



ეჭვქვეშ აქვთ ჩაყვანილი ანგარიში

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური



სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

„ვამტკიცებ“

სოციალური სფეროს აუდიტის
დეპარტამენტის უფროსი

მარიამ ზაალიშვილი
ქ. ზაალიშვილი

28 დეკემბერი 2023 წელი

N 59/36

გვ. N1

სამედიცინო პერსონალის პროფესიული
განვითარების ეფექტიანობის
აუდიტის ანგარიში

საჩივრი

ტერმინთა განმარტება	4
შემაჯამებელი მიმოხილვა	7
1. შესავალი	12
1.1 აუდიტის მოტივაცია.....	12
1.2 აუდიტის მიზანი და მთავარი კითხვები	14
1.3 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია	15
1.4 აუდიტის კრიტერიუმები	17
2. ზოგადი ინფორმაცია.....	19
2.1 სფეროს აღწერა	19
აუდიტის მიგნებები	23
3. სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი საჭიროების განსაზღვრა.....	24
4. დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება.....	36
5. უწყვეტი პროფესიული განვითარება.....	49
6. სამედიცინო პერსონალის შესახებ ინფორმაციის წარმოება და დაინტერესებული მხარეების კოორდინაცია	62
6.1 სამედიცინო პერსონალის შესახებ არსებული ინფორმაციის ნაკლოვანებები	62
6.2 სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების მიზნით დაინტერესებული მხარეების კოორდინაციის ნაკლოვანებები.....	63
ბიბლიოგრაფია	69
დანართი 1. საერთაშორისო პრაქტიკა.....	72
დანართი 2. უწყვეტი პროფესიული განვითარება საქართველოში.....	78

შენიშნა განმარტება

სამინისტრო – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

განათლების სამინისტრო – საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო.

ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრი – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.

განათლების მინისტრი – საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრი.

ცენტრი – სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

რეგულირების სააგენტო – სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო.

ხარისხის ცენტრი – სსიპ – განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი.

გამოცდების ცენტრი – სსიპ – შეფასებისა და გამოცდების ეროვნული ცენტრი.

საბჭო – პროფესიული განვითარების საბჭო.

ჯანმო – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.

გლობალური სტრატეგია 2030 – ადამიანური რესურსები ჯანმრთელობისთვის: სამუშაო ძალა 2030 (ჯანმოს ანგარიში).

პროფესიული განათლება – განათლება, რომელიც უზრუნველყოფს პირისთვის იმ კომპეტენციის/კომპეტენციების გამომუშავებას, რომელსაც/რომლებსაც მოითხოვს კონკრეტული პროფესია ან/და შრომის ბაზარი და რომელიც/რომლებიც მიმართულია მთელი სიცოცხლის განმავლობაში პირის პროფესიული, სოციალური და პიროვნული განვითარებისკენ.

უმაღლესი განათლება – სრული ზოგადი განათლების შემდგომი განათლება და დასტურდება კვალიფიკაციის დამადასტურებელი შესაბამისი დოკუმენტით.

დიპლომირებული მედიკოსი/სტომატოლოგი – მფლობელი იმ აკადემიური ხარისხისა, რომელიც პირს სამედიცინო აკადემიური უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის დასრულებისა და დადგენილი კრედიტების დაგროვების შედეგად ენიჭება.

უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამების/სარეზიდენტო პროგრამების/უსგ-ის პროგრამების აკრედიტაცია – შესაბამისი მარეგულირებელი ორგანოს(ების) მიერ შესაბამისი საგანმანათლებლო პროგრამების აღიარება დადგენილ კრიტერიუმებთან/სტანდარტებთან.

კვოტა (ლიმიტი) – რეზიდენტა/მადიებელთა მაქსიმალური რაოდენობა, რომელთა ერთდროულად მომზადების უფლებაც ეძლევა აკრედიტებულ დაწესებულებას.



რეზიდენტურა – უმაღლესი სამედიცინო განათლების დიპლომისშემდგომი საფეხური, სასწავლო პროგრამებისა და პრაქტიკული საექიმო საქმიანობის ერთობლიობა, რომელიც მიზნად ისახავს სახელმწიფო შეკვეთის საფუძველზე პროფესიულ მზადებას ერთ-ერთ საექიმო სპეციალობაში.

საექიმო სპეციალობის მაძიებელი – პირი, რომელიც ეუფლება საექიმო სპეციალობას, რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომისშემდგომი განათლებით (პროფესიული მზადებით).

საკვალიფიკაციო გამოცდა – პროცედურა, რომლის წარმატებით გავლა უფლებას აძლევს უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დიპლომირებულ კურსდამთავრებულს, მონაწილეობა მიიღოს დიპლომისშემდგომ განათლებაში, რომელიმე საექიმო სპეციალობის დასაუფლებლად.

სერტიფიცირება – დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მინიჭების პროცესი, რომლის მიზანია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელების უნარის შეფასება.

სერტიფიკატი – დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი დოკუმენტი.

სუბსპეციალობა – დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმი-სპეციალისტის დამატებითი კომპეტენცია.

მომიჯნავე სპეციალობები – მედიცინის ერთ დარგში შემავალი საექიმო სპეციალობები, რომელთა საგანმანათლებლო პროგრამა და პროფესიული საქმიანობის ხასიათი გარკვეულწილად ესადაგება ერთმანეთს.

სამედიცინო პერსონალი – ექიმი, სტომატოლოგი, ექთანი და ბეზიუქალი.

პროფესიულად აქტიური ექიმი – პირი, რომელიც მიმდინარე პერიოდში ახორციელებს სამედიცინო პრაქტიკულ საქმიანობას.

ბეზიუქალი – სპეციალისტი, რომელიც ეხმარება მშობიარეს ბავშვის გაჩენისას და უვლის ახალშობილს.

უპგ – უწყვეტი პროფესიული განვითარება.

უსგ – უწყვეტი სამედიცინო განათლება.

პროფესიული რეაბილიტაცია – სწავლების/მზადების კურსი, რომლის მიზანია ექიმის პროფესიული კომპეტენციის აღდგენა კონკრეტულ საექიმო სპეციალობაში.

პროფესიული ასოციაცია – დამოუკიდებელი არაკომერციული იურიდიული პირი, რომელიც შედგება ერთი ან რამდენიმე მომიჯნავე პროფესიის წარმომადგენლისაგან.

ნებართვა – საქმიანობის უფლების მინიჭება დაწესებულებაზე, რომელიც ეწევა დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასა და პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებულ სამედიცინო საქმიანობას სტაციონარულ პირობებში, პაციენტის 24 საათისა და მეტი დროის დაყოვნებით.



მაღალი სამედიცინო რისკის შემცველი საქმიანობა – სტომატოლოგია; ქირურგია (ყველა პროფილის); მეანობა-გინეკოლოგია; გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება (Emergency); დერმატო-ვენეროლოგია; სამედიცინო რადიოლოგია (გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა); დიალიზი; ინფექციურ დაავადებებთან (მათ შორის, აივ ინფექციასთან/ შიდსთან) დაკავშირებული საქმიანობა; ფთიზიატრია; ენდოსკოპია; იმუნიზაცია (2015 წლის 1 ოქტომბრიდან); ოფთალმოლოგიური სერვისის ფარგლებში ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილებისა და უჯრედების აღება და/ან შენახვა და/ან გადანერგვა. ლაბორატორია (ლაბორატორიული სერვისის მიმწოდებელი, რომელიც ახორციელებს ადამიანის ბიოლოგიური მასალის ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკას); ნარკოლოგიური საქმიანობა (ჩანაცვლებითი თერაპია); დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიებით მომსახურება.



შემაჯავებელი მიმოხილვა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ, სამედიცინო პერსონალის დეფიციტისა და დისბალანსის საპასუხოდ, 2016 წელს გამოაქვეყნა დოკუმენტი – „სამედიცინო პერსონალის გლობალური სტრატეგია 2030“. სტრატეგიის მიხედვით, სამედიცინო სფეროში არსებული გამოწვევების ეფექტიანად გადასაჭრელად, მნიშვნელოვანია სათანადო უნარების მქონე სამუშაო ძალის შექმნა, რომელიც უპასუხებს მოსახლეობის დღევანდელ და სამომავლო საჭიროებებს.¹ საქართველოს სამთავრობო პროგრამის ოთხი საკვანძო მიმართულებიდან ერთ-ერთს სოციალური პოლიტიკისა და ადამიანური კაპიტალის განვითარება წარმოადგენს, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სისტემის შემდგომ განვითარებასა და ეფექტიან მართვას.²

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა სამედიცინო პერსონალის სათანადო კვალიფიკაციისა და საკმარისი რაოდენობის უზრუნველსაყოფად დანერგილი მექანიზმებისა და გატარებული ღონისძიებების ეფექტიანობა. აუდიტის ფარგლებში შესწავლილი იყო შემდეგი საკითხები:



აუდიტის ძირითადი მიგნებებია:

სამედიცინო პერსონალის საჭიროების განსაზღვრა და რეგიონალური მოცვა

არსებული მექანიზმები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო სპეციალისტების საკმარის რაოდენობასა და გეოგრაფიულ მოცვას:

- 2021 წლის მდგომარეობით, პროფესიულად აქტიური ექიმების უმეტესობა (58%) კონცენტრირებული იყო თბილისში;³
- ექთნების უმეტესობა დასაქმებულია დედაქალაქში. 100,000 მოსახლეზე თბილისში ფიქსირდება 828 ექთანი. ეს რიცხვი მოსახლეობის იმავე რაოდენობისათვის თითქმის სამჯერ ნაკლებია გურიაში, დაახლოებით, ორჯერ ნაკლებია – ქვემო ქართლში, სამეგრელო-ზემო სვანეთსა და კახეთში, ასევე შიდა ქართლში, სამცხე-ჯავახეთსა და მცხეთა-მთიანეთში;

¹ Global Strategy on Human resource in Health: Workforce 2030, WHO 2016.

² საქართველოს მთავრობა, ქვეყნის ძირითადი მონაცემები და მიმართულებები 2021-2024 წლებისათვის, თავი I „ევროპული სახელმწიფოს მშენებლობისთვის“ <https://www.mof.ge/5321>.

³ სერტიფიცირებული ექიმების რეესტრის მიხედვით, მათ ასევე აქვთ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატი.

- მიუხედავად სტრატეგიით გასაზღვრული საბაკალავრო განათლების პრიორიტეტულობისა, ყოველწლიურად მცირდება იმ ექთნების რაოდენობა, რომელთაც 2018-2021 წლებში დაასრულეს სწავლა უმაღლეს სასწავლებელში (61 კურსდამთავრებული) მაშინ, როცა პროფესიულ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში საექთნო პროგრამების მიმართულების როგორც ჩარიცხულთა, ისე კურსდამთავრებულთა რაოდენობა სტაბილურად მაღალია;
- 2021 წლის მდგომარეობით, სისტემაში არსებული აქტიური ექთნების 15.2% საპენსიო ასაკისაა, ხოლო ამავე პერიოდში ახალი კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი 2.6%-ია.⁴ ამასთანავე, 2019 წლის საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიით დაგეგმილი საკადრო პოლიტიკის აქტივობები, რომლებიც 2021-2022 წლებისთვის უნდა შესრულებულიყო, არ განხორციელებულა;
- სახელმწიფოს მიერ მუნიციპალიტეტებისათვის დეფიციტურ და პრიორიტეტულ საექიმო სპეციალობებშიადამიანური რესურსების მომზადების მიზნით დაფინანსებულისპეციალობის მაძიებლების 8 შემთხვევაში (35%), ხელშეკრულების პირობები შეუსრულებელია. ამასთანავე, სამინისტროს მათთვის დამატებითი სანქციები არ დაუკისრებია;
- დიპლომისშემდგომი სამედიცინო სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში არ არის ნათლად შემუშავებული საექიმო სპეციალობის პრიორიტეტულად განსაზღვრის მექანიზმი.

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება და სერტიფიცირება

სამინისტროსა და რეგულირების სააგენტოს მიერ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოპოვების მექანიზმები შეიცავს რიგ ნაკლოვანებებს:

- საკვალიფიკაციო და სასერტიფიკაციო ტესტების დამტკიცებისა და შესყიდვის პროცესში არ ხორციელდება ხარისხობრივი ნაწილის შესწავლა და მონიტორინგის პროცესი მოიცავს მხოლოდ ტექნიკური მხარის შემოწმებას;
- საკვალიფიკაციო და სასერტიფიკაციო ტესტების განახლებას არ აქვს სისტემური ხასიათი. ტესტების უმეტესობა 2001 წლიდან განახლებულია მხოლოდ 4-ჯერ, ხოლო გარკვეული სპეციალობების ფარგლებში არ შესულა ცვლილებები;
- საგამოცდო ტესტების სრული რაოდენობის 75-80% გამოცდის თარიღამდეა ხელმისაწვდომი ნებისმიერი მსურველისათვის,⁵ გამოცდის მონაწილემ კი უნდა დააგროვოს სწორი პასუხების, მინიმუმ, 75.5% იმისთვის, რომ გამოცდა ჩაითვალოს ჩაბარებულად. ამასთანავე, სასერტიფიკაციო გამოცდა ტარდება მხოლოდ ტესტებით, სადაც მითითებულია ოთხი სავარაუდო პასუხი და არ ხდება გამოსაცდელის პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შეფასება;
- გამოკითხული სპეციალობის მაძიებლების 46% მიუთითებს, რომ დიპლომისშემდგომი სწავლების მეთოდები არარელევანტურია მომავალი საექიმო საქმიანობისათვის სათანადო ცოდნის მისაღებად, ხოლო 44%-ის აზრით, მიღებული ცოდნა არასაკმარისია პაციენტებთან დამოუკიდებელი მომსახურების გაწევისათვის;
- 2014-2019 წლებში დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამების განამახორციელებელმა სასწავლო დაწესებულებებმა, ჯამში – 343 აკრედიტებული პროგრამიდან, 17%-ის შემთხვევაში ნაწილობრივ, ხოლო 65%-ის შემთხვევაში, არ

⁴ საპენსიო ასაკის ქალი 60 წლის და ზევით, მამაკაცი – 65 წლის და ზევით, მათი რაოდენობა გაყოფილია პროფესიულად აქტიური ექთნების საერთო რაოდენობაზე. კურსდამთავრებულთა მაჩვენებელი მოიცავს როგორც უნივერსიტეტის, ისე პროფესიული დაწესებულების კურსდამთავრებულთა რაოდენობას, რომელიც გაყოფილია იმავე პერიოდში პროფესიულად აქტიური ექთნების საერთო რაოდენობაზე.

⁵ ინტერნეტ გვედზე: www.rama.moh.gov.ge



წარმოადგინეს ყოველწლიური თვითშეფასების ანგარიშები. რეგულირების სააგენტოს აღნიშნული სასწავლებლები არ შეუმოწმებია.

სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი განათლება

სამინისტრომ 2018 წლიდან დაიწყო უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის დანერგვა საქართველოში, რაც მნიშვნელოვანი წინაპირობაა სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის მუდმივი ამაღლების უზრუნველყოფისათვის. ამის მიუხედავად, არსებული სისტემა შეიცავს ნაკლოვანებებს:

- უწყვეტი სამედიცინო განათლება არ არის სავალდებულო ყველა მიმართულების პერსონალისთვის და განსაზღვრულია მხოლოდ ზოგიერთი სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებისათვის;
- ქვეყნის მასშტაბით დაბალია პროფესიულად აქტიური ექიმების ჩართულობა უსგ-ის პროგრამებზე როგორც სავალდებულო, ისე არასავალდებულო ნაწილში. 2021 წლის მდგომარეობით, 2018-2021 წლებში 17,632 ექიმიდან უსგ-ში მონაწილეობა მიიღო 43%-მა;
- პერინატალური და ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმების უსგ-ის ქულების შეფასება არ ხდება ყოველწლიურად. შესაბამისად, დაბალია უსგ-ის პროგრამაში მათი ჩართულობა, კერძოდ: 2018-2021 წლებში, დაწესებულებებში მომუშავე მეან-გინეკოლოგებიდან ყოველწლიურად, საშუალოდ, 37% არ იყო ჩართული უსგ-ის პროგრამაში, ხოლო ნეონატოლოგებიდან, საშუალოდ, 23%. 2020-2021 წლებში, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებისა და რადიოლოგების საშუალოდ, 69%-ს არ ჰქონდა მოპოვებული უსგ-ის წლიური კრედიტქულა;
- დაბალია 2021 წელს სტაციონარულ დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმების უსგ-ის პროგრამებში ჩართულობა და ყოველწლიურად განსაზღვრული კრედიტქულების დაგროვების მაჩვენებელი. აღნიშნულ სპეციალისტთა საერთო რაოდენობა შეადგენდა 1,601-ს, მათგან, უსგ-ის წლიური კრედიტქულა კი დააგროვა მხოლოდ 415-მა (26%). 2020-2021 წლებში სტაციონარულ დაწესებულებებში მომუშავე გადაუდებელი მედიცინის 436 ექთნიდან, არც ერთი მათგანი არ იყო ჩართული უსგ-ის პროგრამებში. ამასთანავე, რეგულირების სააგენტოს მიერ 2020-2021 წლებში 269 დაწესებულებიდან შესწავლილია მხოლოდ 20 დაწესებულება. შედეგად, დანერგილი მექანიზმები არ არის საკმარისი სტაციონარულ დაწესებულებებში მომუშავე ექიმების მიერ მოპოვებული უსგ-ის კრედიტქულების შესაფასებლად;
- უსგ-ის პროგრამების ჩატარების ადგილი ექიმებისათვის არ იყო თანაბრად ხელმისაწვდომი გეოგრაფიული თვალსაზრისით. უსგ-ის პროგრამების დამსწრე 4,606 პირთაგან, 1,590-ის (35%) ფაქტობრივი სამუშაო ადგილი არ იყო თბილისი;
- 2018-2021 წლებში უსგ-ის პროგრამებში მსმენელის სტატუსის მქონე 11,192 ექიმიდან 512-მა სპეციალისტმა ერთი და იგივე სავალდებულო უსგ-ის პროგრამა ერთი წლის განმავლობაში გაიარა 2-ჯერ და აღიარებულ იქნა შესაბამისი კრედიტქულა;
- 2018-2021 წლების მიხედვით, ჯამში განხორციელებული 757 უსგ-ის პროგრამიდან, 2020-2021 წლებში მონიტორინგი ჩატარდა 108 (15%) პროგრამაზე, ხოლო სავალდებულო 628 უსგ-ის პროგრამიდან – 90 (14%)-ზე.



სამედიცინო პერსონალის შესახებ ინფორმაციის წარმოება და დაინტერესებული მხარეების კოორდინაცია

განათლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროებს შორის კოორდინაცია სამედიცინო განათლებასთან დაკავშირებით არათანმიმდევრულია, ასევე აუდიტის ფარგლებში გამოიკვეთა სამედიცინო პერსონალის შესახებ ინფორმაციის სისრულესა და სანდოობასთან დაკავშირებული რიგი ხარვეზები, რამაც გამოიწვია შემდეგი:

- სამინისტროს სისტემაში შექმნილი ახალი საინფორმაციო სისტემა სრულად და ბუსტად არ ასახავს პროფესიულად აქტიური ექიმის შესახებ ინფორმაციას.
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის შესახებ მონაცემები არასრულადაა ასახული, ხოლო, რიგ შემთხვევებში, შეიცავს უზუსტობებს;
- სამინისტროს სისტემაში არ არსებობს ერთიანი მონაცემთა ბაზა იმ ექიმების შესახებ, რომელთაც გაიარეს ან/და ესაჭიროებათ პროფესიული რეაბილიტაციის პროგრამის გავლა;
- რეგულირების სააგენტო არ ფლობს ინფორმაციას დიპლომისშემდგომი სამედიცინო პროგრამების ფარგლებში ათვისებული კვოტების შესახებ. კვოტების მინიჭება ხდება სამი წლის ვადით და არ მიმდინარეობს მიღებული სპეციალობის მაძიებლთა რაოდენობის შესახებ მონაცემების შეგროვება;
- განათლების სამინისტროს დაბალი ჩართულობა სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების სტრატეგიების შექმნის პროცესში.

ჩაკომენდაცია სამინისტროს:

ჩაკომენდაცია N 1

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ქვეყანაში არსებული ექიმ-სპეციალისტების დეფიციტის თანმიმდევრულად და ეფექტიანად აღმოფხვრის მიზნით შემუშავდეს:

- პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრის კრიტერიუმი;
- დეფიციტური სპეციალობების განსაზღვრისა და აღმოფხვრის მიზნით შესაბამისი ღონისძიებები;
- პროგრამის შესრულების შეფასების გაზომვადი და შედეგზე ორიენტირებული, როგორც რაოდენობრივი, ისე ხარისხობრივი ინდიკატორები;
- პროგრამის შესრულების კონტროლისა და მონიტორინგის ეფექტიანი მექანიზმები.

ჩაკომენდაცია ჩაბუღიჩაის სააგენტოს:

ჩაკომენდაცია N 2

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების/სასწავლებლების აკრედიტაციის მოთხოვნებთან შესაბამისობის ეფექტიანი ზედამხედველობის მიზნით შეიქმნას მონიტორინგის მექანიზმი – სამედიცინო დაწესებულებების/სასწავლებლების შერჩევის კრიტერიუმები და მონიტორინგის განხორციელების მეთოდოლოგია.



ჩაკომენდაცია საინისტიროსა და ჩაგუნიჩაის სააგენტოს:

ჩაკომენდაცია N 3

ქვეყანაში სათანადო კომპეტენციის ექიმი-სპეციალისტების უზრუნველყოფის მიზნით შემუშავდეს კარგ პრაქტიკაზე დაფუძნებული:

- დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატის მოპოვების მექანიზმი, რომელიც შეაფასებს გამოსაცდელის ცოდნასა და პრაქტიკულ უნარ-ჩვევებს;
- სასერტიფიკაციო გამოცდის ტესტების შექმნის, განახლებისა და ხარისხის კონტროლის მექანიზმი.

ჩაკომენდაცია N 4

უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის ეფექტიანი ფორმირებისა და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის მუდმივად ამაღლების მიზნით:

- დაინერგოს სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) მექანიზმები თითოეული სპეციალობის მიხედვით, პროფესიულად აქტიური სამედიცინო პერსონალის გათვალისწინებით;
- შემუშავდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ სავალდებულო უსგ-ის პროგრამის კრედიტულების დაგროვების ზედამხედველობის ეფექტიანი მექანიზმები;
- შემუშავდეს უწყვეტი სამედიცინო განათლების აკრედიტებული პროგრამების მონიტორინგის ეფექტიანი მექანიზმი.

ჩაკომენდაცია საინისტიროს:

ჩაკომენდაცია N 5

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში საკადრო პოლიტიკის განსაზღვრის მიზნით შემუშავდეს სანდო და სრული ინფორმაციის შეგროვების შემდეგი მექანიზმები:

- არსებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და კვალიფიკაციის შესახებ მონაცემების წარმოება და გონივრულ ვადაში განახლება;
- განათლების ყველა საფეხურის მიხედვით, პოტენციური სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და კომპეტენციის შესახებ მონაცემების მოპოვება;
- განათლების სამინისტრომ უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსათვის მის სისტემაში არსებული პოტენციური სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და კომპეტენციის შესახებ არსებული ინფორმაციის დროული მიწოდება.

ჩაკომენდაცია ჯანმრთელობის დაცვის და განათლების სამინისტროებს:

ჩაკომენდაცია N 6

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სათანადო კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის უზრუნველყოფის მიზნით, სამინისტროებმა შეიმუშაონ დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების საკითხებთან დაკავშირებით ეფექტიანი კოორდინაციის მექანიზმი, რომელიც მოიცავს:

- მისაღწევი შედეგების მიხედვით ანგარიშვალდებულების განსაზღვრას;
- მოცემული მიმართულებით თავსებადი პოლიტიკისა და პროცედურების შემუშავებას;
- შედეგების მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმის განსაზღვრას.



1. შესავალი

1.1. აუდიტის მოტივაცია

2021-2024 წლების სამთავრობო პროგრამის მიხედვით,⁶ ხარისხიანი და საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი, სოციალური სამართლიანობის პრინციპზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შენარჩუნება და შემდგომი განვითარება ქვეყნის ერთ-ერთი უმთავრესი პრიორიტეტია, ხოლო საქართველოს მთავრობის დადგენილებით დამტკიცებული 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიის მიზანი – მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება – ჯანდაცვის სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობისა და ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილების გზით.⁷ სტრატეგიით განსაზღვრული მე-3 მიზანი ითვალისწინებს ჯანდაცვის სექტორში ადამიანური რესურსების განვითარებას, რომელიც გულისხმობს შემდეგი ამოცანების განხორციელებას:

- ადამიანური რესურსების საჭიროებებზე დაფუძნებული დაგეგმვის გაუმჯობესება;
- ადამიანური რესურსების პროფესიული კვალიფიკაციის გაძლიერების ხელშეწყობა;
- ჯანდაცვის სისტემაში ექთნების კომპეტენციების, აღიარებისა და როლის გაზრდა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის რეზოლუციით,⁸ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის (შემდგომ – გაერო) გენერალური ასამბლეის მიერ შემუშავებული 2016-2030 წლების მდგრადი განვითარების მესამე მიზნის შესრულებისათვის, რომელიც ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომობას ეხება,⁹ კრიტიკულ მნიშვნელობას ანიჭებს სამედიცინო პერსონალის როგორც რაოდენობრივი, ისე ხარისხობრივი მახასიათებლებით განვითარებას. აღნიშნული მიზნის მიღწევისათვის, 2016 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (შემდგომ – ჯანმო) შეიმუშავა ახალი სტრატეგია ჯანმრთელობის სფეროს ადამიანური რესურსების ხელშეწყობის შესახებ.¹⁰ სტრატეგია მოიცავს 4 ამოცანას, რომელიც წევრმა ქვეყნებმა უნდა შეასრულონ. რეზოლუციაში ასევე მითითებულია, რომ მდგრადი განვითარების გეგმა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობის შესრულებისათვის, მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნის სამედიცინო პერსონალის მზარდი დეფიციტი. აღნიშნულს ადასტურებს 2022 წელს ჟურნალ „ლანცეტში“ გამოქვეყნებული სტატია,¹¹ რომლის მიხედვით: 2019 წლის მდგომარეობით მსოფლიოს დამატებით ესაჭიროება 6.4 მილიონი ექიმი და 30.6 მილიონი ექთანი, რათა მიაღწიოს დასახულ მიზანს.

2016 წელს გამოქვეყნდა გაეროს მაღალი დონის საბჭოს ექსპერტთა ჯგუფის ანგარიში,¹² სადაც მითითებულია, რომ სამედიცინო პერსონალის განვითარებაში ჩადებული ინვესტიცია ქმნის

⁶ https://www.gov.ge/files/68_78117_645287_govprogramme2021-2024.pdf, სამთავრობო პროგრამა 2021-2024 – „ევროპული სახელმწიფოს მშენებლობისათვის“, 2020 წლის დეკემბერი.

⁷ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5453716?publication=0>, საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 2 მაისის N230 დადგენილება „საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

⁸ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-en.pdf WHA69.19.

⁹ <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>.

¹⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>.

¹¹ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00532-3/fulltext#gr2](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00532-3/fulltext#gr2) lancet 2022; 399: 2129-54.

¹² <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250040> World Health Organization (2016). High-level commission on health employment and economic growth: report of the expert group.



ინკლუზიური ეკონომიკის ზრდის პირობას და ახალ სამუშაო ადგილებს, რომელიც, თავის მხრივ, გავლენას ახდენს ეკონომიკურ სტაბილურობასა და უსაფრთხოებაზე.

საქართველოს 2021 წლის სტატისტიკური ცნობარის მიხედვით, ქვეყანას 100,000 მოსახლეზე 606 ექიმი და 595 პროფესიულად აქტიური ექთანი ჰყავს. საქართველოს ექიმების რაოდენობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონისა და ევროკავშირის ქვეყნების მაჩვენებელს, ხოლო ექთნების რაოდენობით – მნიშვნელოვნად ჩამორჩება, სადაც ერთ ექიმზე, საშუალოდ, 2-3 ექთანი მოდის;¹³ საქართველოში კი თითქმის თანაბარია ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის შეფარდება, დაახლოებით, ერთი ექთანი¹⁴ – ერთ ექიმზე. მიუხედავად ექიმების საკმარისი რაოდენობისა, ჯანმო მიუთითებს, რომ მნიშვნელოვანია მათი ქვეყნის მასშტაბით ხელმისაწვდომობა და კომპეტენცია.¹⁵

საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ (შემდგომ – კურაციო) მე-10 ტალღის ბარომეტრის მიხედვითაც აღნიშნულია სამედიცინო პერსონალის ასიმეტრიულობა (მეტი – ექიმი, ნაკლები – ექთანი) და ხაზგასმულია, რომ განვითარებულ ქვეყნებში სამედიცინო დანესებულების ხარჯის, დაახლოებით, 60-70% დასაქმებულთა ხელფასზე მოდის. ჯანდაცვაში ექიმების სახით გაცილებით ძვირადღირებული ადამიანური რესურსის გამოყენება (ნაცვლად – ექთნებისა) ჯანდაცვის მომსახურებას მნიშვნელოვნად აძვირებს. არსებობს საექიმო სპეციალობები, სადაც ქვეყანას ექიმი თითქმის არ ჰყავს და თუ ჰყავს – არასაკმარისი რაოდენობით. ექიმების სიჭარბის გარდა, სამედიცინო კადრები ქვეყანაში არათანაბრად არიან გადანაწილებულნი. თბილისს, სადაც ქვეყნის მოსახლეობის მხოლოდ 30% ცხოვრობს, დაახლოებით, 15,000 ექიმი ემსახურება. ქვეყნის მოსახლეობის დანარჩენ 70%-ს კი – მხოლოდ 8,000 ექიმი.¹⁶ „კურაციოს“ კვლევაში ასევე აღნიშნულია, რომ დაბალია ექიმების პროდუქტიულობა და გამოთქმულია ვარაუდი, რომ აღნიშნული გარემოება ნაწილობრივ ექთნების დეფიციტითაც არის განპირობებული.

საქართველოში 2008 წლიდან გაუქმდა სავალდებულო უწყვეტი პროფესიული ტესტირების ჩაბარების ვალდებულება.¹⁷ ექიმებისათვის ერთადერთი კომპეტენციის განმსაზღვრელი სახელმწიფო ბერკეტია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დასაწყებად სავალდებულო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარება, რომლის ტესტებიც წინასწარ ხელმისაწვდომია რეგულირების სააგენტოს ოფიციალურ ვებგვერდზე.¹⁸ ამასთანავე, საქართველოში რამდენიმე საექიმო სპეციალობისთვის სავალდებულოა უწყვეტი პროფესიული განათლება; ექთნების შემთხვევაში კი, საერთოდ არ არსებობს კვალიფიკაციის დამადასტურებელი ისეთი პროცედურა, როგორიცაა, სერტიფიცირება ან/და ლიცენზირება.¹⁹

¹³ სსიპ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა – სტატისტიკური ცნობარი 2021.

¹⁴ საქართველოს 2021 წლის ეროვნული სტატისტიკური ცნობარის მიხედვით, პროფესიონალურად აქტიური ექთნების (595,3) და ექიმების (606,4) თანაფარდობა 100,000 მოსახლეზე.

¹⁵ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330> Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the sustainable Development Goals, World Health Organization 2016.

¹⁶ საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“ (2016-2018). ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში – ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრის მე-10 ტალღა: <http://curatiofoundation.org/ge/barometer10/>.

¹⁷ „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის თაობაზე, 2008 წლის 21 მარტი, N5999.

¹⁸ <http://rama.moh.gov.ge/geo/list/show/29-sasertifikatsio-testebi>.

¹⁹ Richardson E, Berdzuli N (2017). Georgia: Health system review. Health Systems in Transition, 2017; 19(4):1–90.



გემოაღნიშნული გარემოებები მიუთითებს სისტემაში არსებულ პრობლემებზე. შესაბამისად, არსებობს რისკი იმისა, რომ აღნიშნული გამოწვევის დასაძლევად არ იყო მიღებული დროული და ეფექტიანი ზომები, სათანადო რაოდენობისა და კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფისათვის.

1.2. აუდიტის მიზანი და მთავარი კითხვები

აუდიტის მიზანია შეფასდეს, რამდენად უზრუნველყოფს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა (შემდგომ – სამინისტრო) და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს (შემდგომ – განათლების სამინისტრო) და მათ სისტემაში შემავალი ერთეულების მიერ დანერგილი მექანიზმები, ქვეყანაში სამედიცინო პერსონალის საკმარისი რაოდენობისა და შესაბამისი კვალიფიკაციის არსებობას.

აუდიტის კითხვებად განისაზღვრება:

1. რამდენად შეესაბამება არსებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და განაწილება ქვეყნის მოთხოვნებს?
 - 1.1 რამდენად არის განსაზღვრული სამინისტროს მიერ სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და განაწილება ქვეყნის საჭიროების შესაბამისად?
 - 1.2 არსებული მექანიზმები რამდენად უზრუნველყოფს საკმარისი სამედიცინო პერსონალის არსებობას ქვეყნის მასშტაბით?
2. არსებული მექანიზმები რამდენად უზრუნველყოფს კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის არსებობას?
 - 2.1 რამდენად უზრუნველყოფს დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის არსებობას?
 - 2.2 რამდენად ეფექტიანია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოპოვების მექანიზმები კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის უზრუნველსაყოფად?
 - 2.3 რამდენად უზრუნველყოფს არსებული უწყვეტი პროფესიული განათლების მექანიზმი კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის არსებობას?
 - 2.4 სხვა რა ფაქტორები ახდენს გავლენას გამოვლენილ ნაკლოვანებებზე?
3. რამდენად უზრუნველყოფს დანერგილი მექანიზმები დაინტერესებული მხარეების ჩართულობასა და კოორდინაციას, საკმარისი რაოდენობის კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის არსებობისათვის?



1.3. აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია

აუდიტის ობიექტად განისაზღვრა სამინისტრო, განათლების სამინისტრო და სსიპ – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო (შემდგომ – რეგულირების სააგენტო). აუდიტის პერიოდად განისაზღვრა 2018-2021 წლები. აუდიტის მიზნებიდან გამომდინარე, ასევე გამოყენებულია აუდიტის წინა და შემდგომი პერიოდების ინფორმაცია.

აუდიტის საგნად განისაზღვრა საკმარისი რაოდენობისა და სათანადო კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის უზრუნველყოფისათვის ქვეყანაში დანერგილი მექანიზმების ეფექტიანობა. აუდიტის მასშტაბიდან გამომდინარე, სამედიცინო პერსონალი მოიცავს შემდეგ სპეციალობებს:

- ექიმ-სპეციალისტი – დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი;
- ექთანი;
- ბეზიაქალი.

საკითხების შესასწავლად აუდიტის ჯგუფმა გამოიყენა შემდეგი მეთოდები:

- მარეგულირებელი ნორმების შესწავლა და ანალიზი;
- დოკუმენტური ინფორმაციის ანალიზი;
- მონაცემთა ბაზების ანალიზი;
- საერთაშორისო პრაქტიკისა და სტანდარტების გაცნობა;
- დაინტერესებული მხარეების გამოკითხვა;
- პასუხისმგებელ პირებთან ინტერვიუები.

აუდიტის კითხვებზე პასუხის გასაცემად განხორციელდა შემდეგი აუდიტორული პროცედურები:

1. რამდენად შეესაბამება არსებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და განაწილება ქვეყნის მოთხოვნებს? – აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა სამინისტროს, განათლების სამინისტროსა და მათ სისტემაში შემავალი ერთეულების მიერ გატარებული ღონისძიებები სამედიცინო პერსონალის სათანადო რაოდენობის უზრუნველყოფის კუთხით. აღნიშნული პროცესი მოიცავდა შესაბამისი მარეგულირებელი დოკუმენტაციის ანალიზს, 2018-2021 წლებში უნივერსიტეტებსა და პროფესიულ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში სამედიცინო პროგრამებზე მისაღები სტუდენტების რაოდენობისა და კურსდამთავრებულთა შესახებ მონაცემების, დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამებზე მისაღები სტუდენტების (კვოტების) რაოდენობისა და კურსდამთავრებულთა შესახებ მონაცემების, საკვალიფიკაციო და სასერტიფიკაციო გამოცდებზე გამსვლელთა და ჩაბარებულთა რაოდენობის შესახებ მონაცემების, სერტიფიცირებული და დასაქმებული ექიმების/ექთნების მონაცემთა ბაზების რაოდენობრივ ანალიზს; ასევე განხორციელდა სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარესთან ინტერვიუები (სამინისტროების, სააგენტოების, უნივერსიტეტისა და პროფესიული ასოციაციის წარმომადგენლები); გაანალიზდა ადამიანური რესურსების დაგეგმვის კუთხით სხვადასხვა ქვეყნის პრაქტიკა; სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის გადამოწმების მიზნით, სისტემის მომხმარებელთა ბაზიდან შეირჩა 31 დაწესებულების 490 დასაქმებული, რომლებზეც დაწესებულებებმა მოგვანოდეს დასაქმების შესაბამისი ხელშეკრულება, სერტიფიკატი/დიპლომი ან სხვა სპეციალობის დამადასტურებელი დოკუმენტი.

