დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი



ჯანდაცვის სამუშაო ძალა საქართველოში

ტექნიკური ანგარიში

ანგარიში მომზადებული შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მხარდაჭერით. პროექტის ნომერი FR-22–1933

გამოქვეყნებულია დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის მიერ

2025

თბილისი, საქართველო

ავტორები

ანგარიშის მომზადებაში მონაწილეობდნენ (ანბანური რიგით):

გიორგი ალადაშვილი

კარსტენ ლუნცე

ილია ნადარეიშვილი

მარიამ ქასრაშვილი

მარიამ ქირვალიძე

ალექსანდრე ცქიტიშვილი

ნიკოლოზ ჭელიძე

შესავალი

ჯანდაცვის სამუშაო ძალის გამართული ფუნქციონირება ფუნდამენტურია იმისათვის, რომ ჯანმრთელობის სისტემა ეფექტურად ერგებოდეს მოსახლეობის საჭიროებებს, ინარჩუნებდეს ჯანმრთელობის სერვისის ხარისხსა და ხელმისაწვდომობას და ქმნიდეს სისტემურ მედეგობას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კრიზისების დროს.

დღესდღეობით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის სახელმწიფოები ჯანდაცვის სამუშაო ძალის კუთხით მნიშვნელოვან გამოწვევებს აწყდებიან, მათ შორის არაადეკვატურ სტრატეგიულ დაგეგმარებას, საინფორმაციო სისტემების დეფიციტს, არათანაბარ გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, ცუდ მმართველობასა და სუბსტანდარტულ სამუშაო გარემოს.

- ჯანდაცვის სამუშაო ძალის ეფექტური დაგეგმვის მიზანია, უზრუნველყოს შესაბამისი უნარების მქონე ადამიანების სწორი რაოდენობით არსებობა სწორ დროსა და ადგილზე.
- ეროვნული დონის გეგმის შედგენა სახელმწიფოს ეხმარება წინასწარ განსაზღვროს ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო საჭიროებები პროფესიის, სპეციალობის, მდებარეობისა და სექტორის მიხედვით, რაც წინმსწრები მზაობის საშუალებას იძლევა.
- იგი წარმართავს ახალი კადრების მზადებას, არსებული სამუშაო ძალის შენარჩუნებასა და ოპტიმიზებას.
- ჯანდაცვის სამუშაო ძალის სტრატეგიული დაგეგმვა ტექნიკური პროცესია, რომელიც სერვისზე მოთხოვნასა და მის შესასრულებლად საჭირო პერსონალის რაოდენობას ხანგრძლივი ვადისთვის წინასწარ საზღვრავს (როგორც წესი 3-დან 10 წლამდე, განსხვავებით ოპერატიული დაგეგმვისგან, რომელიც, როგორც წესი, წელიწადზე ნაკლებ დროზეა მორგებული).
- ეს მიდგომა მსოფლიოს მასშტაბით ფართოდაა გავრცელებული სამუშაო ძალასთან დაკავშირებული გამოწვევების დასაძლევად, სახელმწიფოები კი მას განსხვავებული წარმატებით ახორციელებენ.
- სტრატეგიული გეგმის არარსებობა ევროპის ჯანდაცვის სისტემებში სამუშაო ძალის კრიზისზე ახდენს გავლენას, რაც განპირობებულია შრომითი დეფიციტით, მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემებით, განათლების

ნაკლოვანებებით, გენდერული უთანასწორობითა და არასაკმარისი ფინანსური ინვესტირებით.

- თუმცა ეს კრიზისი შესაძლებლობაცაა, ხელახლა შემუშავდეს და გაძლიერდეს სამუშაო ძალა და ამით შეიქმნას უფრო მედეგი ჯანდაცვის სისტემა, რომელსაც შეეძლება შესაფერისი სერვისების მიწოდება მაშინაც კი, როცა კრიზისი მოთხოვნას შეცვლის.
- ჯანდაცვის სამუშაო ძალის დაგეგმვის მრავალი მიდგომა არსებობს; ესენია: მოთხოვნაზე, მიწოდებასა და საჭიროებებზე-დაფუძნებული მიდგომები, რომლებიც ხშირად სცენარის შედგენასა და სტრუქტურის მოდელირებას საჭიროებენ.
- მოთხოვნაზე-დაფუძნებული მიდგომა, როგორც წესი, ითვალისწინებს ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა: მოსახლეობის ცვლილება, სამუშაო ძალის სიმჭიდროვე, დაზღვევის სისტემები, ჯანდაცვის ინდუსტრიის ზრდა, სამუშაო საათები, საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი, ჯანდაცვის წიგნიერება, ცხოვრების ხარისხი და შრომითი ბაზრის მდგომარეობები.
- მიწოდებაზე-დაფუძნებული სტრატეგია ფოკუსირებულია სტუდენტების მიღებაზე, სწავლის ხანგრძლივობაზე, კურსდამთავრებულთა გამოშვებაზე, და სხვა ფაქტორებზე.
- იგი ასევე ითვალისწინებს სამუშაო დატვირთვას, სამუშაო გარემოს დინამიკას, ხელფასსა და დემოგრაფიას.
- საჭიროებებზე-დაფუძნებული მიდგომა მზარდი პოპულარობით სარგებლობს; იგი ახდენს მოდელირებას და წინასწარ საზღვრავს მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს, რათა დაიგეგმოს სხვადასხვა უნარის მქონე ადამიანთა ჯგუფის კომბინირება (skill mix) და პროდუქტიულობა.
- ჯანმო-ს „პერსონალის საჭიროებების სამუშაო დატვირთვის ინდიკატორები“ (WISN), რომელიც ფართოდ გამოიყენება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ეფუძნება სერვისის მონაცემებსა და ჯანდაცვისა და ადმინისტრაციული ამოცანების შესასრულებლად ხელმისაწვდომ დროს, რაც ხელს უწყობს მრავალი დაინტერესებული მხარის ჩართულობასა და მართვას.
- დაგეგმვის მეთოდებისა და მიდგომების გამოყენება ძლიერ განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით, მათ შორის ევროპაში, რაც ჩვეულებრივ განპირობებულია ადგილობრივი კონტექსტით, პრიორიტეტებითა და ანალიტიკური დაგეგმვის შესაძლებლობებით.

- საქართველო, აღმოსავლეთ ევროპის სამხრეთ კავკასიის რეგიონში მდებარე, საშუალოზე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყანა 3.7 მილიონი მოსახლით, უკანასკნელი წლების განმავლობაში მუდმივად აწყდება გამოწვევებს ჯანდაცვის სამუშაო ძალასთან დაკავშირებით.
- საბჭოთა კავშირიდან დამოუკიდებლობის აღდგენიდან, საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების დაგეგმარება მინიმალური და ფორმალური იყო, ამიტომაც ბუნდოვანია, თუ ზუსტად როგორია მოთხოვნა და მიწოდება ექიმების, ექთნების, ექთნის ასისტენტების, მეანების, სტომატოლოგების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების, ჯანდაცვის მენეჯერების, პარამედიკოსებისა და სხვა სპეციალისტების კუთხით.
- საქართველოში ჯანდაცვის სპეციალისტებზე მოთხოვნა და მიწოდება დიდად დამოკიდებულია ბაზარზე, მთავრობის მცირე ან ნულოვანი ჩართულობით, რაც საქართველოს აქცევს „შემთხვევითი“ დაგეგმვის მაგალითად.
- ჩვენ შევაფასეთ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სამუშაო ძალის დაგეგმვის მიდგომები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის კონტექსტში და გავაანალიზეთ არსებული პოლიტიკა და გეგმები.
- გთავაზობთ მოქმედებებს, რათა ქვეყანაში საბოლოოდ დაინერგოს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული დაგეგმვა, რაც შეესატყვისება 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის ძირითად მონახაზს.

საქართველოს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები

რეგულაციური და პრაქტიკული გარემო

საქართველოს კანონები ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ და საექიმო საქმიანობის შესახებ სამედიცინო პრაქტიკის მმართველ ძირითად ჩარჩოებს წარმოადგენენ, განსაზღვრავენ რა ლიცენზირებას, პასუხისმგებლობებს, უფლებებსა და მართვას.

ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო ზედამხედველობენ და არეგულირებენ ქვეყანაში სამედიცინო პრაქტიკასა და ლიცენზირებას.

- საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა დიდწილად პრივატიზებულია, საავადმყოფოების საწოლთა 80%-ზე მეტს კომერციული ორგანიზაციები მართავენ, რომლებიც ჯანდაცვის მუშაკების ძირითადი დამსაქმებლები არიან.
- სახელმწიფო განაგებს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებს სოფლად და საჯარო საავადმყოფოების მცირე რაოდენობას.
- რამდენიმე საერთაშორისო ორგანიზაცია მხარს უჭერს ამ დაწესებულებების ხარისხის უზრუნველყოფას, სამუშაო ძალის მომზადებასა და აკრედიტაციას.
- სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის სიაში ექვსი ორგანიზაციაა, თუმცა დაწესებულებებს ასევე შეუძლიათ გამოიყენონ სიის გარეთ არსებული ორგანოები, თუ ისინი სახელმწიფო მოთხოვნებს აკმაყოფილებენ.
- აკრედიტაციის მოთხოვნები და სტანდარტები განსხვავებულია, მაგრამ, როგორც წესი, მოიცავს სამუშაო პროცესებს, ადამიანური რესურსების მართვასა და სამუშაო ძალის განვითარებას.
- თუმცა აკრედიტაციის განსხვავებული სტანდარტები და ხარჯები ქმნიან რისკს, რომ საქართველოში საავადმყოფოების უმეტესობა აირჩევს ნაკლებად მკაცრი მოთხოვნებისა და დაბალი საფასურის მქონე სააგენტოებს, რაც პოტენციურად საფრთხეს შეუქმნის ჯანდაცვის ხარისხს.
- ამბულატორიული და ლაბორატორიული დაწესებულებები უნდა შეესაბამებოდნენ სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის (ISO) სტანდარტებს (ISO 9001 – კლინიკებისთვის და ISO 15189 – ლაბორატორიებისთვის).
- საქართველოში ბევრი პროფესიული ასოციაცია და გაერთიანებაა.
- ისინი რესურსების სიმცირის გამო შეზღუდულ როლს ასრულებენ, თუმცა წვლილი შეაქვთ კლინიკური გაიდლაინების, უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა (CME) და პროფესიული განვითარების საკითხებში.
- 2023 წელს ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებაში თანამშრომლობის მიზნით მთავრობამ ოფიციალურად განაცხადა ამ ასოციაციების აღიარებისა და რეგისტრაციის თაობაზე.

სამუშაო ძალის ანაზღაურება და ხელფასების უთანასწორობა

- 2021 წელს ექიმების ყოველთვიური საშუალო ხელფასი 1500 ლარი (~550 აშშ დოლარი) იყო, რაც ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელზე (900 ლარი) მეტია.

