



შპს სასწავლო უნივერსიტეტი გეომედი

ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მენეჯმენტის ფაკულტეტი

შორენა ჭელიძე

სამაგისტრო ნაშრომი

შრომითი რესურსები ჯანდაცვაში

ხელმძღვანელი: ქობლანიძე თამარი,  
ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი,  
პროფესორი

თბილისი

2019

## ანოტაცია

### შორენა ჭელიძე

#### შრომითი რესურსები ჯანდაცვაში

მაღალი კომპეტენციისა და შინაგანი მოტივაციის მქონე შრომითი რესურსის არსებობა ნებისმიერი სფეროს მუშაობის აუცილებელი წინაპირობაა, რათა ეფექტიანად იქნას შესრულებული შესაბამისი სამუშაო და მივიღოთ სათანადო შედეგი. ჯანდაცვა კი, უპიროპოდ, უპირველესია, სადაც შრომითი რესურსის მაღალკვალიფიციურობა და დაუზარელი შრომა განსაზღვრავს ამ სფეროს მუშაობის ხარისხს. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ეკონომიკური რეფორმების მიზანი, სწორედ, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის მიღწევა და ხარისხის ამაღლება პერსონალის უწყვეტი განათლების ფონზე, რაც ხორციელდება შემდეგი სტრატეგიების შესაბამისად: სამედიცინო მომსახურების საბაზო პაკეტის შემუშავება, ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სრულყოფა და ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა, მაღალი ტექნოლოგიების და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვა, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება განათლების სისტემის რეფორმებისა და დიპლომსშემდგომი განათლების, სერთიფიცირებისა და ტრენინგების გზით. სამაგისტრო ნაშრომის არსი მდგომარეობს საქართველოში ჯანდაცვის შრომითი რესურსების განვითარების თავისებურებებისა და მართვის პრობლემების შესწავლაში.

ნაშრომი შედგება შესავლისა, სამი თავის, 7 პარაგრაფისა და დასკვნებისაგან. ნაშრომის ბოლოს მოცემულია გამოყენებული ლიტერატურის სია. პირველ თავში განხილულია შრომითი რესურსებუს მართვის პრინციპები, მეორეში საუბარია ჯანდაცვის შრომითი რესურსებსა და სამედიცინო კადრების თეორიულ ასპექტებზე, ხოლო მესამე თავი წარმოადგენს ჩვენს კვლევით ნაწილს.

ნაშრომში წარმოდგენილია „ეროვნული სკრინინგ ცენტრისა“ და ორი მრავალპროფილური კლინიკის „ინოვა“ და „ღუღუშაურის სახელობის საავადმყოფო“ პერსონალისა და პაციენტების ანონიმური გამოკითხვის შედეგები. მომსახურეთა და პაციენტთა კმაყოფილების დონით შეფასებულია ამ ორგანიზაციათა მენეჯმენტის ხარისხი და დასახულია მომავალი მოქმედების სტრატეგია, რაც პირველ რიგში მეორეული სამედიცინო რგოლის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მაჩვენებლების ზრდისკენაა მიმართული, ასევე მწვავედ დგას საკითხი, ზოგიერთი საექიმო სპეციალობების მიმართაც, სადაც საქართველოს ექიმი ან არ ჰყავს ან ჰყავს მეტად მცირე რაოდენობით, საგულისხმოა პერსონალის გეოგრაფიული გადანაწილების დისბალანსიც.

## სარჩევი

ანოტაცია	2
შესავალი	4
თავი I. შრომითი რესურსების მართვის ზოგადი პრინციპები	
1.1 შრომითი რესურსები, როგორც ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი	6
1.2. ადამიანური რესურსების მართვის ზოგადი პრინციპები და მისი მნიშვნელობა კომპანიის წარმატებისთვის	13
თავი II. ჯანდაცვის შრომითი რესურსები და სამედიცინო კადრები	
2.1. შრომითი რესურსების კლასიფიკაცია ჯანდაცვაში და სამედიცინო განათლების ისტორიული რაკურსი	23
2.2. სამედიცინო განათლებისა და სამედიცინო კადრების მომზადების თანამედროვე ტენდენციები	35
თავი III. საკადრო პოლიტიკა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში	
3.1. საკადრო პოლიტიკა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტებში	41
3.2. საკადრო პოლიტიკა საავადმყოფოებში	51
3.3. საკადრო პოლიტიკა ფარმაცევტულ დაწესებულებებში	61
დასკვნა	70
გამოყენებული ლიტერატურა	72

## შესავალი

**სამაგისტრო ნაშრომის აქტუალობა.** დაგეგმილი სამუშაო რომ სათანადო შედეგით შესრულდეს, აუცილებელია, არსებობდეს მაღალ კომპეტენტური და მაღალ მოტივირებული სამედიცინო პერსონალი, ამასთანავე საჭირო რაოდენობით. შრომითი რესურსების განვითარების და განათლების უზრუნველყოფა პირდაპირპროპორციულია მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების არსებობისა. მოცემული ნებისმიერი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის საუკეთესო მუშაობის გარანტიაა.

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ეკონომიკური რეფორმების მიზანია ხელმისაწვდომი გახდეს სამედიცინო მომსახურება, განვითარდეს სამედიცინო მომსახურების ბაზარი, მოქნილი გახდეს სამედიცინო საქმიანობის მართვა, განვითარების ახალ ეტაპზე გადავიდეს პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, გაუმჯობესდეს მომსახურების ხარისხი, ამაღლდეს სამედიცინო ობიექტების მენეჯმენტის ხარისხი, რაც პირდაპირპროპორციულია სამედიცინო კადრების ეფექტიან მამრთველობასთან.

საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება მიმდინარეობს იმ მიმართულებებით, რომლებიც ხელს უწყობენ სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის ზრდას. ეს მოიცავს შემდეგ პუნქტებს: იქმნება სამედიცინო მომსახურების საბაზო პაკეტი, ხორციელდება ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია, სრულყოფას განიცდის პირველადი ჯანდაცვა და ჰოსპიტალური სექტორი, ხდება მაღალი ტექნოლოგიების სამედიცინო მომსახურების დანერგვა. ამ გეგმების განსახორციელებლად აუცილებელია კარგად მომზადებული და მოტივირებული შრომითი რესურსი, რომელიც მაღალი პროფესიონალიზმით გამოირჩევა. მაღალი პროფესიონალიზმის მიღწევა კი - სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებში საგანმანათლებლო პროცესის ძირეული ცვლილებების განხორციელების გზით მიიღწევა.

**სამაგისტრო ნაშრომის კვლევის მიზანი და ამოცანები.** სამაგისტრო ნაშრომის ძირითად მიზანს წარმოადგენს საქართველოში ჯანდაცვის შრომითი რესურსების განვითარების თავისებურებების შესწავლა, სამედიცინო მომსახურების

ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება და ეფექტიანი განვითარების ხელშეწყობა სამედიცინო განათლების საფუძველზე.

ძირითადი მიზნიდან გამომდინარე, სამაგისტრო ნაშრომის კვლევის ამოცანებს წარმოადგენს:

✓ ჯანდაცვის შრომითი რესურსების განვითარების საერთაშორისო გამოცდილების შესწავლა და რეკომენდაციების შემუშავება;

✓ საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებისა და სამედიცინო განათლების სფეროს ანალიზი, თავისებურებების გამოვლენა და ეფექტიანი განვითარების ხელშეწყობა.

**სამაგისტრო ნაშრომის კვლევის საგანი და ობიექტი.** სამაგისტრო ნაშრომის კვლევის საგანს წარმოადგენს ჯანდაცვის შრომითი რესურსების მართვის პრობლემები სხვადასხვა დონის ჯანდაცვის ობიექტებში, ხოლო კვლევის ობიექტს წარმოადგენს შრომითი რესურსები ჯანდაცვაში და მისი როლი როგორც, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების საქმეში, ასევე, ეფექტიანობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაში.

**სამაგისტრო ნაშრომის კვლევისათვის გამოყენებული მეთოდები.** სამაგისტრო ნაშრომის კვლევის პროცესში გამოყენებულია ანალოგიის, სტატისტიკური დაკვირვების, სისტემური მიდგომის, შედარებისა და ანალიზის მეთოდები. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების, მართვისა და პოლიტიკის მიმართულებებზე საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიული მასალები, ოფიციალური სტატისტიკური ანგარიშები და ჯანდაცვის მართვის სფეროში ქართველი და უცხოელი მეცნიერების პუბლიკაციები.

## თავი I. შრომითი რესურსების მართვის ზოგადი პრინციპები

### 1.1. შრომითი რესურსები, როგორც ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი

ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს დასაქმების შესაძლებლობების ზრდას, სამუშაო ადგილების შექმნის ხელშეწყობა მოსახლეობის ცხოვრების დონეს აუმჯობესებს. სოციალურ დახმარებაზე უფრო ეფექტური, რათა სიღარიბე დავძლიოთ, ახალი სამუშაო ადგილების შექმნისათვის ხელშეწყობაა. 2000-იანი წლების შუა პერიოდში ინვესტიციების ზრდა მკვეთრი იყო, თუმცა ამან მოსახლეობის დასაქმების მაჩვენებელზე გავლენა არ იქონია. უმუშევრობის მაჩვენებელი 2007 წელს დაფიქსირებული 13,3%-დან 2009 წელს 16,9%-მდე გაიზარდა, 2012 წლისთვის 15,0%-მდე, 2017 წლისთვის 13,9%-მდე, ხოლო 2018 წლისთვის 12,7%-მდე შემცირდა. ახალგაზრდების უმუშევრობა (15-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფი) 2012 წელს 36,9%-ი, 2017 წელს 27,1%-ს, ხოლო 2018 წელს კი 26,6%-ს შეადგენდა.

ევროპისა და ცენტრალური აზიის მაღალი შემოსავლის არმქონე ქვეყნების ჯგუფში (რეგიონი) უმუშევრობის დონე საშუალოდ 10,2%-ია. ამ რეგიონში საქართველო 13,9%-იანი უმუშევრობის დონით მე-6 ადგილს იკავებს. რეგიონის იმ ქვეყნებში, სადაც ეკონომიკური ზრდა სტაბილურად მაღალი იყო, უმუშევრობის დონე მნიშვნელოვნად შემცირდა.

საქართველოში თვითდასაქმების წილი დასაქმებაში 51,7%-ია, რაც მაღალი მაჩვენებელია. ეს მაჩვენებელი ევროპისა და ცენტრალური აზიის მაღალი შემოსავლის არმქონე რეგიონში საშუალოდ 21,1%-ია, ხოლო ევროკავშირში კი საშუალოდ 15,9%. ძირითადად, თვითდასაქმება სოფლის მეურნეობაშია და წარმოებული პროდუქციის უმეტესი ნაწილი შინამეურნეობის ფარგლებში მოიხმარება. თავის მხრივ, სოფლის მეურნეობის წილი ეკონომიკაში დაბალია.

თბილისში მთლიანი მოსახლეობის 31,1% ცხოვრობს, ხოლო დაქირავებით დასაქმების 39,3% და მთლიანი დასაქმების 22,5% თბილისზე ნაწილდება. ბოლო

წლებში დასაქმების დონე შიდა ქართლში და იმერეთში მცირდება, ხოლო კახეთში და ქვემო ქართლში კი იზრდება.

უმუშევრობის მაღალი დონე 20-29 წლის ასაკობრივ კატეგორიაშია. ამ ასაკის შრომისუნარიანი პირები ყველაზე აქტიურად ეძებენ სამსახურს, მაგრამ ნაკლებად საქმდებიან. დასაქმების მაღალი დონე კი 45-59 ასაკობრივ კატეგორიაშია.

მთლიან დასაქმებაში კერძო სექტორში დასაქმების წილი 83.4%-ია. 2010-2014 წლებში, როცა შედარებით მაღალი ეკონომიკური ზრდა იყო, ამ სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა საშუალოდ 24.4 ათასი პირით იზრდებოდა, მაგრამ 2016-2017 წლებში კერძო სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა შემცირდა და შესაბამისად, 2016 წელს 1,445.4 ათასს, 2017 წელს კი 1,422.8 ათასს შეადგენდა. 2018 წელს კვლავ შემცირდა კერძო სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა და 1,394.4 ათასია.

საქართველოში კერძო სექტორის მიერ სამუშაო ძალის მაღალი მოთხოვნა ვაჭრობის სფეროშია. შესაბამისად, პროფესიის მიხედვით, მოთხოვნის მაღალი რაოდენობა გაყიდვების სფეროს მუშაკებზეა. საქართველოში საჯარო სექტორის დასაქმების წილი მთლიან დასაქმებაში ყველაზე დაბალი 2013-2014 წლებში იყო, მაგრამ მომდევნო წლებში ეს მაჩვენებლები იზრდება. საქართველოში 2017 წელს საჯარო სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობამ 283.8 ათასი პირი შეადგინა, რაც მთლიანი დასაქმების 16.6% და სამუშაო ძალის 14.3%-ია. 2018 წელს საჯარო სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა გაიზარდა და 299.8 ათასი პირი შეადგინა.

საქართველოში საჯარო სექტორში მომსახურების წარმოება/მიწოდებაში უფრო მეტი ადამიანური რესურსია გამოყენებული, ვიდრე რეგიონის სხვა ქვეყნებში.

ადამიანური რესურსების რაციონალური გამოყენება, ეფექტიანი დასაქმება, შეიძლება განხორციელდეს შრომის ბაზარზე არსებულ მოთხოვნისა და მიწოდების დისბალანსის აღმოფხვრის გზით. სწორედ ეს წარმოადგენს შრომის ბაზრის განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის მიზანს. საბოლოო შედეგად კი უნდა მივიღოთ უმუშევრობის შემცირება. თუ შრომის ბაზრის ფორმირება და მისი შემდგომ განვითარება მოხდება, ამას მოჰყვება შრომის ბაზრის მონაცემთა ბაზის ფორმირება და მისი განვითარება, ეფექტიანი კავშირი დამყარდება დამსაქმებელსა და სამუშაოს მაძიებელს შორის, ხელი შეეწყობა სამუშაოს მაძიებელთა პროფესიულ მომზადებასა და გადამზადებას, კვალიფიკაციის ამაღლებას, მოხდება შრომითი მიგრაციული

პროცესების მართვა, ხელი შეეწყობა თვითდასაქმებასა და სამეწარმეო საქმიანობის ხელშემწყობ პროგრამებს. შრომის ბაზრის სრულყოფისათვის, საჭიროა გავითვალისწინოთ რომ დასაქმებული არამარტო სამუშაო ადგილით იყოს უზრუნველყოფილი, არამედ მკაცრად დავიცვათ მისი უფლებები და ანაზღაურებაც შრომის შესაბამისი მიიღოს. საქართველოს მთავრობა შესაბამისი კანონმდებლობის სრულყოფას ახორციელებს. ის უზრუნველყოფს სოციალური პარტნიორობისა და სოციალური დიალოგის შექმნას, რაც თავის თავში მოიცავს დამსაქმებლისა და დასაქმებულის თანამშრომლობას ურთიერთ ინტერესების გათვალისწინებით. ამ გზით ყველა ადამიანისთვის უკეთესი პირობების უზრუნველყოფა ქვეყნის ეკონომიკური წინსვლის პირობაა.

*სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის სრულყოფა.* საქართველოში მოწყვლადი ჯგუფებისათვის არსებობს სოციალური დაცვის სისტემა, ის მოიცავს ორ კომპონენტს - მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას (TSA) სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახებისთვის და საპენსიო სისტემას.

2004 წელს საქართველოში შეიქმნა სოციალური უზრუნველყოფის ქსელი. მიზნობრივი სოციალური დახმარების პროგრამა კი - 2006 წლიდან მუშაობს. იგი ორიენტირებულია სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობის დახმარებაზე. მასში დარეგისტრირებულია 1.7 მილიონამდე პირი, მათგან 443000 საარსებო შემწეობას იღებს. მიუხედავად იმისა, რომ 2013 წლის ივლისიდან გაორმაგდა სოციალური დახმარებების დაფინანსება, მოცემული მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა. სოციალური დახმარების დაფინანსების ზრდის მიზეზად შეიძლება საქართველოს მოსახლეობის დაბერებაც დავასახელოთ. 2050 წლისათვის პენსიონერების რიცხვი საქართველოს მოსახლეობის 25%-ს მიაღწევს. სწორედ ამიტომ გახდა საჭირო დაგროვებით საპენსიო სისტემაზე გადასვლა. დაგროვებითი პენსიის შესახებ კანონი მიიღეს 2018 წლის 21 ივლისს და ამოქმედდა 2019 წლის 1 იანვრიდან.

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მონაცემების გაუმჯობესების მიუხედავად 2012 წლისთვის საქართველოში ავადობისა და სიკვდილიანობის დონე მაინც მაღალი რჩება, ეს ფაქტი კი მიუთითებს ჯანდაცვის სფეროში არსებულ პრობლემებზე. რადგანაც ქვეყნისთვის მნიშვნელოვანი მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის



გაზრდა და მისი ხარისხის გაუმჯობესებაა, ამიტომაც ყოველწლიურად ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი ასიგნებების მოცულობა იზრდება. ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამის ამოქმედებამ საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველჰყო საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით. საქართველოს მთავრობა დაახლოებით 3.4 მილიონ ადამიანს უზრუნველჰყოფს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორაციული დაზღვევა. 2016 წლის მონაცემებით, სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 1017 მლნ. ლარი იყო. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით - 3.0% და ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში - 8.6%-ია. კლების მიუხედავად, კვლავ მნიშვნელოვნად მაღალია ჯიბიდან გადახდების (OOP) წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებში 57%, რაც მძიმე ტვირთად აწვება შინამეურნეობებს. მიუხედავად იმისა რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიზანი საკუთარი ჯიბიდან დანახარჯების შემცირება იყო საქართველო ევროპის რეგიონში მაინც საკუთარი ჯიბიდან გადახდის მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩევა. ეს გახდა მიზეზი, რომ მოსახლეობის დიდი ნაწილი თვითმკურნალობას მიმართავს. საქართველოში დაბალია როგორც ამბულატორიული ვიზიტების, ისე ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი. აღსანიშნავია ასევე, რომ შიდა მეურნეობების დანახარჯები მედიკამენტებზეც მაღალია, რაც წამლების არარაციონალური გამოყენებით აიხსნება.

სამედიცინო მომსახურების მაღალი ღირებულების გარდა, კვლავ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება მომსახურების ხარისხი. აუცილებელია აკრედიტაციის მეთოდების დახვეწა, ინფრასტრუქტურის კეთილმოწყობა, ადამიანური რესურსების ხარისხის უზრუნველყოფა, მათი კვალიფიკაციის ამაღლებისა და გეოგრაფიული გადანაწილების დისბალანსის აღმოფხვრის გზით.

თუ მოხერხდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების არეალის შენარჩუნება და გაუმჯობესდება ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსება, მკვეთრად შემცირდება სამედიცინო სერვისისა და მედიკამენტებზე შიდა მეურნეობების ფინანსური ტვირთი რაც მკვეთრად გააუმჯობესებს მოსახლეობის ეკონომიკურ მდგომარეობას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანა-

ხარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც.<sup>1</sup>

**ცხრილი №1. სახელმწიფო დანახარჯების წილი საქართველოში (2014–2017 წწ.)**

სახელმწიფო დანახარჯების წილი (%), საქართველო				
	2014	2015	2016	2017
მთლიანი დანახარჯებიდან	28.2%	36.3%	37.2%	38%
სახელმწიფო ბიუჯეტიდან	7.2%	8.6%	9.7%	10%
მშპ–დან	2.4%	2.9%	3.1%	2.9%

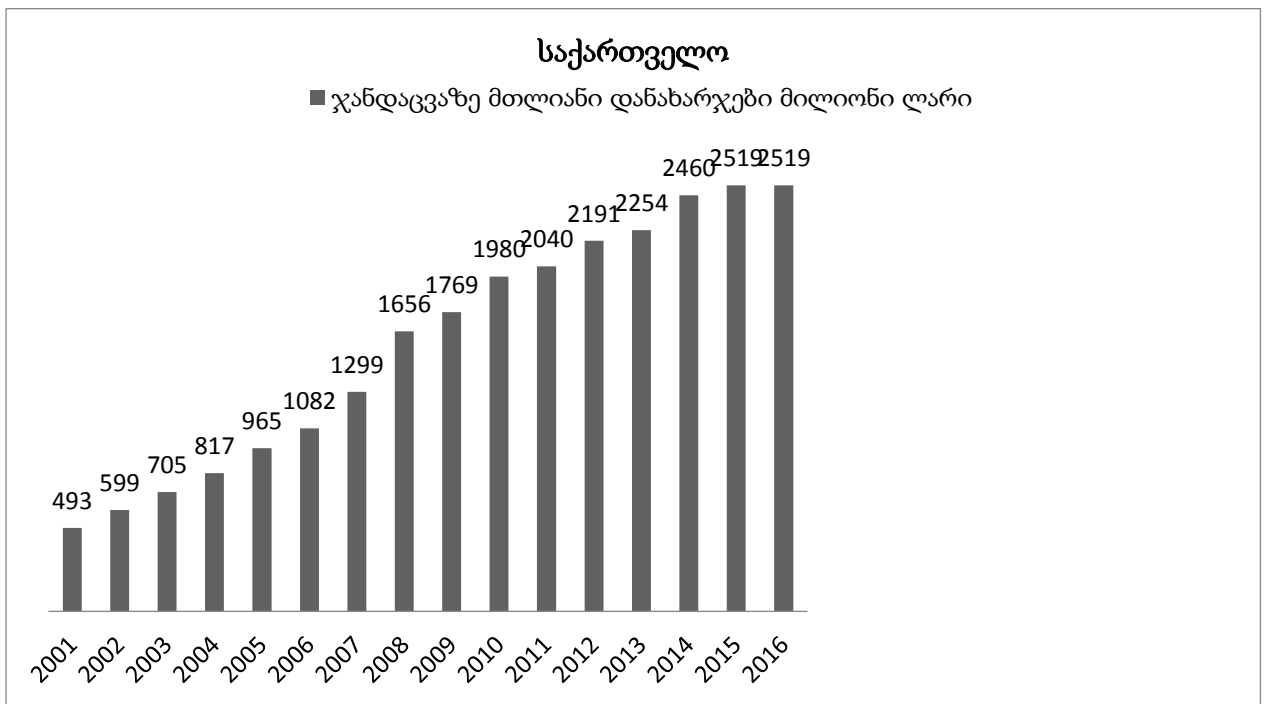
*წყარო: საქართველოს ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები, 2014–2017 წწ.*

საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 8.6%-ს. აღნიშნული თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით.

ევროპის რეგიონში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში მერყეობს 4%-დან თითქმის 20%-მდე. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხარჯების პრიორიტეტულობა ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება. იმისათვის, რომ მაქსიმალურად გაიზარდოს ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსების ეფექტიანობა, საჭიროა ჯანდაცვის სერვისის ერთიანი შემსყიდველი მექანიზმის ამოქმედება, ჯანდაცვის ვერტიკალური პროგრამის რეფორმა, ინვესტიციების მაღალი ეფექტიანობის სერვისზე გადანაწილება, მაღალმთიანი და ოკუპირებული რეგიონებისათვის სამედიცინო მომსახურების მიღების გამარტივება.

**ნახაზი №1 ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები საქართველოში (2001–2016 წწ.)**

<sup>1</sup> წყარო– world health organization



*წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო*

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი რომ გაუმჯობესდეს აუცილებელია ხარისხის კონტროლის ერთიანი სისტემის ამოქმედება, რაც თავის მხრივ სამედიცინო დაწესებულებების შიდა აუდიტის, სალიცენზიო პირობების და აკრედიტაციის მექანიზმების განვითარებას, უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის დანერგვას, პაციენტთა უსაფრთხოებისა და უფლებების დაცვის გაძლიერებას, მედიკამენტების დანიშვნის რეგულაციას ითვალისწინებს.

ყოველი აღნიშნული კი, მიზნად ისახავს მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. საქართველოს მოსახლეობა უფრო მეტად იქნება დაცული ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების და გაღარიბების რისკებისაგან; გაუმჯობესდება ხელმისაწვდომობა ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებასა და სამკურნალწამლო საშუალებებზე; გაიზრდება საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვის ეფექტიანობა ადმინისტრირების გაუმჯობესებისა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებებზე მეტი ძალისხმევის მიმართვის გზით. აღნიშნული კი დადებითად აისახება ქვეყანაში ადამიანური კაპიტალის განვითარების, ეკონომიკური ზრდის და სიღარიბის მაჩვენებლებზე **მიზნები ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის უზრუნველყოფისთვის**

მაჩვენებელი	საბაზისო	2017	2020
ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის/საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მომსახურება, % (2012)	50	100	100
ჯანდაცვაზე საკუთარი ჯიბიდან გადახდის წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში, % (2011)	70	≤50	≤30
სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე საკუთარი ჯიბიდან გადახდაში, % (2011)	60	≤40	≤20
აკრედიტებული საავადმყოფოების წილი, %	0	50	70
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვიანობა (ვიზიტი ერთ სულ მოსახლეზე) (2012)	2.3	4	8
სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას (2012)	74.7	74	76
0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე (2012)	12.4	10	8
დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100000 ცოცხალშობილზე (2012)	22.8	12.3	8

## 1.2. ადამიანური რესურსების მართვის ზოგადი პრინციპები და მისი მნიშვნელობა კომპანიის წარმატებისათვის

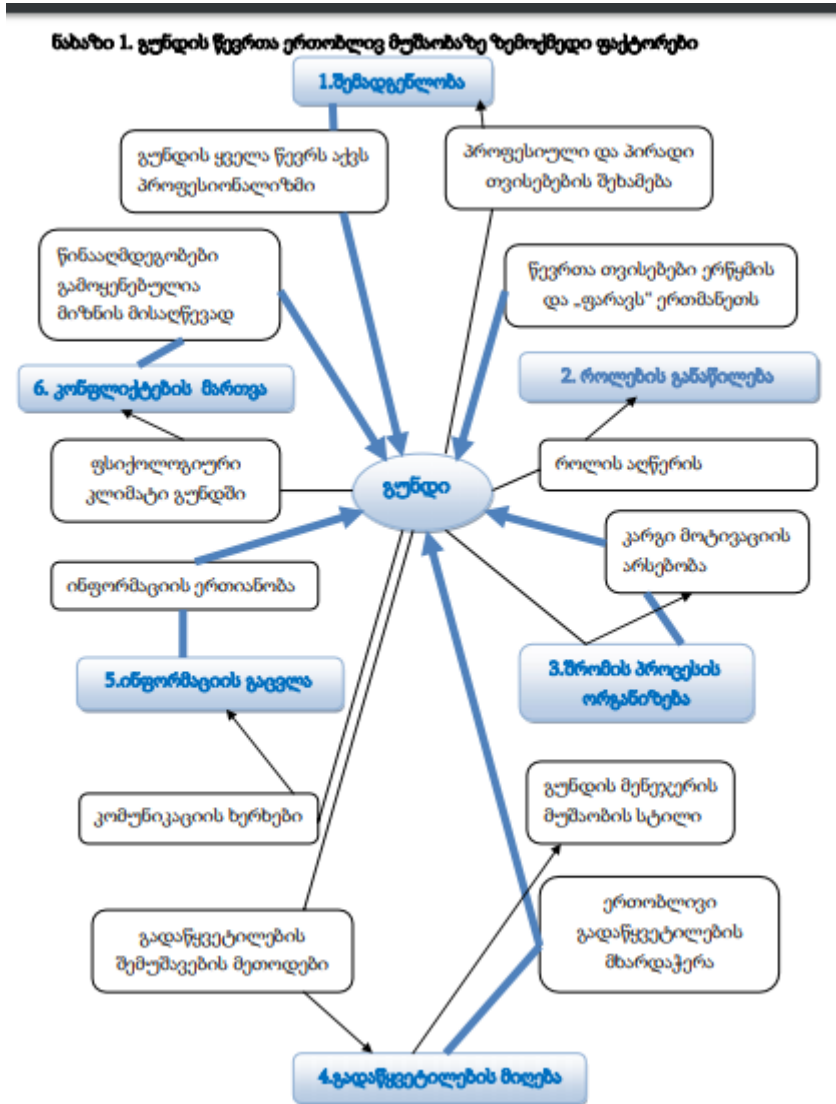
ნებისმიერ ორგანიზაციულ პროცესში რესურსების მნიშვნელოვანი სახე არის ადამიანური რესურსები. ადამიანური რესურსი ყველაზე კრიტიკული რესურსია, რომელიც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ნებისმიერი ორგანიზაციის ეფექტიანობას. მარტივი არ არის საერთო მიზნის მისაღწევად მრავალი ადამიანის ძალისხმევის კოორდინაცია და წარმართვა. ამ მიზნის ეფექტიანად განხორციელებისათვის აუცილებელია მენეჯმენტისა და ადამიანური რესურსის მენეჯმენტის ძირითადი პრინციპების საფუძვლიანი ცოდნა. ორგანიზაციის უმრავლესობისთვის ადამიანები წარმოადგენენ მნიშვნელოვან რესურსს, ისინი განსაზღვრავენ კომპანიის სამომავლო სტრატეგიას, ხოლო სტრატეგიების რეალიზაცია ხდება ადამიანების მიერ. შერჩეული სტრატეგიის წარმატება ან წარუმატებლობა დამოკიდებულია არამარტო წარსულში მიღებულ გადაწყვეტილებებზე, არამედ იმაზე, თუ როგორ ხდება ამჟამად ორგანიზაციაში დასაქმებული ადამიანების მიერ ამ გადაწყვეტილებების რეალიზაცია. ამიტომაც კომპანიის საქმიანობისათვის მნიშვნელოვანია, თუ ვინ, როგორ და რატომ ასრულებს იმას, რაც აუცილებელია ამა თუ იმ სტრატეგიის რეალიზაციისათვის.