2. არსებული მექანიზმები რამდენად უზრუნველყოფს კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის არსებობას? – აუდიტის ჯგუფმა განახორციელა შემდეგი აუდიტორული პროცედურები: სამინისტროს მიერ ექიმებისა და ექთნების სათანადო კვალიფიკაციის უზრუნველყოფისათვის გატარებული პოლიტიკისა და დანერგილი მექანიზმების ანალიზი; 2018-2021 წლების საკვალიფიკაციო და სასერტიფიკაციო გამოცდების მონაცემთა ბაზის რაოდენობრივი ანალიზი; 2012-2021 წლებში საკვალიფიკაციო და სასერტიფიკაციო გამოცდებისათვის განსაზღვრული ტესტების შესყიდვის/განახლების პროცედურების შესწავლა; 2018-2021 წლებში დიპლომისშემდგომი სამედიცინო და უწყვეტი პროფესიული განათლების პროგრამების მონიტორინგის მონაცემების შესწავლა/ანალიზი; ელპროგრამა „სისტემის მომხმარებლების“ მიხედვით, 2021 წლის მდგომარეობით პროფესიულად აქტიური ექიმებისა და ექთნების შესახებ არსებული მონაცემების ანალიზი, ასევე სერტიფიცირებული ექიმების მიმდინარე მდგომარეობით დასაქმების მონაცემების შესწავლა/ანალიზი: სსიპ – შემოსავლების სამსახურიდან გამოთხოვილ იქნა სერტიფიცირებული ექიმებისა (2022 წლის მდგომარეობით) და პროფესიულად აქტიური ექთნების შესახებ 2018-2021 წლებში დარიცხული ხელფასები; შედგა სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარესთან ინტერვიუები (სამინისტროების, სააგენტოების, უნივერსიტეტისა და პროფესიული ასოციაციის წარმომადგენლები); ჩატარდა დაინტერესებული მხარეების გამოკითხვა: გამოიკითხნენ სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელები. აღნიშნული პროცედურისთვის რეგულირების სააგენტოსაგან მოწოდებული 2022 წლის მდგომარეობით არსებული სანებართვო პირობებს დაქვემდებარებული სტაციონარებისა და ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნებით, შეტყობინებას დაქვემდებარებული სამედიცინო საქმიანობის განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების რეესტრიდან შერჩეულ იქნენ სტაციონარული და ამბულატორიული დაწესებულებების სერვისის მიმწოდებლები. კითხვარის მიზნებიდან გამომდინარე, 239 სტაციონარული და 465 ამბულატორიული დაწესებულებიდან (რეგიონების გათვალისწინებით) შეირჩა 300 სამედიცინო დაწესებულება, რომელთა ხელმძღვანელებთან შედგა სატელეფონო ინტერვიუები (შეივსო 100 კითხვარი, გამოიკითხნენ 70 ამბულატორიის და 30 სტაციონარული დაწესებულების თანამშრომლები, სულ – 14%). არსებული უსგ-ის სისტემის ნაკლოვანებების გამოსავლენად, უკვე შერჩეული სამედიცინო დაწესებულებების მიხედვით, შეირჩნენ პროფესიულად აქტიური ექიმები. 2021 წლის ივნისის მდგომარეობით, სამინისტროს მიერ მოწოდებული პროფესიულად აქტიური ექიმების ბაზაში ხელმისაწვდომი იყო 7,098 ექიმის ელექტრონული ფოსტა, რაზეც კითხვარი დაეგზავნათ ელექტრონულად, შეივსო 359 კითხვარი; 2018-2021 წლებში სერტიფიცირებული ექიმების, 2018-2021 წლებში დიპლომისშემდგომ სამედიცინო პროგრამებში ჩართული სპეციალობის მაძიებელთა გამოკითხვის მიზნით, რეგულირების სააგენტოს მიერ მოწოდებული მაძიებელთა მონაცემებიდან შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით შეირჩა 1,057 რეზიდენტი. მათთან განხორციელდა როგორც სატელეფონო გამოკითხვა, ისე ელფოსტის მისამართებზე გაიგზავნა და სულ შეივსო 313 კითხვარი. სასერტიფიკაციო გამოცდის ნაკლოვანებების გამოვლენის მიზნით, ასევე ჩატარდა 2018-2021 წლებში სასერტიფიკაციო გამოცდაზე გასულ პირთა გამოკითხვა, რისთვისაც საკონტაქტო მონაცემების გათვალისწინებით, შეირჩა 1,757 რესპონდენტი, რომელთაც ელფოსტის მისამართზე გაეგზავნათ შესაბამისი კითხვარი და ეს კითხვარი სულ 157 პირმა შეავსო; ასევე გამოიკითხნენ პაციენტები შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის მიმართვების და ორსულთა 2021 წლის რეგისტრის მონაცემიდან შერჩეულ იქნა 400 პაციენტი, ვისთანაც შედგა სატელეფონო ინტერვიუ და სულ შეივსო 100 კითხვარი; 2018-2021 წლებში დიპლომისშემდგომი სამედიცინო სახელმწიფო პროგრამის შესრულების და მასთან დაკავშირებული დოკუმენტებისა და მონაცემების ანალიზი (დეფიციტური და პრიორიტეტული სპეციალობის განსაზღვრის საფუძვლები,



კურსდამთავრებულთა დასაქმების მაჩვენებელი, სპეციალობის მაძიებელთა რაოდენობის ანალიზი სპეციალობების მიხედვით); აუდიტის ჯგუფი გაეცნო ადამიანური რესურსების დაგეგმვის კუთხით სხვადასხვა ქვეყნის პრაქტიკას.

3. რამდენად უზრუნველყოფს დანერგილი მექანიზმები დაინტერესებული მხარეების ჩართულობასა და კოორდინაციას კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის არსებობისათვის? – აუდიტის ჯგუფმა განახორციელა შემდეგი პროცედურები: აუდიტის საგანთან დაკავშირებული პროფესიული საბჭოების შექმნისა და საქმიანობასთან დაკავშირებული დოკუმენტაციის გაცნობა/ანალიზი; სხვადასხვა შეხვედრის ოქმების დაიდენტიფიცირება/ანალიზი; გამოითხოვა და გააანალიზა საექთნო საქმიანობის განვითარების სტრატეგიის შესრულების ანგარიშები, ასევე გაეცნო ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიის შექმნის პროცესში განათლების სამინისტროს ჩართულობას; ჩაატარა ინტერვიუები სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარესთან (სამინისტროების, სააგენტოების, უნივერსიტეტების, პროფესიული ასოციაციის წარმომადგენლები); ასევე გაეცნო ადამიანური რესურსების დაგეგმვის კუთხით სხვადასხვა ქვეყნის პრაქტიკას.

1.4. აუდიტის კრიტერიუმები

აუდიტის პროცედურების ჩატარებისას გამოყენებულ იქნა შემდეგი კრიტერიუმების წყაროები:

- საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები;
- შესაბამისი უწყებების სტრატეგიები;
- საერთაშორისო პრაქტიკა;
- საერთაშორისო ორგანიზაციების რეკომენდაციები და კვლევები.

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი – კანონის მიზანია უზრუნველყოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის შესაბამისი პროფესიული განათლება და პრაქტიკული მომზადება, მის პროფესიულ საქმიანობაზე სათანადო სახელმწიფო ზედამხედველობის დაწესება, მისი უფლებების დაცვა, აგრეთვე ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების საექიმო საქმიანობაში დამკვიდრებით საქართველოს მოსახლეობის მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება. ამასთანავე, კანონი განმარტავს ექიმის უფლება-მოვალეობებსა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოსაპოვებლად დასაკმაყოფილებელ კრიტერიუმებს.

საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგია – სტრატეგიის მიზანია ჯანდაცვის სერვისების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ხელშეწყობა საექთნო სფეროში კვალიფიციური ადამიანური რესურსების გენერირების და პროფესიული რეგულირების მდგრადი სისტემის ჩამოყალიბების გზით. აღნიშნული მიზნის მიღწევისათვის დასახულია 5 ამოცანის განხორციელება.

საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის N624 დადგენილება „დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ – პროგრამის მიზანია ექიმი-სპეციალისტების მომზადების გზით ქვეყნის თანამედროვე სტანდარტებისა და საერთაშორისო რეკომენდაციების შესაბამისი დონის ექიმი-სპეციალისტებით უზრუნველყოფა. დადგენილებით განსაზღვრულია დეფიციტური და პრიორიტეტული საექიმო სპეციალობები, რომელთა



მიხედვით მზადება დაფინანსდება პროგრამის ფარგლებში და აღნიშნულ სპეციალობებში გათვალისწინებულია ადგილების (კვოტების) რაოდენობა, ასევე – საექიმო სპეციალობის მაძიებელთა შერჩევის წესი და დაფინანსების მეთოდოლოგია. პროგრამის ერთ-ერთი კომპონენტია საკვალიფიკაციო და სასერტიფიკაციო ტესტ-კითხვების გადამუშავებისა და ბაზების განახლების დაფინანსება.

საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ – დადგენილებაში შესული ცვლილებით, ზოგიერთი ტიპის მომსახურების განწესის ნებართვის მოპოვების პირობებად განისაზღვრა შესაბამისი სპეციალობის ექიმი-სპეციალისტისათვის და ექთნისათვის უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის გავლა ან/და განსაზღვრული კრედიტულების დაგროვება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის N135/ნ ბრძანება „რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომის შემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვის და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დაწესებულებების ან/ და სასწავლებლების აკრედიტაციის კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ, რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა“ – ბრძანებაში განერილია რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის გასავლელად საჭირო მოთხოვნები, ასევე შესაბამისი სასწავლო დაწესებულებების აკრედიტაციის პროცესი და ამ პროცესზე პასუხისმგებელი სტრუქტურების უფლება-მოვალეობები.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის 2015 წლის 15 იანვრის N01-2/ნ ბრძანება „ანტენატალური და პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ – დადგენილების მიხედვით ყველა დონის ანტენატალური და პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების შესაბამისმა პერსონალმა, უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობის საშუალებით, უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში უნდა დააგროვოს სხვადასხვა კრედიტულა.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანური რესურსების შესახებ გლობალური სტრატეგია: „სამუშაო ძალა 2030“²⁰ – სტრატეგია მოიცავს 4 ამოცანას, რომელიც წევრმა ქვეყნებმა უნდა შეასრულონ:

- ამოცანა N1. სამედიცინო ძალის ოპტიმიზაცია საყოველთაო ჯანდაცვისა და მდგრადი განვითარების გეგმის მისაღწევად;
- ამოცანა N2. ქვეყნის მოსახლეობის მიმდინარე და მომავალი სამედიცინო საჭიროებების გათვალისწინებით ჩადონ ინვესტიცია ჯანმრთელობის დაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებაში, სადაც გათვალისწინებული იქნება სამუშაო ძალის ბაზრის დინამიკა და საგანმანათლებლო პოლიტიკა;
- ამოცანა N3. ეფექტიანი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკის ზედამხედველობისა და მართვის მიზნით შექმნას ინსტიტუციური შესაძლებლობა;
- ამოცანა N4. ეროვნული, რეგიონალური და ასევე გლობალური სტრატეგიის მონიტორინგისა და ანგარიშვალდებულების მიზნით სრულყოს მონაცემები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოღვაწე ადამიანური რესურსების შესახებ.

²⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>.

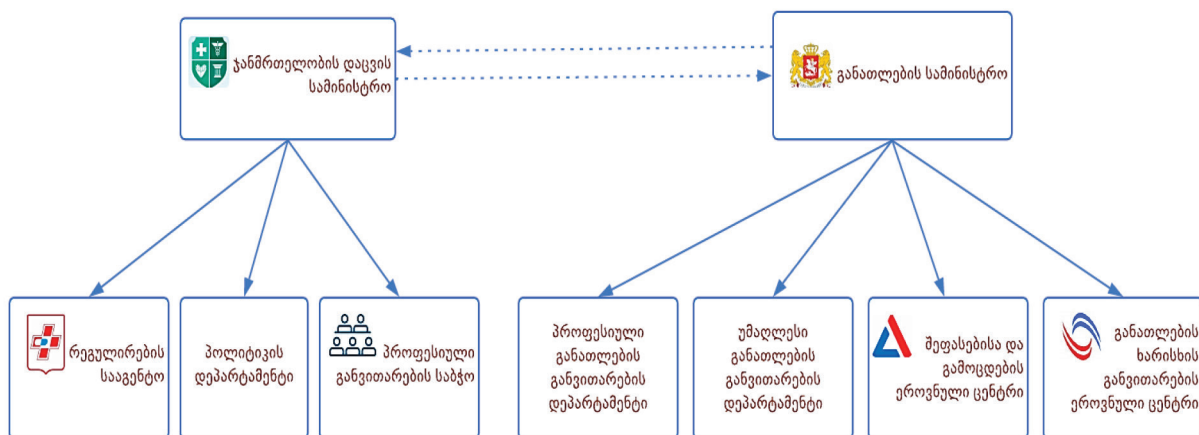


2. ზოგადი ინფორმაცია

2.1. სჯაროს აღწერა

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამედიცინო პერსონალის (ექიმი და ექთანი) შესახებ სახელმწიფო პოლიტიკას თავისი უფლება-მოვალეობების ფარგლებში განსაზღვრავს სამინისტრო. საქართველოს კანონი ადგენს მოთხოვნებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მინიჭების შესახებ.²¹ ექიმებისაგან განსხვავებით, ექთნების საქმიანობა არ რეგულირდება საქართველოს კანონმდებლობით.

სქემა N2.1.1 სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის უზრუნველყოფის სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურა

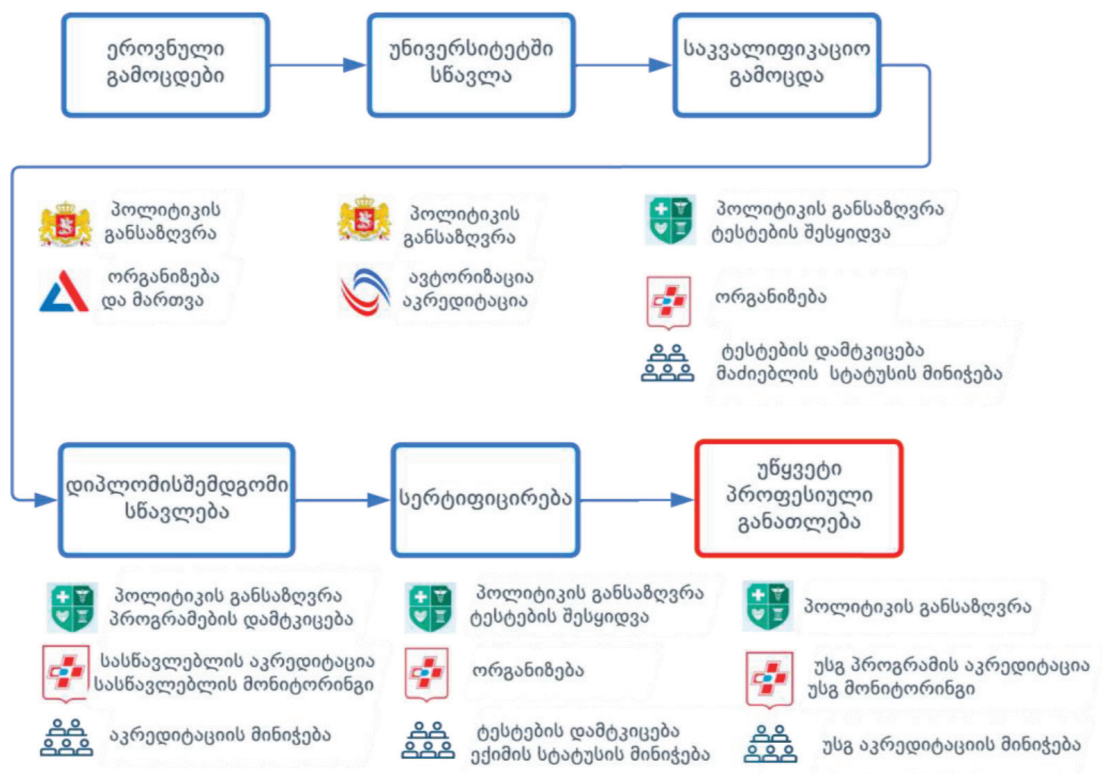


დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება აქვს საქართველოს, ან უცხო ქვეყნის მოქალაქეს ან მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომელმაც დაამთავრა საქართველოს სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო დაწესებულება და კანონით დადგენილი წესით მიიღო დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი.²² აღნიშნული უფლების მოსაპოვებლად დაინტერესებული პირი გადის განათლების მიღებისა და კვალიფიკაციის დადასტურების ხანგრძლივ გზას. ამასთანავე, მხოლოდ რამდენიმე დარგის ექიმ-სპეციალისტს მოეთხოვება უწყვეტი პროფესიული განათლების (უპკ) პროგრამების გავლა კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების გაწევისას.

²¹ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“.

²² საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“.

სქემა N2.1.2 ექიმის კვალიფიკაციის მოსაპოვებლად გასავლელი სავალდებულო საფეხურები და განმახორციელებელი ორგანიზაციები



განათლების განსხვავებულ საფეხურებს გადის დაინტერესებული პირი ექთნის/ბეგბიქალის კვალიფიკაციის მოსაპოვებლად. ამ ეტაპზე, საქართველოში საექთნო განათლებისათვის მოქმედებს ორი მექანიზმი: პროფესიული დანესეხულებები და უნივერსიტეტები.

სქემა N2.1.3 ექთნის კვალიფიკაციის მოსაპოვებლად გასავლელი სავალდებულო საფეხურები და განმახორციელებელი ორგანიზაციები



დაფინანსების მექანიზმი და დაგროვილი სასწავლო კრედიტების რაოდენობა განსხვავებულია ექთნების საუნივერსიტეტო და პროფესიული განათლების შემთხვევაში, შესაბამისად, საბოლოო მინიჭებული კვალიფიკაციის დონეც განსხვავებულია ეროვნული კვალიფიკაციის ჩარჩოს მიხედვით.²³

განათლების პირველი საფეხურის (ორივე პროფესიის შემთხვევაში) პოლიტიკის განმსაზღვრელია (იხ. სქემა N2.1.3) განათლების სამინისტრო. ამასთან ერთად, განათლების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმებს ახორციელებს სსიპ – განათლების ხარისხის განვითარების სააგენტო (შემდგომ – ხარისხის სააგენტო) სამედიცინო უნივერსიტეტებისა და პროფესიული დაწესებულებების ავტორიზაციის გზით, საუნივერსიტეტო პროგრამები ასევე გადის აკრედიტაციის პროცესს. სწავლის საფასურის დაფინანსების განსხვავებული მექანიზმია უმაღლესი და პროფესიული დაწესებულებების სწავლის მსურველთათვის. უნივერსიტეტში აკრედიტებულ პროგრამაზე სწავლის მსურველს უფლება აქვს მოიპოვოს სახელმწიფო დაფინანსება ერთიანი ეროვნული გამოცდების ჩაბარების გზით.

ცხრილი N2.1.1 2018-2019 წლებში სამედიცინო პროგრამების სტუდენტებზე²⁴ გაწეული სახელმწიფო ხარჯი

წელი	2018	2019	2020	2021
ლარი	6,140,075.00	7,042,850.00	7,185,500.00	7,320,512.50

პროფესიულ დაწესებულებებში საექთნო პროგრამებზე სწავლის მსურველებისთვის სწავლის საფასურის დაფინანსების მეთოდი განსხვავდება.

2019 წლამდე სამინისტრო აფინანსებდა მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ დაფუძნებულ პროფესიულ დაწესებულებებს, თუმცა საექთნო პროგრამების დაფინანსების რაოდენობა 2021 წელს გაიზარდა, რადგან სწორედ ამ წელს გახდა კერძო მიმწოდებლების სავალდებულო ერთიანი მიღების პროცესში ჩართვა და, შესაბამისად, დაფინანსების მიღებაც.²⁵

ცხრილი N2.1.2 2018-2019 წლებში პროფესიულ დაწესებულებებში საექთნო პროგრამებზე სახელმწიფოს მიერ გაწეული ხარჯი²⁶

წელი	2018	2019	2020	2021
ლარი	402,345.31	618,604.83	897,488.43	3,164,110.41

საქართველოში ექიმებისათვის, გარდა საუნივერსიტეტო განათლებისა, აუცილებელია პროფესიული საბჭოს მიერ აკრედიტებული დიპლომისშემდგომი სამედიცინო პროგრამის გავლა, რომელიც ფასიანია და, ძირითადად, ფინანსდება თავად ექიმის სტატუსის მაძიებლის მიერ. 2014 წლის ნოემბრიდან საქართველოში მოქმედებს დიპლომისშემდგომი

²³ საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის მინისტრის 2019 წლის 10 აპრილის N69/ნ ბრძანება.

²⁴ იგულისხმება დიპლომირებული ექიმის, სტომატოლოგისა და ექთნის/ბეგბიქალის პროგრამების სტუდენტები. ხარჯი: სახელმწიფო სემესტრული გრანტი, სოციალური სემესტრული დაფინანსება, უცხო ქვეყნის სტუდენტების სემესტრული დაფინანსება.

²⁵ საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის 2021 წლის 2 ივლისის N42/ნ ბრძანება „პროფესიულ საგანმანათლებლო პროგრამაზე ჩარიცხვის წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ“.

²⁶ ვაუჩერის ფარგლებში საექთნო პროგრამების განმახორციელებლებზე გადარიცხული თანხა.

სამედიცინო განათლების სახელმწიფო პროგრამა,²⁷ რომლის თავდაპირველი მიზანი იყო მაღალმთიანი და საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტებისათვის დეფიციტურ და პრიორიტეტულ საექიმო სპეციალობებში საექიმო სპეციალობების მაძიებელთა დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) მიზნობრივი დაფინანსება. პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრული იყო რვა პრიორიტეტული სპეციალობა და დასაფინანსებელ მაძიებელთა წლიური მაქსიმალური რაოდენობა (თითოეული სპეციალობისათვის 5 ადგილი).²⁸ 2019 წლის მაისიდან პროგრამა გაფართოვდა,²⁹ დაემატა ერთი კომპონენტი, რომლის მიზანია დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების/სარეზიდენტო) პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. აღნიშნული კომპონენტის ფარგლებში ფინანსდება სამინისტროს მიერ განსაზღვრული 4 პრიორიტეტული საექიმო სპეციალობა;³⁰ ასევე პროგრამას დაემატა სოციალურად დაუცველი საექიმო სპეციალობის მაძიებლის დაფინანსება. პროგრამის ფარგლებში ვაუჩერული მეთოდით ფინანსდება დეფიციტურ/პრიორიტეტულ სარეზიდენტო პროგრამაზე ჩარიცხული მაძიებელი, არაუმეტეს 2,200 ლარით. 2014-2021 წლებში სულ 35 მაძიებელმა დაასრულა სწავლა დიპლომისშემდგომ სამედიცინო პროგრამაზე.

ცხრილი N2.1.3 2018-2019 წლებში დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო პროგრამის დაგეგმილი ბიუჯეტი და ფაქტობრივი შესრულება

წელი	გეგმა	შესრულება %
2017	1,000,000.00	13%
2018	800,000.00	21%
2019	800,000.00	77%
2020	500,000.00	14%
2021	500,000.00	14%

აღნიშნული პროგრამა წლების განმავლობაში გამოირჩევა შესრულების დაბალი მაჩვენებლით. სამინისტროს მხრიდან 2020 და 2021 წლებში დაბალი შესრულების მიზეზად დასახელებულია შემდეგი: ქვეყანაში შექმნილი მძიმე ეპიდემიოლოგიური ვითარებიდან გამომდინარე, პროგრამის ფარგლებში დაგეგმილი ღონისძიებები სრულად ვერ განხორციელდა. შესაბამისად, პროგრამის ფარგლებში წარმოქმნილი რესურსი მიიმართა სამინისტროს სხვა პრიორიტეტული მიმართულებების დასაფინანსებლად.³¹ 2019 წელი ბიუჯეტის შესრულების კუთხით წარმოდგენს გამონაკლისს, რადგან პროგრამის ფარგლებში საქართველოს რეგიონებში სოფლის ექიმები გადამზადდნენ გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების მართვის მიმართულებით.

²⁷ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის N624 დადგენილება.

²⁸ ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია, შინაგანი მედიცინა, პედიატრია, ზოგადი ქირურგია, მეანობა-გინეკოლოგია, გადაუდებელი მედიცინა, ნეონატალოგია და სოციალური მედიცინა.

²⁹ საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 1 მაისის N215 დადგენილება „დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის N624 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“, მუხლი 1, პუნქტი 2.

³⁰ პათოლოგიური ანატომია, ფსიქიატრია, ფთიზიატრია-პულმონოლოგია და ბავშვთა ფთიზიატრია-პულმონოლოგია.

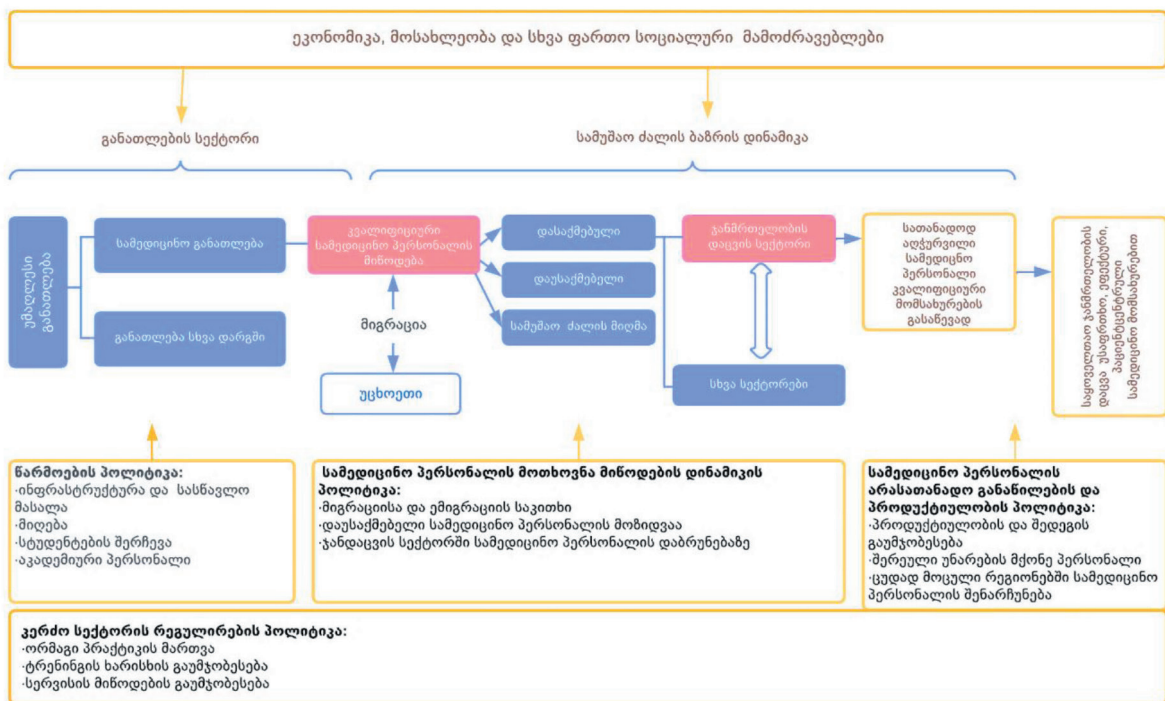
³¹ <https://www.mof.ge/5411>.



აუდიტის მიზნობრივი

ჯანმრთელობის მიერ შემუშავებული ადამიანური რესურსების ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში 2030 წლის გლობალური სტრატეგიის მიხედვით (შემდგომ – სამუშაო ძალა 2030), ჯანდაცვის სექტორში ეფექტიანი და ძლიერი სამუშაო ძალის შესაქმნელად, რომელიც სათანადოდ უზრუნველყოფს 21-ე საუკუნის პრიორიტეტებს, მოითხოვს ეფექტიან თანხვედრას სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და უნარების მოსახლეობის ამჟამინდელ და სამომავლო საჭიროებებთან. მოსალოდნელია, რომ მოთხოვნა სამედიცინო პერსონალის რაოდენობაზე გაიზრდება გლობალურად, ამიტომ სათანადო რაოდენობისა და კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის არსებობისათვის საჭირო იქნება მათი განათლებისა და დასაქმების პოლიტიკისა და დაფინანსების შესაბამისად განსაზღვრა.³²

სქემა N1. პოლიტიკის ბერკეტები ჯანდაცვის სფეროში სამუშაო ძალის ფორმირებისათვის



სტრატეგია ითვალისწინებს ახალ მტკიცებულებებს და საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითებს, რომელიც ეფუძნება ჯანდაცვის სექტორში სამუშაო ძალის განვითარების სხვადასხვა ასპექტს: შეფასებას, დაგეგმვას, განათლებას, მართვას, შენარჩუნებას, სტიმულირებასა და პროდუქტიულობას.

³² <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1> Global Strategy on Human resource in Health: Workforce 2030, WHO 2016.



3. სამედიცინო პერსონალის ჩაოქმედების საფიქრებელი განსაზღვრა

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამუშაო ძალის სტრატეგიის მიხედვით, ქვეყნებმა უნდა შეიმუშაონ პოლიტიკა და სტრატეგია სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობის შესახებ. აღნიშნული მნიშვნელოვანია როგორც სამედიცინო პერსონალის სამუშაო ძალის ბაზრის ფორმირებისთვის, ასევე პროდუქტიული და ეფექტიანი პოლიტიკის შესამუშავებლად, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის ამჟამინდელ საჭიროებებს და განსაზღვრავს სამომავლო მოლოდინებს.³³ ამასთანავე, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაფასებლად ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, მისი გადანაწილება ქვეყნის მასშტაბით და საგანმანათლებლო ინსტიტუციების მწარმოებლურობა.³⁴

საქართველოში 2022 წლამდე არ არსებობდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის შესახებ ერთიანი სტრატეგია. ცალკეულ სტრატეგიაში, როგორებიცაა: ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების 2015-2020 სტრატეგიული დოკუმენტი³⁵ და საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგია,³⁶ ფრაგმენტულად არის ასახული სამედიცინო პერსონალის დაგეგმვის საკითხები, რომელთა უმეტესობა შეუსრულებელია.

მონაცემთა ანალიზით გამოვლინდა სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული დისბალანსი. 2021 წლის მდგომარეობით პროფესიულად აქტიური ექიმი, რომელსაც სერტიფიცირებულთა რეესტრის მიხედვით, ასევე აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატი, იყო ჯამში – 17,632, მათი უმეტესობა (58%) კონცენტრირებულია თბილისში. 100 000 მოსახლეზე 905 ექიმია დასაქმებული თბილისში მაშინ, როცა რეგიონებში მათი რაოდენობა დედაქალაქთან შედარებით, ნახევარზე ნაკლებია, ყველაზე მცირე მოცვა კი არის სამცხე-ჯავახეთში, 187 ექიმი მოდის მოსახლეობის იმავე რაოდენობაზე.

³³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1> Global Strategy on Human resource in Health: Workforce 2030, WHO 2016.

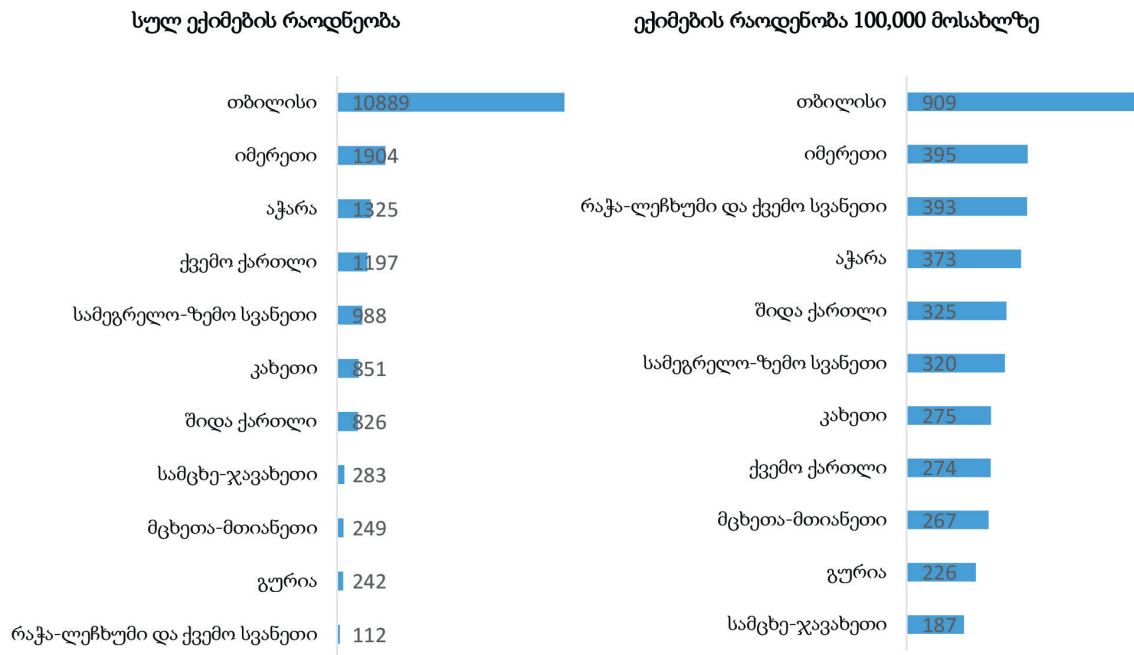
³⁴ https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

³⁵ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N762 დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

³⁶ საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 16 ივლისის N334 დადგენილება „საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

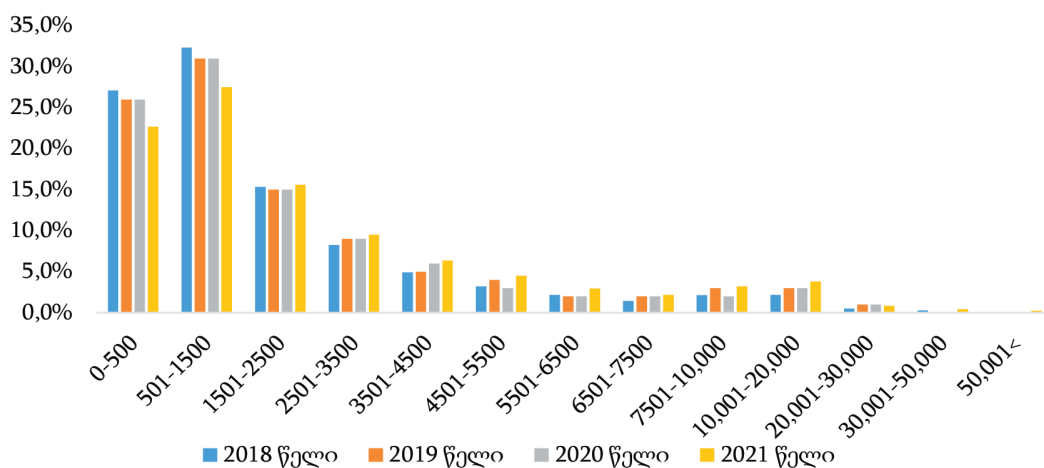


გრაფიკი N3.1 ექიმების რეგიონალური და გეოგრაფიული განაწილება 100,000 მოსახლეზე 2022 წლის პირველი იანვრის მდგომარეობით³⁷



აუდიტის ჯგუფმა ასევე შეისწავლა ექიმების შრომის ანაზღაურების განაწილების საკითხი, სადაც გამოვლინდა მნიშვნელოვანი დისბალანსი: 2021 წლის მდგომარეობით, ექიმების 50%-ს ერიცხებოდა 1,500 ლარი და ნაკლები, როდესაც 500 ლარზე ნაკლები აქვს 23%-ს და 5,500 ლარზე – მეტი 14%-ს. მსგავსი ტენდენცია ფიქსირდება 2018-2020 წლებშიც.³⁸

გრაფიკი N3.2 სერტიფიცირებული ექიმის რაოდენობის განაწილება დარიცხული ხელფასის მიხედვით

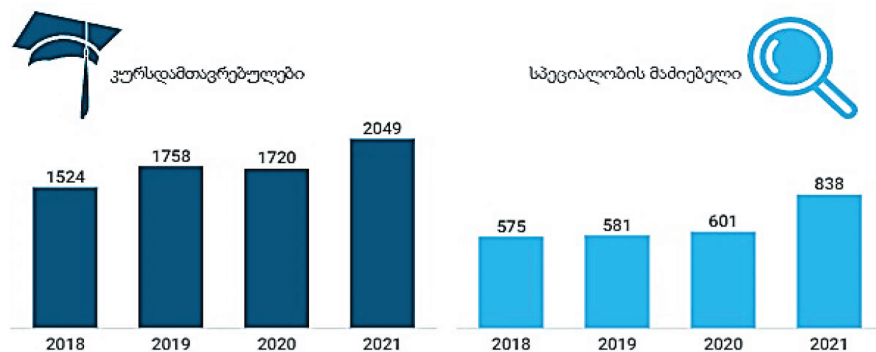


³⁷ ექიმების რეგიონალური გადანაწილება დათვლილია სამუშაო ადგილის მიხედვით, შეიცავს დუბლიკატებს, ვინაიდან ერთი ექიმი შეიძლება მუშაობდეს სხვადასხვა რეგიონში.