- თუმცა ექთნები და ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების მუშაკები მნიშვნელოვნად ნაკლებს, საშუალოდ 774 ლარს (~280 აშშ დოლარს), გამოიმუშავებდნენ.
- 2022 წელს მთავრობამ საავადმყოფოს ექთნებისთვის მინიმალური საათობრივი ანაზღაურება 4.4 ლარის (~1.70 აშშ დოლარი), ხოლო ექიმებისთვის – 7 ლარის (~2.70 აშშ დოლარი) ოდენობით შემოიღო, 2024 წელს კი ეს უმცროს ექიმებზე, მეანებზე, ექთნის ასისტენტებსა და სანიტრებზეც გავრცელდა.
- მიუხედავად იმისა, რომ ხელფასები დაბალი რჩება, მოსალოდნელია მათი თანდათანობით ზრდა.
- დამატებით, ჯანდაცვის სექტორში ანაზღაურების მხრივ მნიშვნელოვანი უთანასწორობაა, ჯანდაცვის მუშაკთა მცირე ნაწილი საშუალო ხელფასზე 5–10-ჯერ მეტს გამოიმუშავებს.
- ექიმების დაახლოებით 23% თვეში 500 ლარზე (~180 აშშ დოლარი) ნაკლებს იღებს, ხოლო 14% – 5500 ლარზე (~2000 აშშ დოლარი) მეტს.

ექიმები

- სხვადასხვა ორგანიზაციისა და დოკუმენტის ინფორმაცია ჯანდაცვის მუშაკთა რაოდენობის თაობაზე განსხვავებულია, რაც ეფექტურ დაგეგმვას ართულებს.
- მაგალითად, 2021 წელს საქართველოს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა აღნიშნა, რომ სერტიფიცირებული ექიმების რეესტრში 17,632 სერტიფიცირებული ექიმი იყო, ხოლო 2022 წელს, სხვადასხვა სამთავრობო წყაროები 22,490-დან 24,000-მდე მიუთითებდნენ.
- ჯანმო-ს თანახმად 2021 წელს 20,311 ექიმი იყო, რაც 2019 წლის 28,291-ზე ნაკლებია, რაც, სავარაუდოდ, მონაცემთა შეგროვებისა და აღწერის ცვლილებების შედეგია.
- შესამჩნევი შეუსაბამობა მოიცავს ზოგადი პრაქტიკოსების რაოდენობის მკვეთრ კლებას, 2019 წელს 6772-დან 2020 წელს მხოლოდ 1085-მდე.
- ექიმები საქართველოს მასშტაბით არათანაბრად არიან განაწილებულნი; თბილისზე, სადაც მოსახლეობის მესამედი ცხოვრობს, ექიმების სრული რაოდენობის ორი მესამედი მოდის.
- თბილისში ექიმების სიმჭიდროვე 100 000 მოსახლეზე 905 იყო, იმერეთში კი ეს მაჩვენებელი 395 იყო, რაც მეორე შედეგია ექიმთა სიმჭიდროვის კუთხით.

- მიუხედავად იმისა, რომ სამთავრობო პროგრამები ექიმებს ახალისებენ, იმუშაონ არასაკმარისი კადრებით დაკომპლექტებულ სპეციალობებში და საქართველოს შორეულ მთიან და სასაზღვრო რეგიონებში, ასეთ ინიციატივებს შეზღუდული წარმატება ხვდათ წილად, ბიუჯეტის დიდი ნაწილი გამოუყენებელი დარჩა და 2022 წელს მხოლოდ 1266 სოფლის ექიმი აღირიცხა.
- პროგრამის შეზღუდული წარმატების მიზეზები უცნობია, თუმცა მის ხელშემწყობ ფაქტორებს შორის შეიძლება იყოს: დაბალი ხელფასები, პროფესიული განვითარების შესაძლებლობების ნაკლებობა და ექიმების ოჯახების ცხოვრების დაბალი სტანდარტი.
- არასაკმარის მონიტორინგსა და ჯანდაცვის სერვისების დეცენტრალიზაციის სუსტ პოლიტიკურ ნებას ასევე შეაქვთ წვლილი.
- დამატებით, სოფლებში არასაკმარისია ისეთი ინფრასტრუქტურა, როგორიცაა ჰიგიენური აღჭურვილობა, წყალმომარაგება, გათბობა და ინტერნეტი.
- ამ გამოწვევების ნაწილი გვარდება სამთავრობო და საერთაშორისო, მათ შორის ჯანმო-ს, პროგრამების თანამშრომლობის მეშვეობით.
- სპეციალობების რაოდენობების დისბალანსი და პირველადი ჯანდაცვის კადრების „დაბერება“ კიდევ უფრო აუარესებს ჯანდაცვის სამუშაო ძალის გამოწვევებს.
- საქართველოში ექიმად მუშაობისთვის აუცილებელია დიპლომირებული მედიკოსის ხარისხის მოპოვება, ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდის (არჩევით პასუხიანი კითხვებით) ჩაბარება, რეზიდენტურის დასრულება, სახელმწიფო სასერტიფიკატო გამოცდის ჩაბარება (ასევე არჩევით პასუხიანი კითხვებით) და შესაბამისი სპეციალობის სერტიფიკატის მოპოვება.
- ექიმებს შეუძლიათ დამოუკიდებლად დასაქმდნენ მხოლოდ თავიანთ სერტიფიცირებულ სპეციალობებში, გარდა საგანგებო სიტუაციებისა.
- 2023 წლის მდგომარეობით არსებობს 27 სპეციალობა, ზოგიერთს კი ქვესპეციალიზაციები გააჩნია.
- მიუხედავად იმისა, რომ სერტიფიცირება ამჟამად ვადებით არ არის განსაზღვრული, 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია 2024 წლისთვის ხელახალი სერტიფიცირების პროცესის დანერგვას გეგმავს.

- 2024 წლის ივლისის მონაცემებით, სამედიცინო სკოლების მსოფლიო ცნობარში საქართველოს 25 სამედიცინო სკოლა ირიცხებოდა, მათ შორის 6 საჯარო და 19 კერძო დაწესებულება.
- განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი (NCEQE) აკრედიტაციას აძლევს 6-წლიან სამედიცინო პროგრამებს.
- სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის (WFME) აღიარება ვალიდურია 2028 წლამდე.
- 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია დიპლომირებული მედიკოსების ჭარბ წარმოებას გამოწვევად აფასებს.
- ადგილობრივი აპლიკანტები დიპლომირებული მედიკოსის პროგრამებზე ერთიანი ეროვნული გამოცდების მეშვეობით ირიცხებიან, ხოლო საერთაშორისო სტუდენტების მიღება სასწავლებლების მიხედვით განსხვავებულია.
- ადგილობრივი სტუდენტების მიღების რაოდენობა მუდმივ ნიშნულზე ნარჩუნდება და შრომის ბაზარზე მომდევნო წლებში ყოველწლიურად დაახლოებით 1000 დიპლომირებული მედიკოსის დამატებაა მოსალოდნელი.
- ამის საპირისპიროდ, 2022 წელს საერთაშორისო სტუდენტების მიღება გაორმაგდა და 9964-ს მიაღწია, ნაწილობრივ უკრაინიდან გადმოსული სტუდენტების ხარჯზე.
- მედიცინის ერთსაფეხურიანი განათლების პროგრამები ეკონომიკის მნიშვნელოვან სექტორად იქცა, რაც უცხოური ვალუტის შემოდინებას უწყობს ხელს.
- საქართველოში სპეციალიზებული სამედიცინო სწავლება ხორციელდება რეზიდენტურის პროგრამების მეშვეობით, რომლებიც სპეციალობის მიხედვით სულ მცირე 3 წელი გრძელდება.
- ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო ზედამხედველობას უწევს რეზიდენტურის პროგრამების ხარისხის უზრუნველყოფასა და აკრედიტაციას, თუმცა არსებობს მნიშვნელოვანი ხარვეზები.
- ერთ-ერთი მთავარი საკითხია პერიოდული თვითშეფასების ანგარიშების არარსებობა, რაც აუცილებელია აკრედიტაციის შესაბამისობისთვის.
- პროგრამები, რომლებიც არ წარადგენენ ამ ანგარიშებს, არ ფასდებიან საჭიროებისამებრ, რაც აფერხებს ზედამხედველობას.
- 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის მიზანია რეზიდენტურის მიღებების გაუმჯობესება და იმის უზრუნველყოფა, რომ

რეზიდენტურის ყველა პროგრამა 2030 წლისთვის აკმაყოფილებდეს სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის სტანდარტებს.

- ის ასევე მიისწრაფვის განავითაროს ევროპულ კრიტერიუმებთან შესაბამისობაში მყოფი სპეციალობათა კომპეტენციები პროფესიულ ასოციაციებთან თანამშრომლობის გზით.
- რეზიდენტურის კანდიდატები აბარებენ ერთიან დიპლომისშემდგომ საკვალიფიკაციო გამოცდას, რომელიც არჩევით პასუხიანი კითხვების საფუძველზე ჩატარებულ კონკურენტულ ტესტს წარმოადგენს.
- თუმცა 2024 წლისთვის გამოცდის კითხვების 75–80% საჯაროდ ხელმისაწვდომი იყო, რომელთაგან ბევრი მოძველებული და დაბალი ხარისხის იყო და არ შეესაბამებოდა მოქმედ სასწავლო გეგმას.
- რეზიდენტი ექიმები ანაზღაურებას არ იღებენ და რეზიდენტურის სწავლებისთვის სხვადასხვა საფასურის დაფარვა უწევთ.
- მიუხედავად იმისა, რომ მთავრობა 3 წლის განმავლობაში აფინანსებდა პრიორიტეტულ სპეციალობებს და მხარს უჭერდა მაღალმთიან და სასაზღვრო რაიონებში სწავლებებზე განაცხადის შეტანას, 2021 წლისთვის ეს ინიციატივები რეზიდენტურის მთლიანი საფასურის 1%-ზე ნაკლებს ფარავდა და მათ მინიმალური გავლენა გააჩნდათ.
- 2008 წლიდან ქართველმა ექიმებმა მიიღეს უვადო ლიცენზიები, ხოლო სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლების/უწყვეტი პროფესიული განვითარების (CME/CPD) სისტემა გაუქმდა კორუფციისა და არასწორი მართვის მიზეზით.
- CME ამჟამად ნებაყოფლობითია სპეციალობების უმეტესობისთვის; არ არსებობს ხარისხის უზრუნველყოფის ძლიერი გარანტია ან განახლებული კურსები.
- იმ სპეციალობებშიც კი, სადაც CME სავალდებულოა, ბევრი ექიმი ვერ აკმაყოფილებს 30 კრედიტიან მინიმუმს ცუდი მონიტორინგისა და დაბალი მოთხოვნის გამო.
- დაინტერესებული მხარეები შიშობენ, რომ სავალდებულო CME-ის ხარისხის კონტროლის გარეშე ხელახლა დანერგვამ, შესაძლოა იგი უბრალო ფორმალობად აქციოს.
- CME/CPD ღონისძიებების აკრედიტაციას ახდენს ჯანდაცვის სამინისტრო, ხოლო საერთაშორისო ღონისძიებებზე ევროპული CME კრედიტები გაიცემა უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპული აკრედიტაციის საბჭოს

(EACCME) მეშვეობით, რომელსაც სამინისტრო მოთხოვნის შემთხვევაში აღიარებს.