ადამიანები მონაწილეობენ დამატებითი ღირებულების შექმნაში, კომპანიის მართვაში, მაგრამ მათ შეუძლიათ აგრეთვე შეცდომების დაშვებით დიდი მატერიალური ზარალი მიაყენონ კომპანიას.

ცალკეული პიროვნებების ურთიერთობების კონტექსტში არსებული ჯგუფების უნარის, ცოდნის და გამოცდილების, ასევე მათ შორის ურთიერთობის ცოდნა კომპანიის სტრატეგიების შემუშავების მნიშვნელოვანი ეტაპია. როგორც ცნობილია, მენეჯმენტის ძირითადი ამოცანა მომსახურებისა და საქონლის წარმოების მაქსიმალური ეფექტიანობის უზრუნველყოფაა. ამ ამოცანის შესრულება კი შეუძლებელია ადამიანური რესურსის დაგეგმვა-განვითარების ოპტიმალური სტრატეგიის შემუშავების გარეშე.

თანამრედროვე მკვლევარები უდიდეს როლს ანიჭებენ ადამიანურ რესურსებს, რომლებიც კომპანიის წარმატებისთვის გუნდურად უნდა მუშაობდნენ. მ. გოგიძეს

თავის სადისერტაციო ნაშრომში<sup>2</sup> ნაშრომში სქემა (იხ. ნახაზი 3), რომელიც ადსტურებს ზემოთქმულს.



ასევე, განსაკუთრებით აღსანიშნავია ბოლო პერიოდის მიგნებები ადამიანური რესურსებზე, როგორც კაპიტალზე. ავტორს<sup>3</sup> მოყავს ზოგიერთი რეალობა: განათლების ყველა საფეხურზე ადამიანური რესურსების განვითარება ხარისხის უზრუნველყოფისა და შედეგების გაუმჯობესების უმთავრესი წინაპირობაა; მნიშვნელოვანია პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარება. რეალობა გვიჩვენებს, რომ პროფესიონალი კადრები წარმოადგენს პრობლემას, რომელიც

<sup>2</sup> გოგიძე მ. პერსონალის მართვის გუნდური მიდგომის თავისებურებები ქართულ კომპანიებში (დისერტაცია). თბ. 2016

<sup>3</sup> მუჯირი ი. ადამიანური კაპიტალის ტრანსფორმაცია და ინოვაციური პროცესების აქტივიზაცია. (დისერტაცია). თბ. 2016

საქართველოში ატარებს სისტემურ-კომპლექსურ ხასიათს. ამასთან, ავტორი ყურადღებას ამახვილებს ადამიანური კაპიტალის მთავარი აქტივის განათლების (ცოდნის) კაპიტალზე, არსებული ცოდნის და ადამიანური კაპიტალის მართვის აუცილებლობაზე, ცოდნაში ინვესტიციების მართვისა და მონიტორინგის სისტემების დანერგვაზე. აღნიშნულია, რომ უნდა შემუშავდეს ადამიანური რესურსების ტრანსფორმაციის სტრატეგია, რომლის განუყოფელი ნაწილი იქნება სამკუთხედი: სახემწიფო - განათლების სისტემა (მეცნიერება) - ბიზნესი. ეს უზრუნველყოფს კონკურენტუნარიანი ადამიანური კაპიტალის დაგროვება-გამოყენებას და, შესაბამისად ინოვაციური პროცესების აქტივიზაციას.

ყოველივე ამის შესაბამისად, ადამიანური რესურსის მენეჯერის საქმიანობა მოიცავს შემდეგ ასპექტებს:

#### **დაგეგმვა**

- ადამიანური რესურსის სტრატეგიის შემუშავება;
- კადრების დაკომპლექტების დონეების მონიტორინგი;
- ორგანიზაციის დაგეგმვა.

#### **პერსონალის დაკომპლექტება**

- პროფესიონალ/ტექნიკურ მუშაკთა დაქირავება;
- ხელმძღვანელთა დაქირავება;
- სამტატო გადაადგილებები, ტრანსფერი.

#### **ტრენინგი და განვითარება**

- ტრენინგის საჭიროების განსაზღვრა;
- ტრენინგის ორგანიზაცია;
- კარიერული დაგეგმარება და განვითარება.

#### **მუშაობა და კომპენსაცია**

- სამუშაოს შესრულების შეფასება;
- კომპენსაცია;
- დახმარება;
- პროდუქტიულობის გაუმჯობესება.

პერსონალის მართვის მთავარი მიზანია ორგანიზაციაში დასაქმებულთა საქმიანობის ეფექტიანობის განმსაზღვრელი პირობების დადგენა. სტრატეგიული

თვალსაზრისით, ეს მიმართულება ითვალისწინებს თანამშრომელთა უნარებისა და მოტივაციების თანხვედრას სამუშაოს მოთხოვნებთან და ჯილდოებთან (ანაზრაურება, დაწინაურება, აღიარება და ა. შ).

**ადამიანური რესურსის მართვის მოდელი.** ადამიანური რესურსის მართვის პრობლემა არსებობს ყველა ტიპის ორგანიზაციაში და ყოველთვის განიხილება ორგანიზაციის კონტექსტში. ადამიანური რესურსის დაგეგმვის სისტემები მოიცავს რამდენიმე სპეციფიკურ ურთიერთდაკავშირებულ მოქმედებას:

- პერსონალის აღწერა, რომელიც იძლევა არსებული რესურსის (ცოდნა, უნარები, შესაძლებლობები, დაწინაურების პოტენციალი) შეფასების შესაძლებლობას;
- ადამიანური რესურსის მიწოდების და მოთხოვნების პროგნოზი, რომელიც საშუალებას გვაძლევს ვიწინასწარმეტყველოთ, რა ტიპის პერსონალზეა მოთხოვნა;
- სამოქმედო გეგმები\_საკადრო პოლიტიკა უზრუნველყოფს სამოქმედო გეგმის ოპერაციულ აზრს და მიმართულებას ბევრ სფეროში, მათ შორისაა, დაქირავება, ტრანსფერი, კარიერის მენეჯმენტი, შრომის შეფასება, კომპენსაცია და, რა თქმა უნდა, ტრენინგი და განვითარება;
- კონტროლისა და შეფასების პროცედურები, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანური რესურსის დაგეგმვის სისტემების უკუგებასა და მიღწეული მიზნების რეგულირებას.

ადამიანური რესურსის დაგეგმვის საბოლოო წარმატება დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე, უპირველეს ყოვლისა, ადამიანური რესურსის დაგეგმვის საერთო სტრატეგიულ მიზანთან ინტეგრაციაზე. სტრატეგიული დაგეგმვა არის ორგანიზაციული ამოცანების დასახვის და ამ ამოცანების გადასაჭრელი სამოქმედო გეგმის შედგენის პროცესი, რომელიც მოიცავს შემდეგ საკითხებს:

- კომპანიის ფილოსოფიის განსაზღვრა \_ რატომ არსებობს საქმე, რა უნიკალური დანიშნულება აქვს მას და ა.შ.
- კომპანიის იდენტურობის, საჭიროებისა და ამოცანების დებულების ფორმულირება;



- კომპანიის სუსტი და ძლიერი მხარეების განსაზღვრა. იმ ფაქტორების იდენტიფიკაცია, რომელიც ხელს შეუწყობს ან შეზღუდავს სამომავლო კურსის არჩევანს;

- ორგანიზაციის დიზაინის განსაზღვრა (სტრუქტურა, პროცესები, ურთიერთკავშირები);

- შერჩეული ამოცანების გადასაჭრელად შესატყვისი სტრატეგიის განვითარება;

- პროგრამების ფორმირება სტრატეგიის განხორციელებლად.

პერსონალის მართვის სტრატეგიის ორგანიზაციულ მიზნებთან და ორგანიზაციის მენეჯმენტთან ინტეგრაცია ორგანიზაციის მიზნების წარმატებით განხორციელების წინაპირობაა.

**შესაბამისობა კონკურენციის სტრატეგიებსა და საკადრო პოლიტიკას შორის.** კომპანია ბაზარზე უპირატესობის მოსაპოვებლად კონკურენციის სამი ძირითადი სტრატეგიიდან ირჩევს ერთ-ერთს:

- ფასის შემცირებას;
- ხარისხის გაუმჯობესებას;
- სიახლის დანერგვას.

სტრატეგიული მიზნების მქონე ორგანიზაციამ უნდა განსაზღვროს, პიროვნების რომელი მახასიათებელი და მართვის რომელი ხერხი უფრო მიესადაგება კომპანიის მიერ არჩეულ სტრატეგიას. შესაბამისად, თანამშრომლებში თანდათან უნდა დაამკვიდროს საჭირო და აღმოფხვრას უსარგებლო თვისებები.

კომპანიას, რომელიც მოქმედებს *ფასის შემცირების* სტრატეგიით, სჭირდება თანამშრომლები:

- რომელთა მოქმედებებიც განმეორებადი და წინასწარმეტყველებადია;
- ფოკუსირებულია უახლოეს შედეგებზე;
- ძირითადად მოქმედებენ ავტონომიურად;
- ორიენტირებული არიან პროდუქციის რაოდენობაზე და მხოლოდ შემდეგ

\_ ხარისხზე;

- თავს არიდებენ რისკს და არ ეძებენ მეტ პასუხისმგებლობას;

- დაინტერესებული არიან სამუშაოს სტაბილურობით და თავს არიდებენ ცვლილებებს;
- უნარები ვიწროდ ფოკუსირებულია;
- არ მოეთხოვებათ დიდი ფსიქოლოგიური ერთგულება სამუშაოს ან კომპანიის მიმართ.

**ხარისხის გაუმჯობესების სტრატეგია.** იმისათვის, რომ ხარისხიანად იმუშაონ, თანამშრომლები კარგად უნდა ერკვეოდნენ იმ პროცესში, რომლის საშუალებითაც კომპანია აწარმოებს პროდუქტს ან მომსახურებას. მათ უნდა ჰქონდეთ ზომიერი პასუხისმგებლობის სურვილი და კომპანიასთან ძლიერი ფსიქოლოგიური იდენტიფიკაცია.

**სიახლის დანერგვის სტრატეგია.** ორგანიზაციას, რომელიც ამ სტრატეგიას იყენებს, სჭირდება მოქნილი და შემოქმედებითი თანამშრომლები. ისინი ტოლერანტულები უნდა იყვნენ ორაზროვნებისა და გაურკვევლობის მიმართ. მათ უნდა შეეძლოთ რისკზე წასვლა და პასუხისმგებლობის აღება საკუთარ თავზე. ინოვაციის განხორციელებისათვის პერსონალს სჭირდება უნარ-ჩვევათა ფართო სპექტრი. ამოცანის სიახლე აიძულებს მათ, იმუშაონ ერთად და ერთმანეთზე დამოკიდებული იყვნენ.

წარმატების განმსაზღვრელი ადამიანური რესურსების გამოვლენა აუცილებელია. შეიძლება გამოვავლინოთ ის თანამშრომლები ან ჯგუფი, რომლებიც არიან გადამწყვეტი კომპანიის სტრატეგიული წარმატებისათვის. ეს ის ადამიანებია, რომელთა საქმიანობით ორგანიზაციამ მიაღწია წარმატებას წარსულში და მათ ირგვლივ თავმოყრილია კომპანიის ახლანდელი სტრუქტურები. ზოგიერთ კომპანიაში მთავარი ადამიანური რესურსი, რომელიც განსაზღვრავს მთლიანობაში კომპანიის სტრატეგიულ განვითარებას, იმყოფება დირექტორთა საბჭოში. სხვაგან ისინი შეიძლება მუშაობდნენ კვლევების ან ახალი პროდუქციის შემუშავების განყოფილებებში, რომლებიც ემსახურება კომპანიის შემდგომ განვითარებას. მარკეტინგის განყოფილების თანამშრომლები ან ოპერაციული მენეჯერები აგრეთვე შეიძლება იყვნენ კომპანიის საქმიანობის წარმატების განმსაზღვრელი ფაქტორები.

ჩვეულებრივ, არსებობს ერთი ან რამდენიმე მიზეზი, რომლის მიხედვითაც დარგში ლიდერი კომპანია აღწევს მაღალ წარმატებებს. ამ მიზეზებს ჰქვია –

წარმატების კრიტიკული ფაქტორები. ზოგიერთ კომპანიას ჰყავს მაღალკვალიფიციური პროგრამისტები ან მეცნიერ-მკვლევრები, რომლებიც ფლობენ უნიკალურ გამოცდილებას. ამ შემთხვევაში წარმატების კრიტიკული ფაქტორია ადამიანური რესურსები. სხვა ორგანიზაციებში წარმატების კრიტიკული ფაქტორი შეიძლება იყოს კომპანიის ხელსაყრელი ადგილმდებრეობა, ბრენდის იმიჯი, მაღალი რეპუტაცია, გაცემული პატენტი ან ლიცენზია, აგრეთვე თავისებური უნიკალური საწარმოო პროცესები ან ტექნოლოგია. კონკურენტული სტრატეგიის პირობებში ნებისმიერ ფასად დაცული უნდა იქნას კომპანიის წარმატების კრიტიკული ფაქტორები.