³⁸ ხელფასების დათვლის მექანიზმი: 2022 წლის მდგომარეობით სერტიფიცირებული ექიმების რეესტრის ბაზაზე სსიპ -შემოსავლების სამსახურისგან გამოთხოვილი იყო დარიცხული ხელფასის ოდენობა. გაანალიზდა მხოლოდ ის მონაცემები, სადაც სერტიფიცირებულ ექიმს ხელფასი/მომსახურების ანაზღაურება ერიცხებოდა სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო ეს უკანასკნელი იდენტიფიცირებულ იქნა რეგულირების სააგენტოს მიერ მოწოდებულ 2018-2021 წლებში აქტიურ სამედიცინო დაწესებულებებთან შედარების შედეგად.

ექიმების რაოდენობის ნაკადის განსაზღვრისათვის ერთ-ერთი საშუალებაა როგორც სამედიცინო უნივერსიტეტებში, ისე დიპლომისშემდგომ სამედიცინო პროგრამებზე მისაღები სტუდენტების რაოდენობის, ქვეყნის საჭიროების შესაბამისად დაგეგმვა, რადგან ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაფასებლად ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, გადანაწილება ქვეყნის მასშტაბით და საგანმანათლებლო ინსტიტუციების მწარმოებლურობა.³⁹ სამედიცინო ფაკულტეტების⁴⁰ კურსდამთავრებულთა რიცხვი მაღალია შემდგომ საფეხურზე⁴¹ აკრედიტებულ პროგრამებზე მიღებულ სპეციალობის მაძიებელთა რაოდენობასთან შედარებით. 2018-2021 წლებში საქართველოში სამედიცინო ფაკულტეტი დაასრულა, ჯამში – 7,051 სტუდენტმა;⁴² ამავე პერიოდში აკრედიტებულ დიპლომისშემდგომ სამედიცინო პროგრამებზე მიიღეს, დაახლოებით, 2,595 სპეციალობის მაძიებელი (37%).⁴³

გრაფიკი N3.3 2018-2021 წლებში სამედიცინო ფაკულტეტის კურსდამთავრებულთა რაოდენობის შედარება აკრედიტებულ დიპლომისშემდგომ სამედიცინო პროგრამაზე მიღებულ სპეციალობის მაძიებელთა რაოდენობასთან



ხარვეზებია საექთნო პერსონალის დაგეგმვის მიმართულებითაც. საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის მიზანია ჯანდაცვის სერვისების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ხელშეწყობა, საექთნო სფეროში კვალიფიციური ადამიანური რესურსის გენერირებისა და პროფესიული რეგულირების მდგრადი სისტემის ჩამოყალიბების გზით.⁴⁴

2019 წელს სტრატეგიის მიზნების მისაღწევად სამინისტრომ დაისახა სხვადასხვა ამოცანა და განსაზღვრა სამიზნე მაჩვენებლები როგორც ექიმი-ექთნის თანაფარდობისთვის, ისე ექთნების რაოდენობისთვის 100,000 მოსახლეზე; თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ საბაზისო მონაცემად აღებული რიცხვები არ არის ზუსტი, რადგან აქტიური ექთნების შესახებ პერსონიფიცირებული მონაცემების შეგროვება დაიწყო 2020 წლის ოქტომბრიდან, ხოლო საბაზისო მაჩვენებელი – 2017 წლის მონაცემია. ამასთანავე, სტრატეგიით დაგეგმილი აქტივობები, რომლებიც 2021-2022 წლებისთვის უნდა შესრულებულიყო, არ არის შესრულებული, რაც თავისთავად ხელს უშლის სტრატეგიით განსაზღვრული მიზნების მიღწევას.

³⁹ https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁴⁰ იგულისხმება როგორც დიპლომირებული მედიკოსი, ისე დიპლომირებული სტომატოლოგი.

⁴¹ დიპლომისშემდგომ სამედიცინო განათლების პროგრამები.

⁴² 7,051 სტუდენტიდან უცხო ქვეყნის მოქალაქეა 2,756, საქართველოს მოქალაქე კი – 4,295.

⁴³ მონაცემი შეიძლება შეიცავდეს ცდომილებას 0-10%-მდე.

⁴⁴ საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 16 ივლისის N334 დადგენილება „საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

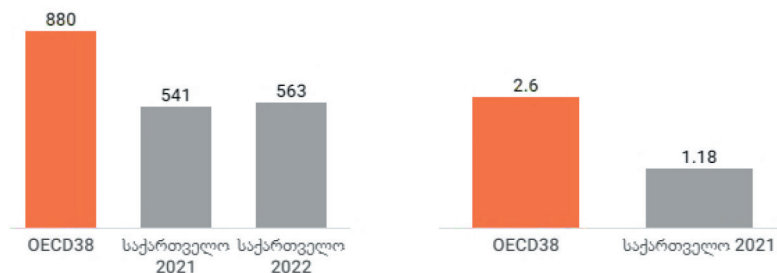
ცხრილი N3.1 სტრატეგიით დაგეგმილი აქტივობები და მათ შესრულების მდგომარეობა 2022 წელს

დაგეგმილი აქტივობა	შესრულების წელი	შესრულების სტატუსი
ექთანთა დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი პროგრამების აკრედიტაციის ორგანოს შექმნა	2021	✗
საექთნო სპეციალობათა განმსაზღვრელი ნუსხის მომზადება	2021	✗
ექთანთა უწყვეტი განათლების ნებაყოფლობითი სისტემის ამოქმედება	2021	✗
ექთანთა ლიცენზირების/რეგისტრაციის/სერტიფიცირების ნებაყოფლობითი ინსტრუმენტების ამოქმედება	2022	✗
საექთნო საბაკალავრო საგანმანათლებლო პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა პრიორიტეტული პროგრამების ჩამონათვალში შეტანის გზით	2022	✗

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ექთნების სიმცირეა. 2022 წლის პირველი იანვრის მდგომარეობით ქვეყანაში აქტიური ექთნების რაოდენობამ შეადგინა 20,756, რაც 2021 წლის პირველი ივლისის მაჩვენებელთან (20,094 ექთანი⁴⁵) შედარებით, გაზრდილია, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ OECD-ის წევრი 38 ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელი ამ კუთხით ასეთია: 100,000 მოსახლეზე მოდის 880 ექთანი,⁴⁶ რასაც საქართველოს მაჩვენებელი საგრძნობლად ჩამორჩება.

რაც შეეხება ექთანი-ექიმის თანაფარდობას,⁴⁷ საქართველოს მაჩვენებელი აქაც ჩამორჩება OECD 38-ის საშუალო მონაცემს, სადაც თანაფარდობის დიაპაზონი მერყეობს 0.6-დან 4.7-მდე.

გრაფიკი N3.4 საქართველოსა და OECD-ის წევრი ქვეყნებისთვის 100,000 მოსახლეზე ექთნების რაოდენობა⁴⁸ და ექთანი-ექიმის თანაფარდობა⁴⁹ საქართველოსა და OECD-ის ქვეყნებში⁵⁰



აქტიური ექთნების ასაკობრივ ჯგუფში ანალიზის მიხედვით, სისტემაში არსებული ექთნების 37.5%,⁵¹ 50 წელს გადაცილებულია, რაც ნიშნავს რომ საპენსიო ასაკს უახლოვდება და მოხდება მათი სამუშაო ძალის ბაზრიდან გადინება; ასევე ქვეყანაში არის გეოგრაფიული დისბალანსი

⁴⁵ ინფორმაცია მოიცავს 2020 წლის ოქტომბრიდან 2021 წლის პირველ ივლისამდე პერიოდს.

⁴⁶ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1669379114&id=id&accname=guest&checksum=00BD5D2B07B38124C572E0AE6405AA76> Health at a glance 2021, pg. 223.

⁴⁷ ექთანი – ექიმის თანაფარდობა: ექთნების რაოდენობის მაჩვენებელი 1 ექიმზე.

⁴⁸ OECD-ის მონაცემები ეფუძნება 2021 წლის ანგარიშს, უახლესია – 2019 წლის მონაცემები.

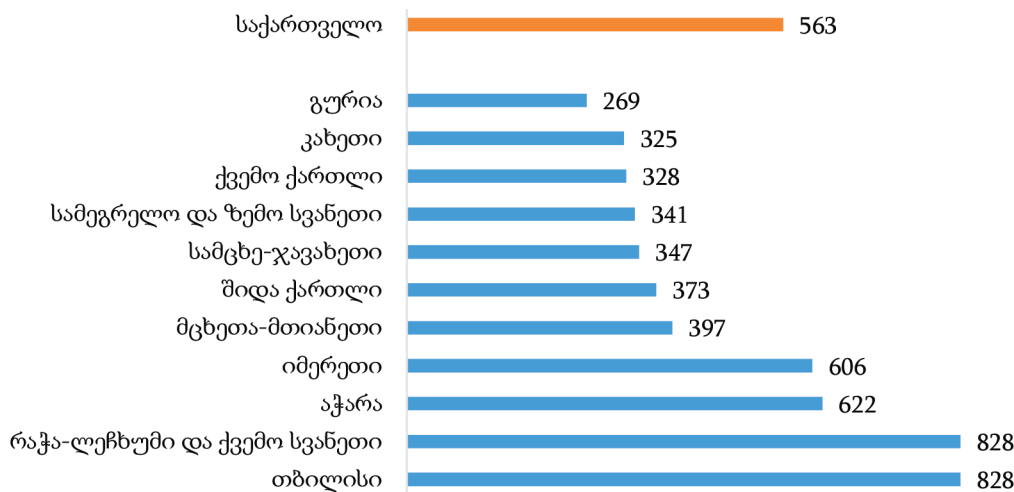
⁴⁹ ელექტრონული პლატფორმა – „სისტემის მომხმარებლების“ ბაზიდან პროფესიულად აქტიური 20,756 ექთანი შეფარდებულია უნიკალურ, პროფესიულად აქტიურ – 17,632 ექიმთან, 2022 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით.

⁵⁰ OECD38 მაჩვენებელი არის 2019 წლის (უახლესი), საქართველოს 2022 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით.

⁵¹ 2022 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით.

და ექთნების უმეტესობა დასაქმებულია თბილისში. 100,000 მოსახლეზე თბილისს 828 ექთანი ემსახურება, ეს რიცხვი თითქმის სამჯერ ნაკლებია გურიაში; დაახლოებით, ორჯერ ნაკლებია – ქვემო ქართლში, სამეგრელო-ზემო სვანეთსა და კახეთში, ასევე შიდა ქართლში, სამცხე-ჯავახეთსა და მცხეთა-მთიანეთში.

გრაფიკი N3.5 ექთნების გადანაწილება 100,000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით⁵²



გემოთ აღწერილი გარემოებების გამომწვევ მიზეზებად აუდიტის ჯგუფის მიერ განხილულია რამდენიმე ფაქტორი:

- დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობა – საექთნო საქმის მისანიჭებელი კვალიფიკაციის საბაკალავრო პროგრამა ქვეყნისთვის პრიორიტეტული დარგების ჩამონათვალში არ შედის და შესაბამისად, არ არის უფასო სწავლების პროგრამები. ამასთანავე, საექთნო საქმე არ არის რეგულირებადი პროფესია,⁵³ არ გადის აკრედიტაციის პროცესს, შესაბამისად, სტუდენტები ვერ იღებენ სახელმწიფო გრანტს.⁵⁴ აღსანიშნავია, რომ პროფესიული საგანმანათლებლო საექთნო პროგრამები 2020 წლამდე კერძო სასწავლებლებში არ ფინანსდებოდა მაშინ, როცა 2013-2019 წლებში საექთნო პროგრამების მქონე სასწავლებლებიდან 86% იყო კერძო;⁵⁵
- პროფესიული რეგულირების მექანიზმები – ქვეყანაში არ არსებობს საექთნო სპეციალობების ნუსხა, არც ფორმალური უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა, რაც მოქმედებს ექთნების კვალიფიკაციაზე;
- ანაზღაურება – ჯანდაცვის სისტემისთვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ექთნების შრომის ანაზღაურება. მონაცემთა ბაზების ანალიზით⁵⁶ გამოვლინდა, რომ დასაქმებული ექთნების 83%-ს ქვეყნის საშუალო თვიურ დარიცხულ ხელფასზე (1,541.3 ლარი)⁵⁷ ნაკლები აქვს.

⁵² 2022 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით.

⁵³ საქართველოს კანონი „უმაღლესი განათლების შესახებ“, მე-2 და 76-ე მუხლები.

⁵⁴ საქართველოს კანონი „განათლების ხარისხის განვითარების შესახებ“, მუხლი 17, პუნქტი 2. აკრედიტებული მედიცინის ერთსაფეხურიანი საგანმანათლებლო პროგრამები. <https://eqe.ge/res/NewFolder%E1%83%9B%E1%83%93%20%E1%83%9E%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%92%E1%83%A0%E1%83%90%E1%83%9B%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%A1%20%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%90%2020%20%E1%83%98%E1%83%95%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%98%202022.pdf>.

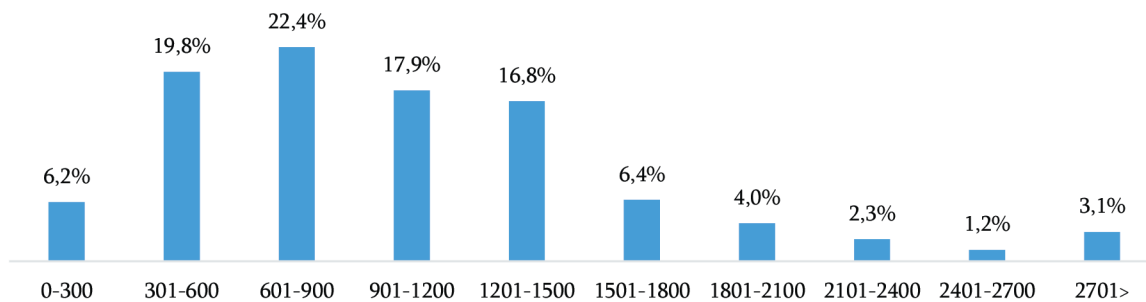
⁵⁵ 2013-2019 წლებში 58 პროფესიული სასწავლებელი ამზადებდა ექთნებს, საიდანაც 50 იყო კერძო, 8 კი – საჯარო.

⁵⁶ ხელფასები დათვლილია შემოსავლების სამსახურის მიერ მოწოდებული ბაზიდან იმ ექთნებზე, რომლებიც ფიქსირდებიან პროფესიულად აქტიური ექთნების ბაზაში.

⁵⁷ 2022 წლის მე-2 კვარტლის მონაცემებით, საშუალო თვიური დარიცხული ხელფასია 1541.3 ლარი.



გრაფიკი N3.6 2022 წელს⁵⁸ ექთნის საშუალო თვიური დარიცხული ხელფასი

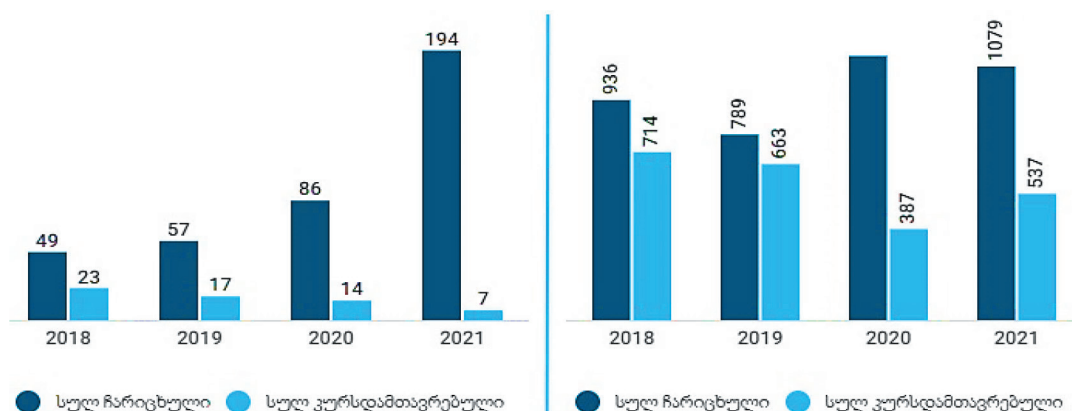


ანაზღაურებასთან დაკავშირებული პრობლემები ასევე დადასტურდა გამოკითხვებიდანაც. აუდიტის ფარგლებში გამოკითხული 107 დაწესებულების წარმომადგენლიდან, 45 აღნიშნავს, რომ მათთან დასაქმებული ექთნების საშუალო თვიური დარიცხული ხელფასი მერყეობს 0-500 ლარამდე შუალედში, 40 აღნიშნავს, რომ ეს თანხა 501-800 ლარამდეა, 18 პირის მიხედვით – 801-1,100 ლარამდე, ხოლო 4 დაწესებულებაში – 1,101-1,500 ლარამდე.

სტრატეგიის მიხედვით, ყოველწლიურად უნდა გაიზარდოს საექთნო პროგრამების კურსდამთავრებულთა რაოდენობა. ამჟამად ქვეყანაში ექთნის კვალიფიკაციის მისაღებად არსებობს ორი გზა: საუნივერსიტეტო განათლება და პროფესიული საგანმანათლებლო დაწესებულებების მიერ შემოთავაზებული პროგრამები. ამავ სტრატეგიის მიხედვით, ექთნების სათანადო კვალიფიკაციის მისაღებად პრიორიტეტი ენიჭება საბაკალავრო განათლებას.

2018-2021 წლების მონაცემთა ანალიზიდან ჩანს, რომ პროფესიულ დაწესებულებებში როგორც ჩარიცხულთა, ისე კურსდამთავრებულთა რაოდენობა სტაბილურად მაღალია, უნივერსიტეტის საექთნო პროგრამაზე სწავლის მსურველთა იმავე მაჩვენებელთან შედარებით. მხოლოდ 2021 წელს გაიზარდა უმაღლეს სასწავლებელში მიღებულ სტუდენტთა რაოდენობა, კურსდამთავრებულთა რიცხვი კი, კვლავ მინიმალურია.

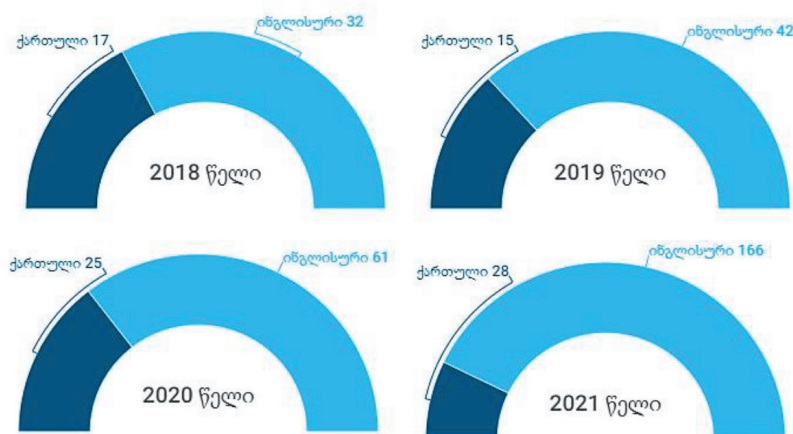
გრაფიკი N3.7 2018-2021 წლებში საექთნო პროგრამებზე ჩარიცხული სტუდენტების და კურსდამთავრებულების რაოდენობა უნივერსიტეტებისა და პროფესიული დაწესებულებების მიხედვით



⁵⁸ 7 თვის მონაცემები.

აღსანიშნავია, რომ უნივერსიტეტში ჩარიცხულთა ზრდა გამოწვეულია ინგლისურენოვან ფაკულტეტზე სწავლის მსურველთა გაზრდილი რაოდენობით, ქართულენოვან პროგრამაზე სწავლის მსურველთან შედარებით.

გრაფიკი N3.8 2018-2021 წლებში უნივერსიტეტში საექთნო პროგრამებზე ჩარიცხული სტუდენტების რაოდენობა პროგრამის ენის მიხედვით



სტრატეგიით განსაზღვრულ მიზანსა და რეალურ მდგომარეობას შორის აღნიშნული სხვაობის მიზეზი სხვადასხვაა. როგორც ზემოთ აღინიშნა, საექთნო საექმის საუნივერსიტეტო პროგრამები არ არის პრიორიტეტულად აღიარებული, შესაბამისად, სტუდენტისათვის სწავლის სახელმწიფო დაფინანსება ნაკლებად ხელმისაწვდომია. ამასთანავე, სწავლის ხანგრძლივობა განსხვავებულია, ერთი და იმავე კვალიფიკაციის⁵⁹ მისაღებად პროფესიული დაწესებულების სტუდენტს სჭირდება სამი წელი, უნივერსიტეტისას კი – ოთხი. განსხვავებულია სასწავლებლების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა; უნივერსიტეტები მხოლოდ თბილისშია მაშინ, როდესაც კოლეჯები ფარავს საქართველოს რვა რეგიონს.

პროგრამული ბიუჯეტირების მეთოდოლოგიის მიხედვით, პროგრამის შედეგების ინდიკატორი უნდა იყოს ნათელი და გაზომვადი, შედეგზე ორიენტირებული, ხოლო პროგრამის შესრულების შეფასების ინდიკატორები – რაოდენობრივი და ხარისხობრივი.⁶⁰ დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო პროგრამის ერთ-ერთი მიზანია, მაღალმთიან და საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტებში მცხოვრები მოსახლეობისათვის სამედიცინო სერვისების მიწოდების უწყვეტობისა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, ამ მუნიციპალიტეტებისათვის დეფიციტურ და პრიორიტეტულ საექიმო სპეციალობებში ადამიანური რესურსის მომზადების საშუალებით,⁶¹ თუმცა მონაცემების შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ექიმების 65%-ს არ შეუსრულებია ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულება; შესაბამისად, პროგრამის მიზანი, რომ შემცირდეს ექიმების დეფიციტი – აღნიშნულ მუნიციპალიტეტებში არ სრულდება.

⁵⁹ იგულისხმება დასაქმების ადგილას მოთხოვნილი კვალიფიკაცია.

⁶⁰ საქართველოს ფინანსთა მინისტრის 2011 წლის 8 ივლისის ბრძანება N385 „პროგრამული ბიუჯეტის შედგენის მეთოდოლოგიის დამტკიცების თაობაზე“.

⁶¹ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის N624 დადგენილება „დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 2, „ა“ ქვეპუნქტი.

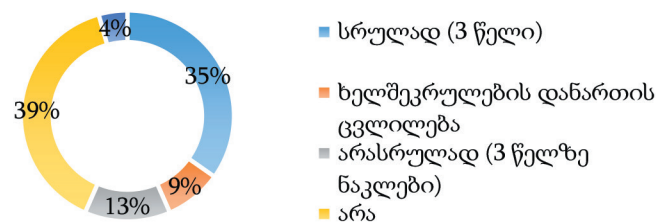
ხელშეკრულების თანახმად, რომელიც იდება მაღალმთიან და საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტებში დასაქმების მიზნით დასაფინანსებელ მაძიებელსა და ჯანდაცვის სამინისტროს შორის, მითითებულია, რომ მაძიებელი იღებს ვალდებულებას, დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების)/რეზიდენტურის წარმატებით დასრულებისა და შესაბამის საექიმო სპეციალობაში სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების შემდეგ, განახორციელოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა განსაზღვრული მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე, არანაკლებ, 3 კალენდარული წლის განმავლობაში.

პროგრამაში ჩასარიცხ კანდიდატთა შერჩევა ხორციელდება კონკურსის საფუძველზე,⁶² საექიმო სპეციალობის მაძიებელთა შერჩევის მიზნით, რეგულირების სააგენტოს მიერ იქმნება კომისია.⁶³

2014-2021 წლებში, ჯამში – 32-მა სპეციალობის მაძიებელმა მოიპოვა დაფინანსება და სწავლა გააგრძელა „ოკუპირებული ტერიტორიების შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრული ტერიტორიებისა და მაღალმთიანი და საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტებისათვის დეფიციტურ/პრიორიტეტულ საექიმო სპეციალობაში.⁶⁴

აუდიტის ჯგუფის მიერ შეირჩა და შესწავლილ იქნა 23 ექიმის⁶⁵ სამუშაო ადგილი.

გრაფიკი N3.9 დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სწავლის დასრულების შემდგომ სპეციალობის მაძიებლის დასაქმების მაჩვენებელი



23 ექიმიდან ხელშეკრულებით განსაზღვრული პირობა სრულად შეასრულა მხოლოდ 8 ექიმმა, რაც სრული რაოდენობის 35%-ს შეადგენს, ხოლო 2 ხელშეკრულებაში შევიდა ცვლილება და დაფინანსებულმა ექიმებმა მუშაობა გააგრძელეს იმ მუნიციპალიტეტებში, რომლებიც თავდაპირველი დანართით არ ყოფილა განსაზღვრული; დანარჩენი 13-დან, მხოლოდ 5 ექიმზე მიმდინარეობს სასამართლო პროცესი, ხელშეკრულების პირობების შეუსრულებლობის გამო.

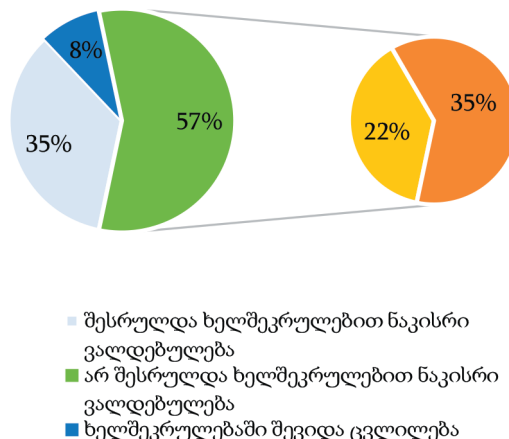
⁶² კონკურსს აცხადებს პროფესიული განვითარების საბჭო. კონკურსის ორგანიზებას უზრუნველყოფს სააგენტო.

⁶³ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის N624 დადგენილება „დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ“, დანართი 2, პირველი და მე-2 პუნქტები.

⁶⁴ გაანალიზდა ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ბაზის, სადაც ჩანს ინფორმაცია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული რეზიდენტების შესახებ და შემოსავლების სამსახურის მიერ მოწოდებული ბაზის, სადაც ფიქსირდება სერტიფიცირებულ ექიმთა 2018-2022 წლებში მიღებული შემოსავლების შესახებ ინფორმაცია.

⁶⁵ 2016-2022 წლებში სწავლა დაასრულა 32 რეზიდენტმა, 5-მა სწავლა დაასრულა 2016 წელს, ხოლო 4-მა მაძიებელმა – 2022 წელს, ვინაიდან მათი დასაქმების შესახებ მონაცემთა ბაზა მოწოდებულია 2018-2022 წლებზე, შეირჩნენ მხოლოდ ის მონაწილეები (23 მონაწილე), რომლებმაც სწავლა დაასრულეს 2017-2019 წლებში, რათა შეფასებულიყო ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მუნიციპალიტეტში სრულად (3 წლის განმავლობაში) იყვნენ თუ არა დასაქმებული.

გრაფიკი N3.10 სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ექიმების ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულების შესრულება და შემდგომი რეაგირების ანალიზი



სპეციალობის მაძიებლების 8 შემთხვევაში, რაც დაფინანსებულების 35%-ია, მონაცემთა ანალიზიდან ვლინდება, რომ ხელშეკრულების პირობები შეუსრულებელია. ამასთანავე, ჯანმრთელობის სამინისტროს მხრიდან მათ არ დაკისრებიან დამატებითი სანქციები.

ცხრილი N3.2 ხელშეკრულების ვერ შესრულების მიზეზები და რაოდენობა

მიზეზი	რაოდენობა
არ დასაქმებულა	1
არ არის სერტიფიცირებული	2
დასაქმდა იმ მუნიციპალიტეტში, რომელიც ხელშეკრულებით არ იყო განსაზღვრული	3
ნაწილობრივ (8-10თვე) იმუშავა ხელშეკრულებით განსაზღვრულ მუნიციპალიტეტში, შემდგომ მუშაობა გააგრძელა სხვა მუნიციპალიტეტში	2

მოხსენებით ბარათში,⁶⁶ რომელიც გახდა აღნიშნული ცვლილების საფუძველი, ფიქსირდება, რომ რეზიდენტურა ფასიანია, რაც ბუნებრივია, ქმნის ბარიერებს დიპლომისშემდგომ განათლებაზე – ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის, ასევე ქვეყნისთვის პრიორიტეტულ სპეციალობებში მაძიებელთა მოზიდვის კუთხით.

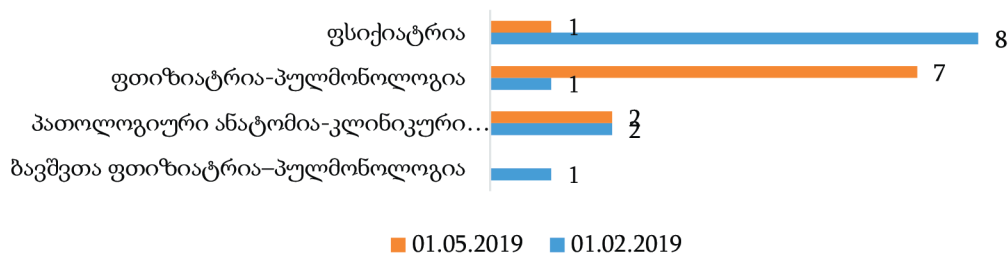
აღსანიშნავია, რომ დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების)/სარეზიდენტო პროგრამებზე, რომელიც ქვეყანაში ფასიანია, ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით განისაზღვრა პრიორიტეტული სპეციალობები, რომელთა სწავლა დაფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ, თუმცა არ არის შემუშავებული საექიმო სპეციალობების პრიორიტეტულად განსაზღვრის მექანიზმი, ნათელი კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვითაც მოხდება საექიმო სპეციალობის ქვეყნისათვის პრიორიტეტულად მიჩნევა და შემდგომ მაძიებლის დაფინანსება. ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ 2019 წელს განისაზღვრა ოთხი პრიორიტეტული სამედიცინო სპეციალობის მიმართულება.⁶⁷

⁶⁶ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის პირველი მოადგილის 2019 წლის 7 მარტის N01-2314 მოხსენებითი ბარათი, მინისტრის სახელზე.

⁶⁷ პათოლოგიური ანატომია (კლინიკური პათოლოგია), ფსიქიატრია, ფთიზიატრია-პულმონოლოგია, ბავშვთა ფთიზიატრია-პულმონოლოგია.

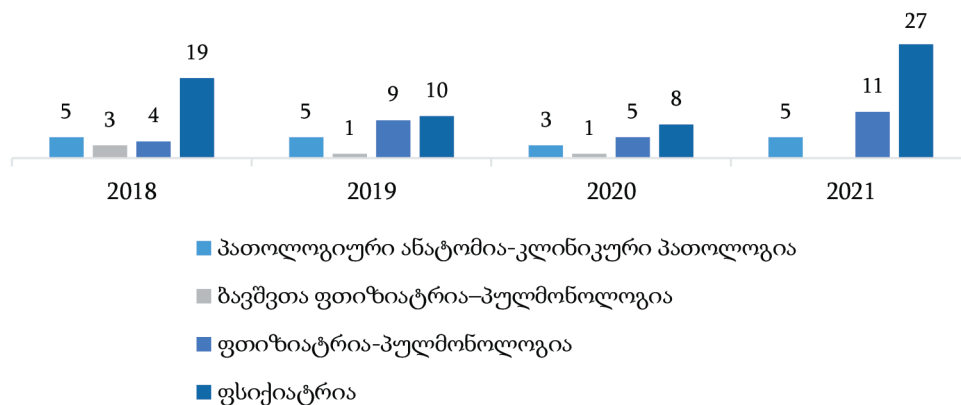


გრაფიკი N3.11 სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული პრიორიტეტული სპეციალობის მაძიებლების რაოდენობა ჩარიცხვის თარიღის მიხედვით



დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო პროგრამას პრიორიტეტული მიმართულებით სპეციალობის მაძიებლების დაფინანსება პროგრამას უშუალოდ დაემატა 2019 წლის მაისიდან და დაფინანსდნენ ის რეზიდენტები, რომლებიც უკვე სწავლობდნენ აღნიშნული მიმართულებებით, ჯამში – 22 მაძიებელი. 2019-2021 წლებში სხვა ნაკადი არ დაფინანსებულა. აუდიტის ფარგლებში გაანალიზდა აღნიშნული მიმართულებით სარეზიდენტო პროგრამებში სპეციალობის მაძიებელთა რაოდენობა 2018-2021 წლების მიხედვით. მონაცემთა ანალიზიდან ჩანს, აღნიშნულ პროგრამებში 2019 წლამდეც იყო მიმართვა და მას შემდეგაც გაგრძელდა, გარდა ბავშვთა ფთიზიატრია-პულმონოლოგიისა, რომელზეც დაფინანსების ამგვარ მექანიზმს გავლენა არ ჰქონია.