- თუმცა, აკრედიტებული ღონისძიებები შესაძლოა რეგულარულად არ ტარდებოდეს და ხელმისაწვდომი CME-ის უმეტესობა დედაქალაქშია კონცენტრირებული, რაც ზღუდავს წვდომას სხვა რეგიონების ექიმებისთვის.
- ხარისხიანი CME/CPD-ის წინააღმდეგობები მოიცავს: ფინანსურ შეზღუდვებს, CME/CPD კულტურის არქონას, შეზღუდულ ინფორმაციას, დიდ სამუშაო დატვირთვასა და შესაბამისი კურსების დეფიციტს.
- ექთნებისთვის CME კიდევ უფრო რთულია, მაგრამ მიმდინარე რეფორმებით მოსალოდნელია CME-ზე მოთხოვნის თანდათანობითი ზრდა.
- 2022–2030 წლების სტრატეგია ითვალისწინებს სახელმწიფოსა და პროფესიულ ასოციაციებს შორის თანამშრომლობას CME პროგრამების შესამუშავებლად.
- სანამ CME სრულად სავალდებულო არ გახდება, მთავრობა გეგმავს CME-ში მონაწილეობის სტიმულირებას სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ პროგრამებში საავადმყოფოების შერჩევითი კონტრაქტების დადების გზით.

ექთნები

- 2022 წელს სამთავრობო წყაროების ცნობით 22 000-ზე მეტი ექთანი იყო (595.3 ყოველ 100 000 მოსახლეზე), რაც თანხვედრაშია ჯანმო-ს 2021 წლის მონაცემებთან, რომელთა თანახმად მათი რიცხვი 21 700 იყო და ყველა მათგანი ქალი.
- 1990-დან 2019 წლამდე ექიმების სიმჭიდროვე ყოველწლიურად 3.3%-ით გაიზარდა, ხოლო ექთნების სიმჭიდროვე მხოლოდ 1.6%-ით.
- ექთან-ექიმების თანაფარდობა 2:1-დან 1.1:1-მდე (ან 0.9:1-მდე ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით) შემცირდა, ხოლო პირველად ჯანდაცვაში ეს თანაფარდობა კიდევ უფრო დაბალია – 0.3:1.

2021 წელს საქართველოში ექთნების სიმჭიდროვე უფრო დაბალი იყო, ვიდრე ევროპის მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების უმეტესობაში, მაგრამ ედრებოდა იტალიისა და ესპანეთის მონაცემებს და უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ისრაელსა და საბერძნეთში.

ექთნების 37.5% 50 წელს გადაცილებულია, ბევრი მათგანი 60 წელს გადაცილებულია ან უახლოვდება საპენსიო ასაკს.

- ექთნების სიმჭიდროვე თბილისში (828 ყოველ 100 000-ზე) უფრო მაღალია, ვიდრე რეგიონთა უმეტესობაში, მაგრამ არა ისეთი მაღალი, როგორც ექიმებისა.
- ექთნები ისეთი გამოწვევების წინაშე დგანან, როგორებიცაა დაბალი შემოსავალი, გენდერული დისბალანსი და ევროკავშირსა და აშშ-ში მიგრაცია, რაც გავლენას ახდენს სამუშაო ძალის ოპტიმიზაციაზე.
- პრობლემა არ შეეხება სერიოზულ რიცხობრივ დეფიციტს, არამედ ექთნების დემოგრაფიული მონაცემების, უნარებისა და შესაძლებლობების განვითარებას.
- საქართველოში საექთნო განათლება ორი გზით ხორციელდება: 4-წლიანი ბაკალავრის ხარისხის ან 3-წლიანი პროფესიული სწავლების; ექთნების უმეტესობას ეს უკანასკნელი ამზადებდა.
- 2022 წელს 29 პროფესიულ კოლეჯში ექთნის 1141 პოზიცია იყო ხელმისაწვდომი, მაშინ როცა ბაკალავრის პროგრამებზე მხოლოდ 19 სტუდენტი ჩაირიცხა, მათ შორის 10 ინგლისურენოვან კურსზე.
- 2023 წლისთვის 3 აკრედიტებულ ბაკალავრის პროგრამაზე მხოლოდ 60 პოზიცია იყო ხელმისაწვდომი.
- მიუხედავად იმისა, რომ 2020–2030 წლების საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგია ბაკალავრის ხარისხს ანიჭებს უპირატესობას, ექთნობა კვლავ არაპოპულარულია, 2019 წელს მხოლოდ 100 მოქმედი ბაკალავრის სტუდენტი იყო.
- შედეგად, ყოველწლიურად ბაკალავრის ხარისხი 20-ზე ნაკლებმა ექთანმა მიიღო.
- ამის საპირისპიროდ, ახალი ექთნების უმეტესობა პროფესიული პროგრამებიდან მზადდება (იმავე პერიოდში 493 კურსდამთავრებული).
- საქართველოში ექთნობა 2025 წლისთვის რეგულირებად (სერტიფიცირებად/ლიცენზირებად) პროფესიად უნდა ქცეულიყო.
- ამჟამად, ექთნებს ეძლევათ მუშაობის უფლება, მიუხედავად პროფესიული, ბაკალავრის თუ მაგისტრის დონის განათლების ქონისა.
- ახალი სისტემის თანახმად, ექთნები კლასიფიცირდებიან, როგორც პროფესიული ხარისხის მქონე – „სერტიფიცირებული“, ბაკალავრის ხარისხის მქონე – „რეგისტრირებული“ და მაგისტრის ხარისხის მქონე – „ექთან-პრაქტიკოსები“.
- ახალ კურსდამთავრებულებს სერტიფიცირების გამოცდების ჩაბარება მოეთხოვებათ, ხოლო მოქმედი პრაქტიკოსები გამოცდების გარეშე

დარეგისტრირდებიან, თუმცა ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ ხელახალი სერტიფიცირება მოუწევთ.

სხვა პროფესიები

- საქართველოში ფარმაცევტთა სამუშაო ძალის მონაცემები ერთმანეთთან შეუთავსებელია, 2013-დან 2023 წლამდე ყოველწლიურად 400-ზე ნაკლები ფარმაცევტი იყო აღწერილი, მიუხედავად იმისა, რომ ფარმაციის პროგრამებზე ყოველწლიურად 400-ზე მეტი სტუდენტი ირიცხებოდა.
- 2022 წელს 22 პროფესიულ კოლეჯში ფარმაცევტული სფეროს 996 პოზიცია იყო შემოთავაზებული, ხოლო 188 სტუდენტი ჩაირიცხა ქართულენოვან ბაკალავრის პროგრამებზე.
- 2021 წელს პროფესიული ფარმაციის პროგრამები 400-მა სტუდენტმა დაამთავრა, კიდევ 63-მა კი ფარმაციის ასისტენტის კვალიფიკაცია მოიპოვა.
- ექთნების მსგავსად, ფარმაცია 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის ფარგლებში რეგულირებად პროფესიად გადაიქცევა.
- საქართველოში სტომატოლოგების რაოდენობა 2.5-ჯერ გაიზარდა, 2009 წელს დაახლოებით 1000-დან 2020 წელს 2464-მდე.
- 2023 წელს, ერთიანი ეროვნული გამოცდების გზით დიპლომირებული სტომატოლოგის 13 აკრედიტებულ პროგრამაზე, საერთაშორისო სტუდენტების გამოკლებით, ბაკალავრიატის 667 ადგილი იყო შემოთავაზებული.
- 2021 წელს პროფესიული კოლეჯები 47-მა სტომატოლოგიურმა ტექნიკოსმა დაამთავრა.
- საექთნო საქმისა და ფარმაციის მსგავსად, 2022–2030 წლების ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით, სტომატოლოგიაც რეგულირებად პროფესიად იქცევა.

2022 წლის მონაცემებით, საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შვიდი სკოლა იყო, რომელთაც მაგისტრატურის პროგრამა გააჩნდათ, სამი დაწესებულება დოქტორანტურის პროგრამით და ერთი სკოლა ბაკალავრის ხარისხის პროგრამით, რაც ყოფილ საბჭოთა კავშირში ერთ სულ მოსახლეზე ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია.

თუმცა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ეპიდემიოლოგიის, ფიზიოთერაპიის ან სხვა მომიჯნავე სპეციალობების სამუშაო ძალის მონაცემები ხელმისაწვდომი არაა.

ჯანდაცვის სამუშაო ძალების დაგეგმვა საქართველოში

- საქართველოში ჯანდაცვის სამუშაო ძალების განვითარების ძირითადი სახელმძღვანელო დოკუმენტია საქართველოს 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია.
- იგი ეყრდნობა 3 სვეტს: საჭიროებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სამუშაო ძალის დაგეგმვას, პროფესიული კვალიფიკაციის გაძლიერებასა და საექთნო საქმის მნიშვნელობას ჯანდაცვის სისტემაში.
- დოკუმენტი ხაზს უსვამს მაღალკვალიფიციური, გეოგრაფიულად დაბალანსებული და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სამუშაო ძალების კრიტიკულ საჭიროებას.
- სტრატეგია ძირითადად ექიმებსა და ექთნებზეა ორიენტირებული, ხოლო მის მიღმა ტოვებს სტომატოლოგებს, ფარმაცევტებს და ჯანდაცვის სხვა ან მომიჯნავე პროფესიებს.
- 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია განსაზღვრავს ისეთ ძირითად მიზნებს, როგორებიცაა საჭიროებებზე დაფუძნებული დაგეგმვის გაუმჯობესება და სამუშაო ძალის წარმოების რეგიონულ და სპეციალიზებულ ჯანდაცვის მოთხოვნებთან შესაბამისობაში მოყვანა.
- მიუხედავად იმისა, რომ დაავადებათა ძირითად წილზე მორეაგირე სპეციალობები, როგორებიცაა ქირურგია, კარდიოლოგია და ონკოლოგია, სავარაუდოდ, პრიორიტეტად დარჩება, სტრატეგია ხაზს უსვამს ისეთი ნაკლებად წარმოდგენილი სფეროების განვითარებას, როგორებიცაა პალიატიური მზრუნველობა, გერიატრიული მედიცინა და რეაბილიტაცია.
- იგი ასევე მოიცავს პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების, მათ შორის რეზიდენტურისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების (CME) განვითარებას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სპეციალისტების ცვალებად საჭიროებებთან მორგება.
- ვინაიდან 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის მონაცემები მიუთითებს ერთ სულ მოსახლეზე ექიმების საკმარის (ან მაღალ) რაოდენობაზე, ყურადღება გადადის 2025 წლისთვის ექთნებსა და ექიმებს შორის თანაფარდობის გაზრდაზე საექთნო პროგრამის კურსდამთავრებულთა რაოდენობის 30%-ით გაზრდით.