მენეჯმენტის მიზნების მიღწევის მთავარი პირობაა პროფესიონალიზმი, ორგანიზებულობა და ხელმძღვანელის კეთილსინდისიერება. პერსონალის, როგორც შემსრულებლების, მენეჯმენტის პრინციპებია:

- შემსრულებლობა (ზუსტად დროში, ხარისხი და დანახარჯები მოთხოვნების მიხედვით). ხელმძღვანელმა უნდა აკონტროლოს პროცესი და არა შედეგი;
- ინიციატივა ტექნოლოგიის სრულყოფაში, შრომის ორგანიზაციაში, ხარისხის ამაღლებაში, დანახარჯების შემცირებაში, ხელმძღვანელთან ერთად „ვიწრო ადგილების აღმოფხვრა“;
- ცხოვრების ჯანსაღი წესი, კეთილსინდისიერება, პატიოსნება;
- სამსახურებრივ წინსვლასა და პიროვნების ჰარმონიული განვითარებისაკენ მისწრაფება.

ადამიანების მართვას ახორციელებს მენეჯერი, რომელიც შემდეგ პრინციპებს ემყარება:

- თანამშრომლებისათვის საკუთარი თავის პატივისცემის გრძნობის შენარჩუნება. ჯერ უნდა შეაქო მუშაკი, ხოლო შემდეგ მისცე დავალება;
- ყურადღება პრობლემებს და არა პიროვნებებს;
- სასურველ მოქმედებებზე დადებითი რეაქციის შენარჩუნება. ადამიანის ქცევის ცვლილებაზე საჭიროა დროული რეაგირება;
- გამოხატული მოთხოვნების გათვალისწინება, თანამშრომლებთან მუდმივი კონტაქტი.

ამ პრინციპებზე დაყრდნობით მენეჯერმა უნდა მიაღწიოს თანამშრომლებთან სასურველ შედეგებს:

- იმათი აზრის გაგება, ვინც მითითებას საჭიროებს;
- კონსულტაციების გაწევა იმათთვის, ვინც ამას საჭიროებს;
- პირდაპირი მითითებების მიცემა მიზანდასახული მოქმედებისათვის;
- კატეგორიული ფორმით მითითება იმათ, ვინც არ ღებულობს დარიგებებსა და A რეკომენდაციებს;
- იმ პირთა დათხოვნა, რომელთა დაქვემდებარება შეუძლებელი ხდება და DA პირიქით – იმ თანამშრომლების წახალისება, ვინც უკეთ ასრულებს მითითებებს.

შრომითი მოტივაცია პერსონალის შრომითი მოტივაციისა და შრომითი კმაყოფილების ძირითადი პარამეტრების გათვალისწინების გარეშე შეუძლებელია ადამიანური რესურსის დაგეგმვა-განვითარების ოპტიმალური სტრატეგიის შემუშავება. მოლოდინებისა და რეალობის შესატყვისობა განსაზღვრავს შრომით კმაყოფილებას. ტერმინი – ძლიერად მოტივირებული მუშაკი – გულისხმობს ადამიანს, რომელიც ცდილობს კარგად შეასრულოს სამუშაო, აღიარებს ორგანიზაციის მიზნებს და მთელ ძალასა და მონდომებას მათ მისაღწევად მიმართავს. მოტივაცია მეტად კომპლექსურია.

არსებობს მოტივაციის განსხვავებული თეორიები, რომლებიც შეიძლება პირობითად ორ კატეგორიად დავყოთ – ე.წ. შინაარსობრივი თეორიები და პროცესუალური თეორიები. *შინაარსობრივი თეორიები* ეფუძნება იმ შინაგანი მოთხოვნილებების იდენტიფიკაციას, რომლებიც აიძულებს ადამიანს მოიქცეს ასე და არა სხვაგვარად. ამ თეორიებში აქცენტირებულია, თუ „რა“ ახდენს მომუშავეს მოტივირებას, ხოლო *პროცესუალური თეორიების* ინტერესის საგანია, თუ „როგორ“ გარდაიქმნება მოთხოვნილება სასურველ ქცევად.

### ***მოტივაცია.***

*შინაარსობრივი თეორიები.* მომუშავეები მუდმივად ადარებენ საკუთარ მოთხოვნილებებს მათი დაკმაყოფილების იმ დონეს, რომელსაც სურთ მიაღწიონ სამუშაოს მეშვეობით. მასლოუს მიხედვით ადამიანს აქვს ბაზისური მოთხოვნილებების ხუთი კატეგორია: 5. თვითაქტუალიზაციის მოთხოვნილება; 4.

ეგო-მოთხოვნილება; 3. სოციალური მოთხოვნილება; 2. უსაფრთხოების მოთხოვნილება; 1. ფიზიოლოგიური მოთხოვნილება.

ადამიანური რესურსის ექსპერტები მიუთითებენ, რომ აუცილებელია პერიოდულად პერსონალის შრომითი მოტივაციის შესწავლა, რათა მენეჯერი გაერკვეს, თუ რა აქტიური მოთხოვნილებები ამოდრავებთ მათ.

*პროცესუალური თეორიები.* პროცესუალური თეორიის მიხედვით, ადამიანის ქცევა აგრეთვე სიტუაციასთან დაკავშირებული აღქმებისა და მოლოდინის ფუნქციაა. დახარჯულ შრომასა და შედეგს შორის გარკვეული მიმართულების მოლოდინი არის შრომითი აქტივობის განმსაზღვრელი მნიშვნელოვანი ფაქტორი. თუ ადამიანი გრძნობს, რომ დახარჯულ შრომასა და შედეგს შორის არ არის შესატყვისობა, შრომითი მოტივაცია სუსტდება.

**ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი** - ადამიანთა წინაშე ამოცანების დასმა, მათი გადაწყვეტის მიზნით. თანამედროვე პირობებში, მისგან მოითხოვება ახალი თვისებები, სახელდობრ: საუბრის წარმართვის ხელოვნების ცოდნა, უფლებამოსილების გადაცემა, ადამიანებზე ზემოქმედება, მდგომარეობისა და სიტუაციის შეფასების ცოდნა, მიზნის განსაზღვრა და ა.შ. კარგ მენეჯერს უნდა შეეძლოს გამონახოს საერთო ენა ნებისმიერ ადამიანთან, იყოს თავაზიანი, სწრაფად რეაგირებდეს ცვლილებებზე, შესწევდეს სხვადასხვა სახის საქმიანობის უნარი. მენეჯერს უნდა შეეძლოს განსაზღვროს მართვის საკუთარი სტილი, განსაკუთრებით ხელმძღვანელობის – რაც განუყოფელი ნაწილია მისი პიროვნებისა. მენეჯერებზე მსჯელობენ არა იმით, თუ რას აწარმოებენ ისინი, არამედ იმით, თუ რამდენად შეუძლიათ მობილიზება გაუკეთონ თანამშრომლების ძალებს, საუკეთესო შედეგების მისაღწევად.

ყოველდღიური მოღვაწეობისას მენეჯერს უხდება განსხვავებულ ადამიანებთან ურთიერთობა: თავისი და სხვა განყოფილების თანამშრომლებთან, კოლეგებთან, უფროსებთან, მომხმარებლებთან და სხვა. სხვადასხვა ჯგუფთან მიდგომა განსხვავებულია, მაგრამ ყველა მათგანზე გადის ერთიანი ხაზი, რომელიც გასაზღვრავს ადამიანურ ურთიერთობებს: ნებისმიერ სამუშაოზე ურთიერთობა უნდა იყოს სასიამოვნო, მიმზიდველი და სამართლიანი. წინააღმდეგ შემთხვევაში ეს ურთიერთობა მიდის კონფლიქტამდე. ადამიანებთან ურთიერთობების ხელოვნება

არის მენეჯმენტის განუყოფელი ნაწილი; ის შეიძლება ისწავლოს, შეიძლება განავითაროს, მაგრამ ძირითადად ის უკვე ფორმირებულია ცხოვრების საწყის სტადიაზე. ამიტომ მენეჯერმა უნდა გაითვალისწინოს ადამიანებში დამკვიდრებული პოზიციები, იყოს ობიექტური, შეინარჩუნოს თავაზიანი ურთიერთობა. ძალიან მარტივია იმის დანახვა, რაც გინდა დაინახო; მთავარია ამავე დროს ის, თუ რას აკეთებენ სხვები ჩვენზე ყურებისას. ჩვენი ქცევა უშუალოდ ზემოქმედებს სხვების რეაქციაზე: ჩვენ ვიცინით - ისინიც იცინიან, ჩვენ ვბრაზდებით - ისინიც ბრაზდებიან.

მენეჯერს მოეთხოვება ეფექტიანი საქმიანობის მაქსიმიზირება, მაგალითად:

- მოუსმინოს და დაიმახსოვროს;
- გამოძებნოს საჭირო ინფორმაცია საუბრისას;
- შესთავაზოს ალტერნატივა;
- დაასაბუთოს თავისი უარი;
- ნათელი გახადოს კითხვის არსი;
- გააკეთოს შეაჯამება;
- შესთავაზოს გადაწყვეტილება და სხვა.

მენეჯერს მოეთხოვება დესტრუქციული ქცევის მინიმიზირება, არ მოეთხოვება:

- აჩვენოს თავისი გრძნობა შეუფერებელ დროს;
- ბევრის ან ცოტას ლაპარაკი;
- წუწუნა;
- ჩივილი;
- არ მოუსმინოს თანამოსაუბრეს;
- გამოვიდეს წყობიდან.

არც ერთ მენეჯერს არ შესწევს უნარი, რომ ყველა სამუშაოს მარტო გაუმკლავდეს. მენეჯმენტის ხელოვნება - ეს არის სამუშაოს ისეთი ორგანიზაცია, რომელიც იძლევა საშუალებას საუკეთესოდ იქნას გამოყენებული შესაძლებლობა და ცოდნა. ეს ნიშნავს, რომ სამუშაო უნდა გადანაწილდეს ხელქვეითებს, მომზადებულებსა და მის შემსრულებლებს შორის. უფლებამოსილების გადანაწილება არ ნიშნავს, რომ მენეჯერი უარს ამბობს ორგანიზაციაში სამუშაოს შესრულების პასუხისმგებლობაზე. სირთულე წარმოიშობა იმასთან დაკავშირებით, თუ რომელი სამუშაოს გადანაწილება უნდა მოხდეს. არის ტენდენცია მოსაწყენი და არასაინტერესო საქმის გადაბარებისა, მაგრამ

ეს მალე გახდება შესამჩნევი პერსონალისათვის. უფრო მისაღებია იმ ელემენტების გადაბარება, რომელსაც მენეჯერი თვლის რომ სხვა უკეთ გააკეთებს. ბევრი მენეჯერისათვის რთულია უფლებამოსილების გადაცემა, ამის სხვადასხვა მიზეზია:

- ხელქვეითები არაკომპეტენტურია ან არ არის მომზადებული;
- დაქვემდებარებული არ იმსახურებს ნდობას;
- მენეჯერს სიამოვნებს, როცა ბევრი სამუშაო აქვს;
- მენეჯერი თვლის, რომ მხოლოდ მას შეუძლია საუკეთესო შედეგების მიღწევა.

უფლებამოსილების დელეგირება მენეჯერის სიძლიერის ნიშანია. მენეჯერს მოეთხოვება:

- დარწმუნდეს, რომ ამოცანა ქვეშევრდომებისათვის გასაგებია;
- ქვეშევრდომს მიეცით აუცილებელი უფლებამოსილება ამოცანის

სრულყოფილად შესრულებისათვის;

- დანიშნეთ ის პასუხისმგებლად ამოცანის წარმატებით შესრულებისათვის;
- რჩევა მიეცით აუცილებლობის შემთხვევაში;
- დაჯილდოება წარმატების ადეკვატურად;
- შეცდომისათვის არ დასაჯოთ, გამოიყენეთ ეს შემთხვევა კვალიფიკაციის

ამაღლების საჭიროებისათვის.

## თავი II. ჯანდაცვის შრომითი რესურსები და სამედიცინო კადრები

### 2.1. შრომითი რესურსების კლასიფიკაცია ჯანდაცვაში და

#### სამედიცინო განათლების ისტორიული რაკურსი

მსოფლიოს უმსხვილეს და სწრაფად მზარდ ინდუსტრიას ჯანდაცვა წარმოადგენს. მთლიანი შიდა პროდუქტის საშუალოდ 10%-ს განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე ხარჯავენ. ჯანდაცვის სფერო შედგება 3 მიმართულებისგან: ჰოსპიტალური საქმიანობა; სამედიცინო და სტომატოლოგიური პრაქტიკული საქმიანობა; ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სხვა საქმიანობა.

ჯანდაცვა აერთიანებს ჯანდაცვის აღჭურვილობასა და მომსახურებას და ფარმაცევტულ, ბიოტექნოლოგიურ და ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ სიცოცხლის მეცნიერებებს.<sup>4</sup>

ჯანდაცვის არეალის კონკრეტული საზღვრების დადგენა რთულია.<sup>5</sup> ჯანდაცვის სექტორის ტერმინების განმარტებებთან დაკავშირებით უნდა შეიქმნას ერთიანი მიდგომა (WHO, 2007). შრომით რესურსებთან მიმართებაშიც ჯანდაცვა ნებისმიერ სხვა საზოგადოებრივ საქმიანობასთან შედარებით ყველაზე მასშტაბურია. მაგალითად ევროკავშირი ჯანდაცვაში ასაქამებს სამუშაო ძალის 9,7%-ს.<sup>6</sup>

ჯანდაცვის შრომითი რესურსების საქმიანობა მიმართულია ჯანმრთელობის აღდგენის, შენარჩუნებისა და განმტკიცებისაკენ. ჯანდაცვის შრომითი რესურსები მოიცავს სამედიცინო პერსონალს (ექიმები, ექთნები, ფარმაცევტები, ლაბორანტები) და ადმინისტრაციულ და დამხმარე პერსონალს (ფინანსისტები, მენეჯერები, მძღოლები, დამლაგებლები). პირველთა საქმიანობით უზრუნველყოფილია სამედიცინო მომსახურება, ხოლო მეორეთა გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის სისტემის გამართული ფუნქციონირება. ჯანმო-ს მონაცემებით მსოფლიოში ჯანდაცვის სექტორში მუშაობს 60 მილიონამდე ადამიანი, რომლის ორი მესამედი ჩართულია

<sup>4</sup> GICS ([http://www.msci.com/resources/factsheets/MSCI\\_Global\\_Industry\\_Classification\\_Standard.pdf](http://www.msci.com/resources/factsheets/MSCI_Global_Industry_Classification_Standard.pdf))

<sup>5</sup> WHO (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.