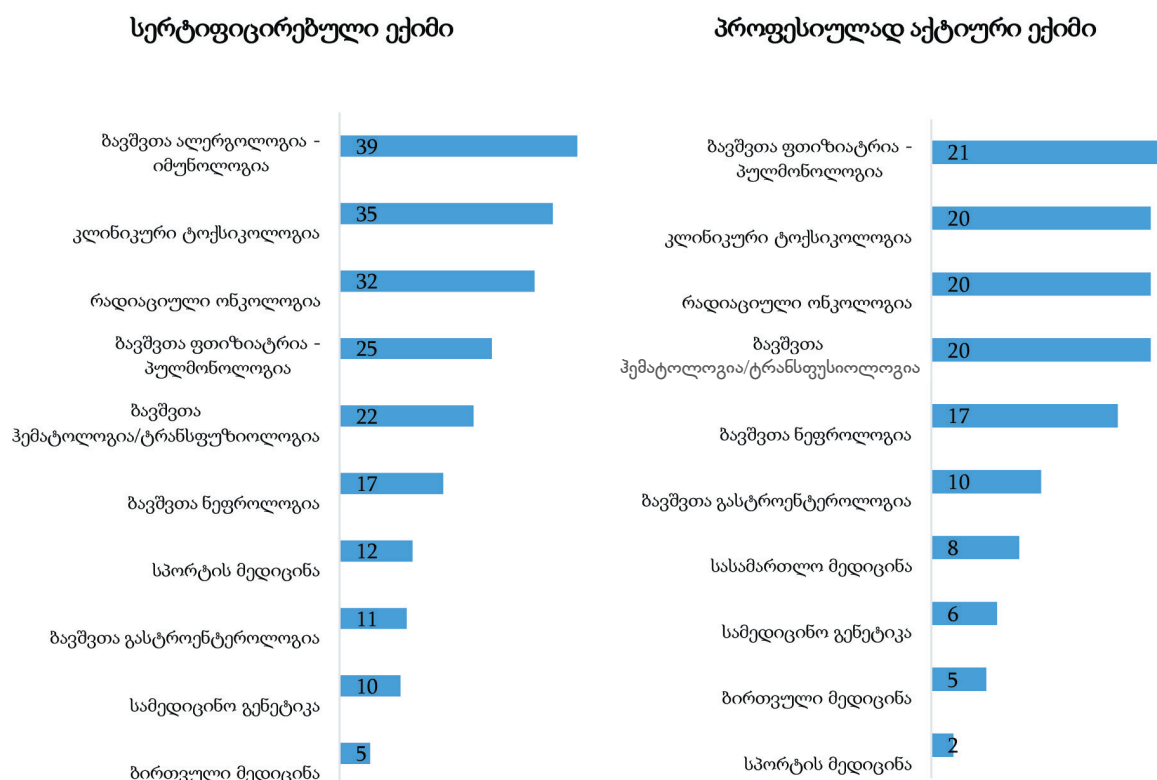
გრაფიკი N3.12 2018-2021 წლებში პრიორიტეტული მიმართულებით მიღებული სპეციალობის მაძიებლების ჯამური რაოდენობა



გარდა ამისა, ასევე პრიორიტეტულ სპეციალობად იქნა მიჩნეული: ფთიზიატრია-პულმონოლოგია/ბავშვთა ფთიზიატრია პულმონოლოგია, რადგან ტუბერკულოზის საკითხებში სამინისტროს მიერ მომზადებული დოკუმენტის – „ადამიანურთა რესურსები სპეციალიზებულ ტუბერკულოზის სამსახურებში საქართველოში“ (2017 წელი)“ თანახმად, სადაც გაანალიზებულია საკითხი ექიმების რაოდენობის შესახებ, საქართველოში საყურადღებოდ იქნა მიჩნეული ექიმი-ფთიზიატრების ნაკლებობა. მსგავსი პრინციპით, აუდიტის ჯგუფის მიერ გაანალიზდა სერტიფიცირებული ექიმების რეესტრის მონაცემები, პროფესიულად აქტიური ექიმების მონაცემები, დეფიციტური⁶⁸ სპეციალობების გამოსავლენად.

⁶⁸ დეფიციტურად მიჩნეულია 10 სპეციალობა, სადაც ყველაზე ნაკლები რაოდენობის სერტიფიცირებული ექიმია ან ყველაზე ნაკლები რაოდენობის – პროფესიულად აქტიური ექიმი.

გრაფიკი N3.13 დეფიციტური სპეციალობები 2021 წლის ივნისის მდგომარეობით, სერტიფიცირებული ექიმებისა და პროფესიულად აქტიური ექიმების მონაცემების მიხედვით



მონაცემთა ანალიზიდან ჩანს, რომ 10 ყველაზე მცირერიცხოვანი სპეციალობიდან, სახელმწიფოს მხრიდან პრიორიტეტულად განისაზღვრა მხოლოდ ერთი სპეციალობა – ბავშვთა ფთიზიატრია- პულმონოლოგია, რომელთა სწავლა დაფინანსდა მხოლოდ 2019 წელს ჩარიცხული სპეციალობების მაძიებლებისათვის.

ამასთანავე, სამინისტრომ სახელმწიფო სასერტიფიკაციო რეესტრის მონაცემების⁶⁹ გათვალისწინებით, პათოლოგიური ანატომია (კლინიკური პათოლოგია) განსაზღვრა პრიორიტეტულ სპეციალობად, რადგან რეესტრში დაფიქსირებული 110 სპეციალისტიდან, 72 (65%) არის 50 წელს გადაცილებული. იმავე პრინციპის დაცვით,⁷⁰ აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა იმავე რეესტრის მონაცემი, სადაც 55 საექიმო სპეციალობიდან⁷¹ 14 სპეციალობაში – 50 წელს გადაცილებული ექიმების წილი აღემატება 65%-ს.⁷² შესაბამისად არ არის ცხადი, რატომ მოხდა პრიორიტეტის მინიჭება კონკრეტულ სპეციალობაზე; ასევე არ არის განსაზღვრული დეფიციტის აღმოფხვრის ან სასურველი რაოდენობის მიღწევის მაჩვენებელი.

⁶⁹ სამინისტროს მიერ მოწოდებული ანალიზი 2017 წლის 27 ნოემბრის მიხედვით.

⁷⁰ აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა იმავე მონაცემების საფუძველზე, რომელთა მიხედვითაც რეგულირების სააგენტომ განახორციელა სახელმწიფო სასერტიფიკაციო რეესტრის მიხედვით დაბეგრებადი სპეციალობის ანალიზი, 2017 წლის 27 ნოემბრის მდგომარეობით.

⁷¹ საექიმო სპეციალობები, რომლებიც მოქმედია მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/ნ ბრძანების მიხედვით „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“.

⁷² სპეციალობები: ბავშვთა პემატოლოგია/ტრანსფუზიოლოგია, ბავშვთა ქირურგია, ინფექციური სნეულებები, პედიატრია, ფიზიკური მედიცინა/რეაბილიტაცია/კურორტოლოგია, შინაგანი მედიცინა, პემატოლოგია/ტრანსფუზიოლოგია, სპორტის მედიცინა, ლაბორატორიული მედიცინა, რეპროდუქტოლოგია, ნეფროლოგია, საოჯახო მედიცინა, ნარკოლოგია, ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია.



დასკვნა

სამედიცინო პერსონალის რეგიონალური მოცვის კუთხით ქვეყანაში ფიქსირდება დისბალანსი. ასევე დისბალანსია საბაკალავრო პროგრამების კურსდამთავრებულთა რაოდენობასა და დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამებზე მიღებული სპეციალობის მაძიებლებს შორის. ამასთანავე, დაბალია და წლიდან წლამდე მცირდება საექთნო საქმის საბაკალავრო პროგრამის კურსდამთავრებულთა რაოდენობა, მიუხედავად იმისა, რომ სტრატეგიით განსაზღვრული მიზანია მისი ზრდა.

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში არ არის შემუშავებული ქვეყნისათვის პრიორიტეტული სპეციალობების განსაზღვრის მექანიზმი, პროგრამის მიზნების მნიშვნელოვანი ნაწილი არ არის მიღწეული და სპეციალისტების უმეტესობა არ არის დასაქმებული შესაბამის მუნიციპალიტეტში. გაუმჯობესებას საჭიროებს შედეგების შეფასებისა და შესრულების ინდიკატორები და მონიტორინგის მექანიზმები.

რეკომენდაცია საინისტრუქტორს:

რეკომენდაცია N 1

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ქვეყანაში არსებული ექიმ-სპეციალისტების დეფიციტის თანმიმდევრულად და ეფექტიანად აღმოფხვრის მიზნით, შემუშავდეს:

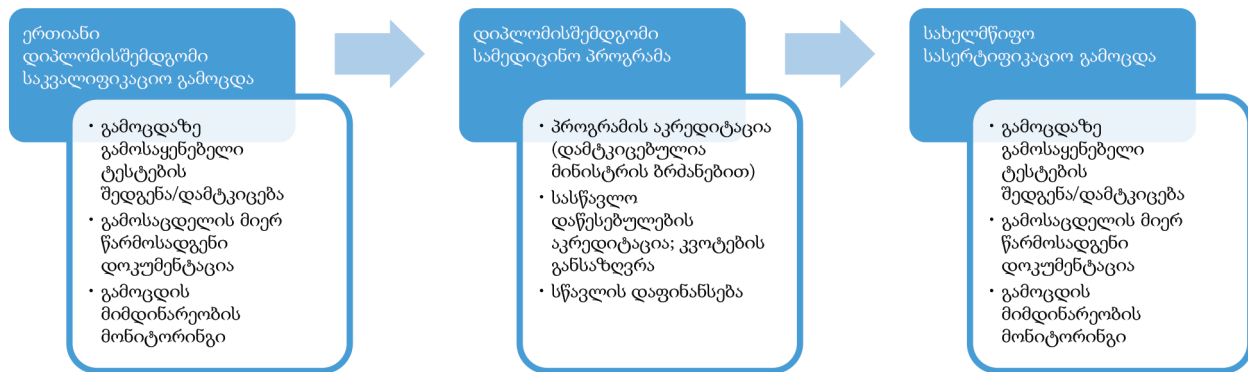
- პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრის კრიტერიუმი;
- დეფიციტური სპეციალობების განსაზღვრისა და აღმოფხვრის მიზნით შესაბამისი ღონისძიებები;
- პროგრამის შესრულების შეფასების გაზომვადი და შედეგზე ორიენტირებული, როგორც რაოდენობრივი, ისე ხარისხობრივი ინდიკატორები;
- პროგრამის შესრულების კონტროლისა და მონიტორინგის ეფექტიანი მექანიზმები.



4. დიპლომის შემდგომი საპროფესიო განათლება

საბაზისო სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ, მომავალი ექიმები სწავლას აგრძელებენ დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების ფარგლებში, სადაც იღრმავებენ თეორიულ ცოდნას და ზედამხედველობის ქვეშ ივითარებენ პრაქტიკულ კომპეტენციებს. დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლება არის საბოლოო მოსამზადებელი ეტაპი ექიმების სერტიფიცირებისა თუ ლიცენზირებისათვის.⁷³

სქემა N4.1 დიპლომის შემდგომი სამედიცინო სწავლების სრული პროცესის აღწერა



უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის კურსდამთავრებულ, დიპლომის მქონე პირს უფლება აქვს გაიაროს დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსი და სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ მიიღოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება,⁷⁴ რაც გულისხმობს მედიცინაში განსწავლული, სათანადო უნარ-ჩვევებისა და პრაქტიკული გამოცდილების მქონე პირის პროფესიულ საქმიანობას, რომლის მიზანია ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების გამოყენებით, აგრეთვე საექიმო ტრადიციების გათვალისწინებით – ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება.⁷⁵

დიპლომის შემდგომი სამედიცინო პროგრამების განმახორციელებელი დაწესებულების ხარისხის უზრუნველყოფის სახელმწიფო მექანიზმია აკრედიტაცია, რომლის მიზანია, დაადასტუროს დაწესებულების/სასწავლებლის შესაბამისობა სარეზიდენტო პროგრამის/მოდულის და/ან სუბსპეციალობის პროგრამის განხორციელების დადგენილ კრიტერიუმებთან.⁷⁶ დაწესებულება/სასწავლებელს აკრედიტაციას ანიჭებს საბჭო, რეგულირების სააგენტოს მეშვეობით.⁷⁷

⁷³ Postgraduate Medical Education – WFME Global Standards for Quality improvement. The 2015 revision.

⁷⁴ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 17, „ა“ ქვეპუნქტი.

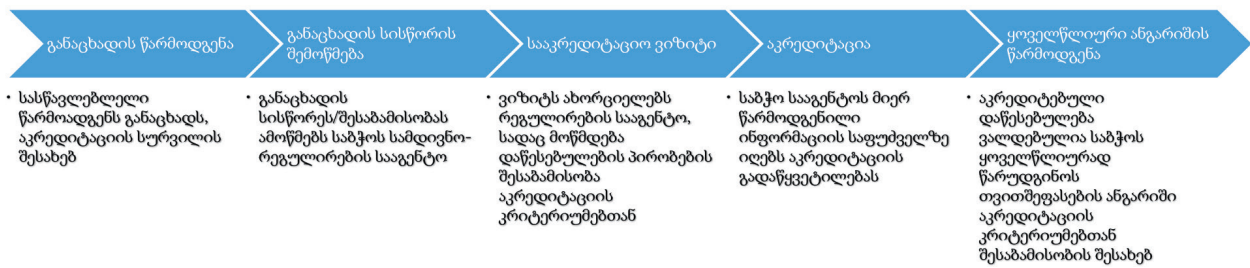
⁷⁵ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 5, „ა“ ქვეპუნქტი.

⁷⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის N135/6 ბრძანება „რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომის შემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვის და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დაწესებულებების ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციის, კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ“, რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა“.

⁷⁷ დაწესებულების/სასწავლებლის აკრედიტაცია მოიცავს სარეზიდენტო პროგრამის/მოდულ(ებ)ის ან/და სუბსპეციალობის პროგრამის განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებების/სასწავლებლების შესაძლებლობების შეფასებას და შესაბამისი წესით განსაზღვრულ კრიტერიუმებთან შესაბამისობის დადგენას. დაწესებულება/სასწავლებელი აკრედიტებულად ითვლება იმ შემთხვევაში, თუ ის/მისი კლინიკური ბაზა ან/და მასთან აფილირებული დაწესებულებები აკმაყოფილებენ განსაზღვრულ კრიტერიუმებს.



სქემა N4.2 სასწავლებლის/დანესებულებების აკრედიტაციისა და მონიტორინგის პროცესი



პროგრამების აკრედიტაცია ხორციელდება სამი წლის ვადით, რომლის განმავლობაში კონტროლის ერთ-ერთი მექანიზმია სასწავლებლის მხრიდან ყოველწლიური ანგარიშების წარმოდგენა. აღნიშნული გულისხმობს დეტალური ინფორმაციის მოწოდებას კლინიკის ბაზის, ყოველწლიური ვიზიტების რაოდენობის, პროგრამის ხელმძღვანელი პირების, რეზიდენტებისთვის გამოყოფილი სასწავლო ოთახების/ტექნიკური აღჭურვილობისა და რეზიდენტების შესახებ.⁷⁸ ანგარიშის წარმოდგენა აუცილებელია, რათა მიმდინარე ინფორმაცია შედარდეს აკრედიტაციის პროცესში არსებულ მდგომარეობას და რაიმე ცვლილების შემთხვევაში, მოხდეს დანესებულებაში ხელახალი ვიზიტი. აკრედიტებული სასწავლებელი ვალდებულია საბჭოს წარუდგინოს აკრედიტაციის კრიტერიუმებთან შესაბამისობის თვითშეფასების ანგარიში.⁷⁹ იმ შემთხვევაში, თუ ანგარიში არ იქნება წარმოდგენილი, საბჭო, სააგენტოს მეშვეობით, უფლებამოსილია შეამოწმოს დანესებულების/სასწავლებლის შესაბამისობა აკრედიტაციის კრიტერიუმებთან.⁸⁰ აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა ინფორმაცია 2014-2019 წლებში აკრედიტებული დანესებულებების⁸¹ მიერ ყოველწლიურად წარმოდგენილი ანგარიშების შესახებ.

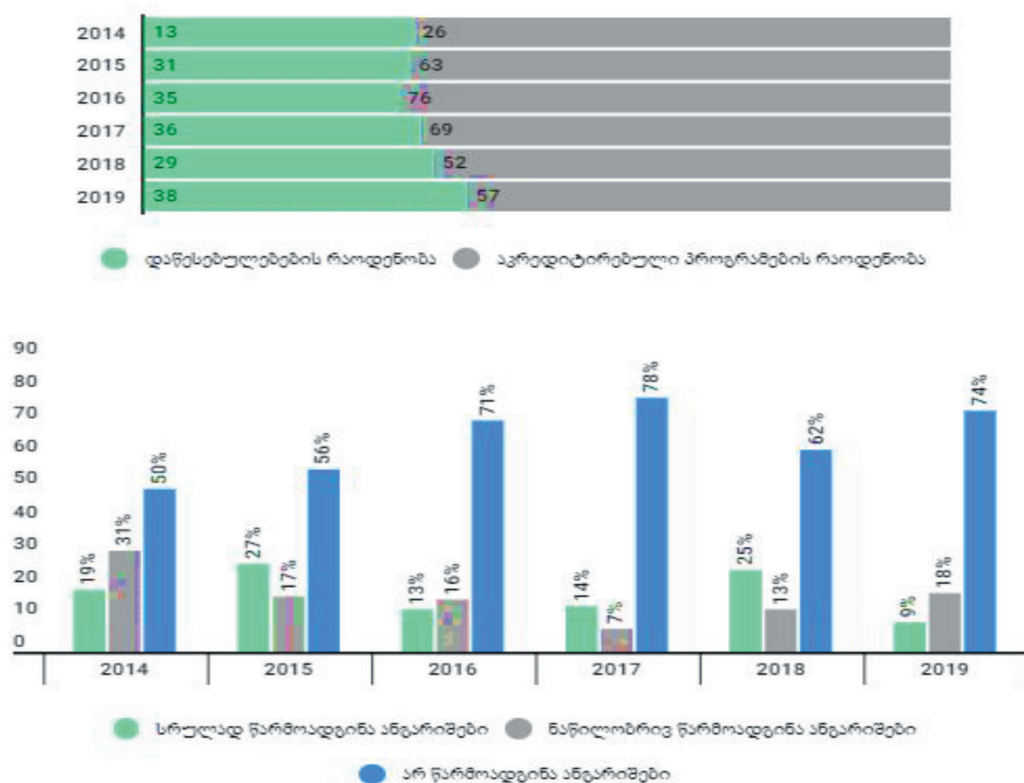
⁷⁸ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის N135/6 ბრძანება „რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომის შემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვის და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დანესებულებების ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციის კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ, რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა“.

⁷⁹ თვითშეფასების ანგარიშის ფორმა მტკიცდება ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით.

⁸⁰ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის N135/ 6 ბრძანება, მუხლი 7.

⁸¹ მოიცავს 97 უნიკალურ დანესებულებას, მისამართების მიხედვით, 2014-2019 წლებში.

გრაფიკი N4.1 სასწავლო დაწესებულებების მიერ აკრედიტებულ პროგრამებზე⁸² წლიური ანგარიშების წარმოდგენის ანალიზი 2014-2019 წლების მიხედვით



ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ 2014-2019 წლებში,⁸³ სასწავლო დაწესებულებებმა ჯამში 343 აკრედიტებული პროგრამიდან,⁸⁴ 17%-ის შემთხვევაში ნაწილობრივ, ხოლო 65%-ის შემთხვევაში – საერთოდ არ წარმოადგინეს ყოველწლიური ანგარიშები. აღსანიშნავია, რომ რეგულირების სააგენტო უფლებამოსილი იყო შეემოწმებინა სასწავლებლები, თუმცა შემოწმება არცერთ შემთხვევაში არ განხორციელებულა.

აუდიტის ჯგუფმა ჩაატარა რეზიდენტების გამოკითხვა⁸⁵ დიპლომისშემდგომი სწავლების ხარისხისა და მეთოდების შესახებ, შეისწავლა მათი კმაყოფილების დონე და ინფორმაცია მიიღო დიპლომისშემდგომი სწავლების განმახორციელებელ დაწესებულებებში არსებული ხარვეზების შესახებ.

გამოვლინდა, რომ გამოკითხულთა 46%-ის მოსაზრებით, დიპლომისშემდგომი სწავლების მეთოდები არარელევანტურია მომავალი საექიმო საქმიანობისათვის სათანადო ცოდნის

⁸² ანალიზისას გავითვალისწინეთ მხოლოდ ის პროგრამები, რომლებსაც აკრედიტაციის პერიოდში, მინიმუმ, ერთხელ მაინც უწევდათ წლიური ანგარიშის წარმოდგენა.

⁸³ დაწესებულებას აქვს ვალდებულება შემდეგი 2-3 წლის განმავლობაში (აკრედიტაციის თარიღის მიხედვით) წარმოადგინოს წლიური ანგარიში სექტემბრის განმავლობაში, რადგან 2023 წელი ცდება როგორც აუდიტის პერიოდს, ასევე ანგარიშები ფიზიკურად არ არის წარმოდგენილი; ანალიზის სრულყოფისათვის შესწავლილ იქნა მხოლოდ 2014-2019 წლები.

⁸⁴ პროგრამის აკრედიტაციის ვადა განსაზღვრულია 3 წლით, შესაბამისად, ერთი და იგივე პროგრამა ანალიზისას შესაძლოა მეორედებოდეს იმ შემთხვევაში, თუ 3-წლიანი ვადის გასვლის შემდეგ დაწესებულებამ თავიდან მოითხოვა პროგრამის აკრედიტაცია.

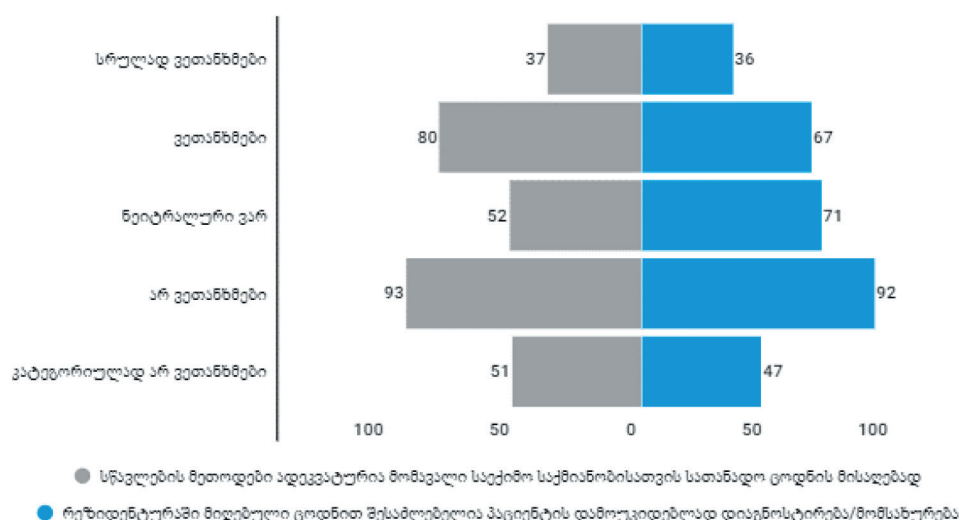
⁸⁵ სულ გამოკითხა 313 რეზიდენტი.



მისაღებად. გარდა ამისა, რესპონდენტებმა შეაფასეს, რეზიდენტურაში მიღებული ცოდნა იყო თუ არა საკმარისი პაციენტების დამოუკიდებლად მომსახურებისა და დიაგნოზირებისათვის.

გამოკითხული რესპონდენტებიდან 139-ის აზრით, რეზიდენტურაში მიღებული ცოდნა, რომელიც ბოლო საფეხურია სერტიფიცირებული ექიმის სტატუსის მიღებამდე, არასაკმარისია პაციენტებთან დამოუკიდებელი მომსახურების განევისათვის.

გრაფიკი N4.2 გამოკითხვის შედეგი კითხვებზე: სწავლების მეთოდები ადეკვატურია თუ არა მომავალი საექიმო საქმიანობისათვის სათანადო ცოდნის მისაღებად და რეზიდენტურაში მიღებული ცოდნით შეძლებთ თუ არა პაციენტის დამოუკიდებლად დიაგნოსტიკა-მომსახურებას?



313 რესპონდენტიდან 158-მა აუდიტის ჯგუფს დამატებით გაუზიარა საკუთარი ხედვა რეზიდენტურაში არსებულ პრობლემებთან დაკავშირებით.

ცხრილი N4.1 გამოკითხულთა მოსაზრებები რეზიდენტურაში არსებულ პრობლემებზე⁸⁶

რეზიდენტების აზრით შესაცვლელი მიმართულებები	რაოდენობა
ფასიანი სწავლება	85
სამუშაოს შესაბამისი ხელფასის დანიშვნა	75
ლექტორები არ/ვერ აძლევენ სტუდენტებს საკმარის/შესაფერის ცოდნას	52
სწავლების დაბალი დონე	42
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსის/სახელმძღვანელოების ხელმისაწვდომობა	27
გამოცდის ფორმატის შეცვლა	19
სტუდენტზე მორგებული სამუშაო გრაფიკი და ადგილი	10
სისტემური ცვლილებები	10

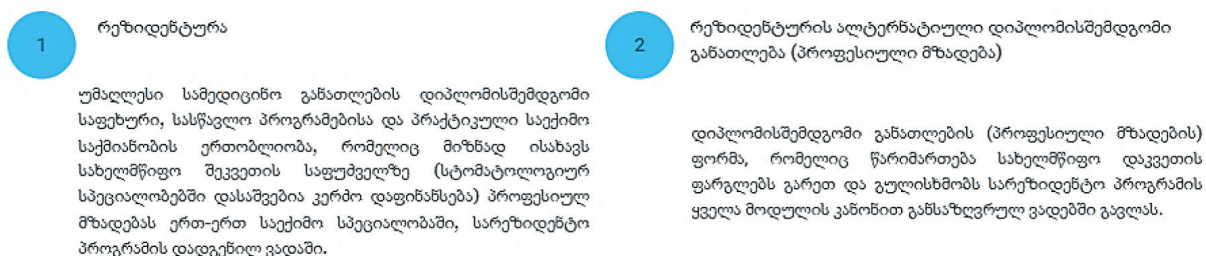
აღნიშნული შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ მხოლოდ ერთჯერადად, აკრედიტაციის მომენტში ადგილზე განხორციელებული ვიზიტი ვერ უზრუნველყოფს ხარისხს და აუცილებელია პერიოდული მონიტორინგი იმისათვის, რომ გამოვლინდეს და დაკორექტირდეს ხარვეზები.

⁸⁶ ერთ რესპონდენტს შეუძლია მიუთითოს რამდენიმე მიზეზი.

ამავს ადასტურებს რეგულირების სააგენტოს მიერ 2019 წელს მინისტრის ბრძანებით⁸⁷ განხორციელებული პროფესიულ მზადებაში ჩარიცხული რეზიდენტების დიპლომისშემდგომი მზადების პროცესის მონიტორინგი. კერძოდ, ადგილზე შემოწმდა დიპლომისშემდგომი სწავლების განმახორციელებელი 5 დაწესებულება, რომლის მიზანი იყო რეზიდენტებისა და პროგრამის ხელმძღვანელი პირების მონიტორინგი. გამოვლინდა, რომ ხუთივე შემთხვევაში რეზიდენტები ადგილზე იმყოფებოდნენ არასრული შემადგენლობით, ხოლო 3 შემთხვევაში, მოდულზე პასუხისმგებელი პირები არ იყვნენ ადგილზე. აღნიშნული მიუთითებს სასწავლებლებში როგორც რეზიდენტთა, ასევე პროგრამის ხელმძღვანელების მხრიდან არააქტიურ დასწრებასა და საქმიანობაზე.

მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით დიპლომისშემდგომი სწავლება შეიძლება განხორციელდეს ორი ფორმით:⁸⁸

სქემა N4.3 დიპლომისშემდგომი სწავლების განხორციელების ფორმები



მიუხედავად იმისა, რომ კანონით განსაზღვრულია რეზიდენტურა, რომელიც უფასოა და მოიცავს სახელმწიფო შეკვეთას, დიპლომისშემდგომი სწავლების დაფინანსებას ახორციელებენ თავად სპეციალობის მაძიებლები, გარდა სახელმწიფო პროგრამის მონაწილეებისა,⁸⁹ რაც დიპლომისშემდგომი სამედიცინო პროგრამების მთლიანი წლიური ხარჯის 0.8%-ს მოიცავს.⁹⁰

ცხრილი N4.2 2018-2021 წლებში სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული რეზიდენტურის მოცულობის შეფარდება რეზიდენტების სწავლის ყოველწლიურ ღირებულებასთან

წელი	რეზიდენტების რაოდენობა	სწავლის ჯამური ღირებულება	პროგრამის დაფინანსების მოცულობა მაძიებლებისათვის	პროცენტული შეფარდება
2018	681	2,802,125	5,400.00	0.2%
2019	701	2,854,861	48,000.00	1.7%
2020	688	2,766,238	19,200.00	0.7%
2021	932	3,397,881	19,600.00	0.6%

⁸⁷ სსიპ – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს უფროსის 2019 წლის 10 ივლისის N 02-231/მ ბრძანება „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს სამუშაო ჯგუფის ვიზიტის შესახებ დიპლომისშემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) ჩარიცხული რეზიდენტების მზადების პროცესის მონიტორინგის მიზნით“.

⁸⁸ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 5, „გ“ და „ქ“ ქვეპუნქტები.

⁸⁹ აღნიშნული პროგრამა დეტალურად განხილულია მე-3 თავში.

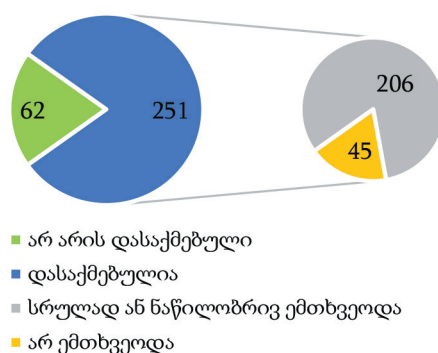
⁹⁰ ანალიზი ეფუძნება იმ რეზიდენტების გამოკითხვებს, რომლებმაც ჩააბარეს 2018-2021 წლებში. თითოეულ წელს დათვლილია იმ წელს ჩაბარებული რეზიდენტების სწავლის წლიური გადასახადი, ასევე იმავე პრინციპითაა გაანალიზებული სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული რეზიდენტების შესახებ ინფორმაცია. კერძოდ: იმ მაძიებლებმა, რომლებმაც ჩააბარეს რეზიდენტურაში 2018-2021 წლებში. თითოეულ წელს დათვლილია იმ წელს ჩაბარებული რეზიდენტების სწავლის დაფინანსების წლიური ღირებულება და გამოთვლილია დაახლოებით პროცენტული მაჩვენებლები: სწავლის ჯამური ხარჯის რამდენ პროცენტს აფინანსებს სახელმწიფო.



დიპლომისშემდგომი სწავლება ფასიანია ყველა მსურველისათვის. სწავლების საშუალო პერიოდი შეადგენს 3 წელს (33 თვე), ხოლო ყოველთვიური გადასახადი, საშუალოდ, 378 ლარია.⁹¹ იქიდან გამომდინარე, რომ სწავლა ფასიანია, რეზიდენტებს თავად უნევთ პარალელურად მუშაობა და გადასახადის დაფარვა.

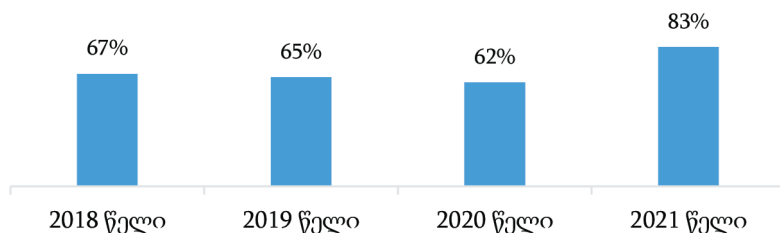
ამავს ადასტურებს აუდიტის ჯგუფის მიერ დიპლომისშემდგომი სწავლების მონაწილე 313 მაძიებლის⁹² გამოკითხვის შედეგი, რომლის მიხედვით, უმრავლესობა დასაქმებულია. სწავლის პარალელურად დასაქმებულია 251 მათგანი, ხოლო 206 გამოკითხულის მიხედვით, სამუშაო გრაფიკი სრულად ან ნაწილობრივ ემთხვეოდა სასწავლო დროს.

გრაფიკი N4.3 სამუშაო გრაფიკი სრულად ან ნაწილობრივ ემთხვეოდა თუ არა სასწავლო დროს



გამოკითხულთა შედეგს ასევე ადასტურებს, 2018-2021 წლების სსიპ – შემოსავლების სამსახურიდან მიღებული მონაცემები, რომელთა მიხედვით დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამაზე სწავლის პარალელურად დასაქმებული იყო სპეციალობის მაძიებელთა, საშუალოდ, 69%.⁹³

გრაფიკი N4.4 ინფორმაცია 2018-2021 წლებში დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამაზე სპეციალობის მაძიებელთა სწავლის პარალელურად დასაქმებულთა ანალიზის შესახებ



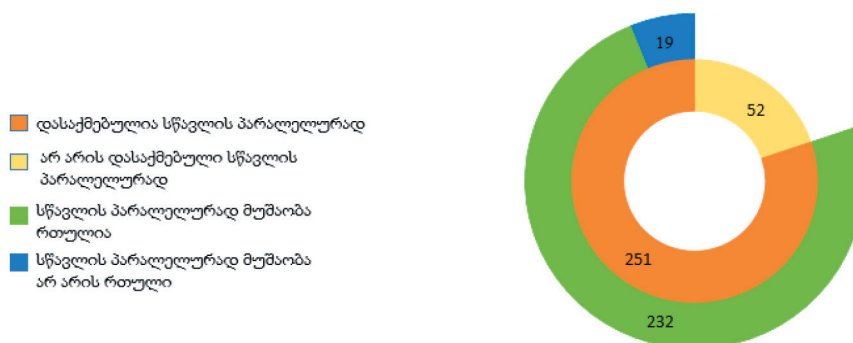
⁹¹ საექიმო საქმისთვის, საშუალოდ – 217 ლარი, ხოლო სტომატოლოგიისთვის – 539 ლარი.

⁹² გამოკითხვა 2019-2021 წლებში საქართველოს დიპლომისშემდგომი სამედიცინო დანესებულებების კურსდამთავრებულები და რეზიდენტები. გამოსაკითხთა ბაზა მონოდებულ იქნა რეგულირების სააგენტოს მიერ.

⁹³ რეზიდენტების ბაზის გაუნიკალურების შემდეგ, 2018-2021 წლებში სასწავლო პროცესში ჩართული რეზიდენტების შესახებ მონაცემები გადამოწმდა სერტიფიცირებული ექიმების ბაზაში. იმ რეზიდენტებს, რომლებიც იძებნებოდნენ ბაზაში, შედარდა შემოსავლების სამსახურის მიერ მონოდებულ ინფორმაციას, 2016-2021 წლებში სერტიფიცირებული ექიმების სამუშაო ადგილის შესახებ, საიდანაც გაანალიზდა აღნიშნული პირებისთვის წლიურად გადახდილი ხელფასისა და მომსახურების ანაზღაურების ჯამი.

აღნიშნული გარემოება იძლევა ვარაუდის საშუალებას, რომ რეზიდენტები ვერ უთმობენ საკმარის დროს სწავლასა და ლექციებზე/პრაქტიკულ მეცადინეობებზე დასწრებას. ამ მოსაზრებას ადასტურებს გამოკითხვის შედეგიც, დასაქმებულთა 92.4%-ის მოსაზრებით (232 გამოკითხული), სწავლის პარალელურად მუშაობა რთულია.

გრაფიკი N4.5 გამოკითხული სპეციალობის მაძიებლების სწავლის პარალელურად დასაქმების მაჩვენებელი და სწავლის მუშაობის სირთულე



ამასთანავე, სარეზიდენტო პროგრამების შინაარსის შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ 56 პროგრამიდან⁹⁴ 19-ში განერილია კვირის განმავლობაში განმახორციელებელ დანესებულებაში სწავლების/პრაქტიკების განხორციელების პერიოდი, რაც საშუალოდ 38,5 საათს შეადგენს მაშინ, როცა საქართველოს შრომის კოდექსით,⁹⁵ ნორმირებული სამუშაო დროის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს კვირაში 40 საათს. შესაბამისად, რეზიდენტები კლინიკაში ყოფნის დროს მუშაობენ ანაზღაურებადი თანამშრომლების დატვირთვით და ფაქტობრივად, პარალელურად აღნიშნული საქმიანობის დასაფინანსებლად მუშაობენ.

იმისათვის, რომ მომავალმა ექიმმა მიიღოს დამოუკიდებლად საექიმო საქმიანობის უფლება, სწავლების პირველი საფეხურის დასრულებისას უნდა ჩააბაროს საკვალიფიკაციო, ხოლო დიპლომისშემდგომი სწავლების შემდგომ – სასერტიფიკაციო გამოცდა. სერტიფიცირება არის დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მინიჭების პროცესი, რომლის მიზანია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელების უნარის შეფასება.⁹⁶

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონით, სერტიფიცირებულ ექიმს უნდა ჰქონდეს სათანადო უნარ-ჩვევები და პრაქტიკული გამოცდილება საექიმო საქმიანობაში.⁹⁷ მიუხედავად ამისა, გამოცდის ფორმატი, როგორც დიპლომისშემდგომ საკვალიფიკაციო, ასევე სასერტიფიკაციო გამოცდაზე, ტარდება მხოლოდ ტესტებით, სადაც მითითებულია 4 სავარაუდო პასუხი და არ ფასდება გამოსაცდელის პრაქტიკული უნარ-ჩვევები.

საკვალიფიკაციო/სასერტიფიკაციო გამოცდაზე თითოეული საგამოცდო ბილეთის ფორმირდება სპეციალური კომპიუტერული პროგრამით. საგამოცდო ბილეთში ტესტების რაოდენობა, ფორმატი და სამუშაო დრო განისაზღვრება საბჭოს მიერ. შეფასების მაქსიმალური ქულაა 200.