- დაგეგმილი ინიციატივები მოიცავს ექთნებისთვის ლიცენზირებისა და სერტიფიცირების სისტემის შექმნას და იმის უზრუნველყოფას, რომ მათგან 50%-მა გაიაროს უწყვეტი პროფესიული განვითარება.
- ეს ძალისხმევა მიზნად ისახავს ექთნის პროფესიის ამაღლებას, სამსახურით კმაყოფილების გაზრდასა და პაციენტზე ზრუნვის გაუმჯობესებას, რაც შეესაბამება საქართველოს საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიას, რომელიც 2019 წელს იქნა მიღებული.
- აღნიშნული სტრატეგიული გეგმები არ მოიცავს კონკრეტულ მეთოდოლოგიას.
- ჩვენი შეფასება მიუთითებს არასაკმარის საბაზისო მონაცემებზე, ხოლო პროგნოზები ძირითადად ეფუძნება საერთაშორისო სტანდარტებსა და ექსპერტების მოსაზრებებს.
- ეს ზღუდავს დოკუმენტების შესაძლებლობას, გაუმკლავდნენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამჟამინდელ და მომავალ საჭიროებებს.
- ზოგიერთი დაგეგმილი ქმედება შესაძლოა არასათანადოდ უმკლავდებოდეს პრობლემას.
- მაგალითად, სამუშაო ძალის საჭიროებების სპეციალობების მიხედვით განსაზღვრა შესაბამის პროფესიულ ასოციაციებთან/გაერთიანებებთან კონსულტირებით შეიძლება გართულდეს პროფესიული ასოციაციების შეზღუდული შესაძლებლობებისა და წარმომადგენლობის გამო.
- არსებობს ბარიერები სწავლებასთან დაკავშირებითაც: სტრატეგია პრიორიტეტს ანიჭებს გარკვეული სპეციალობებისა და ქვესპეციალობების მომზადებას მყარი დასაბუთების გარეშე, დანარჩენი სპეციალობები კი შესაძლოა დაზარალდნენ არასაკმარისი სწავლების გამო.
- სტრატეგია ასევე „ოქროს სტანდარტად“ რიცხავს ობიექტურად სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის (OSCE) უფრო ფართოდ დანერგვას სამედიცინო განათლების საბაკალავრო დონეზე.
- თუმცა OSCE-ის საკუთარი შეზღუდვები გააჩნია; იგი არ უნდა განიხილებოდეს, როგორც ყოვლისმომცველი საშუალება, განსაკუთრებით პედაგოგებისა და გამომცდელების პატიოსნებისა და პროფესიონალიზმის გათვალისწინებით.
- ადგილობრივი და საერთაშორისო სტუდენტების უკიდურესად მაღალი რაოდენობა ქვეყანაში არსებულ უშუალო სასწავლო შესაძლებლობებთან (bedside training) შედარებით მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს, მაგრამ მას შედარებით მცირე ყურადღება ექცევა.

- სტრატეგია მიზნად ისახავს პოსტდიპლომური განათლების WFME სტანდარტებთან შესაბამისობის მიღწევას.
- თუმცა, რეზიდენტურის ხარისხის უზრუნველყოფა მიმდინარე საერთაშორისო დისკუსიის საგანია, რომელშიც მონაწილეობენ WFME და სხვა დაინტერესებული მხარეები.
- ეს მხოლოდ რამდენიმე მაგალითია ჯანდაცვის სამუშაო ძალის სტრატეგიული დაგეგმვის იმ სფეროებისა, რომლებიც სასწრაფო ყურადღებას საჭიროებენ, მათ შორის ეროვნულ დონეზე ჩატარებული კვლევებით (მაგალითად, სამედიცინო და ეპიდემიოლოგიური კვლევებით), რათა უზრუნველყოფილი იყოს კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო პრინციპებისა და სტანდარტების განახლება და შემუშავება.
- ქვეყანას სარგებელს მოუტანს სრულიად ახალი და მიზანმიმართული სტრატეგია, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ 2022–2030 წლების ეროვნული სტრატეგიის მოქმედებები უკვე ჩამორჩება დადგენილ ვადებს.

დასკვნები

საქართველოში ეფექტური, გამართულად მოქმედი, შესაბამისი და ხარჯთაღრიცხვით გათვლილი ჯანდაცვის სამუშაო ძალის სტრატეგიის მიღება და განხორციელება მოითხოვს დაუყოვნებლივ ინვესტირებას ჯანდაცვის სამუშაო ძალის მონაცემთა შეგროვებასა და კვლევაში, რათა მოხდეს ჯანდაცვის სამუშაო ძალების დაგეგმვისა და გადაწყვეტილების მიღების რაციონალიზება, რითაც სამუშაო ძალის დაგეგმვის სტრატეგია მოერგება ადგილობრივ რეალობასა და გარემოებებს.

რეზიდენტურა

შესავალი

- საქართველო, პოსტსაბჭოთა, საშუალოზე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყანა, დაახლოებით 3.7 მილიონი მოსახლით, მრავალსექტორული განვითარებით ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებისა და მდგრადობის, ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის მოცვის მიღწევის გზაზე მრავალ გამოწვევას აწყდება.
- ამ მიზნების ეფექტურად მისაღწევად აუცილებელია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ადეკვატური დაგეგმვა და მართვა.
- მთავრობის მიერ დანიშნული თანამდებობის პირების ხშირი ცვლილება და გრძელვადიანი სტრატეგიული გეგმის არარსებობა, სხვა ფაქტორებთან ერთად, ხელს უწყობს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების არასათანადო მობილიზაციას.
- ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი სხვადასხვა სფეროსა და მოსახლეობის საჭიროებების შესაბამისად, ადეკვატურად კვალიფიცირებული სამედიცინო სპეციალისტების სათანადო რაოდენობით მომზადებაში, სამედიცინო რეზიდენტურის პროგრამაა.
- საქართველოში სამედიცინო რეზიდენტურის პროგრამებისა და მათთან დაკავშირებული პროცესების რეგულირება და მართვა ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ევალება.
- საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო განათლება სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო უნივერსიტეტებისა და მედიცინის სკოლის პროგრამების დიდი რაოდენობით ხასიათდება.
- ზოგიერთ ასეთ პროგრამაზე სწავლა მხოლოდ ინგლისურ ენაზე მიმდინარეობს, ძირითადად საერთაშორისო სტუდენტებისთვის.
- მედიცინის ერთსაფეხურიან საგანმანათლებლო პროგრამაზე დიპლომირებული მედიკოსის (MD) ხარისხის მისაღებად საჭიროა მინიმუმ 360 ECTS კრედიტის მოგროვება, რაც, როგორც წესი, ექვს წელს მოიცავს.

- სამედიცინო რეზიდენტურაში სწავლის გასაგრძელებლად, დიპლომირებული მედიკოსის ხარისხის მქონე პირებმა საჭიროა ჩააბარონ ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდა.
- გამოცდის წარმატებით ჩაბარების შემდეგ, კანდიდატი უნდა ჩაირიცხოს რეზიდენტურაში სწავლისათვის აკრედიტებულ სახელმწიფო ან კერძო სამედიცინო დაწესებულებაში.
- ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდა მოიცავს 200 არჩევით პასუხიან კითხვას ორი წყაროდან: „ღია“ არჩევით პასუხიანი კითხვების მონაცემთა ბაზიდან (მოსამზადებლად მოცემულია კითხვებიც და სწორი პასუხებიც — შეადგენს გამოცდის 75–80%-ს) და „დახურული“ კითხვების სერიიდან (20–25%), რომელიც იცვლება საგამოცდო სესიებს შორის.
- გამოცდის შემდეგ ჩარიცხვის პროცესი დამოკიდებულია იმაზე, კანდიდატი სახელმწიფო პროგრამას ირჩევს, თუ კერძოს.
- სახელმწიფო პროგრამისთვის კანდიდატს შეუძლია საკუთარი საგამოცდო ქულით წარდგეს ელექტრონულ პლატფორმაზე, რომელიც გამჭვირვალედ აჩვენებს ყველა განაცხადს.
- კერძო პროგრამებისთვის კანდიდატი უნდა გამოეხმაუროს დაწესებულების კონკრეტულ განცხადებას პოზიციის შეთავაზებაზე და გაიაროს დამატებითი შიდა გამოცდები და გასაუბრებები მიღებაზე პასუხისმგებელ პირებთან.
- კერძო დაწესებულებებს, როგორც წესი, ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდის ქულის ნაკლებად მკაცრი მოთხოვნები აქვთ (ზოგ შემთხვევაში საკმარისია ნებისმიერი „გამსვლელი“ ქულა).
- კერძო დაწესებულებები სრულიად დამოუკიდებლად წყვეტენ ადგილების გამოცხადებასა და შევსებას, სამინისტროს მიერ დაწესებული ზოგადი შეზღუდვების გათვალისწინებით.
- როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო რეზიდენტურის პროგრამებზე სწავლა ფასიანია (რეზიდენტებს არ ეძლევათ ხელფასი), თუმცა სწავლის საფასური ძლიერ განსხვავდება კერძო პროგრამებს შორის და, საზოგადოდ, უფრო მაღალია, ვიდრე სახელმწიფო პროგრამებში.

საქართველოს ჯანდაცვის შრომითი სექტორის შესახებ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის ანგარიშში, სამედიცინო რეზიდენტურის განათლების ხარისხთან დაკავშირებული რამდენიმე ძირითადი გამოწვევა გამოიკვეთა:

  - რეზიდენტურის აკრედიტებული პროგრამების მქონე დაწესებულებების 65%-ს არ წარუდგენია ხარისხის კონტროლის წლიური ანგარიში;

- აუდიტორების მიერ გამოკითხული მოქმედი რეზიდენტების ნახევარმა უკმაყოფილება გამოთქვა სწავლების ხარისხთან დაკავშირებით;
- გამოკითხულ რეზიდენტთა 69%-ს სწავლის საფასურის გადასახდელად უწევდა დამატებითი სამუშაოს მოძიება;
- რეზიდენტურის საგამოცდო ტესტების მნიშვნელოვანი რაოდენობა 10 წელზე მეტია არ განახლებულა.

ამ ანგარიშის მიგნებების, ჯანდაცვის სამუშაო ძალის დაგეგმვაში რეზიდენტურის სწავლების მნიშვნელობის, საქართველოში სამედიცინო რეზიდენტურაში სამართლიანი მიღების შესახებ მედიაში გაჟღერებული შეშფოთებისა და საქართველოში რეზიდენტურაში მიღებასთან დაკავშირებით გამოქვეყნებული კვლევების არარსებობის გათვალისწინებით, ჩვენი მიზანი იყო ჩაგვეტარებინა პირველი თვისებრივი კვლევა, რომელიც შეისწავლიდა საქართველოში რეზიდენტურის მაძიებლებისა და რეზიდენტების გამოცდილებას მისაღები გამოცდისა და მიღების პროცესთან დაკავშირებით.

კვლევის მიზნები იყო:

1. რეზიდენტურაში მიღების პროცესში მედიცინის მიმართულების კურსდამთავრებულთა გამოცდილების შესწავლა;
2. რეზიდენტურის გამოცდისთვის მზადებისა და კონკურსში მონაწილეობის მიღების თანმხლები ემოციური, ფსიქოლოგიური და პრაქტიკული ასპექტების გაგება;
3. რეზიდენტურაში მიღების პროცესის გაუმჯობესების საშუალებების ამოცნობა;
4. საზღვარგარეთის რეზიდენტურის პროგრამებში მიღების შესაძლებლობებისადმი დამოკიდებულების შესწავლა (ე.წ. „ტვინების გადინება“).

კვლევის მეთოდები

კვლევის დიზაინი

- ეს არის ინდივიდუალურ ინტერვიუებზე დაფუძნებული თვისებრივი კვლევა, რომელიც ჩატარდა 2024 წლის გაზაფხულზე საქართველოში.
- მონაცემები რეზიდენტურაში მიღების პროცესის გამოცდილებისა და აღქმის შესასწავლად გაანალიზდა რეფლექსური თემატური ანალიზის გამოყენებით 10 მონაწილისაგან შემდგარი ჯგუფის საფუძველზე.

- კვლევამ ეთიკური დაშვება მიიღო დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის ეთიკის კომიტეტის მხრიდან (IRB00014578 Dnr#01/24).