<sup>6</sup> EC (2002) Commission of the European Communities. Report from the Commission to the Council, the Economic and Social Committee and Committee of the Regions. Commission of the European Communities ([http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm))



უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების პროცესში, ერთი მესამედი კი ასრულებს ადმინისტრაციულ და დამხმარე ფუნქციას.<sup>7</sup>

განვითარებულ ქვეყნებში გამოიყენება შემდეგი საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკატორები:

- ✓ საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია (ISCO-08);
- ✓ ყველა სახის ეკონომიკური საქმიანობის საერთაშორისო სტანდარტული დარგობრივი კლასიფიკაცია (ISIC).

მოცემული საერთაშორისო კლასიფიკაციები ითვალისწინებენ პროფესიული საქმიანობის სახეს, განათლებისა და მომზადების სფეროს და განათლებისა და მომზადების დონეს.<sup>8</sup>

გაეროს მიერ 1997 წელს შემუშავებული განათლების საერთაშორისო სტანდარტული კლასიფიკაცია გამოიყენება ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განათლების შესახებ მონაცემთა სისტემატიზაციისთვის.<sup>9</sup> კლასიფიკატორის გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში სტრატეგიული დაგეგმვა, მონიტორინგი და შეფასება, ქმედითი პოლიტიკის შემუშავება და ეფექტური გადაწყვეტილებების მიღება. კლასიფიკატორში ასახულია განათლების ყველა ეტაპი ბავშვთა განათლებიდან არაფორმალური განათლების ჩათვლით.

ჯანმოს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შრომითი საქმიანობის კონცეფცია შედგება სამი ძირითადი ეტაპისაგან:<sup>10</sup>

- ✓ შრომითი საქმიანობის საწყისი ეტაპი - შრომითი ბაზრისთვის პერსონალის მომზადება და განვითარება, საბაზო განათლება და დიპლომის შემდგომი განათლება, დაგეგმვა, დაქირავება.

- ✓ პრაქტიკული საქმიანობა, რომელიც მოიცავს ისეთ საკითხებს როგორცაა: ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარება და პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება, კონტროლი, კომპენსაცია, სწავლა მთელი ცხოვრების მანძილზე.

<sup>7</sup> WHO (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.

<sup>8</sup> ISCO-International Standard Classification of Occupations (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco>); ISIC - International Standard Industrial Classification of All Economic Activities. (<http://unstats.un.org>)

<sup>9</sup> ISCED - International Standard Classification of Education (<http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/isced-2011-en.pdf>)

<sup>10</sup> WHO (2008). Handbook on Monitoring and Evaluation Human Resources for Health with special application for low and middle –income countries.(p.8

✓ შრომითი საქმიანობის დასრულების ეტაპი, რომელიც უკავშირდება ბუნებრივ კლებას, პენსიაზე გასვლას, მიგრაციას.

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ ფართო ინფორმაცია ხელმისაწვდომია მონაცემთა საერთაშორისო ბაზებში - ჯანმოს (ჯანდაცვის სამუშაო ძალის გლობალური ატლასი, მონაცემთა გლობალური ობსერვატორია) და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის სტატისტიკური ბაზები კი მათში უმსხვილესია.<sup>11</sup>

ჯანმოს ჯანდაცვის შრომითი რესურსების დეპარტამენტის მიერ 2008 წელს შემუშავებული იქნა ჯანდაცვის სამუშაო ძალის გლობალური ატლასი<sup>9</sup> მოპოვებული და დამუშავებული იქნა სტატისტიკური მონაცემები ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ ჯანმოს ყველა 193 წევრ ქვეყანაში. მონაცემები კლასიფიცირდა ცხრა კატეგორიის მიხედვით:

- ✓ ექიმები;
- ✓ საექთნო საქმისა და ბებია-ქალების პროფილის პერსონალი;
- ✓ სტომატოლოგიის პროფილის პერსონალი;
- ✓ ფარმაცევტები;
- ✓ ლაბორატორიის პერსონალი;
- ✓ გარემოს და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პერსონალი;
- ✓ თემის და ტრადიციული ჯანმრთელობის პერსონალი;
- ✓ ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტები;
- ✓ მენეჯმენტის და მხარდამჭერი სამსახურების სპეციალისტები.

დაჯგუფებული მონაცემები წარმოდგენილია საქმიანობის 18 ქვეკატეგორიის შესაბამისად ასაკის (0-29, 30-49, 50+ ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით) და სქესის მიხედვით, ასევე გეოგრაფიული განაწილების ნიშნის (ქალაქი/სოფელი) მითითებით.

ჯანმოს ანგარიშში “Working Together for Health”<sup>12</sup> წარმოდგენილია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების გლობალური სურათი სამი ძირითადი კატეგორიის მიხედვით: ჯანდაცვის საკადრო რესურსები (საერთო რაოდენობა და სიმჭიდროვე),

<sup>11</sup> WHO Global atlas of the health workforce, WHO Global Observatory, Organisation for economic cooperation and development. ([www.who.int](http://www.who.int));<http://stats.oecd.org>)

<sup>12</sup> WHO (2006). World Health Report 2006: working together for health

სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერები (საერთო რაოდენობა და სიმჭიდროვე) და ჯანდაცვის ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალი (საერთო რაოდენობა და სიმჭიდროვე).

ჯანმოს მონაცემები ნათელ წარმოდგენას გვიქმნის ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების კატეგორიების რაოდენობასა და მათ თანაფარდობაზე (ცხრილი №2)<sup>13</sup>.

აღნიშნული წყაროს მიხედვით მსოფლიოში ჯანდაცვის სექტორში მუშაობს 59,2 მილიონი ადამიანი, რომლის ორი მესამედი ჩართულია სამედიცინო მომსახურების პროცესში, დარჩენილი მესამედი კი ასრულებს ადმინისტრაციულ და დამხმარე ფუნქციას. ამასთანავე ცნობილია, რომ დასაქმებულთა 2/3 მუშაობს სახელმწიფო სექტორში, ხოლო 1/3 კერძო სექტორში.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> ნინო ჩიხლაძე ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების პოლიტიკის თავისებურებები ჯანდაცვაში (საქართველოს მაგალითი) (დისერტაცია). თბ. 2013

<sup>14</sup> WHO (2006). World Health Report 2006: working together for health.

*ცხრილი №2. ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების მაჩვენებლები გლობალურ  
კრილში*

ჯანმოს რეგიონი	ჯანდაცვის საკადრო რესურსები : რაოდენობ ა	ჯანდაცვის საკადრო რესურსები : სიმჭიდრო ვე 1000 ადამიანზე	სამედიცინო მომსახურები პროვაიდერებ ს : პროვაიდერებ ი: რაოდენობა ადამიანზე	სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერებ სიმჭიდროვე 1000 ადამიანზე	ჯანდაცვის ადმინისტრაც იული და დამხმარე პერსონალი: რაოდენობა	ჯანდაცვის ადმინისტრაცი ული და დამხმარე პერსონალი: სიმჭიდროვე 1000 ადამიანზე
აფრიკა	1 640 000	2,3	1 360 000	75,3	280 000	17,2
აღმოსავლეთ ხმელთაშუა ზღვისპირეთი	2 100 000	4,0	1 580 000	75,3	520 000	24,7
სამხრეთ- აღმოსავლეთა ზია	7 040 000	4,3	4 730 000	67,3	2 300 000	32,7
დასავლეთი არი ოკენისმხარე	10 070 000	5,8	7 810 000	77,5	2 260 000	22,5
ევროპა	16 630 000	18,9	11 540 000	69,4	5 090 000	30,6
ამერიკა	21 740 000	24,8	12 460 000	57,3	9 280 000	42,7
სულ	59 220 000	9,3	39 470 000	66,7	19 750 000	33,3

*წყარო: WHO (2006). World Health Report 2006: working together for health.*

ცხრილი №3. ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები, მსოფლიო, 2006 წელი.

	ექიმების რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	ექთნების რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	სტომატოლოგები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	ფარმაცევტები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	გარემო-საზოგადოებ. ჯანდაცვის სპეციალისტები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	თემის ჯანმრთ. მუშაკები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე 10000 მოსახლეზე	ფსიქიატრები რაოდენობა/ სიმჭიდროვე მოსახლეზე	10000
დიაპაზონი								
მინიმუმი	6/0,1	16/0,4	2/0,05	1/0,05	1/0,05	3/0,2	0/0	
საშუალო	10813/16,0	17075/33,0	1622/2,8	1145/3,1	80/0,6	1012/2,1	59/0,1	
მაქსიმუმი	1905436/	2927000/	227141/	578179/	19304/	1113331/	24758/4,1	
შემოსავლე-	67,2	318,3	40,0	19,4	20,0	13,8		
ბის დონის მიხედვით დაბალი	118517/2,1	289891/5,3	9930/0,2	15577/0,3	10550/0,3	X	X	
საშუალოზე დაბალი	1753937/7,8	3344332/15,1	218934/1,0	855989/4,3	X	89756/0,6	13021/0,21	
საშუალოზე მაღალი	3823552/17,1	5540923/26,1	502579/2,4	574426/2,8	X	1114741/8,3	55388/0,2	
მაღალი	2956101/27,7	7514104/70,8	496379/6,5	668290/8,8	X	X	X	

წყარო: WHO, 2006 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665>)

ჯანმოს უახლესი მონაცემების თანახმად მთელს მსოფლიოში ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 9,8 მლნ ადამიანს, ხოლო ექთნების რაოდენობა- 20,7 მლნ-ს (ცხრილი 4)<sup>15</sup>.

ცხრილი №4

ჯანდაცვის მუშაკთა რაოდენობრივი მაჩვენებლები მსოფლიოში 2013 (ფაქტიური) და 2030 (საპროგნოზო) წლებში (მილიონი კაცი)

სამუშაო ძალის დასახელება	2013	2030	ცვლილება %
--------------------------	------	------	------------

<sup>15</sup> „Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. ПРОЕКТ, апрель 2016 г“

ექიმები	9,8	13,8	40
ექთნები/ბებია ქალები	20,7	32,3	56
სხვა დანარჩენი კადრი	13,0	21,2	63
ჯამი	43,5	67,3	55

წყარო: ცხრილი შედგენილია ჩვენს მიერ „Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. ПРОЕКТ, апрель 2016 г“ -ის მიხედვით

მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, ჯანდაცვის მუშაკებზე მოთხოვნამ ჯამურად შეადგინა 48,4 მლნ ადამიანი, ხოლო 2030 წელს ეს მაჩვენებელი 80,2 მილიონს მიაღწევს<sup>16</sup>

მკვეთრი დისბალანსია ჯანდაცვაში დასაქმებული ადამიანების გეოგრაფიულ განაწილებაში. საერთო რაოდენობის 36,8% მუშაობს ამერიკაში, 28% - ევროპაში ხოლო 2,8% - აფრიკაში. გარდა სამედიცინო პერსონალისა, უთანაბრობა ანალოგიურად ვლინდება ჯანდაცვის ადმინისტრაციულ და დამხმარე პერსონალთან მიმართებაშიც: სამედიცინო პერსონალსა და ჯანდაცვის ადმინისტრაციულ და დამხმარე პერსონალთან თანაფარდობა ამერიკასა და ევროპაში შესაბამისად არის 1:1,3 და 1:2,3, ხოლო აფრიკაში -1:4,8. წარმოდგენილი მაჩვენებლები ადასტურებენ სამედიცინო კადრების მომზადებისა და სამედიცინო განათლების დეფიციტზე მსოფლიოს ამ რეგიონში.<sup>17</sup> აზიის მოსახლეობას, რომელიც მთელი მოსახლეობის 50%-ია ემსახურება ექიმების და ექთნების საერთო რაოდენობის 30%, ევროპისა და ჩრდ. ამერიკის მოსახლეობას, რომელიც მთელი მოსახლეობის 20%-ია ემსახურება ექიმებისა და ექთნების საერთო რაოდენობის 60%.

მონაცემთა საერთაშორისო ბაზებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ ასახული ინფორმაცია არასრულია. ჯანმოს მონაცემებით საქართველოში 2012 წელს 100000 მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 406-ია, ხოლო 2016 წელს 100000 მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი - კი 478,8-ია.

ჯანმოს პროგნოზული გათვლებით 2020 წელს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით

<sup>16</sup> [https://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy2030ru.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030ru.pdf)

<sup>17</sup> Human resources for Health: overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. WHO, 2004: 1-209

დამატებით საჭირო იქნება 2,3-2,4 მილიონი ექიმი, ექთანი და ბებია- ქალი.<sup>18</sup> ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში უნდა გამოვყოთ რამდენიმე სახის პრობლემა, ესაა: სამუშაო ძალის დეფიციტი, დისბალანსი გეოგრაფიულ და სპეციალობების ჭრილსა და სასურველ და ფაქტიურ პროფესიონალიზმსა და მოტივაციაში. საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ გლობალურ კონტექსტში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების სფეროში რამდენიმე სახის პრობლემა გამოყოფილი: სამუშაო ძალის დეფიციტი (განსაკუთრებით აფრიკის კონტინენტის განვითარებად ქვეყნებში), დისბალანსი (სპეციალობების განზომილებაში, გეოგრაფიულ ჭრილში და სხვა) და მნიშვნელოვანი სხვაობა სასურველ და არსებულ პროფესიონალიზმსა და მოტივაციაში.

**საქართველო.** საქართველოში ადამიანური რესურსების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მოპოვება შესაძლებელია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს,<sup>19</sup> დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის,<sup>20</sup> საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ოფიციალურ გვერდზე და გამოცემებში.<sup>21</sup>

**სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი დისბალანსის პრობლემა.** ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული ადამიანების რაოდენობით საქართველო სრულ ასიმეტრიაშია ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან, რადგან:

- თითქმის ორჯერ მეტი ექიმი ჰყავს საქართველოს ვიდრე საშუალო ევროპულ ქვეყანას, ანუ დაახლოებით 10,000 ექიმით მეტი;
- თითქმის ორჯერ ნაკლები ექთანი (საშუალო სამედიცინო პერსონალი), ანუ დაახლოებით 12,500-ით ნაკლები.
- თუ გავითვალისწინებთ, რომ განვითარებულ ქვეყნებში სამედიცინო დაწესებულების ხარჯის დაახლოებით 60-70% დასაქმებულთა ხელფასზე მოდის,

<sup>18</sup> WHO (2012). Action towards achieving a sustainable health workforce and strengthening health systems. Copenhagen, Denmark. Possible shortage of up to two million health care workers by 2020 – EU taking action to prevent impending crisis in providing health care. (<http://pr.euractiv.com/press-release/possible-shortage-two-million-health-care-workers-2020>)

<sup>19</sup> [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge)

<sup>20</sup> [www.ncdc.ge](http://www.ncdc.ge)

<sup>21</sup> [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge)

გამოდის, რომ ღარიბი საქართველო ჯანდაცვაში გაცილებით ძვირადღირებულ ადამიანურ რესურსს იყენებს (ნაცვლად ექთნებისა) და, შესაბამისად, ჯანდაცვის მომსახურებას მნიშვნელოვნად აძვირებს, რაც ფინანსურ ტვირთად მოსახლეობას აწვება.