⁹⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 4 თებერვლის N01-6/6 ბრძანება „სარეზიდენტო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“.

⁹⁵ საქართველოს ორგანული კანონი „საქართველოს შრომის კოდექსი“, მუხლი 24, პუნქტი 2.

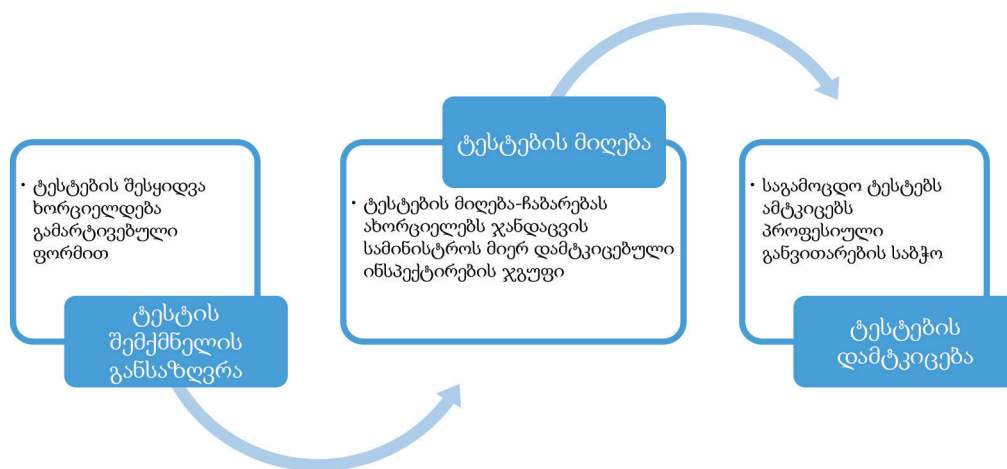
⁹⁶ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 5, „ფ“ ქვეპუნქტი.

⁹⁷ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 5, „ა“ ქვეპუნქტი.



საკვალიფიკაციო და სასერტიფიკაციო გამოცდის განხორციელებისას ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ეტაპია საგამოცდო ტესტების შექმნის/დამტკიცების პროცესი, რაც შემდეგნაირად ხორციელდება:

სქემა N4.4 ტესტების შესყიდვისა და დამტკიცების⁹⁸ პროცედურა



სამინისტრო ტესტებს შეისყიდის გამარტივებული წესით, რაც გულისხმობს იმას, რომ წინასწარ შერჩეული მიმწოდებლისგან იძენს ტესტებს კონკრეტულ სპეციალობაში. დოკუმენტური ანალიზით⁹⁹ გამოვლინდა შემდეგი: სასერტიფიკაციო გამოცდები ტესტური ფორმით დაიწყო 2001 წელს, შესაბამისად, ამ დროს შეიქმნა ტესტების ბაზა. ამ პერიოდის შემდეგ, სამინისტროს მიერ მხოლოდ 4-ჯერ განახლდა ტესტები.¹⁰⁰ არის სპეციალობები, სადაც ტესტების შედგენის შემდგომ, საერთოდ არ განახლებულა ისინი.

ცხრილი N4.3 ტესტების განახლების პროცესი

საგამოცდო ტესტების შედგენა სპეციალობებში	სპეციალობების რაოდენობა	%
არ არის ტესტები შედგენილი	2 ¹⁰¹	4%
არ შექმნილა ახალი ტესტები და არც არსებული განახლებულა 2001 წლის შემდეგ	6 ¹⁰²	11%
არ შექმნილა ახალი ტესტების 2001 წლის შემდეგ	4 ¹⁰³	7%
ახალი ტესტები არ შექმნილა 2012 წლის შემდეგ	7 ¹⁰⁴	13%
განახლებული ტესტები	36	65%
სპეციალობების ჯამური რაოდენობა	55	100%

⁹⁸ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 3 ნოემბრის N295/6 ბრძანება „ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდის ჩატარების წესისა და პირობების და რეზიდენტურაში ჩარიცხვის წესის დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 2, პუნქტი 2, „ა“ ქვეპუნქტი.

⁹⁹ პასუხისმგებელი პირების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია და ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის მოადგილის 2017 წლის 14 ივნისის მოხსენებითი ბარათი.

¹⁰⁰ 2012, 2017, 2018 და 2019 წლებში.

¹⁰¹ ბავშვთა ენდოკრინოლოგია; ბავშვთა ინფექციური სნეულებები.

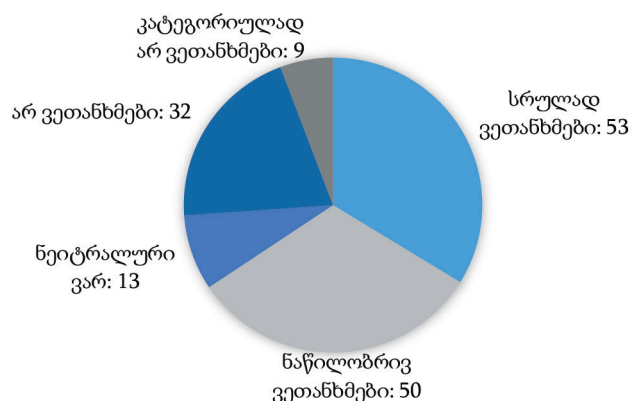
¹⁰² ბავშვთა გასტროენტეროლოგია; ბავშვთა პედატოლოგია-ტრანსფუზიოლოგია; ბირთვული მედიცინა; ორთოპედული სტომატოლოგია; პლასტიკური და რეკონსტრუქციული ქირურგია; რადიაციული ონკოლოგია.

¹⁰³ ორთოდონტია; ორთოპედია-ტრავმატოლოგია; პათოლოგიური ანატომია – კლინიკური პათოლოგია; ყბა-სახის ქირურგია.

¹⁰⁴ კლინიკური ტოქსიკოლოგია; ნარკოლოგია; რეპროდუქტოლოგია; სამედიცინო გენეტიკა; სისხლძარღვთა ქირურგია; სპორტის მედიცინა; ფიზიკური მედიცინა, რეაბილიტოლოგია და კურორტოლოგია.

აღნიშნული წარმოქმნის რისკს, რომ სპეციალობათა ტესტების ნაწილი შესაძლოა არ იყოს დიპლომის შემდგომი განათლების/სარეზიდენტო პროგრამებით გათვალისწინებულ ლიტერატურასთან, აგრეთვე უახლესი მტკიცებულებების შესაბამისად მომზადებული და გაიდლაინებთან/პროტოკოლთან თავსებადი. აღნიშნულს ადასტურებს სერტიფიცირებული ექიმების¹⁰⁵ გამოკითხვის შედეგებიც.

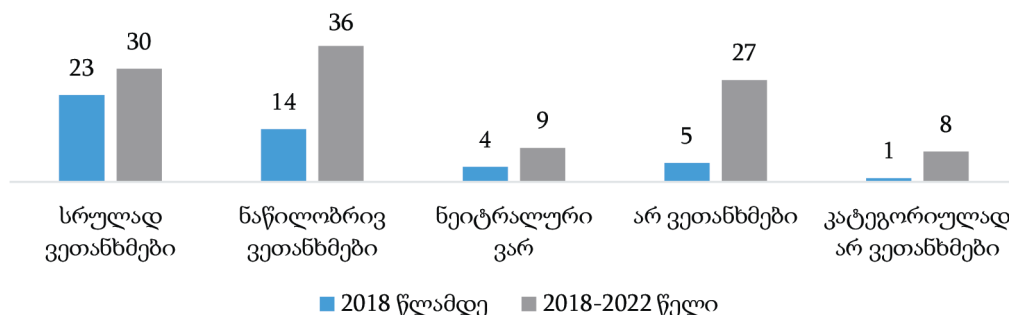
გრაფიკი N4.6 გამოცდაზე გამოყენებული ტესტები შეესაბამებოდა თუ არა პროფესიული მზადების ეტაპზე მიღებულ ცოდნას



41 გამოკითხულის მოსაზრებით, გამოცდაზე გამოყენებული ტესტები არ შეესაბამებოდა იმ ცოდნას, რაც მათ მიიღეს პროფესიული მზადების ეტაპზე.

აღსანიშნავია, რომ კითხვაზე, შეესაბამებოდა თუ არა ტესტები თანამედროვე მიდგომებს/გაიდლაინებს, ტესტების განახლების პერიოდულობის შესაბამისად გაანალიზდა გამოკითხულთა შედეგები.¹⁰⁶ 2018 წლის შემდგომ სერტიფიცირებული 35 რესპონდენტის აზრით, კითხვები არ შეესაბამება უახლეს მიდგომებს, ხოლო 2018 წლამდე სერტიფიცირებული ექიმებიდან,¹⁰⁷ მხოლოდ 6 ფიქრობს იმავეს.

გრაფიკი N4.7 გამოკითხულთა აზრით,¹⁰⁸ გამოცდის ტესტები შეესაბამება თანამედროვე მიდგომებს (გაიდლაინებს)



¹⁰⁵ სულ გამოკითხა 157 სერტიფიცირებული ექიმი, საიდანაც 19-მა გამოცდა ჩააბარა 1997-2007 წლებში, 28-მ – 2007-2017 წლებში, ხოლო 110-მა სერტიფიკატი აიღო 2018-2021 წლებში.

¹⁰⁶ ტესტები განახლდა/გადაიხედა, ტესტებს დაემატა 2012, 2017, 2018 და 2019 წლებში.

¹⁰⁷ გამოკითხა, ჯამში – 157 ექიმი, საიდანაც 2018-2022 წლებში სერტიფიცირებაზე გასული იყო 110 მათგანი, ხოლო 2018 წლამდე სერტიფიცირებაგავლილი ექიმების რაოდენობა შეადგენდა 47-ს.

¹⁰⁸ გამოკითხნენ როგორც 2018 წლამდე, ასევე 2018-2022 წლებში სერტიფიცირების გამოცდაში მონაწილე პრეტენდენტები.

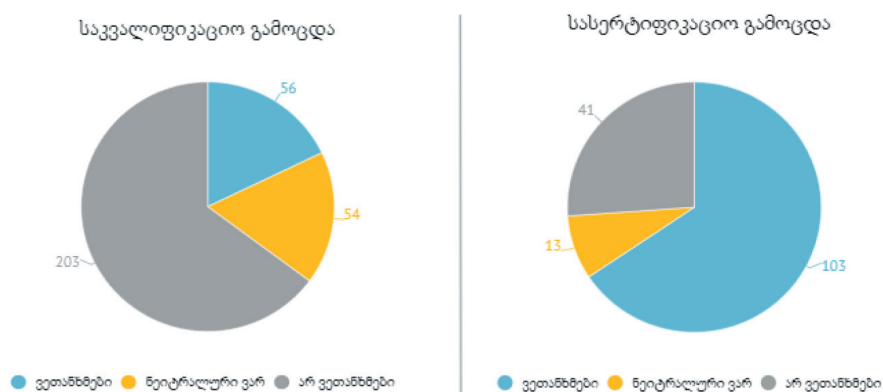


მას შემდეგ, რაც სამინისტრო დადებს ხელშეკრულებას საგამოცდო კითხვების შესყიდვაზე კონკრეტულ სპეციალობაში, ხოლო მიმწოდებელი შეადგენს ტესტებს და განაახლებს ბაზას, სამინისტროს მიერ დამტკიცებული ინსპექტირების ჯგუფი¹⁰⁹ ახორციელებს მათ ინსპექტირებას, რაც შემოიფარგლება მხოლოდ ტესტების ტექნიკური მხარის შემოწმებით და არ ხდება მათი შესაბამისობის დადგენა სავალდებულო ლიტერატურასთან; ასევე არ ხდება ტესტების ხარისხობრივი ნაწილის შესწავლა. კერძოდ, ტესტები შედგენილი იყო თუ არა ხელშეკრულების მოთხოვნების შესაბამისად, ვინაიდან ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბრძანების¹¹⁰ მიხედვით, ინსპექტირების ჯგუფს ევალება ტესტების მხოლოდ ტექნიკური მახასიათებლების შემოწმება და არ არის მითითება კითხვების ხარისხობრივი შესაბამისობის შესწავლაზე.

რაც შეეხება ტესტების დამტკიცების პროცესს, მოქმედი კანონმდებლობით,¹¹¹ საბჭოს მიერ მტკიცდება გამოცდის ტესტ-კითხვარები. საბჭოს სხდომის ოქმების შესწავლით კი დადგინდა, რომ მის მიერ არც ერთხელ არ განხილულა ტესტების შინაარსობრივი ნაწილი და არ გამოყენებულა ხარისხის კონტროლის დამატებითი მექანიზმი. შესაბამისად, ტესტები დამტკიცდა იმ ფორმით, რომელიც ინსპექტირების ჯგუფის მიღება-ჩაბარების აქტის საფუძველზე დადასტურდა.

ვინაიდან ტესტების შინაარსობრივი ნაწილის განხილვა კონტროლის არცერთ ეტაპზე არ ხდებოდა, აუდიტის ჯგუფის მიერ გამოიკითხნენ უშუალოდ გამოცდის მონაწილეები. გამოკითხულთა თითქმის ნახევარი ფიქრობს, რომ საგამოცდო ტესტები არ შეესაბამება იმ ცოდნას, რასაც იღებენ სწავლების ეტაპზე.¹¹²

გრაფიკი N4.8 დიპლომის შემდგომი საკვალიფიკაციო/სასერტიფიკაციო გამოცდის ტესტების შესაბამისობა სამედიცინო ფაკულტეტებზე/პროფესიული მზადების ეტაპზე მიღებულ ცოდნასთან



¹⁰⁹ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 23 ნოემბრის N01-370/ო ბრძანება „სასერტიფიკაციო და ერთიანი დიპლომის შემდგომი საკვალიფიკაციო საგამოცდო ტესტ-კითხვარების გადამუშავებისა და ბაზის განახლების თაობაზე სამინისტროსა და პროგრამის მიმწოდებლებს შორის გაფორმებული სახელმწიფო შესყიდვის შესახებ ხელშეკრულებების შესრულების კონტროლის მიზნით ინსპექტირების ჯგუფის შექმნის შესახებ“.

¹¹⁰ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 23 ნოემბრის N01-370/ო ბრძანება.

¹¹¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 3 ნოემბრის ბრძანება N295/6 „ერთიანი დიპლომის შემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდის ჩატარების წესისა და პირობების და რეზიდენტურაში ჩარიცხვის წესის დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 2, პუნქტი 2, „ა“ ქვეპუნქტი.

¹¹² შეკითხვა საკვალიფიკაციო გამოცდასთან დაკავშირებით მოიცავს დიპლომის შემდგომ სამედიცინო პროგრამაზე ჩარიცხული რეზიდენტების გამოკითხვას (სულ 313 რესპონდენტი) და სასერტიფიკაციო გამოცდის შესახებ შეკითხვა – სერტიფიცირებული ექიმების გამოკითხვას (სულ 157 რესპონდენტი).

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა საქართველოში არსებული სხვა მსგავსი საგამოცდო პროცესი. მაგალითად, გაანალიზდა სსიპ – შეფასებისა და გამოცდების ეროვნული ცენტრის მიერ ორგანიზებული გამოცდების დროს ტესტების შექმნის პრაქტიკა.

შეფასებისა და გამოცდების ეროვნული ცენტრის 2021 წლის ანგარიშში¹¹³ წარმოდგენილია ერთიანი ეროვნული გამოცდების ჩატარებისას ტესტების შედგენის პროცედურის მეთოდოლოგია. კერძოდ, აღნიშნულია, რომ სხვადასხვა საგნის კვალიფიციური სპეციალისტებისგან დაკომპლექტებული სპეციალური ჯგუფები საგამოცდო ტესტზე მუშაობენ მთელი წლის განმავლობაში. შეფასებისა და გამოცდების ეროვნული ცენტრის საგნობრივი ჯგუფების წარმომადგენლების განმარტებით, დაბალანსებული ტესტების შექმნის მიზნით, ყველა დავალებას კითხულობს და ასრულებს ჯგუფის ყველა წევრი, რათა შემცირდეს დავალების პირობის, თუ თვითონ დავალების ტექსტის არაერთგვაროვნად აღქმის რისკი. იქმნება დავალებების ბანკი, რაზეც ჯგუფის წევრები მთელი წლის განმავლობაში მუშაობენ. დავალებების ბანკის თითოეულ დავალებას ჯგუფის წევრები, დაახლოებით, 10-15-ჯერ არედაქტირებენ.

აღნიშნული პროცესი უზრუნველყოფს ტესტების ხარისხის გაუმჯობესებას, მუდმივ მონიტორინგს და ტესტებში ორაზროვანი კითხვების ან შეცდომების დაშვების ალბათობის შემცირებას.

გარდა ზემოთ აღწერილი საგამოცდო მასალის შექმნასთან დაკავშირებული ხარვეზებისა, აღსანიშნავია, რომ საგამოცდის ტესტების სრული რაოდენობის 75%-80% ხელმისაწვდომია ნებისმიერი მსურველისათვის საიტზე: www.rama.moh.gov.ge, გამოცდის მონაწილემ კი უნდა დააგროვოს სწორი პასუხების, მინიმუმ, 75.5% იმისთვის, რომ გამოცდა ჩაითვალოს ჩაბარებულად.

აუდიტის ჯგუფმა განიხილა ისეთი პროფესიები, სადაც ექიმების მსგავსად საჭიროა პროფესიული გამოცდის ჩაბარება სპეციალობის მისანიჭებლად. კერძოდ, განხილულ იქნა ადვოკატის,¹¹⁴ მოსამართლისა¹¹⁵ და ნოტარიუსის¹¹⁶ პროფესიის მისანიჭებლად გამოცდის პრეტენდენტებისთვის, რამდენად ხელმისაწვდომია გამოცდაზე გამოსაყენებელი ტესტები.

სქემა N4.5 საგამოცდო ტესტების ხელმისაწვდომობა სხვადასხვა პროფესიული გამოცდის ფარგლებში



¹¹³ სსიპ შეფასებისა და გამოცდების ეროვნული ცენტრის საქმიანობის ანგარიში – 2021.

¹¹⁴ საქართველოს ადვოკატთა ასოციაციის ინტერნეტგვერდზე (gba.ge) ხელმისაწვდომია მხოლოდ საგამოცდო პროგრამა და სახელმძღვანელოები.

¹¹⁵ საქართველოს იუსტიციის უმაღლესი საბჭოს ინტერნეტგვერდზე (hcoj.gov.ge) განთავსებულია მოსამართლეობის საკვალიფიკაციო ტესტური გამოცდის არჩევითპასუხიანი დავალებების ნიმუშები. კერძოდ, თითოეულ დარგში მოყვანილია სამი სახის დავალების ნიმუში: მარტივი, რომელიც უბრალოდ თეორიული კითხვაა და ორი ქეისი, სადაც გამოსაცდელმა უნდა განიხილოს სიტუაცია და ამის მიხედვით შემოხაზოს პასუხი.

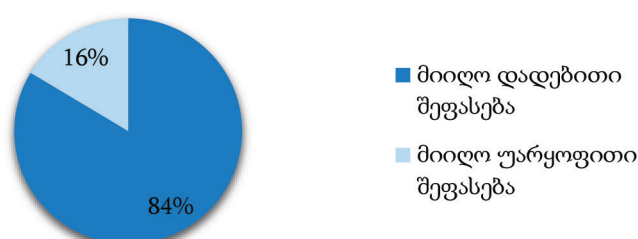
¹¹⁶ საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2010 წლის 31 მარტის N68 ბრძანება „ნოტარიუსთა საკვალიფიკაციო გამოცდის ჩატარების წესის, საკვალიფიკაციო საგამოცდო კომისიის დებულებისა და ნოტარიუსთა საკვალიფიკაციო საგამოცდო პროგრამის დამტკიცების თაობაზე“.



აღმოჩნდა, რომ ხელმისაწვდომია მხოლოდ საგამოცდო პროგრამა, სახელმძღვანელოები და მოსამართლის საგამოცდო ტესტის ნიმუში, რომლის საფუძველზეც მზადდება ტესტები. უშუალოდ გამოცდაზე გამოსაყენებელი კითხვები, არცერთ შემთხვევაში არაა ხელმისაწვდომი.

პრეტენდენტებისთვის ხელმისაწვდომია ის პროგრამა, რომლის საფუძველზეც მიმდინარეობს კითხვების შედგენა, უშუალოდ ტესტები მხოლოდ გამოცდაზე ხდება ცნობილი, რაც ხელს უწყობს პრეტენდენტების რეალური ცოდნის გამომჟღავნების შესაძლებლობას. ექიმების შემთხვევაში, როცა ტესტების 75% ხელმისაწვდომია საჯაროდ, იზრდება გამოსაცდელთა ცოდნის არაობიექტურად შეფასების რისკი, რაზეც მიუთითებს ექიმთა სერტიფიცირებაზე გასულ პირთა მაღალი მაჩვენებელიც.

გრაფიკი N4.9 2018- 2021 წლებში სასერტიფიკაციო გამოცდაზე გამოცხადებული სტუდენტების შეფასების ანალიზი



2018-2021 წლებში დადებითი შეფასება მიიღო გამოცდაზე გასულთა 84%-მა, ანუ 3,405 გამოსაცდელმა.

დასკვნა

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების/სასწავლებლების ხარისხის შეფასების მექანიზმი ვერ იძლევა არსებული მდგომარეობის სათანადოდ შეფასების შესაძლებლობას. დაბალია აკრედიტაციის მფლობელი დაწესებულებების აკრედიტაციასთან შესაბამისობის ყოველწლიური ანგარიშის როგორც წარმოდგენის, ისე – მათი შემოწმების მაჩვენებელი.

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მოპოვების მექანიზმი არ არის ეფექტიანი მომავალი ექიმის პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესამოწმებლად და ხორციელდება მხოლოდ ტესტების საშუალებით, რომელთა 75% ხელმისაწვდომია საჯაროდ. ამას გარდა, ტესტების შესყიდვის/დამტკიცების პროცესი შეიცავს არსებით ხარვეზებს და ტესტების შემუშავების პროცესში არ ხდება ხარისხობრივი ნაწილის შესწავლა.

რეკომენდაცია რეგულირების სააგენტოს:

რეკომენდაცია N 2

დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების/სასწავლებლების აკრედიტაციის მოთხოვნებთან შესაბამისობის ეფექტიანი ზედამხედველობის მიზნით შეიქმნას მონიტორინგის მექანიზმი – სამედიცინო დაწესებულებების/სასწავლებლების შერჩევის კრიტერიუმები და მონიტორინგის განხორციელების მეთოდოლოგია.



ჩაკომენდაცია საინინსტროსა და ჩაბუღიჩაბის სააბანსოს:

ჩაკომენდაცია N 3

ქვეყანაში სათანადო კომპეტენციის ექიმი-სპეციალისტების უზრუნველყოფის მიზნით შემუშავდეს კარგ პრაქტიკაზე დაფუძნებული:

- დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატის მოპოვების მექანიზმი, რომელიც შეაფასებს გამოსაცდელის ცოდნასა და პრაქტიკულ უნარ-ჩვევებს;
- სასერტიფიკაციო გამოცდის ტესტების შექმნის, განახლებისა და ხარისხის კონტროლის მექანიზმი.



5. უწყვეტი პროფესიული განვითარება

უწყვეტი პროფესიული განვითარება არის უმაღლესი სამედიცინო განათლების და დიპლომის შემდგომი პროფესიული მზადების მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიზანია ექიმის პროფესიული კომპეტენციის შენარჩუნება თავის საექიმო სპეციალობაში ისე, რომ თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამებოდეს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებსა და ტექნოლოგიებს.¹¹⁷

აღსანიშნავია, რომ 2018 წლიდან უწყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ მოთხოვნა გაჩნდა პერინატალური სერვისის განმახორციელებელ დაწესებულებებში მომუშავე ზოგიერთი საექიმო სპეციალისტისათვის, 2020 წლიდან კი – სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული სხვადასხვა ექიმი სპეციალისტისათვის (იხ. დანართი 2). მიუხედავად ამისა, 2018-2021 წლებში, არსებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების მოთხოვნისა და შერჩეული სამედიცინო დაწესებულებების¹¹⁸ მონაცემთა ანალიზის მიხედვით, პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული მეან-გინეკოლოგების და ნეონატოლოგების¹¹⁹ არასაკმარისი ჩართულობაა უსგ-ის პროგრამებში, კერძოდ: პერინატალურ

¹¹⁷ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მე-3 და 97-ე მუხლები.

¹¹⁸ რეგიონალიზაციის დონის მინიჭების შესახებ მოწოდებული მონაცემების მიხედვით, ანალიზისთვის 2018 წელს შეირჩა 31 პერინატალური დაწესებულება, 2019 წელს – 18 პერინატალური დაწესებულება, 2020-2021 წლებიდან – ისეთი 15 სამედიცინო დაწესებულება, რომელთაც 2020 წელს მიენიჭათ როგორც პერინატალური, ისე ანტენატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის შესაბამისი დონე.

¹¹⁹ 2018 წლის მონაცემები მოიცავს 659 უნიკალურ ექიმს, რომელიც მუშაობს უწყვეტად როგორც 2018 წელს, ისე – 2019 წელსაც, რადგან ერთსა და იმავე ექიმს ერთხელ მაინც უნდა გაეწეო უსგ 2 წლის განმავლობაში (ამ პერიოდისთვის სავალდებულო უსგ-ის ქულა არ არის დაკონკრეტებული).

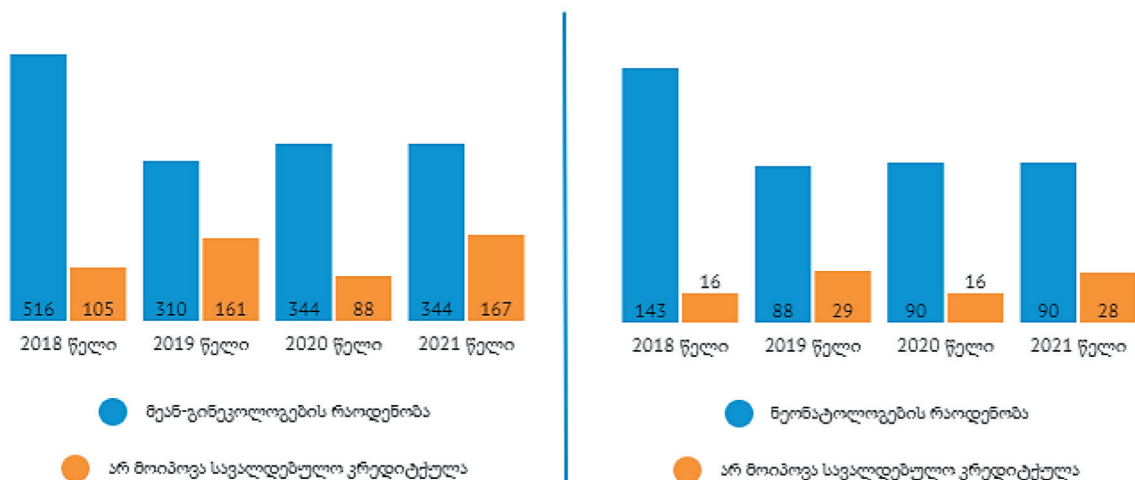
2019 წლის მონაცემი მოიცავს 398 უნიკალურ ექიმს, რომელიც აღნიშნულ წელს მუშაობდა აუდიტის ჯგუფის მიერ შერჩეულ 18 დაწესებულებაში. 2020-2021 წლების მონაცემები მოიცავს 434 უნიკალურ ექიმს, რომელიც 2020 და 2021 წლებში უწყვეტად მუშაობდა აუდიტის ჯგუფის მიერ შერჩეულ 15 დაწესებულებაში. მონაცემი იდენტიფიცირებულია სერტიფიცირებული ექიმების, პერინატალური რეგიონალიზაციისა და სსიპ – შემოსავლების სამსახურიდან მიღებული სამედიცინო პერსონალის შემოსავლების ბაზის მიხედვით. შემოსავლების ბაზაში არსებული სამედიცინო დაწესებულებები დაედარა რეგულირების სააგენტოს/სამინისტროს მიერ მოწოდებულ პერინატალური და ანტენატალური დაწესებულებების ბაზას, სადაც მომუშავე სამედიცინო პერსონალი ჩაითვალა პროფესიულად აქტიურ ექიმებად.

2019 წელს მეან-გინეკოლოგებს უნდა დაეგროვებინათ ყოველწლიურად 30 უსგ-ის ქულა, ხოლო ნეონატოლოგებს – 20 უსგ-ის ქულა. ბრძანების მიხედვით, ნეონატოლოგებს 2021 წლის 1 იანვრამდე უნდა დაეგროვებინათ 30 კრედიტქულა.

2020 წლის მდგომარეობით უსგ-ის ქულები დათვლილია შემდეგი პრინციპით: სავალდებულო უსგ-ის ქულების დაგროვების შესახებ ბრძანებაში (N01/25) გაჩნდა ჩანაწერი 2019 წლის 3 იანვრიდან და უსგ-ის კრედიტქულების დაგროვების ვადად 2020 წლის 27 იანვრამდე განსაზღვრული იყო ყოველწლიური პერიოდი; 2020 წლის 28 იანვრიდან კი, ბრძანებაში შეიცვალა უსგ-ის ქულების დაგროვების პერიოდი და გაჩნდა ჩანაწერი „უკანასკნელი ერთი წელი“, რომელიც არ არის მითითებული – რეგიონალიზაციის დონის მაძიებლის განაცხადის წარდგენამდე იგულისხმება უკანასკნელი ერთი წელი, რეგიონალიზაციის დონის მინიჭებამდე პერიოდი თუ კალენდარული წელი. შესაბამისად, აუდიტის ჯგუფის მსჯელობით, სამედიცინო პერსონალის სავალდებულო უსგ-ის კრედიტქულების დაგროვების ვადად განისაზღვრა 2019 წლის იანვრიდან 2020 წლის დეკემბრის ჩათვლით პერიოდი, რომელიც არის იმავე ხანგრძლივი პერიოდი, ვიდრე ბრძანებით მოითხოვებოდა. 2021 წლის მდგომარეობით, უსგ-ის ქულები დათვლილია 2021 წელს მიღებული უსგ-ის კრედიტების მიხედვით. სერტიფიცირებულ პირთა ბაზაში არსებული სამედიცინო პერსონალის უნიკალური მონაცემების მიხედვით, სსიპ – შემოსავლების სამსახურიდან გამოთხოვილია 2018-2022 წლების, მათ შორის, ყოველთვიურად მიღებული შემოსავლები. ვინაიდან შემოსავლების ბაზაში არ ჩანს დასაქმებულის პოზიცია და სამინისტროც არ ფლობს სრულ ინფორმაციას აღნიშნულ წლებში პროფესიულად აქტიური ექიმების/თანამდებობის შესახებ, აუდიტის ჯგუფის მიერ დამუშავებულ იქნა, რომ შემოსავლების ბაზაში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო პერსონალი მუშაობს ექიმად. შემოსავლების ბაზაში არსებული სამედიცინო დაწესებულებები დაედარა რეგულირების სააგენტოს/სამინისტროს მიერ მოწოდებულ პერინატალური და ანტენატალური დაწესებულებების ბაზას, სადაც მომუშავე სამედიცინო პერსონალი ჩაითვალა პროფესიულად აქტიურ ექიმებად და გაკეთდა უსგ-ის ანალიზი.

დანესებულებებში მომუშავე მეან-გინეკოლოგებიდან ყოველწლიურად საშუალოდ 37%-მა¹²⁰ არ გაიარა უსგ-ის პროგრამა, ხოლო ნეონატოლოგებიდან, საშუალოდ – 23%-მა.¹²¹

გრაფიკი N5.1 პერინატალურ დანესებულებებში 2018-2021 წლებში მომუშავე მეან-გინეკოლოგებისა და ნეონატოლოგების მიმართვიანობა უსგ-ის პროგრამებზე



2020-2021 წლების მიხედვით, ასევე დაბალია ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებისა და რადიოლოგების ჩართულობა უსგ-ის პროგრამებში, კერძოდ: აღნიშნულ სპეციალისტთა საერთო რაოდენობა შეადგენს 217-ს,¹²² მათგან უსგ-ის წლიური კრედიტქულა, საშუალოდ, 69%-ს¹²³ არ ჰქონდა მოპოვებული.

¹²⁰ 2018 წელს უსგ-ის ქულა არ ჰქონდა დაგროვებული 516-დან 20%-ს, 2019 წელს – 310-დან 52%-ს, 2020 წელს – 344-დან 27%-ს, 2021 წელს კი, 344-დან 51%-ს; საშუალოდ, 37%-ს.

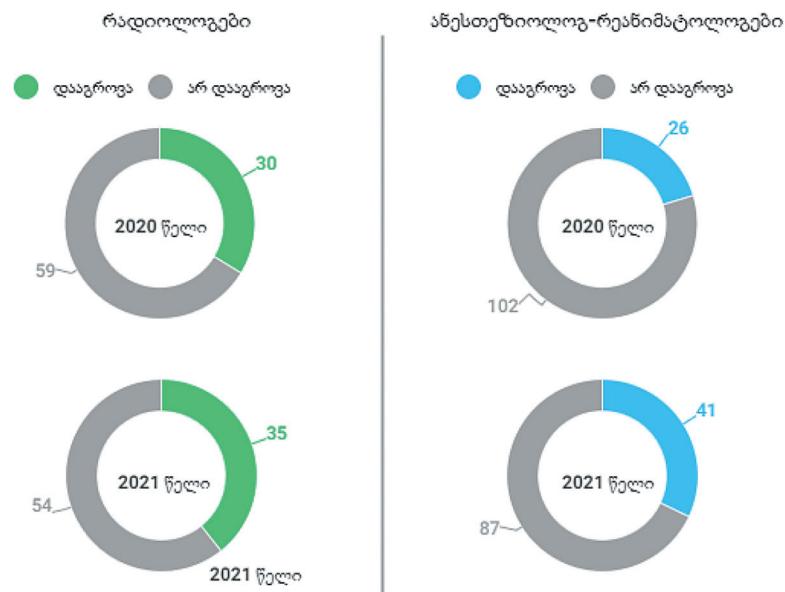
¹²¹ 2018 წელს უსგ-ის 143-დან ქულა არ ჰქონდა დაგროვებული 11%-ს, 2019 წელს – 88-დან 33%-ს, 2020 წელს – 90-დან – 18%-ს, 2021 წელს – 90-დან 31%-ს; საშუალოდ, 23%-ს.

¹²² 217 არის უნიკალური ექიმი, 89 – ანესთეზ-რეანიმატოლოგი და 128 – რადიოლოგი, რომლებიც 2020 და 2021 წლებში უწყვეტად მუშაობდნენ აუდიტის ჯგუფის მიერ შერჩეულ 15 დანესებულებაში. მონაცემი იდენტიფიცირებულია სერტიფიცირებული ექიმების, პერინატალური რეგიონალიზაციისა და შემოსავლების სამსახურიდან მიღებული სამედიცინო პერსონალის შემოსავლების ბაზის მიხედვით. შემოსავლების ბაზაში არსებული სამედიცინო დანესებულებები დაედარა რეგულირების სააგენტოს/სამინისტროს მიერ მონოდებულ პერინატალური და ანტენატალური დანესებულებების ბაზას, სადაც მომუშავე სამედიცინო პერსონალი ჩაითვადა პროფესიულად აქტიურ ექიმებად.

¹²³ 2020 წელს – ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების 89 სპეციალისტიდან – 66%-ს, 2021 წელს კი, 61%-ს არ ჰქონდა დაგროვებული სავალდებულო უსგ-ის ქულა; 2020 წელს – რადიოლოგების 128 სპეციალისტიდან – 80%-ს, 2021 წელს კი, 68%-ს; საშუალოდ, 69%-ს.



გრაფიკი N5.2 ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებისა და რადიოლოგების რაოდენობა, რომელთაც 2020-2021 წლების მიხედვით არ ჰქონდათ დაგროვებული ყოველწლიური უსგ-ის კრედიტჟულა¹²⁴



მონაცემთა ანალიზის მიხედვით, დაბალია 2021 წელს სტაციონარულ დაწესებულებებში¹²⁵ მომუშავე გადაუდებელი მედიცინის ექიმების, რადიოლოგების, კარდიოლოგებისა და კარდიოქირურგების მიერ¹²⁶ უსგ-ის პროგრამებში ჩართულობა და ყოველწლიურად განსაზღვრული კრედიტჟულების დაგროვების მაჩვენებელი. აღნიშნულ სპეციალისტთა საერთო რაოდენობა შეადგენდა 1,601-ს,¹²⁷ ხოლო მათგან უსგ-ის წლიური კრედიტჟულა დააგროვა მხოლოდ 415-მა (26%).