მონაწილეები

- კვლევისათვის მონაწილეები შეგროვდნენ სამედიცინო რეზიდენტურაში სწავლების თემატიკის Facebook დამხმარე ჯგუფებიდან.
- საქართველოში თითქმის ყველა სტუდენტი, ვინც რეზიდენტურის ადგილის მოპოვებას ცდილობს, ინფორმაციის მისაღებად ამ ჯგუფებში წევრიანდება.
- მიზანმიმართულად შეირჩნენ ისეთი მონაწილეები, რომლებიც რეზიდენტურაში მიღების პროცესში ჩახედულები არიან და სურთ საკუთარი გამოცდილების გაზიარება.
- ჩვენ შევეცადეთ მონაწილეები ადეკვატურად ყოფილიყვნენ წარმოდგენილი სქესის, საცხოვრებელი ადგილის (დედაქალაქ თბილისში და მის გარეთ მაცხოვრებლები), უნივერსიტეტის დასრულების წლისა და უნივერსიტეტის/რეზიდენტურის პროგრამის მიხედვით (კერძო vs სახელმწიფო).
- განისაზღვრა მიღების ორი კრიტერიუმი:

1. მინიმუმ ერთხელ გასული ერთიან დიპლომისშემდგომ საკვალიფიკაციო გამოცდაზე
2. ამჟამად ირიცხება საქართველოში რეზიდენტურის პროგრამაზე ან ცდილობს რეზიდენტურაში ადგილის მოპოვებას.

მონაცემთა შეგროვება

- თითოეულ მონაწილესთან გაიმართა ინდივიდუალური ინტერვიუ Zoom-ის მეშვეობით (Zoom Video Communications, Inc., San Jose, CA, USA).
- ინტერვიუები ეფუძნებოდა კვლევის ოთხ მიზანს და დიზაინი განისაზღვრა იმგვარად, რომ შესაძლებელი ყოფილიყო ღია დისკუსია, რათა განსახილველი თემები ბუნებრივად წარმოშობილიყო.
- ინტერვიუებს ესწრებოდა ორი ქალი მკვლევარი (MKi, MKa), ერთი ინტერვიუერის რანგში, ხოლო მეორე დამკვირვებლად.
- მკვლევრები ასევე საქართველოდან იყვნენ და ჰქონდათ სამედიცინო განათლება (MD, MPH და MD, MSc), მაგრამ არასდროს უცდიათ და არ მოხვედრილან საქართველოში სამედიცინო რეზიდენტურაში; კვლევის ჩატარების მომენტისთვის ისინი დასაქმებულები იყვნენ კვლევით ორგანიზაციებში.

მონაცემთა ანალიზი

- ავირჩიეთ რეფლექსური თემატური ანალიზი, ბრაუნისა და კლარკის მოდელით, მონაცემთა ნიმუშებისა და თემების განსაზღვრისას მისი მოქნილობისა და სისტემატიური მიდგომის გამო.
- მონაცემთა ანალიზი ჩატარდა NVivo 14 პროგრამული უზრუნველყოფის (QSR International Pty Ltd., Melbourne, Australia) გამოყენებით ორი მკვლევრის მიერ ერთმანეთის პარალელურად, რასაც შემაჯამებელი შეხვედრები მოჰყვა.
- მონაცემთა სატურაცია განიხილებოდა ყოველი ინტერვიუს შემდეგ დაწყებული მეხუთე ინტერვიუდან.
- 10 ინტერვიუს შემდეგ ორივე მკვლევარი შეთანხმდა, რომ ახალი ინფორმაცია აღარ მიიღებოდა და გადაწყდა მონაცემთა შეგროვების დასრულება.
- ინტერვიუები იწერებოდა ქართულ ენაზე (ორივე ჯგუფის, რესპონდენტთა და მონაცემების გამაანალიზებელ ავტორთა მშობლიურ ენაზე), ხოლო კოდები და თემები ინგლისურ ენაზე (ყველა ავტორი თავისუფლად ფლობდა ინგლისურ ენას).
- სიტყვების საშუალო რაოდენობა ინტერვიუს ტრანსკრიპტში დაახლოებით 2500-ია.
- მიგნებები ილუსტრაციული ციტატებით იქნა წარმოდგენილი და გადაითარგმნა ქართულიდან ინგლისურ ენაზე შედეგების ინტერპრეტირებისა და საიმედოობის გაზრდის მიზნით.

შედეგები

- მონაწილეთა საშუალო ასაკი 28 წელი იყო, მათი 40% – მამაკაცი.
- სამი მონაწილე თავდაპირველად არ ჩაირიცხა რეზიდენტურის პროგრამაზე, ხოლო დანარჩენებიდან 5 მიიღეს სახელმწიფო, 2 კი კერძო პროგრამაზე.
- მონაწილეთა 50% რეზიდენტურის გამოცდაზე ერთზე მეტჯერ გავიდა.
- ერთის გარდა ყველა მონაწილე თბილისში ცხოვრობს, თუმცა რამდენიმე მათგანი თბილისში სასწავლებლად ჩავიდა.
- ეს დამაჯერებელია, რადგანაც სამედიცინო სწავლების შესაძლებლობათა უმრავლესობა დედაქალაქშია თავმოყრილი.
- ჩვენ გამოვყავით 6 თემა:

1. ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდის ხარისხი
2. მიღების პროცესის გავლა
3. ფინანსური წნეხი, დასაქმება რეზიდენტურამდე და მის დროს

4. ემოციური სტრესი
5. რეზიდენტურის პროგრამების აღქმა
6. ალტერნატივები: საზღვარგარეთ წასვლა ან პროფესიის შეცვლა.

ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდა

- ყველა მონაწილემ გამოხატა სკეპტიციზმი ერთიან დიპლომისშემდგომ საკვალიფიკაციო გამოცდასთან დაკავშირებით, ეჭვი შეიტანეს რა მის შინაარსსა და ორგანიზებაში.
- პირველ რიგში, „ღია“ კითხვების დამახსოვრების საჭიროება, რაც გამოცდის 75–80%-ს შეადგენს, არ იყო მიჩნეული შემეცნებითად:

> *...გამაწბილებელი იყო უბრალოდ ჯდომა და პასუხების დაზეპირება, ეს არაფერს გაძლევს.*

- ზოგმა მონაწილემ ახსენა, რომ ტესტების დაზეპირება უფრო იოლი იყო იმ უნივერსიტეტების კურსდამთავრებულთათვის, სადაც „ღია“ კითხვების გამოყენება მიღებული პრაქტიკაა.
- მონაწილეთა ნაწილმა აღნიშნა, რომ კითხვები მოძველებულია ან ზოგიერთი „სწორი“ პასუხი სინამდვილეში არასწორია:

> *ზოგიერთ კითხვას არასწორი პასუხები აქვს, და შენ უბრალოდ არასწორად უნდა დაიმახსოვრო.*

- დამატებით, მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ გამოცდა არ აფასებს ცოდნას ან სხვა კომპეტენციებს და მისთვის მზადებას თანამედროვე სახელმძღვანელოებიდან სწავლით ვერ შეძლებ.
- ასევე გამოიკვეთა თაღლითობისა და კორუფციის საკითხი, რაც „დახურულ“ კითხვებს შეეხებოდა.
- რამდენიმე მონაწილე აღნიშნავდა, რომ შეესწრო თაღლითობის მცდელობებს გამოცდის დროს (ტელეფონის გამოყენებას), და ზოგიერთი „დახურული“ კითხვა სინამდვილეში კერძო სასწავლო ჯგუფებისთვის ხელმისაწვდომი იყო:

> *მე ვიცი, რომ რამდენიმე სასწავლო ჯგუფი დახურულ მონაცემთა ბაზას ყიდის, რაც ძალიან უსამართლობაა.*

მიღების პროცესის გავლა

- საყოველთაოდ აღინიშნა, რომ სახელმწიფოს დაფინანსებული რეზიდენტურის პროგრამები იშვიათი და ძალიან კონკურენტულია, საჭიროა ტესტირების ქულა ზედა 190-იანებში (200-დან).
- მიღებასთან დაკავშირებული კიდევ ერთი ფართოდ განხილული საკითხი ხელმისაწვდომი პოზიციების სპეციალობების მიხედვით განაწილება იყო:

> *პოზიციები ხელმისაწვდომია შიგადაშიგ. მაგალითად შეიძლება ერთ წელს ერთი მიმართულებით 40 პოზიცია გამოცხადდეს, და სხვა წელს 0.*

- ხელმისაწვდომობის არარსებობამ გამოიწვია სხვა სპეციალობებზე ფიქრი, იმ იმედით, რომ მოგვიანებით სასურველ პოზიციაზე გადავიდოდნენ:

> *მე ვსწავლობ სპორტულ მედიცინაზე, რადგანაც პულმონოლოგიაში ადგილი არ გამოცხადებულა, და ჩემი ქულა საკმარისად მაღალი არ იყო შინაგანი მედიცინისთვის.*

- მონაწილეებს მკაფიო პოზიცია აქვთ სახელმწიფო და კერძო რეზიდენტურის პროგრამებს შორის არჩევანზე.
- მონაწილეთა აღწერით სახელმწიფო პროგრამების უპირატესობები მოიცავდა: სწავლის დაბალ გადასახადს, ნაკლებ მოთხოვნას დასწრებაზე, რეზიდენტებისთვის სარეზიდენტო საათებისას სხვაგან მუშაობის ნებართვასა და საგამოცდო ქულის მიხედვით გამჭვირვალე შერჩევის პროცესს:

> *მიღების პროცესი სახელმწიფო ადგილებზე 100%-ით გამჭვირვალეა, ეს ონლაინ აუქციონია, ამიტომაც ყველას ქულის დანახვა შეგიძლია.*

- თუმცა სახელმწიფო ადგილები უკიდურესად მცირეა და ზოგიერთი სპეციალობისთვის კონკურენტულიც:

> *...შინაგან მედიცინაში სახელმწიფო რეზიდენტურისათვის წლიურად მხოლოდ 2–3 ადგილია გამოცხადებული, ამიტომაც არანაირი შანსი არაა, თუ იდეალური ქულა არ გაქვს.*

- რესპონდენტებმა გამოხატეს წუხილი კერძო სარეზიდენტო სასწავლო პროგრამებთან დაკავშირებით.
- პირველ რიგში, არ არსებობს ცენტრალიზებული საშუალება ან პლატფორმა კერძო სარეზიდენტო ვაკანსიებისა (რაც, როგორც წესი, ცხადდება სოციალურ მედიაში ან დაწესებულებების ვებგვერდებზე) და აპლიკაციის პროცესის თვალის სადევნებლად.