ეს დისბალანსი კიდევ იმით მწვავედება, რომ არსებობს სექიმო სპეციალობები, სადაც საქართველოს ექიმი თითქმის არ ჰყავს და თუ ჰყავს მეტად არასაკმარისი რაოდენობით.

**სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული დისბალანსი.** ექიმების სიჭარბის გარდა სამედიცინო კადრი ქვეყანაში არათანაბრად არის გადანაწილებული:

- თბილისს, სადაც ქვეყნის მოსახლეობის მხოლოდ 30% ცხოვრობს, დაახლოებით 15,000 ექიმი ემსახურება. ქვეყნის მოსახლეობის დანარჩენ 70%-ს კი – მხოლოდ 8,000 ექიმი;
- თბილისს ექთნები არ სჭირდება, რადგან ორ ექიმზე ერთი ექთანი მოდის მაშინ, როცა ევროპაში ეს თანაფარდობა პირიქითაა და ორი ექთანი ეხმარება ერთ ექიმს, შესაბამისად ხარისხიც უკეთესია;
- არც სხვა რეგიონებში არის საქმე კარგად: მცხეთა-მთიანეთში ერთ ექიმზე ერთი ექთანია, ხოლო რაჭა-ლეჩხუმში და ქვემო სვანეთში ერთ ექიმს 1.48 ექთანი ეხმარება.

**ექიმების პროდუქტიულობა.** საქართველოში ექიმთა პროდუქტიულობაც დაბალია, ჰოსპიტალშიც და ამბულატორიაშიც. თუ საქართველოში საავადმყოფოს 1 ექიმი წელიწადში 42 პაციენტს იღებს, უნგრეთში ეს რიცხვი 104-ს და გერმანიაში 116-ს უთანაბრდება. ამბულატორიაში, საქართველოში ექიმი წელიწადში 1062 პაციენტს თუ იღებს, ლიტვაში ეს რიცხვი 5944-ს შეადგენს. სავარაუდოდ ექიმების დაბალი პროდუქტიულობა ექთნების დეფიციტითაც არის განპირობებული.

ჯანდაცვის სტატისტიკური მონაცემები მოიცავს ექიმების რაოდენობას, მათ რაოდენობას სპეციალობების მიხედვით, საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობას ასევე ცალკეული სპეციალობების მიხედვით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექიმი სპეციალისტების რაოდენობას.

საქართველოში ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ტენდენციების შესწავლისათვის გამოვიყენეთ სტატისტიკური ცნობარი “ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო-2017“, გამოცემული სტატისტიკური



ცნობარები, ასევე საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ გამოქვეყნებული მონაცემები.

საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ პირველ დეკადაში ქიმების რაოდენობა 26850-დან 21063-მდე შემცირდა, ხოლო მომდევნო დეკადის განმავლობაში ქიმების რაოდენობამ უმნიშვნელო ცვლილებები განიცადა. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით 2016 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 21162 ქიმი, ქიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლებმა 100000 მოსახლეზე შეადგინა 475,3.

საქართველო მოსახლეობის ქიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლით მსოფლიოს ლიდერ ქვეყნებს შორისაა. ტუმცა აღინისნება მკვეთრი გეოგრაფიული დისბალანსი. თბილისში მოსახლეობის ქიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ოთხჯერ მაღალია სამცხე-ჯავახეთის და 3,5-ჯერ მაღალია სამეგრელოს, ქვემო ქართლის და გურიის მოსახლეობის ქიმებით უზრუნველყოფით მაჩვენებელზე.

**ცხრილი №5. მოსახლეობის ქიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 2005 – 2016**

	ქიმიები		მათ შორის პრაქტიკოსი ქიმიები	
	სულ	უზრუნველყოფა 100000	სულ	უზრუნველყოფა 100000
2005	17438	399.8	16068	368.4
2006	17591	400.0	16207	368.5
2007	17629	401.7	16262	370.6
2008	17961	409.7	16571	378.0
2009	18591	421.5	17392	394.3
2010	19453	435.3	18227	409.3
2011	19514	435.3	18366	409.6
2012	21501	478.8	18235	406.1
2013	20474	456.3	18278	407.3
2014	21201	568.8	19270	517.0
2015	21312	573.3	20143	541.9
2016	<b>24745</b>	<b>665.3</b>	<b>24082</b>	<b>647.5</b>

*წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები.*

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების დაგეგმარების პროცესში გასათვალისწინებელია ქიმების პროპორციული განაწილება არა მხოლოდ გეოგრაფიული ნიშნით, არამედ სპეციალობების მიხედვითაც.

საქართველოში ქიმების რაოდენობის სიჭარბესთან ერთად იკვეთება ქიმ-სპეციალისტების სიჭარბე ზოგადი პრაქტიკის ქიმების დეფიციტის პარალელურად.

**ცხრილი #6. ექიმი-სპეციალისტები სპეციალიზაციის მიხედვით 2003-2016**

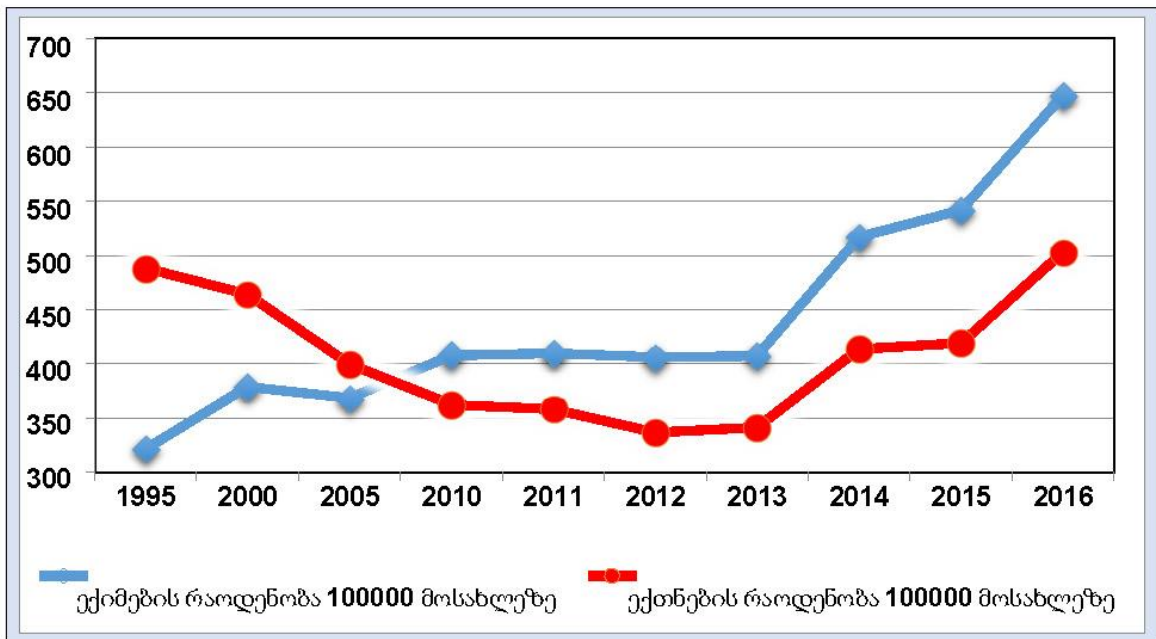
	ზოგადი პრაქტიკის ექიმები		პედიატრები		მეან-გინეკოლოგები		ფსიქიატრები		ქირურგიული პროფილის სპეციალობების	
	სულ	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	სულ	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	სულ	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	სულ	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე	სულ	უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
2003	2362	54.0	2247	51.4	1493	34.2	346	7.9	1429	32.7
2004	2439	55.8	2209	50.5	1458	33.4	337	7.7	1376	31.5
2005	2431	55.6	2107	48.2	1448	33.1	300	6.9	1328	30.4
2006	2198	50.0	2071	47.1	1429	32.5	307	7.0	1336	30.4
2007	2352	53.6	1945	44.3	1414	32.2	281	6.4	1337	30.5
2008	2408	54.9	1858	42.4	1462	33.4	278	6.3	1382	31.5
2009	2977	67.5	1579	35.8	1467	33.3	294	6.7	1504	34.1
2010	3146	70.7	1560	35.0	1499	33.7	291	6.5	1559	35.0
2011	3273	73.0	1473	32.9	1434	32.0	258	5.8	1581	35.3
2012	4172	92.9	1428	31.8	1453	32.4	283	6.3	1759	39.2
2013	3964	88.3	1444	32.2	1561	34.8	393	8.8	1953	43.5
2014	4757	127.6	1367	36.7	1659	44.5	391	10.5	2118	56.8
2015	5142	138.3	1186	21.5	1775	47.8	367	9.9	1974	53.1
2016	6775	182.2	1333	35.8	1874	50.4	471	12.7	2565	69.0

*წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები.*

ჯანმოს მიერ რეკომენდებულია ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობა 1:4-თან. დანიასა და ნორვეგიაში ეს თანაფარდობა შესაბამისად 1:5.6 და 1:4.7-ზეა (NCDC, 2010). საქართველოში კი სამწუხაროდ პრაქტიკულად უცვლელია და 1:1-თან რჩება.

ექთნების რაოდენობა განსხვავდება საქართველოს რეგიონების მიხედვით. ექთნების ყველაზე დიდი რაოდენობა და მოსახლეობის ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ტრადიციულად ყველაზე მაღალია თბილისში (7,0) და ყველაზე დაბალია სამეგრელოში. ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობაც შესაბამისად განსხვავდება რეგიონების მიხედვით. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით 2016 წელს საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფის მაჩვენებლებმა 1000 მოსახლეზე შეადგინა 4,3 და 1,2.

ნახაზი. 2. მოსახლეობის პროფესიულად აქტიური ექიმებით და ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“;

საქართველოში 10000 მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის, ევროკავშირის და დსთ-ს ქვეყნების ექიმებით უზრუნველყოფის საშუალო მაჩვენებლებს. სპეციალისტთა უხვი რაოდენობა კი იწვევს ექიმების დაბალ ნაკლებ დატვირთვას, რაც უარყოფითად აისახება ექიმებისა და ექთნების კვალიფიკაციაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურ ფუნქციონირებაზე. ამდენად, ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების რაოდენობრივი და გეოგრაფიული დისბალანსი, ექიმების სიჭარბე და დაბალპროდუქტიულობა, ექთნების ნაკლებობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე უარყოფითად მოქმედი ფაქტორებია.

## 2.2. სამედიცინო განათლებისა და სამედიცინო კადრების მომზადების თანამედროვე ტენდენციები

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარება ქვეყნის საგანმანათლებლო პოლიტიკასთან მჭიდრო კავშირშია. გლობალური მასშტაბით უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების სისტემატიზაციის პირველი მცდელობა წარმატებით 1953 წელს დასრულდა სამედიცინო სკოლების მსოფლიო დირექტორიის შექმნით. 2000 წლიდან მონაცემები მოქცეული იქნა მონაცემთა ელექტრონული მართვის ბაზაში.

დამოუკიდებელი ინიციატივა “ჯანდაცვის პროფესიონალთა განათლების კომისია 21-ე საუკუნისთვის“ ჩამოყალიბდა 2010 წლის იანვარში. მოძრაობაში ჩაერთო მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის წარმომადგენლები, სულ 20 აკადემიური სფეროს ექსპერტი. კომისიამ იმუშავა სამედიცინო განათლების საკითხებზე ერთი წლის განმავლობაში - მსოფლიოში სამედიცინო სკოლების, კურსდამთავრებულთა და ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესახებ.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Joint Learning Initiative. J.The Lancet, Volume 376, Issue 9756, Pages 1923 - 1958, 4 December 2010 Joint Learning Initiative. J.The Lancet, Volume 376, Issue 9756, Pages 1923 - 1958, 4 December 2010

ცხრილი#7 სამედიცინო სკოლები, კურსდამთავრებულების რაოდენობა და  
 ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები, მსოფლიო, 2006 წ.<sup>23</sup>

	მოსახლეობა	სამედიცინო სკოლები	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლები	კურსდამთ. ექიმები	კურსდამთ. ექთნები/ბებიქალები	ექიმები	ექთნები
აზია							
ჩინეთი	1371	188	72	175	29	1861	1259
ინდოეთი	1230	300	4	30	36	646	1372
სხვა	1075	241	33	18	55	494	1300
ცენტრალური აზია	82	51	2	6	15	235	603
წყნარი ოკეანის ქვეყნები (მაღალი	227	168	26	10	56	409	1543
სულ	3985	948	137	239	191	3645	6077
ევროპა							
ცენტრალური	122	64	19	8	28	281	670
აღმოსავლეთ	212	100	15	22	48	840	1798
დასავლეთი	435	282	52	42	119	1350	3379
სულ	769	446	86	72	195	2471	5847
ამერიკა							
ჩრდილოეთი	361	173	65	19	74	793	2997
ლათინური ამერიკა/კარიბის ზღვის ქვეყნები	602	513	82	35	33	827	1099

<sup>23</sup> ნინო ჩიხლაძე ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების პოლიტიკის თავისებურებები ჯანდაცვაში (საქართველოს მაგალითი) (დისერტაცია). თბ. 2013

სულ	963	686	147	54	107	1620	4096
აფრიკა							
ჩრდილოეთ და შუადა აღმოსავლეთი ნაწილი	450	206	46	17	22	540	925
სუბ-საჰარა	868	134	51	6	26	125	739
სულ	1318	340	97	23	48	665	1664
მსოფლიო	7036	2420	467	389	541	8401	17681

წყარო: Joint Learning Initiative (2006)

წარმოდგენილი მონაცემების თანახმად 2006 წლისათვის მსოფლიოში 2420 სამედიცინო სკოლა ფუნქციონირებდა<sup>24</sup>, რომელიც ყოველწლიურად საშუალოდ 389 ათას კურსდამთავრებულ ექიმს და 541 ათას ექთანს ამზადებს, მათ შორის სკოლების 39% არის აზიაში, 28% - ამერიკაში, 19% - ევროპაში და 14% - აფრიკაში, შესაბამისად კურსდამთავრებულ ექიმთა ყველაზე დიდი რაოდენობა (61%) არის აზიაში, კურსდამთავრებულ ექიმთა 19% არის ევროპაში, ხოლო 14% და 6% შესაბამისად ამერიკასა და აფრიკაში. კურსდამთავრებული ექთნების რაოდენობით ლიდერობს ევროპა (36%) და აზია (35%), კურსდამთავრებული ექთნების 19% არის ამერიკაში, ხოლო 8%- აფრიკაში.