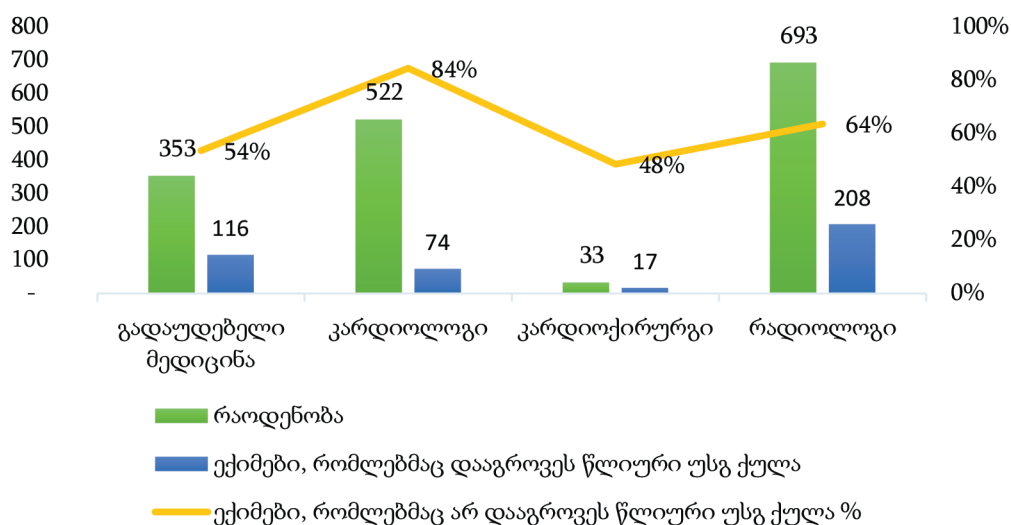
¹²⁴ მოიცავს დუბლიკატებს, რადგან ერთმა და იმავე ექიმმა ორი წლის განმავლობაში ორჯერ უნდა დააგროვოს სავალდებულო უსგ-ის ქულა, რადგან ქულები უნდა დააგროვდეს ყოველწლიურად.

¹²⁵ მოიცავს 151 უნიკალურ სტაციონარულ დაწესებულებას.

¹²⁶ საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 6 მარტის N149 დადგენილებაში შესული ცვლილების მიხედვით, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების/კარდიოქირურგიული მომსახურების მიმწოდებელი ყველა სტაციონარული დაწესებულება ვალდებული იყო 2020 წლის 31 დეკემბრამდე მოეპოვებინა საქმიანობის ნებართვის შესაბამისი დანართი(ები). სწორედ ამ დანართით განსაზღვრული ერთ-ერთი პირობაა ყოველწლიური სავალდებულო უსგ-ის ქულების მოპოვება ექიმ-სპეციალისტების მიერ (გადაუდებელი მედიცინის ექიმი – 30 უსგ-ის ქულა; რადიოლოგი – 20 უსგ-ის ქულა, კარდიოლოგი/ კარდიოქირურგი/ინტერვენციული კარდიოლოგი – 30 უსგ-ის ქულა). 2020 წლის კოვიდრეგულაციებიდან გამომდინარე, მინისტრის ამავე წლის 25 დეკემბრის N01-647/ო ბრძანების ცვლილების მიხედვით (2021 წლის 2 დეკემბრის ბრძანება N 01-477/ო), აღნიშნული საქმიანობების ნებართვის დანართის მოპოვების ვადად განისაზღვრა 2022 წლის 1 აპრილი, სავალდებულო უსგ-ის ქულების ანალიზი ჩატარდა 2021 წელს სტაციონარულ დაწესებულებებში დასაქმებულ სპეციალისტებზე, იმ დაშვებით, რომ შერჩეულ 151 სტაციონარულ დაწესებულებას 2022 წლის მარტის მდგომარეობით მოეპოვებული ექნებოდა შესაბამისი ნებართვის დანართი(ები).

¹²⁷ გადაუდებელი მედიცინის ექიმი – 353, კარდიოლოგი – 522, კარდიოქირურგი – 33, რადიოლოგი – 693. მონაცემები იდენტიფიცირებულია სერტიფიცირებული ექიმების რეესტრის, სსიპ – შემოსავლების სამსახურიდან მიღებული სამედიცინო პერსონალის დასაქმების ადგილის მონაცემთა, სააგენტოს მიერ მოწოდებულ სტაციონარული დაწესებულებების სიის, „სისტემის მომხმარებლების“ მონაცემებს პროფესიულად აქტიური ექიმებისა და მათ მიერ დაკავებული პოზიციების/თანამდებობების, უსგ-ის პროგრამებზე დამსწრე პირთა (2020-2022 წწ. (2022 წლის მარტის ჩათვლით)) შესახებ მონაცემების შეჯამებით, ასევე ის სპეციალისტები, რომლებიც 2021 წელს მუშაობდნენ სტაციონარულ დაწესებულებებში, 2022 წლის მარტის მდგომარეობით იდენტიფიცირებულ იქნა მათი საქმიანობის უწყვეტობაც.

გრაფიკი N5.3 სტაციონარულ დაწესებულებებში 2021 წელს მომუშავე გადაუდებელი მედიცინის ექიმების, კარდიოლოგების, კარდიოქირურგებისა და რადიოლოგების მიმართვიანობა უსგ-ის პროგრამებზე და ყოველწლიური უსგ-ის კრედიტჟულის დაგროვების მაჩვენებელი



რაც შეეხება უსგ-ის პროგრამებში ექთნების ჩართულობას, მონაცემთა ანალიზიდან ჩანს, რომ 2020-2021 წლებში სტაციონარულ დაწესებულებებში მომუშავე გადაუდებელი მედიცინის 436 ექთნიდან,¹²⁸ 2 წლის განმავლობაში უსგ-ის პროგრამებში¹²⁹ არც ერთი მათგანი არ იყო ჩართული..

პერინატალური და ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების რეგიონალიზაციის დონის მინიჭებისას ერთ-ერთი კრიტერიუმია დაწესებულებაში მომუშავე ზოგიერთი სამედიცინო პერსონალის მიერ განსაზღვრული სავალდებულო უსგ-ის ქულების მოპოვება, რომელთა შეუსრულებლობის შემთხვევაში, პერინატალურ/ანტენატალურ სერვისს არ ენიჭება რეგიონალიზაციის დონე და შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებას არ აქვს საქმიანობის განხორციელების უფლება.

საქართველოს მასშტაბით არსებობს 65 პერინატალური სერვისის შესაბამისი რეგიონალიზაციის დონის მქონე მიმწოდებელი დაწესებულება,¹³⁰ ხოლო ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების რეგიონალიზაციის დონის მინიჭების პროცესი შედარებით გვიან, 2020 წლის სექტემბრიდან¹³¹ დაიწყო. 2023 წლის ოქტომბრის მონაცემებით, ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების მხოლოდ 60%-ს (262-დან) მიენიჭა რეგიონალიზაციის დონე.

¹²⁸ მოიცავს უნიკალურ მონაცემებს. ექთნები, რომლებიც 2021 და 2020 წლებში იყვნენ პროფესიულად აქტიურები. სამინისტროსგან მოწოდებული (სისტემის მომხმარებლებიდან) ბაზები, 2021 წლის მდგომარეობით პროფესიულად აქტიური გადაუდებელი მედიცინის ექთნები შედარდა სსიპ – შემოსავლების სამსახურისგან გამოთხოვილ 2020 წლის ინფორმაციას ექთნების შესახებ, რათა იდენტიფიცირებული ყოფილიყო; 2021 წლის პროფესიულად აქტიური ექთნები – 2020 წელსაც იყვნენ თუ არა პროფესიულად აქტიურები და ერიცხებოდათ თუ არა ხელფასი სტაციონარულ დაწესებულებებში.

¹²⁹ უსგ-ის პროგრამებში მიმართვიანობის პერიოდად განისაზღვრა 2020 წლიდან 2022 წლის 1 აპრილი.

¹³⁰ 2018 წლიდან დაიწყო პერინატალური დაწესებულებების რეგიონალიზაციის დონის მინიჭების პროცესი.

¹³¹ მინისტრის 2020 წლის 2 სექტემბრის N01-99/ნ ბრძანება „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის N01-2/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“.



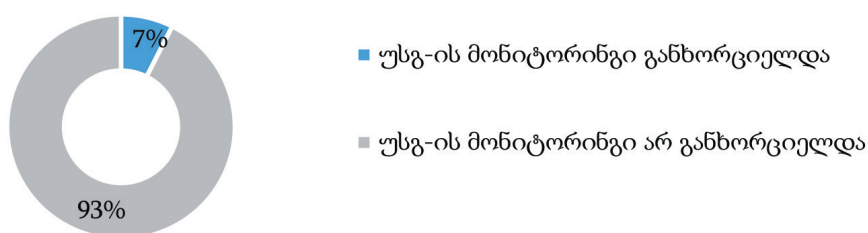
სამინისტროს განმარტებით, დაწესებულების ანტენატალური სერვისის დონის მინიჭების პირველ ეტაპზე არ მომხდარა უსგ-ის ქულების გადამოწმება და აღნიშნული მხოლოდ ანტენატალური რეგიონალიზაციის დონის განმეორებით მინიჭებისას, 5 წლის შემდეგ განხორციელდება.

აღსანიშნავია, რომ პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებას რეგიონალიზაციის დონე ენიჭება რეგულირების სააგენტოს მიერ ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ, ანტენატალურს კი – ყოველ 5 წელიწადში¹³² ერთხელ და სწორედ დროის ამავე ინტერვალით ხდება სავალდებულო უსგ-ის ქულების შეფასება მხოლოდ ბოლო ერთი წლის პერიოდზე, რაც არ არის საკმარისი და ეფექტიანი სავალდებულო უსგ-ის ქულების უწყვეტი მონიტორინგისთვის. სამინისტროს განმარტებით, არ მიმდინარეობს ყოველწლიურად უსგ-ის ქულების ზედამხედველობა მხოლოდ შერჩევით, საჭიროების მიხედვით ხორციელდება მონიტორინგი, თუმცა მომავალში იგეგმება, რომ უსგ-ის ქულის მოთხოვნა იყოს უწყვეტად, ყოველი კალენდარული წლის მიხედვით.

სტაციონარულ დაწესებულებებში¹³³ დასაქმებული გადაუდებელი მედიცინის ექიმების/ექთნების, კარდიოლოგების და რადიოლოგების მიერ სავალდებულო უსგ-ის ქულების დაგროვებაც ერთ-ერთ სანებართვო პირობას წარმოადგენს.¹³⁴ რეგულირების სააგენტო შერჩევით შეისწავლის სტაციონარული დაწესებულებების სანებართვო პირობების დაცვის მდგომარეობას და მათი შეუსრულებლობის შემთხვევაში, ადგენს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა ოქმს.

2021 წლის სტატისტიკური ცნობარის მიხედვით,¹³⁵ საქართველოში არსებობს 269 სტაციონარული დაწესებულება. რეგულირების სააგენტოს მიერ 2020-2021 წლებში¹³⁶ შესწავლილია მხოლოდ 20 დაწესებულება. შედეგად, სტაციონარულ დაწესებულებებში მომუშავე ექიმების მიერ მოპოვებული უსგ-ის კრედიტქულების შეფასების მექანიზმი არასაკმარისია.

გრაფიკი N5.4 სტაციონარულ დაწესებულებებში სანებართვო პირობების მონიტორინგი 2020-2021 წლებში



¹³² რადგან ანტენატალურ სერვისის დონე ენიჭება 5 წლის ვადით და 2020 წლიდან დაიწყო დონის მინიჭება, უსგ-ის ქულების მონიტორინგი განხორციელდება 5 წელიწადში ერთხელ.

¹³³ სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ეწევა დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასა და პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებულ სამედიცინო საქმიანობას სტაციონარულ პირობებში, პაციენტის 24 საათისა და მეტი დროის დაყოვნებით. ნებართვის მიმღები ვალდებულია, შეასრულოს ნებართვით გათვალისწინებული სანებართვო პირობები.

¹³⁴ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“.

¹³⁵ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2021 წლის ანგარიში „ჯანმრთელობის დაცვა – სტატისტიკური ცნობარი“, გვ.27.

¹³⁶ რეგულირების სააგენტოს მიერ განხორციელებული მონიტორინგი მოიცავს 01.01.2020- 21.09.2021 წლების პერიოდს.

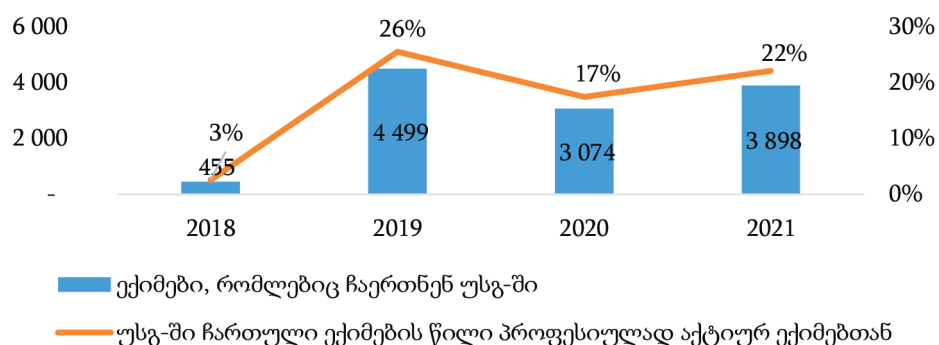
მონაცემთა ანალიზის მიხედვით, საბჭოს მიერ 2018-2021 წლებში სულ აკრედიტებულია 323 უსგ-ის პროგრამა. აქედან: დასწრებული – 223 ტრენინგი და 86 კონფერენცია, დაუსწრებელი¹³⁷ (ონლაინპლატფორმა) – 14. აკრედიტებული უსგ-ის პროგრამებიდან სავალდებულო პროგრამების წილი შეადგენს 64%-ს, არასავალდებულო – 36%. აღსანიშნავია, რომ მნიშვნელოვნად დაბალია აკრედიტებული და რეალურად განხორციელებული უსგ-ის პროგრამების თანაფარდობა. მაგალითად: სულ აკრედიტებული 323 პროგრამიდან, ფაქტობრივად განხორციელდა მხოლოდ 183 (57%).

ცხრილი N5.1 განხორციელებული და განუხორციელებელი აკრედიტებული უსგ-ის პროგრამები 2018-2021 წლების მიხედვით

2018-2021	სავალდებულო	არასავალდებულო	სულ
აკრედიტებული უსგ-ის პროგრამები	205	117	322
განხორციელებული უსგ-ის პროგრამების რაოდენობა	133	50	183
განხორციელებული უსგ-ის პროგრამების პროცენტი	65%	43%	57%
განუხორციელებელი უსგ-ის პროგრამების რაოდენობა	72	67	139
განუხორციელებელი უსგ-ის პროგრამების პროცენტი	35%	57%	43%

ზემოთ წარმოდგენილი უსგ-ის პროგრამების ანალიზი მიუთითებს იმაზე, რომ ქვეყნის მასშტაბით დაბალია პროფესიულად აქტიური ექიმების¹³⁸ მიმართვიანობა/ჩართულობა როგორც სავალდებულო, ისე არასავალდებულო უსგ-ის პროგრამებში. მაგალითად: 2021 წლის მონაცემებით, 17,632 ექიმიდან 2018-2021 წლებში უსგ-ში მონაწილეობა მიიღო მხოლოდ 43%-მა.¹³⁹

გრაფიკი N5.5 უსგ-ში მონაწილე ექიმების რაოდენობა და მათი შეფარდება პროფესიულად აქტიურ ექიმებთან 2018-2021 წლების მიხედვით



¹³⁷ ონლაინ პლატფორმაზე დაფუძნებული დაუსწრებელი ფორმატის უსგ-ის პროგრამა მოიცავს ორ ნაწილს: სწავლება და ტესტირება; სწავლება მოიცავს ტესტირებისთვის გამოყენებულ ლიტერატურას, რომელსაც დაინტერესებული პირი ეცნობა ონლაინ სასწავლო პლატფორმაზე.

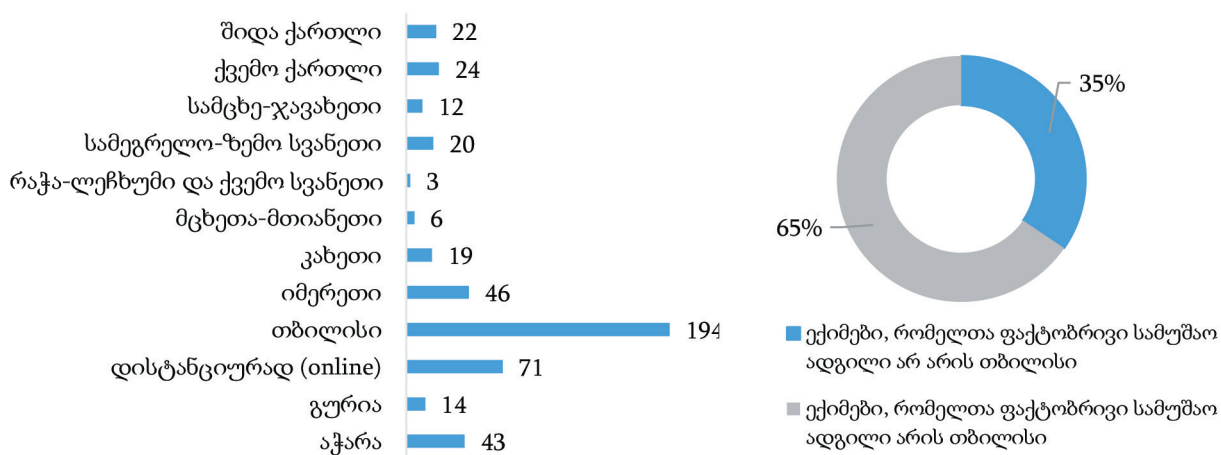
¹³⁸ სამინისტროს მიერ მოწოდებული მონაცემები. სისტემის მომხმარებლებიდან 2021 წლის იანვრის მდგომარეობით, რომელიც შედარდა სერტიფიცირებულთა ბაზას და სულ არის 17,632 პროფესიულად აქტიური ექიმი.

¹³⁹ 2018-2021 წლებში უსგ-ში ჩაერთო 7,658 ექიმი.



მონაცემთა ანალიზით¹⁴⁰ ვლინდება შემთხვევები, როდესაც უსგ-ის პროგრამები ჩატარების ადგილის მიხედვით, ექიმებისათვის არ იყო გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი. მაგალითად: უსგ-ის პროგრამების დამსწრე 4,606 სამედიცინო პერსონალიდან,¹⁴¹ 1,590 პირის (35%) ფაქტობრივი სამუშაო ადგილი არ იყო თბილისი. შედეგად, 2018-2021 წლებში განხორციელებული პროგრამები ძირითადად ხელმისაწვდომია თბილისში, მიუხედავად სამიზნე კონტიგენტის ფაქტობრივი სამუშაო ადგილისა.

გრაფიკი N5.6 უსგ-ის პროგრამების განხორციელება რეგიონების მიხედვით და დამსწრე პირთა ფაქტობრივი სამუშაო ადგილი (რეგიონი) 2018-2021 წლებში



აუდიტის ჯგუფმა გამოიკითხა ქვეყნის მასშტაბით პროფესიულად აქტიური სხვადასხვა სპეციალობის 345 ექიმი¹⁴² იმ მიზეზებისა და ბარიერების დასადგენად, თუ რატომ არ არიან ექიმები ჩართულნი უსგ-ის პროგრამებში და ასევე რა არის მიმდინარე უსგ-ის პროგრამების მნიშვნელოვანი ხარვეზები. შედეგად, იმ 90 ექიმიდან,¹⁴³ რომლებიც არ იღებენ მონაწილეობას უსგ-ის პროგრამებში, 50%-მა ამის მიზეზად განაცხადა, რომ არ არიან ინფორმირებულნი დაგეგმილი ტრენინგების შესახებ. ასევე: უსგ-ში ჩართული 159 ექიმიდან¹⁴⁴ უმეტესობა ფიქრობს, რომ მიმდინარე უსგ-ის პროგრამები არ არის ორიენტირებული პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებაზე (48%), ატარებს ფორმალურ ხასიათს (27%) და სწავლების ხარისხი დაბალია (12%).

¹⁴⁰ რეგულირების სააგენტოსგან მონოდებული ინფორმაცია უსგ-ში მონაწილე პირების შესახებ 2018-2021 წლების მიხედვით, შედარდა პროფესიულად აქტიური ექიმების ბაზას (2020 წლის მონაცემები).

¹⁴¹ 6,379 უსგ-ზე დამსწრე პირთაგან, მონაცემების იდენტიფიცირება განხორციელდა მხოლოდ 4,606 პირზე.

¹⁴² სამინისტროს მიერ მონოდებული პროფესიულად აქტიური ექიმების ბაზიდან (2020 წ.), შემთხვევითი პრინციპით შეირჩა როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარულ დაწესებულებებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი.

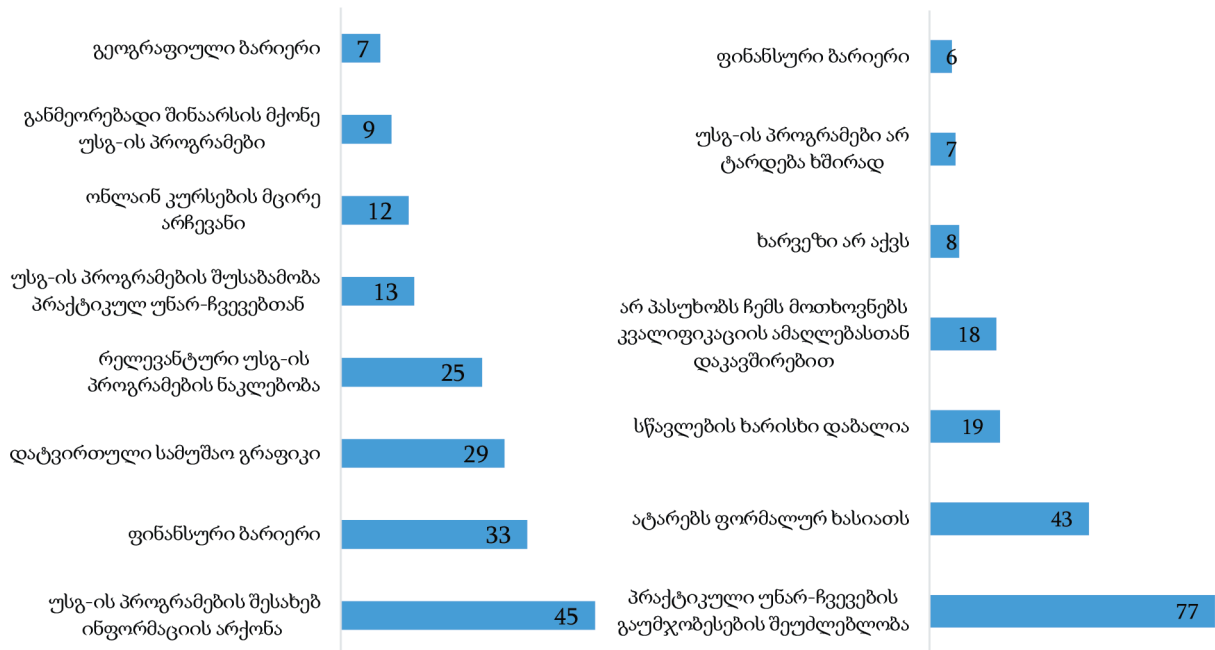
¹⁴³ გამოიკითხა 90 პროფესიულად აქტიური ექიმი, რომელსაც არ მიუღია უსგ-ის პროგრამებში მონაწილეობა. თითოეულ მათგანს შეეძლო აღნიშნულთან დაკავშირებით ერთზე მეტი მიზეზის დასახელება. შედეგად, პასუხების ჯამია – 173.

¹⁴⁴ გამოკითხულთაგან, 159 ექიმმა მიიღო მონაწილეობა უსგ-ის პროგრამებში და დაასახელა უსგ-ის პროგრამების ხარვეზები. თითო ექიმს შეეძლო დაესახელებინა ერთზე მეტი მიზეზი. შედეგად, პასუხების ჯამია – 178.

გრაფიკი N5.7 ექიმების გამოკითხვის შედეგები

უსგ-ის პროგრამებში არ ჩართულობის მიზეზები

უსგ-ის პროგრამების მნიშვნელოვანი ხარვეზები

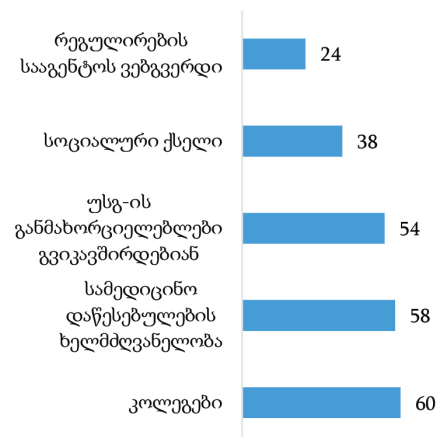
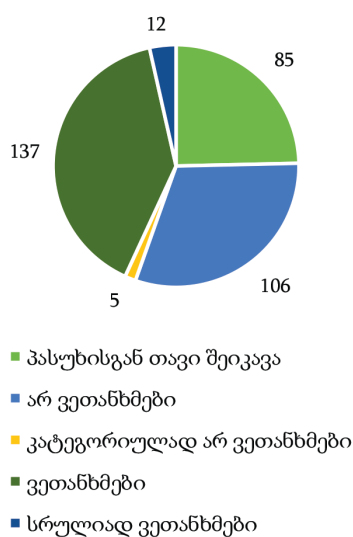


აღსანიშნავია, რომ საქართველოში არსებული უსგ-ის პროგრამების შესახებ გამოკითხულთაგან (345 ექიმი) 85-მა თავი შეიკავა პასუხისგან, 111 არ ფლობს ინფორმაციას უსგ-ის პროგრამების შესახებ, იმ 149 ექიმიდან, რომლებიც ფლობდნენ ინფორმაციას 60-ის წყარო იყო მისივე კოლეგა.

გრაფიკი N5.8 ექიმების გამოკითხვის შედეგები უსგ-ის პროგრამების ინფორმაციული ხელმისაწვდომობის შესახებ¹⁴⁵

ვვლობ ინფორმაციას უსგ-ის შესახებ

უსგ-ის პროგრამების შესახებ ინფორმაციის წყარო



¹⁴⁵ თითოეულ ექიმს შეეძლო ერთზე მეტი პასუხის დასახელება უსგ-ის პროგრამების შესახებ, ინფორმაციის წყაროს მითითებისას.



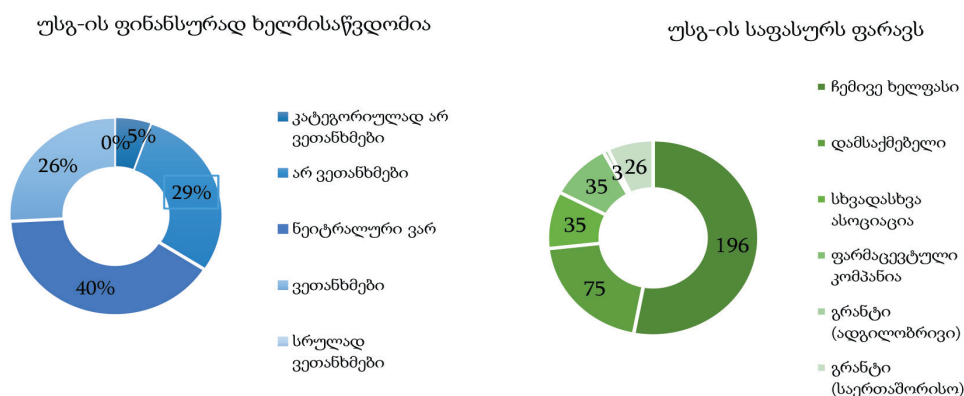
მონაცემთა ანალიზის მიხედვით,¹⁴⁶ ყოველწლიური უსგ-ის კრედიტქულების მოპოვების მიზნით, სამედიცინო პერსონალის მიერ უსგ-ის პროგრამებისთვის გადასახდელი თანხის რაოდენობა 2018-2021 წლების მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის ყოველთვიურ საშუალო შემოსავალთან მიმართებით მერყეობდა 9%-დან 17%-მდე.

ცხრილი N5.2 სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური დარიცხული ხელფასი და ყოველწლიური სავალდებულო უსგ-ის კრედიტქულების მოსაპოვებლად უსგ-ის პროგრამების საშუალო საფასური, 2018-2021 წლების მიხედვით

დასახელება	2018	2019	2020	2021
საშუალო თვიური დარიცხული ხელფასი ¹⁴⁷	2,284	2,475	2,457	3,045
ხელზე ასაღები ხელფასი ¹⁴⁸	1,827	1,980	1,966	2,436
წლიური 30 კრედიტქულის საშუალო საფასური ¹⁴⁹	210	333	420	382
პროცენტული წილი დარიცხულ ხელფასთან მიმართებით	9%	13%	17%	13%
პროცენტული წილი ხელზე ასაღებ ხელფასთან მიმართებით	11%	17%	21%	16%

გამოკითხულთაგან, 115 ექიმი ფიქრობს, რომ მათთვის უსგ-ის პროგრამების საფასური ფინანსურად არ არის ხელმისაწვდომი, 135 ექიმს კი, ნეიტრალური დამოკიდებულება აქვს უსგ-ის საფასურთან დაკავშირებით, ასევე გამოკითხულთა 53% (196 ექიმი) აცხადებს, რომ უსგ-ის საფასურს იხდის საკუთარი ხელფასიდან, ხოლო 47% დაფინანსებას იღებს სხვადასხვა წყაროდან.

გრაფიკი N5.9 ექიმების გამოკითხვის შედეგები, უსგ-ის პროგრამების ფინანსური ხელმისაწვდომობისა და უსგ-ის საფასურის დაფინანსების წყაროს შესახებ¹⁵⁰



¹⁴⁶ უსგ-ის განმახორციელებლების მიერ დანესებული უსგ-ის პროგრამების 2018-2021 წლების განფასების ანალიზი.

¹⁴⁷ მოიცავს კანონით გათვალისწინებულ გადასახადებს, საპენსიო შენატანებს და ა.შ.

¹⁴⁸ ხელზე ასაღები თანხა გულისხმობს იმ თანხას, რომელსაც დასაქმებული უშუალოდ ხელზე იღებს მას შემდეგ, რაც დარიცხული ხელფასის და დამატებითი სარგებლის ჯამურ თანხას გამოაკლდა დარიცხული ხელფასის, დამატებითი სარგებლის და არაფულადი სარგებლის ჯამური თანხიდან გამოთვლილი საპენსიო შენატანის თანხა, ასევე საშემოსავლო გადასახადი და სხვა დაკავებული თანხა.

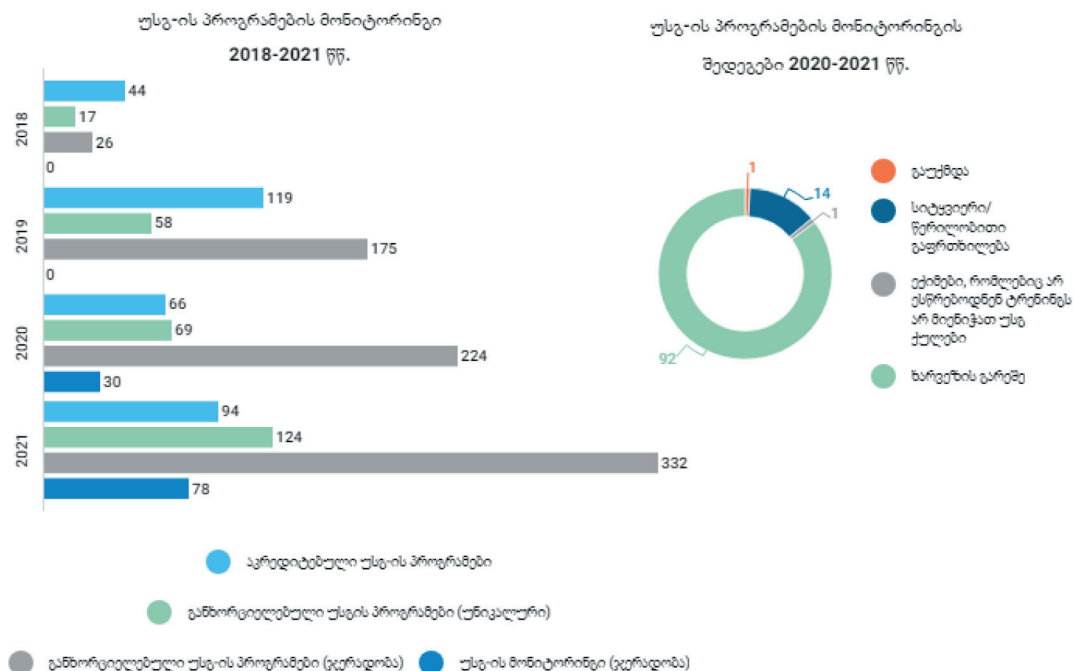
¹⁴⁹ 2018-2021 წლების მიხედვით, უსგ-ის განმახორციელებლებისგან მოვიპოვეთ ინფორმაცია სავალდებულო უსგ-ის პროგრამების საფასურის შესახებ. საშუალოდ, 30 კრედიტის საფასურის გაანგარიშება განხორციელდა უსგ-ის პროგრამების კრედიტქულების რაოდენობებისა და უსგ-ის საფასურის ჯამური მონაცემების პროპორციით.

¹⁵⁰ უსგ-ის პროგრამების საფასურის დაფინანსების მითითებისას, თითოეულ ექიმს შეეძლო ერთზე მეტი პასუხის დასახელება.

უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი მეთოდია უსგ-ის პროგრამების მონიტორინგი, რომლის ამოცანაა განსაზღვროს, რამდენად შეესაბამება სასწავლო პროგრამის განხორციელება დასახულ მიზანს. რეგულირების სააგენტო ახორციელებს მიმდინარე უსგ-ის მონიტორინგის პროცესში გამოვლენილი დარღვევების საფუძველზე,¹⁵¹ უსგ-ის აქტივობისათვის აკრედიტაციის გაუქმების შესახებ საკითხის საბჭოს წინაშე დასმას.¹⁵²

2018-2021 წლების მიხედვით, ჯამში განხორციელებული 757 უსგ-ის პროგრამიდან,¹⁵³ მონიტორინგი ჩატარდა 2020-2021 წლებში 108 (15%) პროგრამის შემთხვევაში; სავალდებულო 628 უსგ-ის პროგრამიდან კი, 90 (14%)-ზე.

გრაფიკი N5.10 რეგულირების სააგენტოს მიერ განხორციელებული უწყვეტი სამედიცინო პროგრამების მონიტორინგი და მისი შედეგები 2018-2021 წლების მიხედვით



2018-2021 წლების მიხედვით, დასწრებულ უსგ-ის აქტივობებში ჩართულია 7,558 ექიმი, ხოლო დაუსწრებელ (ონლაინპლატფორმა) უსგ-ში – 787.¹⁵⁴ რეგულირების სააგენტოს მიერ განხორციელებული მონიტორინგი მოიცავს მხოლოდ უსგ-ის დასწრებულ პროგრამებს, რადგან მათი განმარტებით, უსგ-ის დაუსწრებელი ონლაინპლატფორმის შემთხვევაში, არ აქვთ წვდომა და ვერ ხერხდება დამსწრე პირთა აქტივობების იდენტიფიცირება. შესაბამისად,

¹⁵¹ აკრედიტაციის მაძიებლის მიერ განაცხადში მითითებულ მონაწილეთა მიერ სესიის გაცდენა, ტრენინგის/პედაგოგის ცვლილება, ტრენინგის ვადაზე ადრე დასრულება და სხვ.

¹⁵² საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 19 ივლისის N01-3/6 ბრძანება „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“.

¹⁵³ მოიცავს როგორც სავალდებულო, ისე არასავალდებულო უსგ-ის პროგრამებს, 757 უსგ არის 2018-2021 წლებში განხორციელებული 183 უნიკალური უსგ-ის პროგრამების ჯამი. ერთი და იგივე უსგ შესაძლოა ჩატარდეს წელიწადში/თვეში რამდენჯერმე, უსგ-ის მონიტორინგიც შესაბამისი პრინციპის დაცვით ხორციელდება (უსგ-ის პროგრამის ჯერადობა დათვლილია წელიწადში თვეების მიხედვით).