- კერძო რეზიდენტურის პროგრამების სხვა ნაკლოვანებები მოიცავდა შესამჩნევად მაღალ სწავლის გადასახადს და დასწრების მკაცრ მოთხოვნას:

> *შენ ფაქტობრივად მუშაობ დაწესებულებაში, სხვა არაფრის კეთება არ შეგიძლია.*

- დამატებით, მონაწილეები ერთსულოვნად თანხმდებიან, რომ კერძო დაწესებულებებში მიღების პროცესი გამჭვირვალობისგან შორსაა:

> *ისინი აცხადებენ ადგილებს, როგორც სურთ; არ ხდება შიდა გამოცდების გარჩევა ან გასაჩივრება, მე არ მომეცა საშუალება მენახა საკუთარი ტესტის შედეგები.*

ფინანსური წნეხი, დასაქმება რეზიდენტურამდე და მის დროს

- რესპონდენტთა ნახევარზე მეტმა უმთავრეს სირთულედ ფინანსური საკითხები დაასახელა.
- დასაქმების საკითხები რელევანტურია მიღებამდე და მის შემდგომ, რადგანაც სარეზიდენტო პროგრამები არ მოიცავს ანაზღაურებას და სწავლის გადასახადი ზოგიერთ კერძო დაწესებულებაში ძალიან მაღალია (დასახელდა თვეში 1000 ლარი, ანუ 360 დოლარი, 2024 წელს).
- მონაწილეები უსამართლობად მიიჩნევენ იმას, რომ მათ უწევთ რეზიდენტურისთვის გადახდა და თავად ვერ იღებენ შემოსავალს საკუთარი საქმიდან:

> *გვეუბნებიან, რომ უნდა ვიმუშაოთ, და ამავდროულად ამისათვის უნდა გადავიხადოთ. ეს მონობის ყველაზე უჩვეულო ფორმაა.*

- რამდენიმე რესპონდენტმა ქართული რეალობა საერთაშორისო პრაქტიკას შეადარა:

> *სამართლიანი იქნება რომ ჩვენი ნამუშევარი ანაზღაურებადი იყოს, როგორც ეს ხდება განვითარებული ქვეყნების უმრავლესობაში, მაგალითად, აშშ-სა და ევროპაში.*

- ზოგიერთ კერძო დაწესებულებაში სწავლის გადასახადი ძალიან მაღალია და იქ მკაცრად ითხოვენ დასწრებას, რაც თითქმის გამორიცხავს დაბალი სოციოეკონომიკური სტატუსის მქონე რეზიდენტურის-მაძიებლის მიღებას:

> *მე არ შემიძლია ვიხადო [კერძო] სწავლის გადასახადი და ჩემი ოჯახისთვის ტვირთად დავრჩე, სანამ 30-ს არ გადავცდები.*

- მონაწილეებმა, რომელთაც უნივერსიტეტის დასრულების შემდეგ მაშინვე ვერ მოიპოვეს რეზიდენტურის ადგილი, ხაზი გაუსვეს სამუშაოს ძიების სირთულეს:

> *თუ არ ხარ რეზიდენტი, ძალიან რთულია დასაქმდე უმცროს ექიმად. უფრო იოლია ექთნობა და ამით უფრო მეტსაც გამოიმუშავებ.*

- რიგ შემთხვევაში რესპონდენტებმა გაამხილეს, რომ მათ სამსახურიდან უფრო მეტი ისწავლეს, ვიდრე საკუთარი რეზიდენტურის პროგრამებიდან:

> *სადაც მე ვმუშაობ, მასწავლიან გაცილებით მეტს, ვიდრე ჩემს რეზიდენტურის პროგრამაზე. მე მირჩევნია გავაცდინო პროგრამის საათები და ვიმუშაო, რათა მქონდეს შემოსავალი და ვისწავლო მეტი.*

- საყოველთაოდ აღინიშნა, რომ მუშაობა რეზიდენტურის დროს უფრო იოლი იყო სახელმწიფო რეზიდენტებისთვის, ხოლო კერძო დაწესებულებები უფრო მკაცრები იყვნენ დასწრების მხრივ და მათი რეზიდენტებისგან საკუთარ დაწესებულებებში მუშაობას ითხოვდნენ (გადასახადის გარეშე).

ემოციური სტრესი

- ემოციური გამოცდილების ნაწილი შეეხებოდა უმწეობისა და სისტემით იმედგაცრუების შეგრძნებებს:

> *მე უბრალოდ ექიმობა მინდა. ნამდვილად უსამართლო და იმედგამაცრუებელია, რომ ჩვენ ამ ყველაფრის გავლა გვიწევს.*

- სხვებმა გამოთქვეს წუხილი და შეშფოთება:

> *ეს იყო უკიდურესი მღელვარების პერიოდი ჩემთვის.*

- ერთმა რესპონდენტმა გაამხილა, რომ უკიდურესად იმედგაცრუებული იყო, რადგანაც ვერ შოულობდა სამსახურს, სანამ რეზიდენტურის ადგილებისათვის იცდიდა, რასაც დასაქმების გადაწყვეტილების მიღებაში არსებული ნეპოტიზმით ხსნიდა.

რეზიდენტურის პროგრამების განსხვავებული აღქმა

- რეზიდენტურის პროგრამების ხარისხის შესახებ მრავალფეროვანი აზრები გამოითქვა.
- ზოგი მონაწილე კერძო პროგრამას უფრო მაღალი ხარისხის მქონედ აღიქვამდა, ხოლო დანარჩენები მიიჩნევდნენ, რომ სახელმწიფო პოზიციები უფრო „პრესტიჟულია.“

- ზოგადად პროგრამებზე სტრუქტურირებული სწავლების ნაკლებობაა: სწავლების ხარისხი შეფასდა, როგორც ცუდი ან უბრალოდ იღბალზე დამოკიდებული:

> *ეს ნამდვილად ლატარეაა, დამოკიდებულია იმაზე, თუ ვინ შეგხვდება პედაგოგად.*

- გარდა ამისა, ერთმა მონაწილემ აღწერა, როგორ გრძნობდა თავს „ზედმეტად,“ რადგანაც არავის ჰქონდა მისი სწავლების ან მისთვის აზრიანი დავალების მიცემის ინტერესი.
- სხვა მონაწილე უფრო შორს წავიდა და პროცესი დაახასიათა, როგორც „ლიცენზიის ყიდვა,“ რადგანაც ყველაფერი ხდება „ფურცელზე.“
- მონაწილეთა უმრავლესობამ წამოაყენა ნეპოტიზმის საკითხიც, მოიყვანა რა შემთხვევები, როდესაც კერძო რეზიდენტურის ადგილები წინასწარ გაიცა დაწესებულებაში მომუშავეთა ნათესავებზე, რომელთაც განსაკუთრებულად ეპყრობოდნენ სწავლის შესაძლებლობების მიღების კუთხით.
- ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ქვეყანაში სერვისის დაბალი ხარისხის მიზეზი სწორედ ნეპოტიზმია:

> *საავადმყოფოები სავსეა გავლენიანი ექიმების არაკომპეტენტური ნათესავებით, რომლებიც შედეგად ვნებენ პაციენტებს.*

ალტერნატივა: საზღვარგარეთ წასვლა ან პროფესიის შეცვლა

- რესპონდენტთა ნახევარზე მეტს უფიქრია რეზიდენტურაში სასწავლებლად სხვა ქვეყანაში ემიგრაციაზე ან ახლა დგამს ამ მიმართულებით კონკრეტულ ნაბიჯებს.
- აშშ ყველაზე ხშირი მიმართულებაა, რადგანაც საქართველოს რამდენიმე უნივერსიტეტს ინგლისურენოვანი სამედიცინო პროგრამა აქვს და აშშ-ის სამედიცინო სალიცენზიო გამოცდისთვის (USMLE) მზადება მათ სასწავლო გეგმაშია გაწერილი.
- სხვა ნახსენები მიმართულებები მოიცავს იტალიას, ისრაელსა და ბელარუსს.
- თუმცა ზოგიერთმა რესპონდენტმა გამოხატა ქვეყანაში დარჩენის სურვილი ფინანსური და პირადი მიზეზებით:

> *მე არასდროს განმიხილავს USMLE, პირველ რიგში ფინანსური მიზეზების გამო, ამ გამოცდებზე გასვლა ძალიან ძვირია, მაგრამ ასევე იმიტომ, რომ არ მინდა ჩემი ოჯახისა და მეგობრების დატოვება.*

- მიუხედავად იმისა, რომ არცერთ მონაწილეს არ განუხილავს პროფესიის შეცვლა, რამდენიმემ განაცხადა, რომ თუკი ისინი ვერ შეძლებენ რეზიდენტურის ადგილის მოპოვებას *„მანამ, სანამ ჯერ კიდევ ახალგაზრდები არიან,“* იძულებულნი იქნებიან საკუთარი კარიერა ხელახლა გადააფასონ.

დასკვნები

- ეს კვლევა წარმოაჩენს იმ მნიშვნელოვან გამოწვევებს, რომელთაც საქართველოში რეზიდენტურის მაძიებლები და მოქმედი სამედიცინო რეზიდენტები აწყდებიან.
- ჩვენმა მიგნებებმა გამოავლინეს რეზიდენტურაში მიღების პროცესით ფართოდ გავრცელებული უკმაყოფილება; ხაზი გაესვა ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა გამოცდისა და სწავლების დაბალი ხარისხი, რეზიდენტურის შესაძლებლობების კოორდინაციისა და სტრუქტურირებული სწავლების არარსებობა, ანაზღაურების უქონლობით განპირობებული ფინანსური სიძნელეები და ნეპოტიზმისა და უსამართლო ქცევების შემთხვევები.
- ეს საკითხები არა მხოლოდ ემოციურად მოქმედებს ბევრ რეზიდენტზე, არამედ იწვევს შემაშფოთებელ ტენდენციას – „ტვინების გადინებას;“ ბევრი ამჟამინდელი სისტემით უკმაყოფილების გამო საზღვარგარეთ წასვლას განიხილავს.

სტრატეგიული რეფორმები უნდა შეეხოს რეზიდენტურის კვოტების გამჭვირვალე და საჭიროებაზე-დაფუძნებულ დაგეგმვას, გამოცდებისა და მიღების პროცესის რეფორმირებას, და რეზიდენტების იურიდიულ და ფინანსურ ინტეგრაციას ჯანდაცვის სისტემაში.

ამ რეფორმების თანხვედრას ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სამომავლო გეგმებთან, საქართველოს 2022–2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ სტრატეგიასთან და სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის სტანდარტებთან, ასევე მათ სრულ იმპლემენტირებას, შეუძლია მნიშვნელოვანი გაუმჯობესობის მოტანა მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებების უკეთ დაკმაყოფილების კუთხით.

რეკომენდაციები

სპეციალობების კვოტირების განსაზღვრის საჭიროებებზე-დაფუძნებული და გამჭვირვალე პროცესი

1. სამუშაო ჯგუფის შექმნა ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობით, რათა მივიღოთ თითოეული სპეციალობისთვის საჭირო კადრების განსაზღვრის პროცესი
2. ხანგრძლივვადიანი გეგმის შემუშავება, რათა მიღწეულ იქნას გამჭვირვალობა და სტრატეგიული მიმართულებების (მაგალითად პირველადი ჯანდაცვის) შესახებ ცნობიერების ამაღლება.

ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდისა და მიღების პროცესი

1. ტესტის მონაცემთა ბაზის ჩანაცვლება 100%-ით „დახურული“ არჩევით პასუხიანი კითხვებით, რომლებიც დაეფუძნება თანამედროვე სამედიცინო ლიტერატურას
2. კერძო დაწესებულებებში მიღების პროცედურების გამჭვირვალობის გაზრდა, რათა ყველა კანდიდატს თანაბრად მოეპყრონ.

რეზიდენტების მიღება დაწესებულებათა ანაზღაურებად ჯგუფში

1. რეზიდენტების მიღება ანაზღაურებად უმცროს ექიმებად როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო დაწესებულებებში, რაც მათ იურიდიულად აქცევს დასაქმებულებად.
2. როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სასწავლო პროგრამების ხარისხის კონტროლის პროცესის ჩამოყალიბება, რაც დაეფუძნება სწავლებასთან და რეზიდენტების გამოცდილებასთან დაკავშირებულ ხარისხის კრიტერიუმებს.