საქართველოში სამედიცინო განათლების სფეროში ოფიციალური სტატისტიკა არ არსებობს. არსებობს ფრაგმენტული მონაცემები ჯანმოს საერთაშორისო ბაზებში, სხვადასხვა ოფიციალურ გამოცემებსა და ექსპერტების პუბლიკაციებში.<sup>25</sup> დამოუკიდებლობის მოპოვებამდე საქართველოში სამედიცინო პროფილის მხოლოდ ერთი უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება (სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი) იყო, რომელიც ყოველწლიურად 600-800 კურსდამთავრებულ ექიმს

<sup>24</sup> ნინო ჩიხლაძე ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების პოლიტიკის თავისებურებები ჯანდაცვაში (საქართველოს მაგალითი) (დისერტაცია). თბ. 2013

<sup>25</sup> Chanturidze T. et al.(2009). Health System in transitions.WHO, Vol.11, №8.Gamkrelidze A., Atun R., Gotsadze G. and MacLehose L.(2002) Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. 4(2): 1-72

უშვებდა შრომით ბაზარზე.<sup>26</sup> ჯანმოს მონაცემების თანახმად, 1980 წელს საქართველოში კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე შეადგენდა 30,09-ს, რაც თითქმის ორჯერ მეტი იყო საბჭოთა კავშირის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით, ხოლო 1988 წელს კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე შეადგენდა 52,52-ს.<sup>27</sup> 1992 წელს მაჩვენებელი შემცირდა 37,03-მდე.

1995 წლიდან საქართველოში იმატა კერძო უმაღლესი სასწავლებლების რიცხვმა. 2004 წელს საგანმანათლებლო ინსტიტუციების რიცხვმა, რომლებშიც სამედიცინო პროგრამები მოქმედებდა, 73-ს მიაღწია. თუმცა აკრედიტაციის პროცესის შედეგად 2006 წელს მათი რაოდენობა თითქმის 2-ჯერ შემცირდა და 34 გახდა. საქართველოში ექიმების საჭიროება ევროპულ მაჩვენებელთან მიახლოებით 350 ექიმითა და 1400 ექთნით განისაზღვრა. რეკომენდაციების თანახმა, ამისათვის საქართველოს სრულიად დააკმაყოფილებს 2 უმაღლესი სამედიცინო სკოლა. საქართველოს სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამებით დაინტერესდნენ უცხო ქვეყნის მოქალაქეებიც (ინდოეთი, პაკისტანი, ერაყი, აზერბაიჯანი, ირანი და სხვა).

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების დოკუმენტში<sup>28</sup> დაფიქსირებულია 100000 მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის არსებული მაჩვენებელი 454,0, 2015 წლისათვის სამიზნე მაჩვენებლად განისაზღვრა 305,0. 100000 მოსახლეზე ექთნებით უზრუნველყოფის არსებული მაჩვენებელია 440,0, 2016 წლისათვის სამიზნე მაჩვენებლად განისაზღვრა 610,0. 100000 მოსახლეზე პედიატრებით და მეან-გინეკოლოგებით უზრუნველყოფის არსებული მაჩვენებელია შესაბამისად 45,0/31,0. 2016 წლისათვის სამიზნე მაჩვენებლად შესაბამისად განისაზღვრა 29,0/25,0, პირველადი ჯანდაცვის რგოლისათვის არსებული მაჩვენებელია 24,0, ხოლო სამიზნედ განისაზღვრა-50,0. როგორც დასახული მიზნებიდან ჩანს, 2009 წლიდან უკვე უნდა დაწყებულიყო სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევისათვის გარკვეული მოსამზადებელი სამუშაოების ჩატარება, სამინისტროების ერთობლივი სამუშაო ჯგუფების ჩამოყალიბების მცდელობა და

<sup>26</sup> Chanturidze T. et al.(2009). Health System in transitions.WHO, Vol.11, №8.

<sup>27</sup> <http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>28</sup> <http://data.euro.who.int/hfad/>

სტრატეგიული გეგმის შემუშავება, თუმცა არსებული მდგომარეობა არ შეცვლილა და არსებული ტენდენციებიც კვლავ უცვლელი დარჩა.

პროფესიონალიზმი ყველაზე მნიშვნელოვანია ექიმის პროფესიული საქმიანობის პერიოდში. მისი ათვისება ხდება საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სწავლის პერიოდში, სადაც სტუდენტები იძენენ კლინიკური საქმიანობისათვის აუცილებელ უნარ-ჩვევებს და დამოკიდებულებებს, თავისი მოვალეობებითა და უფლებებით. მიუხედავად იმისა, რომ პროფესიონალიზმის განსაზღვრების ჩამოყალიბება მრავალი სამედიცინო ორგანიზაციის საქმიანობის მიზანია, დღემდე არ არსებობს პროფესიონალიზმის ერთიანი, უნივერსალური კონცეფცია. სამედიცინო პროფესიონალიზმი ექიმის უნარია შეესაბამებოდეს პაციენტის მოლოდინს, რაც საჭიროა კომპეტენტური სამედიცინო საქმიანობისთვის. აშშ-ში სამედიცინო სკოლების მიმართ წაყენებულ სააკრედიტაციო მოთხოვნებს დაემატა პროფესიონალიზმთან დაკავშირებული სტანდარტი, რისი მიზეზიც კვლევის შედეგები გახდა, რომლის მიხედვითაც ექიმთა ნაწილმა ვერ უპასუხა პროფესიონალიზმის მიმართ თანამედროვეობის მიერ წაყენებულ მოთხოვნებს.

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტური განვითარების პროცესში მედიცინის სწავლების საგანმანათლებლო გარემოს განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიენიჭა. დადასტურებული იქნა, რომ საგანმანათლებლო გარემო ზეგავლენას ახდენს სასწავლო მიზნების მიღწევაზე, სტუდენტების მოტივაციის ამაღლებასა და მაღალი პროფესიონალიზმის ჩამოყალიბებაზე.

საგანმანათლებლო გარემო გულისხმობს, არა მხოლოდ სასწავლო გარემოს, არამედ პროცესებს, რომლებიც უკავშირდება სასწავლო დეპარტამენტებს, აკადემიურ პერსონალს, ზოგადად საუნივერსიტეტო განზომილებას და რომლებიც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავენ სწავლების ხარისხის ამაღლებას და საბაზო სამედიცინო განათლების წარმატებას სამედიცინო განათლების საგანმანათლებლო გარემოს ხარისხის ინდიკატორებად სხვადასხვა მაჩვენებლები გამოიყენება: სწავლის შედეგებზე სტუდენტთა პასუხისმგებლობა, ქალი სტუდენტების რაოდენობა, აკადემიური ავტონომიის პოლიტიკის არსებობა, საგანმანათლებლო პროგრამებში ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, სოციალური მედიცინის სასწავლო კურსების არსებობა, სტუდენტთა



სამეცნიერო კვლევებში მონაწილეობა, ანალოგიური ტიპის სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან თანამშრომლობა, აკადემიური პერსონალის და სტუდენტების მიერ სასწავლო გარემოს და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეფასება და სხვა. თანამედროვე ეტაპზე ეს პროცესი წარმატებით იქნა დასრულებული სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის მიერ (WFME).

2006 წელს სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციამ გამოაქვეყნა საერთაშორისო სტანდარტების ტრილოგია («საბაზო სამედიცინო განათლება; დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება; ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განათლება»), რომელსაც 2012 წელს დაემატა WFME, ORPHEUS და AMSE-ს ერთობლივი ნაშრომი «ბიომედიცინასა და ჯანმრთელობის მეცნიერებებში სადოქტორო განათლების სტანდარტები ევროპაში». საბაზო სამედიცინო განათლების სტანდარტების დოკუმენტი გადათარგმნილია და აპრობირებულია პილოტურ კვლევებში ათეულ ქვეყანაში და ის უკვე გავლენას ახდენს სამედიცინო განათლების ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის ეროვნულ და რეგიონალურ სისტემებზე. საგანმანათლებლო გარემოს შეფასების კვლევის შედეგები საფუძვლად ედება სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ სტრატეგიებს, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტიან განვითარებას.

საგანმანათლებლო გარემოს შეფასების კვლევის შედეგები საფუძვლად ედება სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ სტრატეგიებს, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების ეფექტიან განვითარებას.

საქართველოს პარლამენტის მიერ შემუშავებულ სტრატეგიულ ხედვაში „ჯანდაცვა 2030“ აღნიშნულია სამედიცინო კადრების პრობლემები: კვალიფიციური ადამიანური რესურსის ნაკლებობა და არათანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება; ექთნების და ზოგადი პროფილის ექიმების ნაკლებობა; ზოგ საექიმო სპეციალობებში კადრების დაბერების ტენდენცია; სამედიცინო პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაცია. მკვეთრი დისბალანსია ადამიანური რესურსის წარმოებასა და მოთხოვნას შორის. ასევე, ქმედითი არ არის არსებული უწყვეტი პროფესიული განვითარების (უპგ) სისტემა, რომელიც ვერ აძლევს სამედიცინო პერსონალს

ადეკვატური თეორიული ცოდნისა თუ კლინიკური უნარ-ჩვევების განვითარების შესაძლებლობას, რაც კიდევ უფრო ამწვავებს ადამიანური რესურსის პრობლემას<sup>29</sup>.

მოსახლეობის ექიმებით და ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები წარმოდგენილია დიაგრამაზე (იხ. ნახაზი #2). საქართველოში 2006 წლიდან აღინიშნება ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის ზრდა, ამასთან საქართველოს მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის, ევროკავშირის და დსთ ქვეყნების მაჩვენებლებს. ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები საქართველოში 1998 წლიდან კლების ტენდენციით ხასიათდება და უკანასკნელ წლებში ზრდის მიუხედავად, მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროპის რეგიონის, ევროკავშირის და დსთ ქვეყნების მაჩვენებლებს.

ასევე, საქართველოში კლების დინამიკით ხასიათდება ექთნების რაოდენობის ექიმების რაოდენობასთან შეფარდება უკანასკნელი წლების განმავლობაში. ევროპის რეგიონის 53 ქვეყანას შორის საქართველო ფარდობითი მაჩვენებლით 0.8 ბოლოსწინა ადგილს იკავებს (ბოლო ადგილზეა საბერძნეთი), 100000 მოსახლეზე ექიმთა რაოდენობის თვლასაზრისით მესამე ადგილზეა 517. 0 მაჩვენებლით (სან-მარინოსა და საბერძნეთის შემდეგ), ხოლო ექთნების რაოდენობით კი ასევე ბოლოდან მესამე ადგილზეა და 413. 6 შეადგენს (ბოლო ადგილზეა თურქეთი - 251.9 და ბოლოს წინა ადგილზე საბერძნეთ 344)<sup>30</sup>.

მნიშვნელოვანია შემდეგი ფაქტები: რომ საქართველოში 75 ქვეყნის უმაღლესი სასწავლებლიდან 25 ეწევა საქმიანობას ჯანდაცვის განათლების მიმართულებით, მათგან 15 ინსტიტუტი უზრუნველყოფს დიპლომირებული მედიკოსების 6 წლიან საგანმანათლებლო პროგრამებს, 5 გვთავაზობს საბაკალვრო პროგრამებს პარამედიკოსებისათვის, ხოლო 20 კი პროფესიულ პროგრამებს. კურაციოს ჯანდაცვის ბარომეტრის მიხედვით, 2016 წელს 684 სტუდენტმა დაამთავრა პარამედიკოსთა საგანმანათლებლო პროგრამა. აღსანიშნავია, რომ 100000 მაცხოვრებელზე

---

<sup>29</sup> T.Koblianidze, L. Kochlamazashvili, T. Chakhunashvili. *Healthcare System and Problems of Medical Personnel in Georgia. Ovidius University Annals. Economic Sciences Series. Volume XVIII; Issue 1/2018; p.22-28*

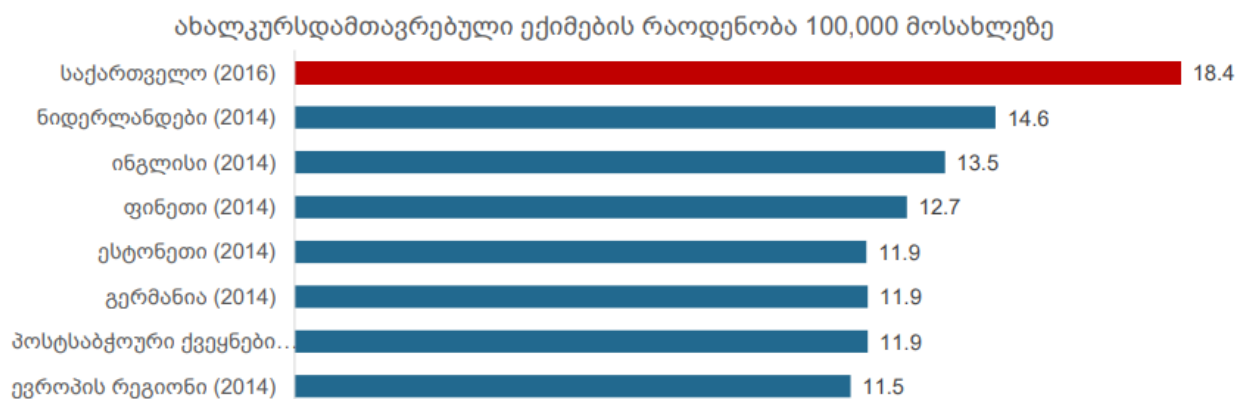
<sup>30</sup> .Koblianidze, L. Kochlamazashvili, T. Chakhunashvili.