¹⁵⁴ 7,558 და 787 მონაცემები მოიცავს დასწრებულ და დაუსწრებულ უსგ-ის პროგრამებში მონაწილე პირთა უნიკალურ მონაცემებს, 2018-2021 წლების მდგომარეობით.

რეგულირების სააგენტო ეყრდნობა მხოლოდ განმახორციელებლის მიერ მონოდებულ ინფორმაციას, დამსწრე პირთა და მათი უსგ-ის აქტივობების შესახებ. რეგულირების სააგენტოს არ აქვს შემუშავებული უსგ-ის პროგრამების მონიტორინგისთვის შერჩევის კრიტერიუმები და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა. შედეგად, არასრული და არასისტემურია უსგ-ის პროგრამების მონიტორინგის მაჩვენებელი.

რეგულირების სააგენტოს უსგ-ის სისტემის პროცესში ჩართულობა არასაკმარისია, რადგან სააგენტო მხოლოდ დადგენილი წესის მიხედვით ახორციელებს უწყვეტი პროფესიული განათლების პროგრამების აკრედიტაციის პროცესის ორგანიზაციულ უზრუნველყოფას და უწყვეტი სამედიცინო განათლების აქტივობების მონიტორინგს.¹⁵⁵ უსგ-ის პროგრამის თემის შერჩევა და ინიციატივა ხდება მხოლოდ განმახორციელებლის მიერ, ხოლო მისი აქტუალობისა და განხორციელების მიზანშეწონილობას ასაბუთებს შესაბამისი დარგის პროფესიული ასოციაცია(ები). აღსანიშნავია, რომ არ არის შემუშავებული ისეთი კონტროლის მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფდა იმ უსგ-ის პროგრამების შინაარსობრივი ნაწილის მონიტორინგს, რომლის საშუალებითაც სამედიცინო პერსონალმა მოიპოვა სავალდებულო უსგ კრედიტქულა(ები). აღნიშნულს ადასტურებს მონაცემთა ანალიზი, რომლის მიხედვით, 2018-2021 წლებში, უსგ-ის პროგრამებში მსმენელის სტატუსის მქონე 11,192 ექიმიდან, 512-მა სპეციალისტმა¹⁵⁶ ერთი და იგივე სავალდებულო უსგ-ის პროგრამა ერთი წლის განმავლობაში გაიარა 2-ჯერ და აღიარებულ იქნა შესაბამისი კრედიტქულა.

მინისტრის ბრძანების მიხედვით¹⁵⁷ განსაზღვრულია ქვეყნების ჩამონათვალი, რომელთა შესაბამისი ორგანოების, ასევე ევროპის უწყვეტი პროფესიული განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (EACCME) მიერ აკრედიტებული უსგ-ის აქტივობები/მიმწოდებლები აღიარებულია საქართველოში და მათ დამატებითი აკრედიტაცია არ სჭირდებათ.

მონაცემთა ბაზების მიხედვით, უცხო ქვეყანაში სავალდებულო უსგ-ის პროგრამა 2021 წელს გაიარა მხოლოდ 16-მა ექიმმა, მაშინ როდესაც 2021 წლის მონაცემებით, საქართველოს მასშტაბით პროფესიულად აქტიური ექიმების რაოდენობა შეადგენდა 17,632-ს.

უცხო ქვეყანაში გავლილი უსგ-ის აქტივობების საქართველოში აღიარება ხდება ინდივიდუალურად, რაც გულისხმობს იმას, რომ ექიმმა თავად უნდა მიმართოს რეგულირების სააგენტოს და წარუდგინოს შესაბამისი დოკუმენტაცია, რომლის განხილვის შედეგად ენიჭება კრედიტქულა. სამედიცინო პერსონალს არ აქვს ვალდებულება, უცხოეთში გავლილი უსგ-ის პროგრამების შესახებ აცნობოს სააგენტოს, შესაბამისად, ექიმები ნებაყოფლობით წარუდგენენ სააგენტოს ინფორმაციას. აღნიშნულის შედეგად გამოვლინდა, რომ არ არსებობს კონტროლის მექანიზმი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელი იქნებოდა იმ ექიმების სრულად იდენტიფიცირება, რომლებმაც უცხო ქვეყანაში გაიარეს როგორც სავალდებულო, ისე არასავალდებულო უსგ-

¹⁵⁵ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 28 დეკემბრის ბრძანება N01-64/6 „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“.

¹⁵⁶ 11,192 და 512 მონაცემი არის ჯამური და წლების მიხედვით დაჯამებულია უნიკალური მონაცემები, თუმცა მოცემული ციფრები (ჯამურად) მოიცავს დუბლიკატებს, რადგან ერთმა ექიმმა შესაძლოა სხვადასხვა წელს გაიაროს ერთი და იგივე პროგრამა ორჯერ. მაგალითად: ერთმა ექიმმა 001 უსგ-ის პროგრამა 2019 წელს გაიაროს 2-ჯერ და ასევე 005 უსგ-ის პროგრამა 2020 წელსაც გაიაროს 2-ჯერ.

¹⁵⁷ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 19 ივლისის ბრძანებამ N01-3/6 „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“, დანართი 1.1.

ის აქტივობები; არ ხდება საზღვარგარეთის ქვეყნების უსგ-ის პროგრამების და მონაწილეთა რეგისტრის წარმოება. შედეგად, ქვეყანაში არ მოიპოვება სრული და ერთიანი ინფორმაცია ექიმების რეალური/ფაქტობრივი პროფესიული კომპეტენციების შესახებ.

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, უწყვეტი პროფესიული განვითარების ერთ-ერთი კომპონენტია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება, რომელიც გულისხმობს ექიმის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და გამოსავლის/შედეგების პერიოდულ შეფასებას და შესაბამისი ინდიკატორების ეტაპობრივ გაუმჯობესებას.¹⁵⁸ ამავე კანონით, სამინისტრო პერიოდულად, წელიწადში ერთხელ მაინც, შერჩევით აკონტროლებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ წარმოებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და სამედიცინო დოკუმენტაციას.¹⁵⁹

სამინისტროს განმარტებით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების მიზნით დანერგილი მექანიზმები მოიცავს მხოლოდ გარკვეული ტიპის დაწესებულებაში დასაქმებული სპეციალისტების შემოწმებას და არ ფარავს სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების სრულ სპექტრს:

- ყველა ღონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში არსებული ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა;¹⁶⁰
- დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის(ების) მიერ წარმოებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი სალიცენზიო/სანებართვო¹⁶¹ და მაღალი რისკის¹⁶² შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის პირობების ადმინისტრირებას;
- ინფექციის კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შემოწმებას.¹⁶³

აღსანიშნავია, რომ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის(ების) მიერ წარმოებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემოწმება ხორციელდება რეგულირების სააგენტოს მიერ, ერთეული მოქალაქის განცხადების/საჩივრების საფუძველზე. არსებული ღონისძიებები არ არის საკმარისი და ვერ უზრუნველყოფს თითოეული ექიმ-სპეციალისტის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და გამოსავლის/შედეგების პერიოდულ შეფასებას და შესაბამისი ინდიკატორების ეტაპობრივ გაუმჯობესებას. შედეგად, სამინისტროს არ აქვს შემუშავებული ისეთი სამოქმედო გეგმა/სტრატეგია, რომელიც უზრუნველყოფდა სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების კუთხით.

¹⁵⁸ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 5, „უ“ ქვეპუნქტი.

¹⁵⁹ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 68.

¹⁶⁰ მოიცავს სიკვდილთან ახლოს მდგარი შემთხვევების დოკუმენტირებული გარჩევის და/ან მშობიარობის გამოსავლების კლინიკური აუდიტის სისტემას, ასევე ყოველკვარტალურ დოკუმენტირებულ აღრიცხვას, ძირითადი მონაცემების მიხედვით. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვარის N01-2/6 ბრძანება „ანტენატალური და პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის ღონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 2, პუნქტი 5.

¹⁶¹ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“.

¹⁶² საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის N359 დადგენილება „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“.

¹⁶³ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 7 სექტემბრის N01-38/6 ბრძანება „ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ“; საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 8 სექტემბრის N01-100/6 ბრძანება „ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შემოწმების წესის დამტკიცების შესახებ“.



დასკვნა

ქვეყნის მასშტაბით დაბალია სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მაჩვენებელი უსგ-ის პროგრამებში. უწყვეტი სამედიცინო განათლება არ არის სავალდებულო ყველა სამედიცინო მიმართულებისთვის და განსაზღვრულია ზოგიერთი სპეციალობისთვის. უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების აკრედიტაციის პროცესში არ არის შემუშავებული ისეთი კონტროლის მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფდა სავალდებულო უსგ-ის პროგრამების შინაარსობრივი ნაწილისა და კრედიტულების მონიტორინგს. უწყვეტი სამედიცინო განათლებისადმი არასისტემური მიდგომა და შესაფერისი ზედამხედველობის მექანიზმების არარსებობა ზრდის სამედიცინო მომსახურების არასათანადო ხარისხით განვების რისკებს.

რეკომენდაცია საინისტიტუტო და რეგულირების სააგენტოს:

რეკომენდაცია N 4

უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის ეფექტიანი ფორმირებისა და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის მუდმივად ამაღლების მიზნით:

- დაინერგოს სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) მექანიზმები თითოეული სპეციალობის მიხედვით პროფესიულად აქტიური სამედიცინო პერსონალის გათვალისწინებით;
- შემუშავდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ სავალდებულო უსგ-ის პროგრამის კრედიტულების დაგროვების ზედამხედველობის ეფექტიანი მექანიზმები;
- შემუშავდეს უწყვეტი სამედიცინო განათლების აკრედიტებული პროგრამების მონიტორინგის ეფექტიანი მექანიზმი.



6. სამედიცინო პერსონალის შესახებ ინფორმაციის წარმოება და დაინტერესებული მხარეების კოორდინაცია

6.1. სამედიცინო პერსონალის შესახებ ანსახული ინფორმაციის ნაკლოვანებები

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, ქვეყნის პოლიტიკის განსაზღვრისა და განხორციელებისათვის მნიშვნელოვანია ადამიანური რესურსის შესახებ სანდო ინფორმაციის არსებობა. კარგი პრაქტიკის მაგალითია გაერთიანებული სამეფო, სადაც ზოგადი სამედიცინო საბჭო აწარმოებს სამედიცინო პერსონალის პრაქტიკული საქმიანობის შესახებ ოფიციალურ რეესტრს. ყველა ლიცენზირებულ ექიმს, რომელიც ახორციელებს სამედიცინო პრაქტიკულ საქმიანობას, მოეთხოვება გაიაროს ვალიდაციის პროცესი, რომლის მეშვეობითაც დადასტურდება მათი პრაქტიკული საქმიანობა, წინააღმდეგ შემთხვევაში საბჭო განიხილავს საკითხს ლიცენზიის შეჩერების შესახებ.¹⁶⁴

ამ ეტაპზე საქართველოში არ არსებობს სანდო ინფორმაცია პროფესიულად აქტიური ექიმების რაოდენობის შესახებ. სამინისტროს სისტემაში არსებობს ინფორმაციის რამდენიმე წყარო: რეესტრი და „სისტემის მომხმარებლების“ პლატფორმა. ეს უკანასკნელი შეიქმნა 2020 წლის ოქტომბრიდან და აგროვებს ინფორმაციას პროფესიულად აქტიური სამედიცინო პერსონალის შესახებ სამუშაო ადგილის მიხედვით, რეესტრის მონაცემებში კი დაფიქსირებულია სრული ინფორმაცია სერტიფიცირებული ექიმების შესახებ, რომელიც არ ასახავს ინფორმაციას პროფესიულად აქტიურია თუ არა ექიმი. ამ ორ სისტემაში დაფიქსირებული მონაცემების შეჯერებისას გამოვლინდა შემდეგი სახის ცდომილება: პროგრამის – „სისტემის მომხმარებლების“ ექიმების ინდივიდუალური მონაცემის გადამოწმების შედეგად გამოვლინდა, რომ პლატფორმაზე ექიმად დაფიქსირებული პირები არ ფიქსირდებოდნენ რეესტრის მონაცემებში.¹⁶⁵

მონაცემთა ანალიზით ასევე ირკვევა,¹⁶⁶ რომ უსგ-ში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის მონაცემები არასრულია, კერძოდ: 2018-2021 წლების უსგ-ის ბაზების მიხედვით, გამოტოვებულია 154 მონაწილის პირადი ნომერი, ხოლო ის მონაცემები, რომლებიც ასახულია ბაზაში, არის არასწორად მითითებული.¹⁶⁷ აღნიშნული უზუსტობის მიზეზია ის, რომ უსგ-ის განმახორციელებლები რეგულირების სააგენტოს ინფორმაციას წარუდგენენ Excel-ის ფორმატში. შესაბამისად, მაღალია მექანიკური შეცდომის დაშვების რისკი და ამასთანავე, არ არის განხორციელებული მონაცემთა სისრულეზე ეფექტიანი მონიტორინგი. შედეგად, რეგულირების სააგენტო არ ფლობს უსგ-ის პროგრამებზე სამედიცინო პერსონალის და მათ მიერ მოპოვებული კრედიტულების შესახებ სრულ და სანდო ინფორმაციას.

¹⁶⁴ <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/managing-your-registration/revalidation/introduction-to-revalidation>
<https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/managing-your-registration/revalidation>

¹⁶⁵ ელექტრონული პლატფორმის – „სისტემის მომხმარებლების“ პროფესიულად აქტიური ექიმების 23,121 უნიკალური ჩანაწერიდან 4,942 (21%) პირი სერტიფიცირების ბაზის მიხედვით არ იძენება სერტიფიცირებული/სამედიცინო პერსონალის ბაზაში; ასევე „სისტემის მომხმარებლების“ მონაცემთა ბაზაში არ არის მითითებული ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე 11,911 პირის შემთხვევაში მათი საქმიანობის და 29,810 შემთხვევაში – პერსონალის მიერ დაკავებული პოზიციის შესახებ.

¹⁶⁶ რეგულირების სააგენტოს მიერ მოწოდებული მონაცემთა ბაზა, განხორციელებული უსგ პროგრამებისა და დამსწრე პირთა შესახებ, ინფორმაცია 2018-2021 წლების მიხედვით.

¹⁶⁷ 1,643 პირადი ნომერი არ არის 11-ნიშნა; ასევე: პირადი ნომერი, რომელიც არის მითითებული და არის 11-ნიშნა, არ დარდება სერტიფიცირების ბაზას. სულ ასეთი ჩანაწერია 1,382. ასევე: უსგ-ის პროგრამის კოდი არ აქვს მითითებული 1,353 ჩანაწერს; უსგ-ის პროგრამების განხორციელების თარიღი არ არის მითითებული 1,416 მონაცემზე; ასევე არ არის წარმოდგენილი ინფორმაცია 1,743 დამსწრე პირის სტატუსის შესახებ.



აღსანიშნავია, რომ რეგულირების სააგენტო არ ფლობს ინფორმაციას დიპლომის შემდგომი სამედიცინო პროგრამების ფარგლებში ათვისებული ადგილების შესახებ, რადგან კვოტების მინიჭება ხდება აკრედიტაციის პროცესში, სამი წლის ვადით და მიღებული სპეციალობის მაძიებელთა რაოდენობის შესახებ მონაცემების შეგროვება არ ხდება. 2016-2020 წლებში სულ მინიჭებული იყო 3,640 კვოტა, ყველა პროგრამის გათვალისწინებით; ასევე არ განისაზღვრებოდა საუნივერსიტეტო სამედიცინო პროგრამების ფარგლებში მისაღები სტუდენტების მაქსიმალური რაოდენობა, რადგან კვოტა ენიჭებოდა არა სასწავლო პროგრამას, არამედ მთლიანად უნივერსიტეტს, მიუხედავად მის მიერ განსახორციელებელი პროგრამების სპეციფიკისა. შესაბამისად, განათლების დონის არც ერთ ეტაპზე არ ხდება სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის შეფასება, ქვეყნის საჭიროების შესაბამისად.

საქართველოში პროფესიული განვითარების საბჭოს 2019 წლის გადანაცვებით,¹⁶⁸ ექიმებს, რომლებსაც უფიქსირდებოდათ საექიმო სტაჟის წყვეტა სხვადასხვა ხანგრძლივობით, საქმიანობის განახლების, მომიჯნავე სპეციალობაში გადამზადებისა და სუბსპეციალობაში/სპეციალიზაციაში მზადების დაწყების მიზნით, მოეთხოვებოდათ გაიარონ პროფესიული რეაბილიტაციის კურსი.

რეგულირების სააგენტოს არ აქვს კონტროლის მექანიზმი, რომლითაც უზრუნველყოფდა სტაჟის წყვეტის შემთხვევაში სავალდებულო რეაბილიტაციას დაქვემდებარებული პირების გამოვლენას. მხოლოდ ერთეული შემთხვევის დროს, მაგალითად, როდესაც განმცხადებელი მიმართავს საბჭოს სუბსპეციალობის მოწმობის მინიჭების მოთხოვნით, მხოლოდ ასეთ შემთხვევაში ხდება პროფესიული საქმიანობის მიღმა დარჩენილი ექიმის იდენტიფიცირება, რა დროსაც განმცხადებელმა უნდა გაიაროს პროფესიული რეაბილიტაციის პროგრამა და შემდგომ მიიღებს სუბსპეციალობის მოწმობას.

ქვეყანაში არ არსებობს ერთიანი მონაცემთა ბაზა იმ ექიმების შესახებ, რომელთაც გაიარეს ან/და ესაჭიროებათ პროფესიული რეაბილიტაციის პროგრამის გავლა. შესაბამისად, იზრდება რისკი, რომ პროფესიული რეაბილიტაციის საჭიროების მქონე ექიმების მონიტორინგი განხორციელდეს არასრულად და არაეფექტიანად.

6.2. სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების მიზნით დაინტენსიფიკებული ღონისძიებების კოორდინაციის ნაკლებანერგო

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2014 წელს შემდგომი 6 წლისთვის მიზნად დაისახა უწყებათაშორისი კოორდინაციის ეფექტიანი მექანიზმებისა და ორმხრივი/მრავალმხრივი სამოქმედო გეგმების შემუშავება განათლების სამინისტროსა და სხვა სამინისტროების აქტიური ჩართულობით, მათ შორის ისეთ საკითხზე, როგორიცაა, სამედიცინო განათლება.¹⁶⁹

აშშ-ის უმაღლესმა აუდიტორულმა უწყებამ გამოავლინა პრაქტიკების ერთობლიობა, რომელიც ხაზს უსვამს სახელმწიფოში მთავრობის სხვადასხვა სექტორის კოორდინირებული საქმიანობის

¹⁶⁸ <http://rama.moh.gov.ge/geo/list/show/588-kuradgheba-informatsia-im-eqimebis-taobaze-romlebsats-ufiqsirdebat-saeqimo-stajis-tskveta>

¹⁶⁹ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის N724 დადგენილების „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის – „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“.

აუცილებლობას, რათა მიღწეულ იქნეს ეროვნული შედეგები.¹⁷⁰ სექტორებს შეუძლიათ გააძლიერონ ერთობლივი ძალისხმევა ქვემოთ ჩამოთვლილი პრაქტიკების გათვალისწინებით:

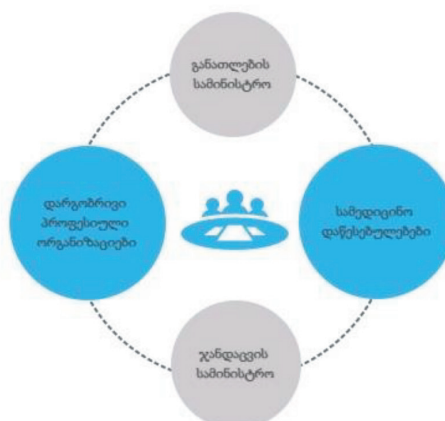
- განსაზღვრონ და ჩამოაყალიბონ საერთო შედეგები;
- ჩამოაყალიბონ ერთობლივი სტრატეგიები;
- საჭიროებების იდენტიფიცირება და მათი დაკმაყოფილება;
- როლებისა და პასუხისმგებლობების გადანაწილება;
- დააწესონ თავსებადი პოლიტიკა, პროცედურები და სხვა საშუალებები;
- შეიმუშაონ შედეგების მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები;
- გააძლიეროს საკუთარი ანგარიშვალდებულება ერთობლივი გეგმებისა და ანგარიშების მეშვეობით;
- გააძლიეროს ინდივიდუალური ანგარიშვალდებულება ერთობლივი ძალისხმევით შესრულების მართვის სისტემების მეშვეობით.

2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტად განისაზღვრა ჯანდაცვის სექტორში ადამიანური რესურსების განვითარება, რომლის ფარგლებშიც განიხილება ერთიანი მეთოდური ცენტრის ამოქმედება, რომელიც უზრუნველყოფს დიპლომამდელი, დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების კოორდინაციასა და სტანდარტიზაციას.

ამავე კონცეფციის მიხედვით, სამინისტრომ 2014 წელს შემდგომი 6 წლისთვის მიზნად დაისახა უწყებათაშორისი კოორდინაციის ეფექტიანი მექანიზმებისა და ორმხრივი/მრავალმხრივი სამოქმედო გეგმების შემუშავება განათლების სამინისტროსა და სხვა სამინისტროების აქტიური ჩართულობით, მათ შორის ისეთ საკითხზე, როგორიცაა, სამედიცინო განათლება.¹⁷¹

2019 წლის ივლისში, საექთნო საქმის განვითარების მიზნით, ჯანდაცვის სამინისტრომ შექმნა სტრატეგია, რომლის განხორციელების კოორდინაციაზე პასუხისმგებლად განისაზღვრა საექთნო საქმიანობის განვითარების ეროვნული საბჭო.

სქემა 6.1 საექთნო საქმიანობის განვითარების ეროვნული საბჭოს წევრები



¹⁷⁰ Report GAO-06-15, <https://www.gao.gov/assets/gao-06-15-highlights.pdf>

¹⁷¹ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის N724 დადგენილება „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის – „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“.



საექთნო საქმიანობის განვითარების მიმართულებით ყველა დაინტერესებული მხარის აქტიური მონაწილეობა მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს სტრატეგიით განსაზღვრული მიზნების ეფექტიანობის განხორციელებას, რომლის შესრულებაზე პასუხისმგებლობა განაწილებულია ორივე სამინისტროს შორის.¹⁷²

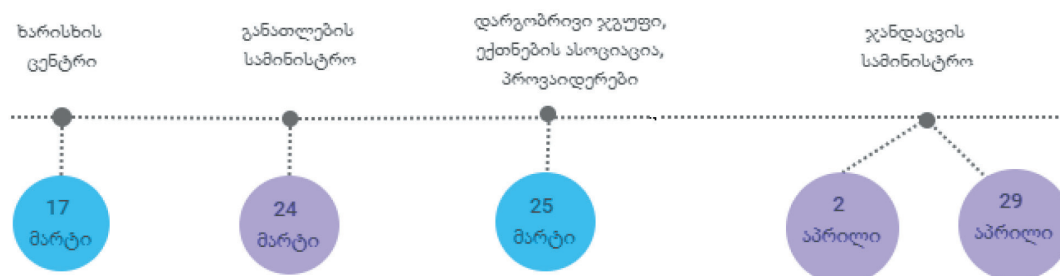
ცხრილი N6.1 სტრატეგიით განსაზღვრულ აქტივობებზე პასუხისმგებელი სამინისტროები

ჯანდაცვისა და განათლების სამინისტრო	განათლების სამინისტრო
1. საექთნო ადამიანური რესურსების საინფორმაციო სისტემების/მონაცემთა ბაზების განვითარება	1. საექთნო საგანმანათლებლო პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა
2. საექთნო ადამიანური რესურსების განვითარების მრავალწლიანი გეგმის მომზადება	2. საექთნო სამაგისტრო პროგრამების მომზადების ხელშეწყობა
3. საექთნო ადამიანური რესურსების განვითარების მრავალწლიანი გეგმის იმპლემენტაციის დაწყება	3. პროფესიული განათლების მქონე ექთნების მიერ საბაკალავრო ხარისხის მოპოვების მიზნით პროგრამების მომზადება
4. საკომუნიკაციო სტრატეგიის შემუშავება/ განხორციელება	
5. საექთნო/საბებიო საქმის პოპულარიზების მიზნით, სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფთან საინფორმაციო შეხვედრების ჩატარება	

საექთნო სტრატეგიის შექმნის პროცესში განათლების სამინისტრო არ იყო საკმარისად ჩართული. მოწოდებული ოქმის საფუძველზე დგინდება, რომ საექთნო საქმიანობის განვითარების ეროვნული საბჭოს პირველ სხდომას,¹⁷³ რომლის გამართვის მიზანიც სტრატეგიის დოკუმენტის დამტკიცების პროცედურების განხორციელება იყო, არ დასწრებია განათლების სამინისტროს წარმომადგენელი.

საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის განხორციელების ხელშესაწყობად, 2020 წლის მარტში ჯანდაცვის სამინისტროსა და ევროპის რეკონსტრუქციისა და განვითარების ბანკს (EBRD) შორის შესაბამისი ურთიერთთანამშრომლობის მემორანდუმი – „საექთნო და სამედიცინო საქმის გაუმჯობესება საქართველოში, პროფესიული ლიცენზირების, მასთან დაკავშირებული უნარების სტანდარტებისა და განხორციელების ხელშეწყობით“ გაფორმდა. ამ პროექტის ფარგლებში EBRD-მა გამართა ინდივიდუალური შეხვედრები.

სქემა N6.2 EBRD-ის შეხვედრები პროექტის ფარგლებში



¹⁷² საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 16 ივლისის N334 დაგდენილება „საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

¹⁷³ 2018 წლის 19 დეკემბერი.

ამასთანავე, არ არსებობს სტრატეგიით განსაზღვრული სამოქმედო გეგმის შესრულების ანგარიშები და შესაბამისად, შეუძლებელია 2019-2021 წლებში მიღწეული შედეგების გამომვაც.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ 2022 წლის მაისში ჯანდაცვის სამინისტრომ დაამტკიცა საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია, რომლის მთავარი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, ჯანდაცვის სერვისებზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობისა და ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილების გზით.

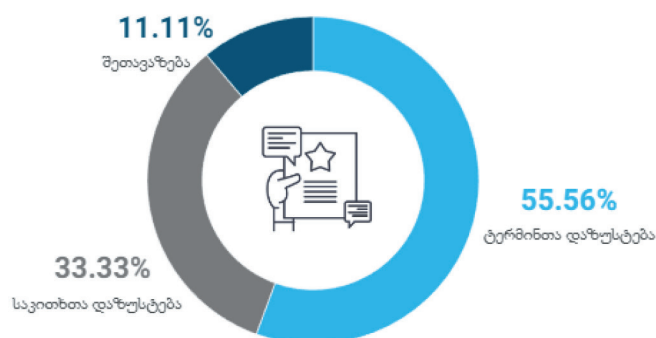
სტრატეგიის ერთ-ერთი მიზანია ადამიანური რესურსების განვითარება, რაც თავის თავში გულისხმობს ადამიანური რესურსის დაგეგმვას საჭიროებებზე დაფუძნებული მიდგომით,¹⁷⁴ თუმცა დოკუმენტის მიხედვით, განათლების სამინისტრო არ არის პასუხისმგებელი ორგანო და არ იღებს მონაწილეობას სტრატეგიით განსაზღვრული მიზნების მიღწევაში, მიუხედავად ადამიანური რესურსის შექმნაში მისი როლისა.

ცხრილი N6.2 ჯანდაცვის სექტორში ადამიანური რესურსების განვითარებისთვის გაწერილი ამოცანები და პასუხისმგებელი სამინისტროები

ამოცანები	ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო	განათლების სამინისტრო
ადამიანური რესურსების საჭიროებებზე დაფუძნებული დაგეგმვის გაუმჯობესება	✓	✗
ადამიანური რესურსების პროფესიული კვალიფიკაციის გაძლიერების ხელშეწყობა	✓	✗

განათლების სამინისტროს დოკუმენტი განსახილველად მხოლოდ მისი შექმნის შემდეგ გაეგზავნა, დამტკიცებამდე ორი თვით ადრე. სამინისტრომ სტრატეგიასთან დაკავშირებით მოამზადა 9 რეკომენდაცია, რომელთაგან მხოლოდ ერთი შეთავაზება იყო უშუალოდ შინაარსობრივ ნაწილთან დაკავშირებით, დანარჩენი ატარებდა, ძირითადად, ტექნიკურ ხასიათს.

გრაფიკი N6.1 განათლების სამინისტროს რეკომენდაციების შინაარსი



¹⁷⁴ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 2 მაისის N230 დადგენილება „საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

ზემოთ აღწერილი გარემოებების მიზეზია ის, რომ არ არსებობს მოცემულ საკითხზე პასუხისმგებელ სამინისტროებს შორის კომუნიკაციისთვის შექმნილი მუდმივმოქმედი მექანიზმი, რომლის ფარგლებშიც სამინისტროები გაცვლიან ინფორმაციას და შეასრულებენ სტრატეგიით განსაზღვრულ ვალდებულებებს. აღნიშნულ პირობებში გაუმჯობესებული კოორდინაცია უზრუნველყოფს საექთნო საქმის განვითარებით განსაზღვრული მიზნებისა და ამოცანების განხორციელებას; ასევე ხელს შეუწყობს სამედიცინო განათლების მიმართულებით სხვადასხვა საფეხურზე არსებული პრობლემების დროულ გამოვლენასა და მათზე რეაგირებას.

აღსანიშნავია, რომ 2018-2021 წლებში სამინისტროს მხრიდან არ არსებობდა ჩართულობა სხვადასხვა სამედიცინო ასოციაციასა და სამინისტროს მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობისათვის, რაც ხელს შეუწყობდა გაზრდილიყო პროფესიული ასოციაციების როლი უსგ-ის სისტემის ეფექტიან ფორმირებაში. 2022 წლიდან შემუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით მე-3 მიზანი, რომელიც მოიცავს პროფესიული ასოციაციების როლისა და ანგარიშვალდებულების გაზრდას უწყვეტ პროფესიულ განვითარებაში. აღნიშნული მიმდინარე და ხანგრძლივი პროცესია. სამინისტროს განმარტებით, მიმდინარეობს მუშაობა ჯანდაცვის სფეროს პროფესიული ასოციაციების როლის გაძლიერებისა და ჩართულობის გაზრდის მიმართულებით, რომლის ფარგლებშიც შემუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დარგობრივი პროფესიული ასოციაციების განსაზღვრის წესი და პირობები.¹⁷⁵

ერთ-ერთი ასოციაციის წესდების მიხედვით, მისი საქმიანობის ძირითადი მიზანი და ამოცანაა ხელი შეუწყოს სამედიცინო პერსონალის განათლების მიღებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას.¹⁷⁶ აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ სამინისტრო არ ფლობს სრულ ინფორმაციას ქვეყნის მასშტაბით არსებული პროფესიული ასოციაციების შესახებ, რომელთა აქტივობა მნიშვნელოვანია უსგ-ის სისტემის წარმართვასა და განვითარებაში. სამინისტროს ოფიციალურ ინტერნეტგვერდზე¹⁷⁷ მითითებული იყო, ჯამში – 71 დასახელების სამედიცინო პროფესიული ასოციაციის რაოდენობა, მაშინ როდესაც ქვეყანაში, 2022 წლის მდგომარეობით, საქართველოს სამედიცინო ასოციაციების გაერთიანებაში გაწევრიანებულია ექიმთა 77 დარგობრივი პროფესიული ასოციაცია.¹⁷⁸ აქედან, 48 სამედიცინო ასოციაციის შესახებ ინფორმაცია არ იყო მითითებული სამინისტროს ინტერნეტგვერდზე.

დასკვნა

განათლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროებს შორის კოორდინაცია სამედიცინო განათლებასთან დაკავშირებით არ არის თანმიმდევრული, სტრატეგიით დასახული მიზნების მისაღწევად. ამასთანავე, არ არსებობს სრული და ზუსტი ინფორმაცია როგორც არსებული, პროფესიულად აქტიური სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის შესახებ, ასევე ინფორმაცია იმ ექიმების შესახებ, რომელთაც გაიარეს ან/და ესაჭიროებათ პროფესიული რეაბილიტაციის

¹⁷⁵ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 6 ივნისის N39/6 ბრძანება „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დარგობრივი პროფესიული ასოციაციების განსაზღვრის წესისა და პირობების შესახებ“.

¹⁷⁶ <http://www.gacsg.ge/?pg=12&cid=15>

¹⁷⁷ <https://www.moh.gov.ge/ka/427/> ბოლოს გადამოწმდა 12.01.2023წ.

¹⁷⁸ <https://www.ugma.ge/ge/about-us/members> ბოლოს გადამოწმდა 12.01.2023 წ.



პროგრამის გავლა. ხარჯებია უსგ პროგრამის მონაწილე ექიმების შესახებ არსებულ მონაცემთა ბაზაშიც. აღნიშნული ნაკლოვანებები კი, ხელს უშლის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ადამიანური რესურსები კუთხით სათანადო პოლიტიკის შემუშავებისა და განხორციელების შესაძლებლობას.

ჩაკომენდაცია საინისტიროს:

ჩაკომენდაცია N 5

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში საკადრო პოლიტიკის განსაზღვრის მიზნით შემუშავდეს სანდო და სრული ინფორმაციის შეგროვების შემდეგი მექანიზმები:

- არსებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და კვალიფიკაციის შესახებ მონაცემების წარმოება და გონივრულ ვადაში განახლება;
- განათლების ყველა საფეხურის მიხედვით, პოტენციური სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და კომპეტენციის შესახებ მონაცემების მოპოვება;
- განათლების სამინისტრომ უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსათვის მის სისტემაში არსებული პოტენციური სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და კომპეტენციის შესახებ არსებული ინფორმაციის დროული მიწოდება.

ჩაკომენდაცია ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სამინისტროებს:

ჩაკომენდაცია N 6

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სათანადო კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის უზრუნველყოფის მიზნით, სამინისტროებმა შეიმუშაონ დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების საკითხებთან დაკავშირებით ეფექტიანი კოორდინაციის მექანიზმი, რომელიც მოიცავს:

- მისაღწევი შედეგების მიხედვით ანგარიშვალდებულების განსაზღვრას;
- მოცემული მიმართულებით თავსებადი პოლიტიკისა და პროცედურების შემუშავებას;
- შედეგების მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმის განსაზღვრას.

აუდიტორები

ნაზი ჩაგანავა

წამყვანი აუდიტორი

მარიამ ზოზირაშვილი

უფროსი აუდიტორი

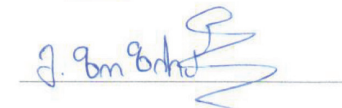
ანანო ლომია

აუდიტორი

ნინო ხაბალია

აუდიტორი

ხელმოწერა



ბიბლიოგრაფია

ნორმატიული მასალა

- საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“;
- საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 2 მაისის N230 დადგენილება „საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“;
- 2020 წლის დეკემბრის სამთავრობო პროგრამა – 2021-2024 „ევროპული სახელმწიფოს მშენებლობისათვის“;
- საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 16 ივლისის N334 დადგენილება „საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის N624 დადგენილება „დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის N 135/6 ბრძანება „რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომის შემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვის და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დაწესებულებების ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციის კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 19 ივლისის N01-3/6 ბრძანება „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 21 დეკემბრის N01-71/6 ბრძანება „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის N01-2/6 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ“;
- საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 6 მარტის N149 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/6 ბრძანება „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 28 დეკემბრის N01-64/6 ბრძანება „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის N01-2/6 ბრძანება „ანტენატალური და პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“.



საერთაშორისო პრაქტიკა

- High-level commission on health employment and economic growth: report of the expert group; WHO 2016;
- Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the sustainable Development Goals, World Health Organization 2016;
- Richardson E, Berdzuli N (2017). Georgia: Health system review. Health Systems in Transition, 2017; 19(4):1–90;
- Behmane D, Dudele A, Villerusa A, Misins J, Kļaviņa K, Mozgis D, Scarpetti G. Latvia: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(4):i–165;
- Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J and van Ginneken E. Estonia: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(1): 1-230;
- Sowada C, Sagan A, Kowalska-Bobko I, Badora-Musiał K, Bochenek T, Domagała A, Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Mrożek-Gąsiorowska M, Sitko S, Szetela A, Szetela P, Tambor M, Więckowska B, Zabdyr-Jamróz M, van Ginneken E. Poland: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(1): 1–235;
- Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health system review. Health Systems in Transition, 2020; 22(6): pp.i–273;
- Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 2022; 24(1): i–192;
- Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, van Ginneken E. United States of America: Health system review. Health Systems in Transition, 2020; 22(4): pp.i–441;
- Global Strategy on Human resource in Health: Workforce 2030, WHO 2016;
- https://score.tools.who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO;
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1> Global Strategy on Human resource in Health: Workforce 2030, WHO 2016;
- CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF MEDICAL DOCTORS WFME GLOBAL STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT, The 2015 Revision; WFME.