გადაწვა

შესავალი

- გადაწვა და დაბალი პროფესიული თვითრეალიზაცია ფართოდ აღიარებული საფრთხეა ჯანდაცვის მუშაკების კეთილდღეობისა და ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობისთვის.
- ეს საკითხები ფართოდაა შესწავლილი მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, სადაც ორგანიზაციული და ინდივიდუალური ფაქტორები კარგად დოკუმენტირებულია.
- თუმცა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებიდან, მათ შორის საქართველოდან, მონაცემები მწირია.
- საქართველოში ჯანდაცვის სწრაფი რეფორმები, ჯანდაცვის კადრების არასაკმარის რეგულირებასთან ერთად, ხაზს უსვამს კონტექსტისთვის სპეციფიკური მტკიცებულებების საჭიროებას პოლიტიკისა და დაგეგმვის წარმართვისთვის.

ეს კვლევა წარმოადგენს ეროვნული დონის პირველ მტკიცებულებას საქართველოში ექიმების გადაწვის, ასევე დაბალი პროფესიული თვითრეალიზაციის გავრცელებისა და მათი განმსაზღვრელი ფაქტორების შესახებ.

იგი ამოიცნობს სამუშაო ადგილთან დაკავშირებულ ძირითად ფაქტორებს, მათ შორის: სამსახურის სტაბილურობას, პროფესიული განვითარების შესაძლებლობებსა და პასუხისმგებლობების სიცხადეს, რომლებიც მნიშვნელოვნად მოქმედებენ ექიმების კეთილდღეობაზე.

- საქართველოში ჯანდაცვის სამუშაო ძალის პოლიტიკამ პრიორიტეტი უნდა მიანიჭოს სამსახურის სტაბილურობას და სტრუქტურირებულ პროფესიულ განვითარებას, ასევე უნდა განახორციელოს ორგანიზაციული სტრატეგიები, რომლებიც უზრუნველყოფენ როლების სიცხადესა და გუნდურ მუშაობას.
- ამ ქმედებებს შეუძლია შეამციროს გადაწვა და გაზარდოს პროფესიული თვითრეალიზაცია ექიმებში.
- ამ საკითხების მოგვარება აუცილებელია ექიმების შენარჩუნების ხელშეწყობაში, მუშაობის ოპტიმიზაციასა და მედეგი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებისათვის.

მეთოდები

- საქართველოში მოქმედი ექიმების მოსაზიდად ჩავატარეთ ჯვარედინი გამოკითხვა ქართულ ენაზე, არასაალბათო შერჩევის მიდგომის გამოყენებით.
- დავადგინეთ კვოტა, რათა პასუხების საერთო რაოდენობა დაახლოებით 1000 ყოფილიყო.
- მონაცემები შეგროვდა 2024 წლის თებერვალ-აპრილში, სპეციალური ონლაინ გამოკითხვის პროგრამული უზრუნველყოფის გამოყენებით.
- მივიღეთ 1,125 პასუხი, რომელთაგან საბოლოო მონაცემებიდან ამოვიღეთ 159, გამოტოვებული მნიშვნელობების შესამჩნევი რაოდენობის გამო, რის შედეგადაც საბოლოო მონაცემთა ნაკრებში 966 რესპონდენტის მონაცემი იყო.
- პოტენციური რესპონდენტები მოვიზიდეთ პროფესიული ქსელებისა და „თოვლის გუნდის“ შერჩევის (snowball sampling) გამოყენებით.
- მონაცემები შეგროვდა დედაქალაქ თბილისში, დიდ ქალაქებში: ბათუმში, ქუთაისსა და რუსთავში, ასევე პატარა ქალაქებსა და სოფლებში საქართველოს ათიდან ექვს რეგიონში (რუსეთის მიერ ოკუპირებული ტერიტორიების გარდა), როგორც აღმოსავლეთ, ისე დასავლეთ საქართველოდან: აჭარაში, იმერეთში, კახეთში, ქვემო ქართლში, სამეგრელოსა და სამცხე-ჯავახეთში.
- ზემოთ აღნიშნულ გეოგრაფიულ რეგიონებში რესპონდენტებს პროფესიულ ქსელებთან და კლინიკურ დაწესებულებებთან კონტაქტის გზით დავუკავშირდით.
- თითოეულმა სუბიექტმა გამოკითხვის შესავსებად მხოლოდ ერთი მოთხოვნა მიიღო.
- მონაცემები თვითაღწერადი იყო, პასუხები კი – ანონიმური, რათა თავიდან აგვეცილებინა ჯანდაცვის მუშაკთა სამუშაო გარემოსა და სამუშაო კმაყოფილების შესახებ ზოგიერთ მგრძნობიარე კითხვაზე არასანდო პასუხების გაცემის პოტენციური რისკი.

გამოკითხვის ინსტრუმენტი

- ჩვენ შევიმუშავეთ 34 კითხვა სოციალური და დემოგრაფიული მახასიათებლების, განათლებისა და პროფესიული წარსულის, კარიერული არჩევანის, შესაძლებლობებისა და კმაყოფილების, სამუშაო დატვირთვისა და მიდგომის, სამუშაო გარემოსა და პირობების, ასევე სოციალური და ფინანსური უსაფრთხოების შესაფასებლად.
- გადაწვის შესაფასებლად გამოვიყენეთ მასლახის შემოკლებული გადაწვის კითხვარი (რომელიც ზომავს სამ ქვესკალას ლაიკერტის სკალის სამი

პუნქტით: ემოციური გამოფიტვის, დეპერსონალიზაციისა და პიროვნული მიღწევებისთვის).

- პროფესიული თვითრეალიზაციის შესაფასებლად გამოვიყენეთ სტენფორდის პროფესიული თვითრეალიზაციის ინდექსის ინსტრუმენტი.
- კითხვების სიცხადის გასაუმჯობესებლად და კითხვარის ფოკუსირებისა და სიგრძის ოპტიმიზაციის მიზნით, შევკრიბეთ დაინტერესებულ მხარეთა ჯგუფი, რომელმაც განიხილა და გადახედა თავდაპირველ შემუშავებულ კითხვარს სიზუსტის, სისწორის, კონსტრუქციისა და მიკერძოების თვალსაზრისით.
- ჯგუფში შედიოდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, სამედიცინო განათლების, ბიოსამედიცინო ეთიკისა და ბიოსტატისტიკის ცხრა ექსპერტი, ასევე ჯანდაცვის მუშაკთა ასოციაციების წარმომადგენლები.
- ჩვენ გავითვალისწინეთ მათი რეკომენდაციები და გამოხმაურება, რის შედეგადაც შეიქმნა კითხვარის გადამუშავებული ვერსია, რომელიც შემდგომ გამოიცადა ექიმების მცირე ჯგუფზე (n=18).

ცვლადები

- ძირითადი ცვლადები იყო გადაწვა (დიახ/არა) და პროფესიული თვითრეალიზაცია (დიახ/არა).
- ჩვენ განვსაზღვრეთ გადაწვა, როგორც გადაღლილობისა და დეპერსონალიზაციის არსებობა მასლახის კითხვარის ქულის უმაღლეს მესამედში, ან ერთ-ერთი მათგანი უმაღლეს მესამედში და დაბალი პროფესიული მიღწევა ყველაზე დაბალ მესამედში.
- სტენფორდის პროფესიული თვითრეალიზაციის ინდექსის მნიშვნელობით – სამი ან მეტი ქულა მივიჩნიეთ ზღვრად, რათა გამოგვევლინა რესპონდენტები, რომლებიც უფრო მეტად იყვნენ პროფესიულად თვითრეალიზებული.

განმარტებითი ცვლადები შეირჩა წინა კვლევებისა და გადაწვისა და თვითრეალიზაციის თეორიული გაგების საფუძველზე და მოიცავდა:

  - დემოგრაფიულ მონაცემებს: სქესს (ქალი/მამაკაცი);
  - ასაკს (18–34, 35–54, 55+);
  - ოჯახურ მდგომარეობას (დაუოჯახებელი, დაქორწინებული ან პარტნიორობაში მყოფი, განქორწინებული ან დაქვრივებული);
  - შვილების/დამოკიდებული პირების ყოლას (დამოკიდებული პირების არმქონე, ერთი, ორი, სამი ან მეტი პირით);

- საცხოვრებელ ადგილს ([დედაქალაქი, თბილისი], [დიდი ქალაქები: ბათუმი, რუსთავი და ქუთაისი], სხვა ქალაქი ან დაბა, სოფელი),
- კარიერულ ეტაპს (რეზიდენტები და უმცროსი კურსდამთავრებულები, ლიცენზირებული ექიმები);
- პროფესიულ სამედიცინო ასოციაციებში აქტიურ მონაწილეობას (დიახ/არა),
- თანადროული სამსახურების რაოდენობას (ერთი, ორი, სამი ან მეტი),
- სამუშაო გარემოს (ამბულატორიული, სტაციონარული, ორივე),
- სამუშაო საათებს კვირაში (40-მდე, 41–60, 60+),
- სამუშაო ადგილის ცვლილებებს ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში (უცვლელი, 1–2-ჯერ, 3–4-ჯერ, 5 ან მეტჯერ),
- გუნდურ მუშაობას (გუნდური მუშაობის არარსებობის აღქმა, გუნდური მუშაობა, ნეიტრალური),
- სამუშაოს აღწერილობას (განსაზღვრული, არაგანსაზღვრული),
- დაქვითვის შემდეგ ყოველთვიურ შემოსავალს ლარში (<1000, 1001–2000, 2001–3000, >3000 [1,000 ლარი = 400 აშშ დოლარი გამოკითხვის დროს]),
- სამსახურის სტაბილურობას (არასტაბილური, სტაბილური, ნეიტრალური),
- კვლევებსა და სწავლებებში ჩართულობას (სწავლება, კვლევა, არცერთი ან ორივე) და
- კარიერული შესაძლებლობების დანახვას (ვერ ხედავს, ხედავს შესაძლებლობებს, ნეიტრალურია).

მონაცემთა ანალიზი

- ყველა სტატისტიკური ანალიზი ჩატარდა „Stata“ პროგრამული უზრუნველყოფის გამოყენებით (release 17, College Station, TX: StataCorp LLC).
- აღწერითი ანალიზი აჯამებდა კვლევის პოპულაციას, კატეგორიული ცვლადებით წარმოდგენილი სიხშირეებისა და პროცენტების სახით.
- გამოვიყენეთ მრავალცვლადიანი ლოგისტიკური რეგრესია თითოეულ განმარტებით ცვლადსა და შესაბამისად, გადაწვისა და პროფესიული თვითრეალიზაციის ძირითად შედეგებს შორის ურთიერთკავშირის შანსების შეფარდებისა (ORs) და 95%-იანი ნდობის ინტერვალების (CIs) შესაფასებლად.
- გადაწვის ქვესკალების: გადაღლილობის, დეპერსონალიზაციისა და პროფესიული მიღწევის ქულის უფრო მაღალ მესამედში მოხვედრის

შესაფასებლად გამოვიყენეთ დალაგებული ლოგისტიკური რეგრესიის მოდელები.

- სტატისტიკური მნიშვნელოვნება დადგინდა $p < 0.05$-ზე.

