეყანაში ყველა სექტორში ერთად $t+n$ წელს

E^t - დასაქმებულთა რაოდენობა ქვეყანაში ყველა სექტორში ერთად t წელს

NGE გვიჩვენებს რამდენი სამუშაო ადგილის შექმნა აიხსნება რეგიონში მოცემულ i სექტორში ქვეყნის ეკონომიკის ზრდით (მაგ: თუ სოფლის მეურნეობის სექტორისთვის გამოთვლილი $NGE=300$, ეს ნიშნავს, რომ ქვეყნის ეკონომიკის ზრდის გამო რეგიონში სოფლის მეურნეობის სექტორში 300 ადგილი შეიქმნა).

IME გვიჩვენებს რეგიონში მოცემულ i სექტორში რამდენი სამუშაო ადგილის შექმნა აიხსნება ქვეყანაში მოცემული i სექტორის ზრდის გამო. (მაგ: თუ სოფლის მეურნეობის სექტორისთვის გამოთვლილი $IME=300$, ეს ნიშნავს, რომ ქვეყანაში სოფლის მეურნეობის სექტორის ზრდის გამო რეგიონში სოფლის მეურნეობის სექტორში 300 ადგილი შეიქმნა)

CE გვიჩვენებს რეგიონში რამდენი სამუშაო ადგილის შექმნა აიხსნება მოცემულ i სექტორში რეგიონის კონკურენტუნარიანობით მოცემულ სექტორში (ფაქტორი დამახასიათებელია მხოლოდ მოცემული რეგიონისთვის მოცემულ სექტორში). (მაგ: თუ სოფლის მეურნეობის სექტორისთვის გამოთვლილი $CE=300$, ნიშნავს, რომ რეგიონში სოფლის მეურნეობის სექტორში დამატებით 300 სამუშაო ადგილი შეიქმნა, რადგან სოფლის მეურნეობის სექტორი არის კონკურენტული დარგი მოცემული რეგიონისთვის.)

NGE+IME არის აღნიშნულ i სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობის მოსალოდნელი ცვლილება, ხოლო **CE** გვიჩვენებს დასაქმებულთა რაოდენობის ცვლილებას რომელიც გამოწვეულია რეგიონის მოცემულ სექტორში კონკურენტუნარიანობით. სწორედ **CE** იქნება მთავარი მანიშნებელი, თუ რომელ სექტორშია რეგიონი კონკურენტუნარიანი.

Shift Share ანალიზს განვახორციელებთ რეგიონში მოქმედი ყველა სექტორისთვის და გამოვავლენთ სექტორებს, რომლებშიც მოცემულ რეგიონს გააჩნია კონკურენტული უპირატესობა.

სექტორი		NGE	IME	CE	რაოდენობრივი ცვლილება დასაქმებაში (2016 წელს 2010 წელთან შედარებით)
1	სოფლის მეურნეობა, ნადირობა და სატყეო მეურნეობა				
2	თევზჭერა, მეთევზეობა				

3	სამთომოპოვებითი მრეწველობა				
4	დამამუშავებელი მრეწველობა				
5	ელექტროენერგიის, აირისა და წყლის წარმოება და განაწილება				
6	მშენებლობა				
7	ვაჭრობა				
8	სასტუმროები და რესტორნები				
9	ტრანსპორტი და კავშირგაბმულობა				
10	ოპერაციები უძრავი ქონებით				
11	განათლება				
12	ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება				
13	კომუნალური, სოციალური და პერსონალური მომსახურება				

1.3. ღირებულებათა ჯაჭვის მოდელი

პორტერის ღირებულებათა ჯაჭვის მოდელი მოიცავს ძირითად (5 აქტივობა) და დამხმარე აქტივობებს (4 აქტივობა).

ძირითადი აქტივობებია:

- 1. შემაჯავლი ლოჯისტიკა** – წარმოებისთვის საჭირო პროცესები: წარმოების საშუალებების მიღება, დასაწყობება, განაწილება, მიმწოდებლებთან ურთიერთობა და ა.შ.
- 2. ოპერაციები/წარმოება** – წარმოების საშუალებების გარდაქმნა პროდუქტად, აღნიშნულ აქტივობაში შედის ყველა ის საქმიანობა რაც საჭიროა ნედლეულისგან პროდუქტის შესაქმნელად.
- 3. გამავალი ლოჯისტიკა** – მოიცავს ტრანსპორტირების კომპანიებს, დისტრიბუტორებს, საცალო და საბითუმოდ მოვაჭრეებს და ა.შ. ყველა იმ აქტივობას რაც საჭიროა პროდუქტის ან მომსახურების მომხმარებელამდე დისტრიბუციასთან.
- 4. გაყიდვები და მარკეტინგი** – მოიცავს რეკლამირებას, ფასის დადებას და ა.შ.
- 5. მომსახურება** – პროცესები დაკავშირებული მომსახურების გაწევასთან: მომხმარებლისთვის გაწეული დახმარება, შეკეთების სერვისები, დაინსტალირება, ტრენინგი და ა.შ.

დამხმარე აქტივობებია:

- 1. ადმინისტრაცია და ინფრასტრუქტურა** – ფინანსური მენეჯმენტი, დაგეგმვა, ადმინისტრირება და ა.შ.
- 2. პროდუქტი/ტექნოლოგია/განვითარება** – აქტივობები დაკავშირებული პროდუქტის ან მომსახურების ტექნოლოგიების განვითარებასთან.
- 3. ადამიანური რესურსების მართვა** – აქტივობები დაკავშირებული ადამიანური რესურსების მართვასთან: დაქირავება, ტრენინგი, დაწინაურება, განვითარება
- 4. შესყიდვები** – აქტივობები რომლებიც ეხება წარმოების საშუალებების შესყიდვას.