პეგეპერეპი

- https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-en.pdf WHA69.19, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00532-3/fulltext#gr2lancet](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00532-3/fulltext#gr2lancet) 2022; 399:2129-54, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <http://curatiofoundation.org/ge/barometer10/>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/3d9d1b31-4198-4127-90bb-41db1b80aa63>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023



- <https://rama.moh.gov.ge/geo/list/show/435-sakhelmtsifo-sasertifikatsio-gamotsdis-sadja-ro-testebi>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <https://www.moh.gov.ge/ka/427/>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <https://ugma.ge/%e1%83%ac%e1%83%94%e1%83%95%e1%83%a0%e1%83%94%e1%83%91%e1%83%98/>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <http://www.gacsge.pfh.org.ge/?pg=12&cid=15>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <http://rama.moh.gov.ge/geo/list/show/588-kuradgheba-informatsia-im-eqimebis-taoba-ze-romlebsats-ufiqsirdebat-saeqimo-stajis-tskveta>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <https://eqe.ge>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/managing-your-registration/revalidation/introduction-to-revalidation>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023
- <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/managing-your-registration/revalidation>, უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული – 22.12.2023



დანართი 1. საერთაშორისო პრაქტიკა

ცხრილი N1.1 საერთაშორისო პრაქტიკის მაგალითები ქვეყნების მიხედვით, ექიმები:

ქვეყანა	პირველი საფეხური	რეზიდენტურა	სერტიფიცირება	აღრიცხვა	უსგ
საქართველო	მედიცინის პროგრამების ხანგრძლივობა 6 წელია, ხოლო სტომატოლოგიის – 5 წელი.	ხანგრძლივობა მერყეობს 1-დან 5-წლამდე.	სავალდებულოა ექიმებისთვის, თუმცა სერტიფიკატი არის უვადო.	სამედიცინო პერსონალი არ არის აღრიცხული ერთიან სისტემაში.	7 სპეციალისტს აქვს მოთხოვნა უსგ-ზე, დასაქმების ადგილიდან გამომდინარე. წელიწადში განსაზღვრულია 20-30 ქულის დაგროვება.
ლატვია ¹⁷⁹	სამედიცინო განათლების პირველი საფეხურის გავლა შესაძლებელია მხოლოდ 2 უნივერსიტეტში და სწავლის ხანგრძლივობა 6 წელია.	რეზიდენტურის ხანგრძლივობა მერყეობს 3-6 წლამდე, სპეციალობის მიხედვით.	ჯანდაცვის ყველა სპეციალისტი უნდა იყოს სერტიფიცირებული შესაბამის პროფესიული ასოციაციის მიერ. რესერტიფიცირება აუცილებელია ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ.	ჯანდაცვის ყველა პრაქტიკოსი აღრიცხულია სამედიცინო პირთა რეესტრში, რომელსაც აწარმოებს ჯანდაცვის ინსპექცია.	ექიმებმა და სტომატოლოგებმა სერტიფიკატის ვალიდურობის პერიოდში უნდა დააგროვონ 250 დამატებითი ქულა. უსგ ორგანიზებული უნივერსიტეტებისა და ასოციაციების მიერ.
ესტონეთი ¹⁸⁰	სამედიცინო განათლების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ ერთ (ტარტუს) უნივერსიტეტში, სადაც სწავლის ხანგრძლივობაა 6 წელი. განათლების სამინისტრო ადგენს კვორტებს სახელმწიფოს მიერ დასაფინანსებელი საბაკალავრო და დიპლომის შემდგომი განათლების პროგრამებზე.	რეზიდენტურა დაფინანსებულია სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ. ტარტუს უნივერსიტეტი სარეზიდენტო პროგრამებზე კვოტის განსაზღვრისთვის ხელშეკრულებას აფორმებს სამინისტროსთან. სასწავლო საავადმყოფოები ხელშეკრულებას დებენ რეზიდენტ ექიმებთან, რომლის მიხედვითაც გათვალისწინებულია მათი როტაცია სხვადასხვა განყოფილებაში და საავადმყოფოს შორის.	სერტიფიცირება არ არის სავალდებულო ¹⁸¹ – ხდება მხოლოდ რეგისტრაცია და შესაბამისი ორგანოს მოთხოვნის შემთხვევაში, ექიმზე გასცემს სერტიფიკატს.	ჯანდაცვის საბჭო აგროვებს ინფორმაციას და აღრიცხავს მომუშავე ექიმების, ექთნებისა და სხვა პერსონალის, ასევე საზღვარგარეთ მუშაობის მსურველთა შესახებ მონაცემებს. ყველა სამედიცინო პერსონალი რეგისტრირებულია ეროვნულ რეგისტრში. ¹⁸²	არ არის სავალდებულო. ¹⁸³

¹⁷⁹ Behmane D, Dudele A, Villerusa A, Misins J, Kļaviņa K, Mozgis D, Scarpetti G. Latvia: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(4):i–165.

¹⁸⁰ Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J and van Ginneken E. Estonia: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(1): 1-230.

¹⁸¹ <https://www.terviseamet.ee/en/healthcare/registration-of-health-care-professionals> <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/505032015002/consolide/current>.

¹⁸² <https://www.eesti.ee/en/licences-and-notice-of-economic-activity/healthcare/activity-licence-for-the-provision-of-health-services>

¹⁸³ http://blsvarna.org/uploaded/CME_in_Europe.pdf.



ქვეყანა	პირველი საფეხური	რეზიდენტურა	სერტიფიცირება	აღრიცხვა	უსგ
პოლონეთი ¹⁸⁴	ექიმებისა და სტომატოლოგების-თვის სასწავლო პროგრამებზე მისაღებ კვორტებს ყოველი წლისთვის და ყოველი უნივერსიტეტისთვის განსაზღვრავს ჯანდაცვის მინისტრი, განათლების მინისტრთან ერთად. ექიმებისთვის ბაკალავრიატი 6- წლიანია, ხოლო სტომატოლოგებისთვის – 5-წლიანი.	სპეციალისტის მომზადების 5 გზა არსებობს: • რეზიდენტურაში სწავლება (იგი დაფინანსებულია სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და სასწავლო პერიოდში უზრუნველყოფილია სტუდენტების დასაქმება); • შრომითი ხელშეკრულები; • ანაზღაურებადი სასწავლო შვებულება; • სწავლება PhD-ის ფარგლებში და მოხალისეობა. სპეციალობის სწავლება შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ აკრედიტებულ დაწესებულებებში, რომლებიც აკმაყოფილებენ გარკვეულ საგანმანათლებლო სტანდარტებს.	ექიმები, სტომატოლოგები მიმართავენ პროფესიულ საბჭოებს, რომლებიც სერტიფიკატით ადასტურებენ მათ კვალიფიკაციას და ანიჭებენ საქმიანობის უფლებას.	ექიმები, სტომატოლოგები გაერთიანებული არიან პროფესიულ საბჭოებში. წევრობა სავალდებულოა ყველა მოქმედი პროფესიონალის-თვის. საბჭოები აწარმოებენ რეესტრებს, სადაც ინახება ინფორმაცია წევრების ასაკის, სქესის, გეოგრაფიული განაწილებისა და სპეციალობების შესახებ.	ყველა პოლონელი ექიმი, სტომატოლოგი ჩართული უნდა იყოს. წლის განმავლობაში უნდა დააგროვონ 200 ქულა, წინააღმდეგ შემთხვევაში შესაძლოა ექიმს მოუწიოს სავალდებულო კურსის გავლა საკუთარი ხარჯებით იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო პერსონალს 5-წლიანი წყვეტა აქვს საქმიანობაში, აუცილებელია აცნობოს შესაბამის საბჭოებს და გაიაროს გადამზადების პროგრამა საკუთარი ხარჯებით, წინააღმდეგ შემთხვევაში მას შეუჩერდება საქმიანობის უფლება.
გერმანია ¹⁸⁵	სწავლის ხანგრძლივობა სტომატოლოგებისთვის 5-წლიანია, ხოლო მედიცინის მიმართულება 6-წლიანი. აღსანიშნავია, რომ 2020 წლისთვის 38 სახელმწიფო და 3 კერძო უნივერსიტეტი უზრუნველყოფდა ხარისხს მედიცინაში, 29 სახელმწიფო და 1 კერძო-სტომატოლოგიაში.	სპეციალიზაციას, როგორც წესი, სჭირდება 2-3 წელი პროფესიული სწავლების შემთხვევაში, 3-6 წლამდე აკადემიური სწავლებისთვის, ხოლო დამატებით ორი წელი -სუბსპეციალობისთვის.	ყველა ექიმი ვალდებულია ლიცენზირება გაიაროს. ხელახალი აკრედიტაცია (რელიცენზირება) არ არის მოთხოვნილი არცერთ სამედიცინო პროფესიაში.	ყველა ექიმი ვალდებულია დარეგისტრირდეს პასუხისმგებელ ექიმთა საბჭოში, რათა შემდგომ გაიაროს ლიცენზირება. ყველა ექიმი რეგისტრირებულია ფედერალურ რეგისტრში. ¹⁸⁶	სავალდებულოა ყველა სამედიცინო პერსონალისთვის, რომელიც აქტიურია სავალდებულო ჯანმრთელობის დამზღვევის ამბულატორიულ მომსახურებაში. მათ აქვთ ვალდებულება, ყოველ 5 წელიწადში წარადგინონ ექიმების რეგიონულ ასოციაციაში პროფესიული განვითარების მტკიცებულება. ადევკატური მტკიცებულებების ნაკლებობამ შესაძლოა გამოიწვიოს ანაზღაურების შემცირება.

¹⁸⁴ Sowada C, Sagan A, Kowalska-Bobko I, Badora-Musiał K, Bochenek T, Domagała A, Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Mrozek-Gąsiorowska M, Sitko S, Szetela A, Szetela P, Tambor M, Więkowska B, Zabdyr-Jamróz M, van Ginneken E. Poland: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(1): 1–235.

¹⁸⁵ Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health system review. Health Systems in Transition, 2020; 22(6): pp.i–273.

¹⁸⁶ <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>.



ქვეყანა	პირველი საფეხური	რეზიდენტურა	სერტიფიცირება	ალრიცხვა	უსგ
დიდი ბრიტანეთი ¹⁸⁷	არსებობს ორი გზა: სამედიცინო სკოლებში ჩარიცხვა პირდაპირ სკოლიდან (5-6 წელი სტირდება ხარისხის მოსაპოვებლად) ან ხარისხის მიღება მას შემდეგ, რაც მოიპოვებენ პირველი ბაკალავრის ხარისხს (4 წელი).	კურსდამთავრებულები გადიან 2-წლიან საბაზისო სწავლებას, რის შემდეგაც დამატებით სპეციალისტებს უწევთ 5-8 წლამდე სწავლა, ლჯახის ექიმებს კი, 3-4-მდე წლამდე.	არ აქვს კლასიკური სერტიფიცირება ¹⁸⁸	საბაზისო სწავლების პირველი წლის დასრულების შემდეგ, აუცილებელია დარეგისტრირდნენ სამედიცინო საბჭოში.	სავალდებულოა ყველა ექიმისთვის. მათ შეუძლიათ ორი მეთოდით დაადასტურონ: 1. წლიური შეფასების პროცესი. 2. 5-წლიანი რევალიდაციის პროცესი, რომელიც უფრო დეტალურია, ვიდრე პირველი მეთოდი.
აშშ ¹⁸⁹	პირველი საფეხურის (ბაკალავრიატი ან მაგისტრატურა) ხანგრძლივობაა 3-4 წელი, რომლის დასრულების შემდეგ ირიცხება სამედიცინო სკოლაში, სადაც სწავლობენ 4 წელი.	3-8 წლამდე ხანგრძლივობის სტაჟირება და რეზიდენტურა. რეზიდენტურის ხანგრძლივობა 3-6 წლამდე მერყეობს. ჯამში სტუდენტს 10-16 წლამდე სტირდება, რომ გახდეს ექიმი.	ყველა შტატში, აშშ-ის ტერიტორიაზე ექიმს მოეთხოვება, რომ იყოს ლიცენზირებული, რათა შეძლოს პრაქტიკის განხორციელება.	შტატების სამედიცინო ბორდის ფედერაცია აგროვებს ინფორმაციას აქტიური ლიცენზირებული ექიმების შესახებ. ¹⁹⁰	იმისთვის, რომ ექიმებმა შეინარჩუნონ ლიცენზია, სავალდებულოა ჩართულნი იყვნენ უწყვეტ განათლებაში და დააგროვონ კრედიტები.
თურქეთი ¹⁹¹	სამედიცინო სკოლის ხანგრძლივობა 6 წელია. განსაზღვრულია მისაღები სტუნდენტების კვოტები.	ახორციელებენ უნივერსიტეტები ან ჯანმრთელობის სამინისტროს კლინიკები, რომლებიც აფილირებული არიან უნივერსიტეტებთან; ხანგრძლივობა – 3-7 წელი, სპეციალობების მიხედვით, გარდა ლჯახის ექიმისა.	არ არის სერტიფიცირების სისტემა.	არის რეგისტრაციის სისტემა მას შემდეგ, რაც დაასრულებენ განათლების მიღებას – დიპლომამდელს, თუ დიპლომისმემდგომს.	არ არის სავალდებულო, არ აქვთ სტანდარტიზებული მიდგომა. ჯანმრთელობის სამინისტრო გეგმავს საჭიროებიდან გამომდინარე.

¹⁸⁷ <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Doctors-United-Kingdom.pdf>.

¹⁸⁸ ექიმობისთვის აუცილებელია კურსდამთავრებულს ჰქონდეს პრაქტიკის ლიცენზია და შესაბამისი ტიპის რეგისტრაცია იმ სამუშაოსთვის, რომელსაც ასრულებს.

¹⁸⁹ <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Doctors-United-States.pdf>.

¹⁹⁰ <https://www.fsmb.org/PDC/> <https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/publications/2018census.pdf>.

¹⁹¹ Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández- Quevedo C. Turkey: Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13(6):1–186.



ცხრილი N1.2 საერთაშორისო პრაქტიკის მაგალითები ქვეყნების მიხედვით – ექთნები

ქვეყანა	პირველი საფეხური	რეზიდენტურა	სერტიფიცირება	აღრიცხვა	უსგ
საქართველო	საექთნო განათლებისათვის მოქმედებს ორი მექანიზმი: საბაკალავრო (4 წელი) და პროფესიული (3 წელი) სწავლება.	ექთნებისთვის არ არის მოთხოვნილი რეზიდენტურა.	ექთნებისთვის არ არის მოთხოვნილი სერტიფიცირება.	სამედიცინო პერსონალი არ არის აღრიცხული ერთიან სისტემაში.	ექთნებისთვის არ არის მოთხოვნილი უსგ, გარდა გადაუდებელი მედიცინის განყოფილებისა და კარდიოქირურგიული განყოფილების რეანიმაციისა და-საქმებულისა .
ლატვია ¹⁹²	საექთნო განათლების მისაღებად არსებობს 2 გზა: პროფესიული მომზადების პროგრამა (3-წლიანი) და საბაკალავრო (4 წელი).	არ არის სავალდებულო.	ექთნებისთვის მოთხოვნილია სერტიფიცირება და რესერტიფიცირება (ყოველ 5 წელიწადში).	ჯანდაცვის ყველა პრაქტიკოსი აღრიცხულია სამედიცინო პირთა რეესტრში, რომელსაც აწარმოებს ჯანდაცვის ინსპექცია.	სამედიცინო პერსონალს (ექიმებისა და სტომატოლოგების გარდა) მოეთხოვება 150 ქულის დაგროვება.
ესტონეთი ¹⁹³	ტალინისა და ტარტუს სამედიცინო კოლეჯები ატარებენ საბაზისო ტრენინგებს ექთნებისა და ბეზიბალებისთვის. სწავლების ხანგრძლივობა, შესაბამისად, 3.5 და 4.5 წელია.	ექთნის 4 სპეციალობა: პირველადი ჯანდაცვის (საოჯახო მედიცინის) ექთანი, კლინიკური, ინტენსიური თერაპიის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთანი, მოითხოვს 1-წლიან რეზიდენტურას.	არ მოეთხოვება	ჯანდაცვის საბჭო აღრიცხავს ექთნების შესახებ ინფორმაციას.	არ მოეთხოვება.

¹⁹² Behmane D, Dudele A, Villerusa A, Misins J, Kļaviņa K, Mozgis D, Scarpetti G. Latvia: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(4):i-165.

¹⁹³ Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J and van Ginneken E. Estonia: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(1): 1-230.



ქვეყანა	პირველი საფეხური	რეზიდენტურა	სერტიფიცირება	აღრიცხვა	უსგ
პოლონეთი ¹⁹⁴	ექთნები და ბები- აქალები შესაძ- ლებელია გადამ- ზადდნენ როგორც კერძო, ისე სახელ- მწიფო უმაღლეს სასწავლებლებში. შესაძლებელია მა- გისტრის ხარისხიც მიიღოს ექთანმა.	არსებობს სამაგის- ტრო პროგრამები; ასევე 13 დიპლომის- შემდგომი პროგრამა ექთნებისათვის და 2 -ბებიქალებისათვის.	ექთნები და ბებიქალები მიმართავენ პროფესიულ საბჭოებს, რომლებიც სერტიფიკატით ადასტურებენ მათ კვალიფიკაციას და ანიჭებენ საქმიანობის უფლებას ევროკავშირის ქვეყნებში 2005/36/EC დირექტივის საფუძველზე.	ექთნები და ბებიქალები გაერთიანებული არიან პროფესი- ულ საბჭოებში. წევრობა სავალ- დებულოა ყველა მოქმედი პროფე- სიონალისთვის. საბჭოები აწარ- მოებენ რეეს- ტრებს, სადაც ინახება ინფორ- მაცია წევრების ასაკის, სქესის, გეოგრაფიული განაწილებისა და სპეციალობების შესახებ.	ყველა ექთანი ჩართული უნდა იყოს. ექთნებსა და ბებიქალებს აქვთ ვალდებულება, განუწყვეტილ განაახლონ თავიანთი ცოდნა და უნარები და ასევე უფლება -მონაწილეობა მიიღონ ნებაყოფლობით დიპლომისშემდგომ ტრენინგში (თუმცა არ არსებობს მინიმალური მოთხოვნა მისაღებ ქულებთან დაკავშირებით). მათი გადამზადება სუბსიდირებულია ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ.
გერმანია ¹⁹⁵	ექთანმა განათ- ლება შესაძლოა მიიღოს 3-წლიანი საბაკალავრო სწავლებით ან პროფესიული მომ- ზადებით, რომლის ხანგრძლივობა განსხვავებულია დონეების მიხედ- ვით. (მეორე დონის ექთანი გადის 1-წლიან, ხოლო პირველი დონის ექთანი – 3-წლიან სწავლებას.	საბაზისო განათლების შემდეგ, ექთნებისთვის ხელმისაწვდომია 2-წლიან პრაქტიკაზე დაფუძნებული სწავლება, ასევე სპეციალიზაციები 13 სპეციალობაში.	სწავლის დასრულების შემდეგ ექთნებმა უნდა ჩააბარონ სახელმწიფო გამოცდა, რომელიც მოიცავს ზეპირ, წერით და პრაქტიკულ ნაწილებს.	რეგისტრირებუ- ლი უნდა იყოს შესაბამისი მიწის ექთანთა ასოციაციაში/საბჭოში.	სავალდებულოა ყველა სამედიცინო პერსონალისათვის, ვინც მუშაობს ამბულატორიულ დანესებულებაში.
დიდი ბრიტანეთი ¹⁹⁶	ექთნებისა და ბებიქალების მოსამზადებლად სტუდენტები ესწრე- ბიან 3 ან 4-წლიან ექთნებისა და ბები- აქალების საბჭოს მიერ ნებადართულ ინსტიტუციებსა და პროგრამებს ¹⁹⁷ .	არ აქვთ	ექთნებსა და ბებიქალებს უწევთ ყოველ წელს ხელახლა რეგისტრაცია და ყოველ სამ წელიწადში ერ- თხელ – რევა- ლიდაცია, რათა დაადასტურონ თავიანთი შე- საბამისობა მოთხოვნილ სტანდარტებ- თან.	სავალდებულოა რეგისტრაცია ექთნებისა და ბებიქალების საბჭოში. ¹⁹⁷	ყველა ექთანი ვალდებულია გაიაროს უწყვეტი პროფესიული განათლების კურსი და რეგისტრაციიდან სამ წელიწადში ერთხელ, დააგროვოს 35 საათი, რათა განაახლოს რეგისტრაცია. ¹⁹⁸

¹⁹⁴ Sowada C, Sagan A, Kowalska-Bobko I, Badora-Musiał K, Bochenek T, Domagała A, Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Mrozek-Gąsiorowska M, Sitko S, Szetela A, Szetela P, Tambor M, Więckowska B, Zabdyr-Jamróz M, van Ginneken E. Poland: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(1): 1–235.

¹⁹⁵ <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Nurses-Germany.pdf>.

¹⁹⁶ Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 2022; 24(1): i–192.

¹⁹⁷ <https://www.nmc.org.uk/about-us/our-role/>.

¹⁹⁸ <https://www.nmc.org.uk/revalidation/requirements/cpd/>.



ქვეყანა	პირველი საფეხური	რეზიდენტურა	სერტიფიცირება	აღრიცხვა	უსგ
აშშ ¹⁹⁹	ლიცენზირებული პრაქტიკოსი ექთანი (LPN) და ლიცენზირებული პროფესიული ექთანი (LVN) კვალიფიკაციის მისაღებად 12-20-თვიან აკრედიტებულ ტრენინგპროგრამას გადიან. რაც შეეხება რეგისტრირებულ ექთანს (RN), სამი გზა აქვს ხარისხის მოსაპოვებლად: 1. დიპლომი საექთნო საქმეში (2 – 3-წლიანი პრაქტიკაზე დაფუძნებული სწავლება); 2. მეცნიერებათა ასოცირებული ექთანი (2-წლიანი კოლეჯი); 3. საექთნო სამსახურის ბაკალავრი (3 – 4-წლიანი საუნივერსიტეტო სწავლება).	იმისთვის, რომ რეგისტრირებული ექთანი გახდეს ADVANCE, აუცილებელია მიიღოს მაგისტრის ხარისხი.	აკრედიტებული საექთნო სკოლების კურსდამთავრებულებმაც უნდა ჩააბარონ ეროვნული საბჭოს სალიცენზიო გამოცდა. უნდა იყვნენ სერტიფიცირებული აშშ-ის საექთნო სერტიფიცირების ცენტრის, ექთნების ეროვნული ლიგის ან სხვა სააგენტოების მიერ.		რეგისტრირებული ექთნებისათვის სავალდებულოა უსგ მრავალ შტატში.
თურქეთი ²⁰⁰	4-წლიანი საბაკალავრო განთლება.	შესაძლებელია შემდგომი სპეციალიზაცია შემდეგ სპეციალობებში: შინაგანი მედიცინა, ქირურგიის ექთანი, გინეკოლოგია და მეანობა, ფსიქიატრია, პედიატრია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი.	არ არის სერტიფიცირების სისტემა.	არის რეგისტრაციის სისტემა მას შემდეგ, რაც დაასრულებენ განათლებას – დიპლომამდელს, თუ დიპლომის შემდგომს.	არ არის სავალდებულო უწყვეტი განათლების სისტემა.

¹⁹⁹ <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Nurses-United-States.pdf>.

²⁰⁰ Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández- Quevedo C. Turkey: Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13(6):1–186.

დანართი 2. უწყვეტი პროფესიული განვითარება საქართველოში

საქართველოს კანონის²⁰¹ მიხედვით განსაზღვრულია უწყვეტი პროფესიული განვითარების (შემდგომ – უპგ) კომპონენტები, როგორებიცაა:

- უწყვეტი სამედიცინო განათლება;
- უწყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა;
- პროფესიული რეაბილიტაცია;²⁰²
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება.

უსგ-ის აქტივობის განხორციელების მსურველი, პროგრამის აკრედიტაციის მოთხოვნის შესახებ განაცხადს თანდართულ დოკუმენტაციასთან ერთად წარუდგენს რეგულირების სააგენტოს, რომელიც აფასებს წარმოდგენილი დოკუმენტაციის დადგენილ მოთხოვნებთან შესაბამისობას, რის შემდეგაც საბჭო იღებს გადაწყვეტილებას:

- აკრედიტაციის და სათანადო უწყვეტი პროფესიული განვითარების კრედიტქულების მინიჭების შესახებ;
- აკრედიტაციის მინიჭებაზე უარის თქმის შესახებ.

²⁰¹ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 29.

²⁰² გულისხმობს შედარებით ხანგრძლივი (1-5-თვიანი) სწავლების/მზადების კურსის გავლას, რომლის მიზანია ექიმის სტაჟის წყვეტის შემთხვევაში, პროფესიული კომპეტენციის აღდგენა კონკრეტულ საექიმო სპეციალობაში.



ცხრილი N2.1 უწყვეტი სამედიცინო განათლების ფორმები, აკრედიტაციის ვადა და კრედიტულების რაოდენობა²⁰³

უსგ დასახელება	ფორმები	აკრედიტაციის ვადა	კრედიტულები
დასწრებული	ა) მოკლევადიანი (2-10 დღე) სწავლება/ტრენინგები ბ) პროფესიული კონფერენცია, კონგრესი, ფორუმი და სხვ.	2 წელი	1 საათი – 1 უპგ-ის ქულა 3 საათი – 3 უპგ-ის ქულა (ნახევარი დღე) 6 საათი – 6 უპგ-ის ქულა (მთელი დღე)
დაუსწრებელი	ა) ელექტრონულ პლატფორმაზე დაფუძნებული ინტერნეტპროგრამა. ²⁰⁴	2 წელი	თეორიული ფორმები – 6 უპგ ქულა კლინიკური შემთხვევა – 3 უპგ-ის ქულა
სამეცნიერო	ა) მონოგრაფიის, სახელმძღვანელოს ან კლინიკური რეკომენდაციის (გაიდლაინი)/კლინიკური სტანდარტის (პროტოკოლი) გამოქვეყნება და/ან მომზადება/ალიარება; ბ) საერთაშორისო რეფერირებად ჟურნალებში სამეცნიერო ნაშრომის/ სისტემური მიმოხილვის მომზადება/ გამოქვეყნება.	ერთჯერად ²⁰⁵	1-დან 24 უპგ-ის ქულამდე ²⁰⁶

უსგ-ის აქტივობების მიმწოდებლები არიან:

- დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციები;
- სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლები;
- სამედიცინო პროფილის საგანმანათლებლო დაწესებულებები;
- სამეცნიერო დაწესებულებები;
- ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სამსახურები.

ევროკომისიის ანგარიშის²⁰⁷ მიხედვით, ევროპის უმეტეს ქვეყანაში სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განათლება არის სავალდებულო და ძირითადად ემყარება ეროვნულ კანონმდებლობას და ნაკლებად ეფუძნება პროფესიული ორგანოს რეგულირებას ან სამთავრობო რეგლამენტს.

²⁰³ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 01-3/ნ „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე, პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამები/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“, პირველი და მე-7 მუხლები.

²⁰⁴ ონლაინ პლატფორმაზე დაფუძნებული დაუსწრებელი ფორმების უსგ-ის პროგრამა მოიცავს ორ ნაწილს: სწავლება და ტესტირება; სწავლება მოიცავს ტესტირებისთვის გამოყენებულ ლიტერატურას, რომელსაც დაინტერესებული პირი ეცნობა ონლაინ სასწავლო პლატფორმაზე.

²⁰⁵ სამეცნიეროს აკრედიტაცია არ ენიჭება; ქულის მინიჭების მიზნით, დაინტერესებულმა პირმა თავად უნდა წარმოადგინოს აქტივობა. ქულა ენიჭება იმ წლისთვის – იმ პერიოდში, რა დროსაც განხორციელდა აქტივობა.

²⁰⁶ მონოგრაფიის, სახელმძღვანელოს მომზადება/გამოცემა – არაუმეტეს 24 უპგ-ის ქულა; კლინიკური რეკომენდაციის (გაიდლაინი)/კლინიკური სტანდარტის (პროტოკოლი) მომზადება/ალიარება – არაუმეტეს 12 უპგ-ის ქულა; საერთაშორისო რეფერირებად ჟურნალებში სამეცნიერო ნაშრომის და/ან სასწავლო მასალის გამოქვეყნება – 1-6 უპგ-ის ქულამდე, ავტორის სტატუსის მიხედვით.

²⁰⁷ CPME, CED, EFN, EPHA, Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU, Contract no. 2013 62 02; PG:23-55; https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/cpd_mapping_report_en_0.pdf.

ცხრილი N2.2 ევროპის ქვეყნებში სავალდებულო უსგ-ის მოთხოვნა სპეციალობის მიხედვით

ქვეყანა	ექიმები	ექთნები	ბებიჩალები	ფარმაცევტები
ხორვატია	7 დღე/წელიწადში	არა	დამსაქმებლის მიხედვით	კი
საფრანგეთი	მინ. 3 დღე/წელიწადში	20 სთ/წელიწადში	20 საათი/წელიწადში	კი
იტალია	100 საათი/წელიწადში	6 დღე/წელიწადში	დამსაქმებლის მიხედვით	კი
ლატვია	50 საათი/წელიწადში	არა	დამსაქმებლის მიხედვით	კი
ლიტვა	კი	კი	60 საათამდე/წელიწადში	კი
სლოვაკეთი	მინ. 5 დღე/წელიწადში	5 დღე/წელიწადში	5 აქტივობა/წელიწადში	კი
სლოვენია	15 დღე/წელიწადში	10 დღე/წელიწადში	10 დღე/წელიწადში	კი
გაერთიანებული სამეფო	კი	35 სთ/3 წელი	დამსაქმებლის მიხედვით	კი
საბერძნეთი	50 საათი/წელიწადში	არა	არა	არა
ირლანდია	7 საათი/წელიწადში	არა	არა	არა
ნიდერლანდები	90 საათი/წელიწადში	კი	კი	კი

საქართველოში 2018 წლამდე არ არსებობდა უწყვეტი პროფესიული განათლების მოთხოვნა და აღსანიშნავია, რომ მინისტრის ბრძანებისა და მთავრობის დადგენილების²⁰⁸ მიხედვით, უსგ-ის მოთხოვნა განისაზღვრა სამედიცინო პერსონალის სამუშაო ადგილის მიხედვით და არა სპეციალობების მიხედვით, ისიც მხოლოდ პერინატალურ და სტაციონარულ დაწესებულებებში მომუშავე ზოგიერთი სპეციალობის ექიმს მოეთხოვება ყოველწლიურად სავალდებულო კრედიტულების დაგროვება, კერძოდ:

- 2018 წელს, მინისტრის ბრძანების²⁰⁹ მიხედვით, ყველა დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების მეან-გინეკოლოგი, ნეონატოლოგი ვალდებული იყო 2 წელიწადში ერთხელ აემაღლებინა ცოდნა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობით და არ იყო განსაზღვრული დასაგროვებელი კრედიტულის რაოდენობა;
- 2019 წლიდან, ბრძანებაში შესული ცვლილების მიხედვით²¹⁰ კი, მეან-გინეკოლოგებსა (30 კრედიტულა) და ნეონატოლოგებს (20 კრედიტულა) მოეთხოვებოდათ ყოველწლიურად განსაზღვრული დასაგროვებელი კრედიტულების რაოდენობა;
- 2020 წლიდან, უსგ-ის მოთხოვნა გაიზარდა პერინატალურ და სტაციონარულ დაწესებულებებში მომუშავე ზოგიერთი სპეციალობისთვის და დღევანდელი მდგომარეობით, საექიმო სპეციალობათა ნუსხის მიხედვით,²¹¹ 58 სპეციალობიდან²¹² მხოლოდ 7 საექიმო სპეციალობისთვის არის უსგ-ის აქტივობა სავალდებულო.

²⁰⁸ საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 6 მარტის N149 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის №385 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ“.

²⁰⁹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 21 დეკემბრის N01-71/6 ბრძანება „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“.

²¹⁰ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 3 იანვრის N01/26 ბრძანება „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის N01-2/6 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“.

²¹¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/6 ბრძანება „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“.

²¹² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/6 ბრძანების მიხედვით დაჯამებულია სპეციალობები (27) და მომიჯნავე სპეციალობები (31) და ჯამში შეადგენს 58 დასახელებს.



ცხრილი N2.3 ქვეყანაში სავალდებულო უსგ-ის სისტემა შესაბამისი სპეციალობების მიხედვით და უსგ-ის ქულების ზედამხედველობის მექანიზმი 2020 წლიდან

სამედიცინო დაწესებულება	ექიმ სპეციალისტი	წელი	ყოველწლიურად დასაგროვებელი ქულა	საფუძველი	უსგ ქულების ზედამხედველობის მექანიზმი
პერინატალური ²¹³ და ანტენატალური ²¹⁴ დაწესებულება	მეან-გინეკოლოგი ²¹⁵ ნეონატოლოგი ²¹⁶ რადიოლოგი ²¹⁷ ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი ²¹⁸	2020 წლის სექტემბრიდან	მეან-გინეკოლოგები და ნეონატოლოგები – 30 კრედიტქულა; ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგები და რადიოლოგები – 20 კრედიტქულა	პერინატალური და ანტენატალური რეგიონალიზაცია	დაწესებულებების რეგიონალიზაციის დონის მინიჭებისას/ყოველ 2/5 წელიწადში ერთხელ
სტაციონარული დაწესებულება	გადაუდებელი მედიცინის ექიმი ²¹⁹ და ექთანი	2020 წლის მარტიდან	ექიმი – 30 კრედიტქულა; ექთანი – 2 წელიწადში ერთხელ უსგ-ის პროგრამა ²²⁰	სტაციონარული დაწესებულებების სანებართვო პირობები ²²¹	სანებართვო პირობების შემოწმებისას შერჩევის საფუძველზე ²²²
სტაციონარული დაწესებულება	რადიოლოგი	2021 წლიდან	20 უსგ-ის კრედიტქულა	სტაციონარული დაწესებულებების სანებართვო პირობები	სანებართვო პირობების შემოწმებისას შერჩევის საფუძველზე
სტაციონარული დაწესებულება	კარდიოლოგი, ინტერვენციული კარდიოლოგი, კარდიოქირურგი	2020 წლის მარტიდან	30 კრედიტქულა	სტაციონარული დაწესებულებების სანებართვო პირობები	სანებართვო პირობების შემოწმებისას შერჩევის საფუძველზე

²¹³ ორსულობიდან დაწყებული – მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ჩათვლით.

²¹⁴ მშობიარობამდე პერიოდში ორსულთა სამედიცინო მეთვალყურეობა.

²¹⁵ ახორციელებს ქალის რეპროდუქციული სისტემის დაავადებების მქონე პაციენტის, ორსულის და მშობიარის კვლევას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, რეაბილიტაციას.

²¹⁶ სწავლობს ახალშობილის ჯანმრთელობის საკითხებს, დაავადებებისა და ორგანოთა დისფუნქციის დიაგნოსტიკას, მართვას.

²¹⁷ აერთიანებს სხივური და ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის მეთოდებს და სწავლობს მის შესაძლებლობებს ნორმისა და სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების გამოვლენაში.

²¹⁸ მოიცავს ნებისმიერ გენეზისს, მწვავე და ქრონიკული ტკივილის მართვას.

²¹⁹ სხვადასხვა სირთულის მწვავე ან გამწვავებული ქრონიკული ჩივილების მქონე პაციენტების მართვა.

²²⁰ არ არის განსაზღვრული კონკრეტული კრედიტქულა. უსგ-ის პროგრამის შინაარსი უნდა მოიცავდეს კარდიოვასკულარული პრობლემებით გამოწვეული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვასა და ბავშვთა ასაკის გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას.

²²¹ საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 6 მარტის N149 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის №385 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ“.

²²² სტაციონარული დაწესებულება ვალდებულია შეასრულოს ნებართვით გათვალისწინებული პირობები: მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა, ლაბორატორიული სერვისის სიმძლავრე/მოცულობა, სამედიცინო პერსონალის პროფესიონალიზმი და სხვ.