ეთიკური მოსაზრებები

- გამოკითხვის თავდაპირველი მიზნები და ამოცანები, ინფორმირებული თანხმობის ფორმები და კითხვარები გადაიხედა და დამტკიცდა დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის (თბილისი, საქართველო) ეთიკის კომიტეტის მიერ.
- კვლევაში მონაწილეობა ნებაყოფლობითი და ანონიმური იყო.
- მონაწილეობისთვის არანაირი წახალისება არ ყოფილა.
- ყველა მონაწილემ გამოკითხვის შევსებით გამოხატა ინფორმირებული თანხმობა.

შედეგები

დემოგრაფიული და პროფესიული მახასიათებლები

- 966 რესპონდენტიდან 785 (81.8%) ქალი იყო, რაც დაახლოებით ასახავს საქართველოში ექიმების პოპულაციის საერთო დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს (ქვეყანაში ექიმების 74% ქალია).
- რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარი (49.1%) 35–54 წლის იყო.
- რესპონდენტთა უმეტესობა (82.4%) ლიცენზირებული ექიმი იყო, ხოლო 17.6% რეზიდენტი.
- უმრავლესობამ (80.3%) განაცხადა, რომ კმაყოფილია არჩეული პროფესიით, 7.1% უკმაყოფილო იყო, ხოლო 12.7% ნეიტრალურად იყო განწყობილი.
- ნახევარზე მეტი (55.6%) ერთდროულად მუშაობდა ორ ან მეტ სამსახურში, მათ შორის 23.1%-ს სამი ან მეტი სამსახური ჰქონდა.
- მესამედმა (33.6%) ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ერთხელ ან ორჯერ შეიცვალა სამუშაო ადგილი, ხოლო 9.1%-მა სამჯერ ან მეტჯერ.
- სამუშაო ადგილის შეცვლის ძირითადი მიზეზები იყო არაორგანიზებული სისტემა (შემთხვევათა 49%-ში), არასაკმარისი ხელფასი (21.8%) და ცუდი მენეჯმენტი (13.8%).
- საზღვარგარეთ მიგრაციაზე ფიქრი საკმაოდ ხშირი იყო – ბოლო 2 წლის განმავლობაში 40.5% დაფიქრებულა მიგრაციაზე ძირითადად კარიერული განვითარებისა და ფინანსური შესაძლებლობების გამო.

გადაწვა

- 5-დან 1-ზე მეტმა ექიმმა (ჩვენი ნიმუშის 21.4%) განაცხადა გადაწვის თაობაზე.
- თბილისის მაცხოვრებლებთან შედარებით, ბათუმში, ქუთაისსა და რუსთავში მაცხოვრებლებს გადაწვის განცდის მნიშვნელოვნად დაბალი შანსი ჰქონდათ (OR: 0.54).
- ექიმებს, რომლებიც მეტ საათს მუშაობდნენ, გადაწვის განცდის უფრო მაღალი შანსი ჰქონდათ (OR: 1.76; კვირაში 41–60 საათით მომუშავე, კვირაში 40 საათზე ნაკლებით მომუშავესთან შედარებით).
- მეტ საათს მუშაობა (კვირაში 60 საათზე მეტი) დაკავშირებული იყო ემოციური გადაღლის მაღალ დონესთან (OR: 1.77), მაგრამ არა დეპერსონალიზაციის მაღალ მაჩვენებელთან ან პიროვნული მიღწევების დაბალ მაჩვენებელთან და, შესაბამისად, არ იყო დაკავშირებული გადაწვის მაღალ დონესთან.
- ექიმებმა, რომელთაც სამუშაო ადგილზე გუნდური მუშაობის კულტურა ჰქონდათ დანერგილი, გადაწვის დაბალი შანსი დააფიქსირეს (OR: 0.45).
- ანალოგიურად, განსაზღვრული სამუშაო აღწერილობის მქონე ექიმებმა, მიიღეს გადაწვის 50%-ით დაბალი შანსი (OR: 0.49).
- გადაწვის შანსი იზრდებოდა სამუშაო ადგილის ცვლილებების რაოდენობასთან ერთად, თუმცა სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად არა.
- გადაწვის კავშირი სხვა ფაქტორებთან უმნიშვნელო იყო.
- ჩვენ გამოვავლინეთ მაღალი ემოციური გადაღლა მონაწილეთა 31.9%-ში, მაღალი დეპერსონალიზაცია 20.2%-ში და დაბალი პიროვნული მიღწევების აღწერა 24%-ში.
- მამაკაცებმა გადაღლილობის უფრო დაბალი შანსი აღწერეს (OR: 0.55), ისევე როგორც 55 წელზე უფროსი ასაკის რესპონდენტებმა (OR: 0.47).
- დედაქალაქ თბილისის ჯანდაცვის მუშაკებთან შედარებით, საშუალო ზომის ქალაქებში გამოკითხულებმა დაღლილობის უფრო დაბალი დონე აღნიშნეს (OR: 0.50).
- დაღლილობის დაბალ შანსთან დაკავშირებული სხვა ფაქტორები იყო სამსახურის სტაბილურობის აღქმა (OR: 0.56), სამუშაოს აღწერილობის შესაბამისად მუშაობა (OR:0.45) და გუნდური მუშაობის გარემო (OR: 0.42).
- დეპერსონალიზაცია უფრო მაღალი იყო იმ ექიმ რესპონდენტებში, რომლებსაც უფრო მაღალი შემოსავალი ჰქონდათ (OR: 1.93 მათთვის, ვისაც თვეში 2001–3000 ლარის შემოსავალი ჰქონდა და OR: 1.98), ხოლო უფრო დაბალი იყო ხანდაზმულ ექიმებში (OR: 0.48).

- ისინი, ვინც ორ სამსახურში მუშაობდნენ, თავს ნაკლები მიღწევის მქონედ აღიქვამდნენ (OR: 0.68).
- დედაქალაქის მაცხოვრებლებთან შედარებით, სხვა დიდი ქალაქების მაცხოვრებლებმა უფრო მაღალი მიღწევები აღნიშნეს (OR: 2.20), ისევე როგორც პატარა ქალაქების (OR: 2.29) და სოფლების (OR: 3.63) მაცხოვრებლებმა.
- დედაქალაქსა და ერთადერთ დიდ ქალაქში, თბილისში, ცხოვრება ასოცირდებოდა პიროვნული მიღწევების დაბალი დონის აღწერასთან.
- სოფლების მაცხოვრებლებს ყველაზე ძლიერი კავშირი ჰქონდათ მიღწევის შეგრძნებასთან (OR: 3.63).
- იგივე დაფიქსირდა პატარა ქალაქების (OR: 2.29) და საშუალო ზომის ქალაქების (OR: 1.6) მაცხოვრებლების შემთხვევაში.

პროფესიული თვითრეალიზაცია

- პროფესიული თვითრეალიზაციის ინდექსის (PFI) გამოყენებით, ექიმების 40.4% პროფესიულად თვითრეალიზებულად ითვლებოდა სამი ქულის ზღვრული სიდიდით.
- ბათუმის, ქუთაისისა და რუსთავის მაცხოვრებლები, რომლებმაც ასევე დაბალი გადაწვის მაჩვენებელი დააფიქსირეს, პროფესიულად უფრო თვითრეალიზებულები იყვნენ, ვიდრე თბილისელები (OR: 1.6).
- მათ, ვინც აქტიურად არ იყვნენ ჩართულნი პროფესიული სამედიცინო ასოციაციების მუშაობაში, თვითრეალიზაციის 40%-ით ნაკლები შანსი ჰქონდათ (OR: 0.6).
- მათ, ვინც კარიერული შესაძლებლობები დაინახეს, პროფესიული თვითრეალიზაციის უფრო მაღალი შანსი ჰქონდათ, ვიდრე მათ, ვინც მომავალს ვერ ხედავდნენ (OR: 10), ისევე როგორც მათ, ვისაც მომავალი შესაძლებლობების შესახებ ნეიტრალური აზრი ჰქონდათ (OR: 2.6).
- მათ, ვინც საკუთარ სამსახურს სტაბილურად მიიჩნევენ, სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად მაღალი შანსი აქვთ პროფესიული თვითრეალიზაციის განცდის (OR 2.7).
- ჩვენ ვერ აღმოვაჩინეთ სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება პროფესიულ თვითრეალიზაციაში სქესის, ასაკის, კარიერული ეტაპის (ლიცენზირებული ან რეზიდენტი ექიმი), ყოველთვიური ხელფასის ან სამუშაო გარემოს (სტაციონარული ან ამბულატორიული) კატეგორიების მიხედვით.

- მიუხედავად იმისა, რომ სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ დაფიქსირებულა, დაქორწინებულ ან ურთიერთობაში მყოფ რესპონდენტებში ოდნავ უფრო მაღალი პროფესიული თვითრეალიზაცია აღინიშნა, ვიდრე მათში, ვინც არ იყვნენ დაქორწინებულნი.

დასკვნა

- კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში გამოკითხული ექიმების 1/5-ზე მეტი განიცდის გადაწვას და ნახევარზე მეტი არ არის პროფესიულად თვითრეალიზებული.
- გადაწვის ტენდენცია დაკავშირებული იყო სამუშაო საათების ზრდასთან, სამუშაო ადგილზე გუნდური მუშაობის კულტურის არარსებობასთან და სამუშაო აღწერილობების არარსებობასთან ან არასწორ დაცვასთან.
- პროფესიული სამედიცინო ასოციაციების საქმიანობაში ჩართული ადამიანები ხედავდნენ თავიანთ კარიერულ მომავალს, გრძნობდნენ, რომ ჰქონდათ სტაბილური სამსახური და იყვნენ პროფესიულად უკეთ თვითრეალიზებულნი.
- საშუალო ზომის ქალაქებში მცხოვრები ადამიანები ერთდროულად იყვნენ თვითრეალიზებულნი და ნაკლებად განიცდიდნენ გადაწვას.
- ექიმების კეთილდღეობის გასაუმჯობესებლად და ჩართული, მოტივირებული, პროდუქტიული და სტაბილური ექიმების სამუშაო ძალის უზრუნველსაყოფად, უნდა განხორციელდეს ორგანიზაციული და პირადი სტრატეგიები პროფესიული თვითრეალიზაციის ხელშეწყობის, გადაწვის პრევენციისა და მართვის მიზნით.
- სამუშაო პროცესების ოპტიმიზაციამ, გუნდურმა მუშაობამ და კონკრეტული სამუშაო აღწერილობების დაცვამ შეიძლება შეამციროს საოფისე სამუშაოების მოცულობა, შეამსუბუქოს გადაწვის განცდა და გააუმჯობესოს საქართველოში ექიმების პროფესიული თვითრეალიზაცია, საბოლოოდ გაზარდოს მათი მოტივაცია და ძალისხმევა, რათა პაციენტებს საუკეთესო მომსახურება გაეწიოთ.

ჩვენი ნაშრომები

- Aladashvili G, Kirvalidze M, Tskitishvili A, Chelidze N, Tvildiani N, Pkhakadze G, et al. Strengthening health workforce in Georgia: identifying gaps and integrating evidence-based strategic planning. Int J Health Plann Manage. 2025;40(4):993-1001. doi:10.1002/hpm.3922
- Kirvalidze M, Kasrashvili M, Tskitishvili A, Aladashvili G, Chelidze N, Tvildiani N, et al. Access to medical residency: a qualitative study of medical graduates' experiences in Georgia. J Med Educ Curric Dev. 2025;12:23821205251342050. doi:10.1177/23821205251342050