დიპლომირებული მედიკოსების რაოდენობით საქართველო ორჯერ აჭარბებს ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნების მაჩვენებლებს.<sup>31</sup>

ქვემოთ მოცემულია საქართველოს უმაღლესი სასწავლებლების მიერ საექიმო კადრების მომზადებისა და გამოშვების სტატისტიკური მონაცემები ქვეყნების მიხედვით<sup>32</sup>

ნახაზი

### საპედიცინო კადრის მომზადება: ექიმები



წყარო: ჯანმოს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

დიპლომირებული მედიკოსის პროგრამა 2016 წელს დაამთავრა 684-მა ქართველმა სტუდენტმა 100,000 მოსახლეზე ახალი კურსდამთავრებული ექიმების რაოდენობა 2-ჯერ აღემატება ევროპის და დსთ-ის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს.

საექთნო საქმის საბაკალავრო პროგრამა 2016 წელს დაამთავრა 23-მა ქართველმა სტუდენტმა.\* გრაფიკზე არ არის გამოტანილი პროფესიული კოლეჯების კურსდამთავრებულთა რაოდენობა, მონაცემებთან წვდომის არქონის გამო.

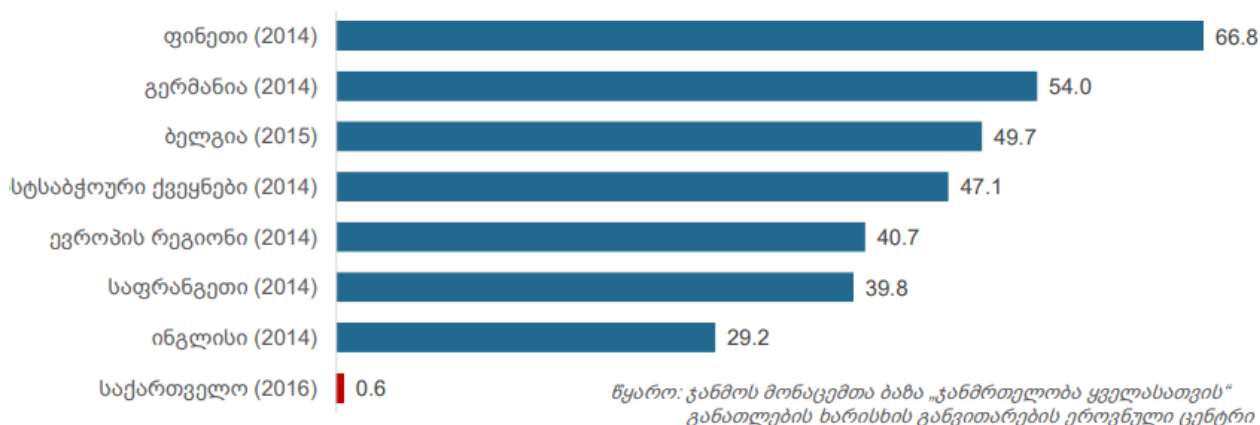
შემდეგ ნახაზზე მოცემულია უკვე საექთნო კადრების მომზადების სტატისტიკური მაჩვენებლები ქვეყნების მიხედვით<sup>33</sup>

<sup>31</sup> <http://cbw.ge>

<sup>32</sup> ჯანმოს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

## საქმიანობის კადრის მომზადება: ექთნები

ახალკურსდამთავრებული ექთნების რაოდენობა\* 100,000 მოსახლეზე (2016)



პარლამენტის მიერ ევროკავშირთან ერთად შემუშავებულ იქნა სტრატეგიულ ხედვა „ჯანდაცვა 2030“ და რიგი ღონისძიებათა კომპლექსი, რომელიც დანერგავს „საჭიროებათა შეფასების“ ინსტრუმენტებს, დააბალანსებს ექიმებისა და ექთნების რაოდენობას; ხელს შეუწყობს საექთნო განათლებას (სახელმწიფო სუბსიდირება/სტიმულირება; საექთნო პერსონალის დეფიციტიდან გამომდინარე, გარდამავალ ეტაპზე ექთანთა გადამზადების სისტემის ხელშეწყობა; საექთნო ბაკალავრიატის, მაგისტრატურისა და საექთნო მეცნიერების განვითარების ხელშეწყობა; საექთნო საქმის რეგულირების ინსტრუმენტის შემუშავება და დანერგვა; ექთნების რეგისტრაციის/სერტიფიცირების პროცესის ეტაპობრივი შემოღება; ექთანთა უმაღლესი პროფგანათლების ფორმალიზებული სისტემის ამოქმედება და მისი მდგრადობის ხელშეწყობა). სტრატეგიულ ხედვაში გათვალისწინებულია, ასევე, დარგობრივ პროფესიულ ორგანიზაციებთან მჭიდრო თანამშრომლობით ექიმების სერტიფიცირების მექანიზმების გაუმჯობესება, ექიმთა უპკ სისტემის ეტაპობრივი სრულყოფა, მოტივაციის ქმედითი მექანიზმების შემუშავება და სხ.

<sup>33</sup> ჯანმოს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი

ცხრილში 8 მოყვანილია სამედიცინო კადრებთან მიმართებაში პარლამენტის მიერ შემუშავებული სტრატეგიული ხედვის კომპლექსური სამოქმედო გეგმის სამიზნე მაჩვენებლები.

ცხრილი 8

სტრატეგიული ხედვის სამიზნე მაჩვენებლები ადამიანური რესურსების თვალსაზრისით

სამიზნე მაჩვენებლები:

ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
ექიმთა და ექთანთა თანაფარდობა	1:0.7 (2016)	1:2 (SDG 3. გ.)
პჯდ-ში მიმართვების შეფარდება პჯდ-ის ექიმების რაოდენობასთან (დღეში)	3.8 (2014)	12
პოსპიტალიზაციის რაოდენობის შეფარდება პოსპიტალური ქსელის ექიმთა რაოდენობასთან (წელიწადში)	42 (2014)	80
სასწავლო დანესებულებებში დიპლომირებული მედიკოსისა და საექთნო პროგრამებზე მიღებული აბიტურიენტების თანაფარდობა	6:1 (2012)	1:2

საექიმო სპეციალობათა ხვედრითი წილი, რომლებშიც სასერტიფიკაციო გამოცდები განახლებული ინსტრუმენტების გამოყენებით მიმდინარეობს		80%
სისტემაში დასაქმებულ ექთანთა ხვედრითი წილი, რომელთაც გავლილი აქვთ რეგისტრაცია/სერტიფიცირება	0%	50%
სისტემაში დასაქმებულ ექიმთა ხვედრითი წილი, რომლებიც მონაწილეობენ უკვ სისტემაში	N/A	60%

წყარო: საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის. საქართველოს პარლამენტი. თბ. 2017

### თავი III. საკადრო პოლიტიკა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში

#### 3.1. საკადრო პოლიტიკა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტებში

პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი რგოლია, რადგანაც პირველად ამ ეტაპზე ხდება ადამიანის პირველადი კონტაქტი ჯანდაცვის

სისტემასთან. ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის (მენეჯერები, ექიმები, ექთნები და ა.შ.) კვალიფიკაციის დონეს. ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკის განსაზღვრისას სამედიცინო პერსონალის გარდა, მნიშვნელოვანია არასამედიცინო პერსონალის, მ.შ. მენეჯერების, ფარმაცევტების, სოციალური მუშაკების და ა.შ. საჭირო რაოდენობის განსაზღვრა და პროფესიული კომპეტენციების შესაბამისად სასწავლო პროგრამების შემუშავება. სამართლებრივი აღიარება და მათი პროფესიული კომპეტენციების საზღვრების დადგენა. არასამედიცინო პერსონალისთვის უნდა შემუშავდეს სასწავლო პროგრამები და გეგმები.

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული არამხოლოდ საკადრო, ფინანსური და მატერიალური რესურსების რაციონალურ გამოყენებაზე, არამედ ჯანდაცვის სფეროში არსებულ საინფორმაციო რესურსებზეც. ჯანდაცვის დაწესებულების ხელმძღვანელებს მეცნიერული, ორგანიზაციული და ეკონომიური ხასიათის ინფორმაცია სჭირდებათ დაწესებულების მიმდინარე და სამომავლო საქმიანობის დაგეგმვისათვის, პრაქტიკულ საქმიანობაში მედიცინის თანამედროვე მიღწევების და გამოცდილების დასანერგავად, დაწესებულების საქმიანობის ეფექტურად ორგანიზებისათვის.

პირველადი ჯანდაცვა ითვალისწინებს ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებას საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს შესაფერისი კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის მიერ. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი არის ოჯახის ექიმი, რომლის მოვალეობაა ამოიწოს და მართოს მოსახლეობის ბაზისური სამედიცინო საჭიროებების უდიდესი ნაწილი.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება სახელმწიფო პრიორიტეტად არის გაცხადებული 2014 წელს მიღებული მთავრობის დადგენილების მიხედვით 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, სადაც მითითებულია, რომ „პირველადი ჯანდაცვისა და სხვადასხვა პრევენციული მომსახურების მიმართულებით განხორციელდება მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილობის კუთხით ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებების პირველადი, მეორეული და მესამეული

პრევენცია და შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.“

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალისათვის რეალური და განხორციელებადი სამოქმედო გეგმის შემუშავება, რომელიც გააუმჯობესებს მოსახლეობის მოცვას, უზრუნველყოფს მაღალი რისკის პირთა იდენტიფიკაციას და მათთვის სათანადო ყურადღებას და ამასთან ადვილი იქნება სამართავად. ისეთი სისტემის ჩამოყალიბებას მოითხოვს, რომელიც გამოავლენს სამიზნე პოპულაციას, განსაზღვრავს მის სამედიცინო საჭიროებებს, ამ საჭიროებების შესაფერისად დასახავს პრიორიტეტებს და შემდეგ შეარჩევს პერსონალს, რომელიც ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებას უზრუნველყოფს. ამ სისტემის ცენტრალური ორგანო ინფორმაციაა. ეს ინფორმაცია იმდენად ადეკვატური უნდა იყოს, რომ თქვენ და თქვენს კოლეგებს მუდმივად შეგეძლოთ საჭიროებების შეფასება, სამოქმედო გეგმების ადაპტირება გამოვლენილი საჭიროებების შესაფერისად, საჭიროებების ხელახალი შეფასება, გეგმების გადახვედა-განახლება და ა.შ.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მზარდია, 2012 წლიდან 2018 წლამდე ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი დაახლოებით 3-ჯერ გაიზარდა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდგომ ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების დანახარჯებში სახელმწიფო სექტორის წილი იზრდება. თუმცა, ზრდის ტენდენცია არათანაბარია ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურების შემთხვევაში.

2013 წლიდან 2017 წლამდე ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო სექტორის წილი გაიზარდა 3.5-ჯერ და 2017 წლისთვის ამბულატორიულ მომსახურებაზე, პრევენციასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ერთად მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო სექტორის წილმა შეადგინა 43.3%, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე მთლიან დანახარჯებში კი 71%.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯის ზრდის მიუხედავად ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯებში მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხები კვლავ ჭარბობს (48.4%), რომელიც მათ მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება.

სამედიცინო სერვისების მოხმარება 2012 წლის შემდგომ ზრდის დინამიკით ხასიათდება. თუმცა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაში სახელმწიფო

დანახარჯების წილის არათანაბარი ზრდის შესაბამისად, 2012 წლიდან 2017 წლამდე ამბულატორიული მიმართვიანობის მაჩვენებელი ერთ სულ მოსახლეზე გაიზარდა 30%-ით და არ აჭარბებს 3 ვიზიტს წელიწადში (აღნიშნული მაჩვენებელი 2.5-ჯერ ნაკლებია საშუალო ევროპული ქვეყნის მაჩვენებელზე). ამავე პერიოდში ძვირადღირებული ჰოსპიტალური სერვისების უტილიზაციამ მეტად მოიმატა და განსაკუთრებით გადაუდებელი ოპერაციების შემთხვევაში - დაფიქსირდა სერვისების მოხმარების დაახლოებით 300%-იანი მატება.

ჰოსპიტალური სერვისების უტილიზაციის მაღალი მაჩვენებლები ცხადყოფს, რომ პჯდ სისტემა ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის შეკავებას პირველად დონეზე. ძვირადღირებული სტაციონარული სერვისების უტილიზაციის მკვეთრი მატების პირობებში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან (2013 წ) 6 წლის განმავლობაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე სულ დაახლოებით დაიხარჯა 3.1 მილიარდი ლარი, რომელიც დამტკიცებულ ბიუჯეტის გეგმასთან შედარებით 11%-ით (305 მილიონი ლარით) მეტია.

პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანა ბაზისური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებლების გაუმჯობესებაა. ამ ამოცანის გადაჭრა საკმაოდ რთულია, ვინაიდან ადვილი არ არის მოიძებნოს მარტივი და ეფექტიანი პროცედურა, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს ამის განხორციელების საშუალებას მისცემს.

კვლევა მოიცავს თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. შეირჩა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება - ეროვნული სკრინინგ ცენტრი. ჩატარდა პირისპირ ინტერვიუება დაწესებულებების მენეჯერებთან, პრაქტიკოს ექიმ-სპეციალისტებთან და სხვა დამხმარე პერსონალთან. 132 თანამშრომლიდან, გამოკითხვაში მონაწილეობაზე თანხმობა განაცხადა 80 რესპოდენტმა (60.60%), მათ შორის 7 მენეჯერი (8.70%) და 73 ექიმ-სპეციალისტი და სხვა დამხმარე პერსონალი (91.25%). რესპოდენტთა 95.90% ქალია, ხოლო 28.60% კაცი. ქალები სჭარბობენ როგორც მენეჯერებს შორის, ასევე პრაქტიკოს ექიმ-სპეციალისტებსა და დამხმარე პერსონალს შორის.

*ცხრილი № 9: რესპოდენტების შემადგენლობა ჯგუფების და სქესის მიხედვით:*



რესპოდენტთა ჯგუფები	აბსოლუტური	%	ქალი	%	კაცი	%
პჯდ-ს მენეჯერები	7	8.70%	5	71.40%	2	28.60%
პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები და სხვა	73	91.25%	70	95.90%	3	4.10%
სულ	80	100%	75	93.80%	5	6.20%

ეროვნული სკრინინგ ცენტრის მენეჯერების უმეტესი ნაწილი 31-40 წლისაა (85.719%), თითქმის იგივეა ექიმ-სპეციალისტებსა და დამხმარე პერსონალთანაც. ეროვნული სკრინინგ ცენტრის პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტებისათვის მუშაობის საშუალო სტაჟიმა შეადგინა 5-10 წელი (68.50%), ხოლო მენეჯერებისათვის 5 წლამდე (8.75%).

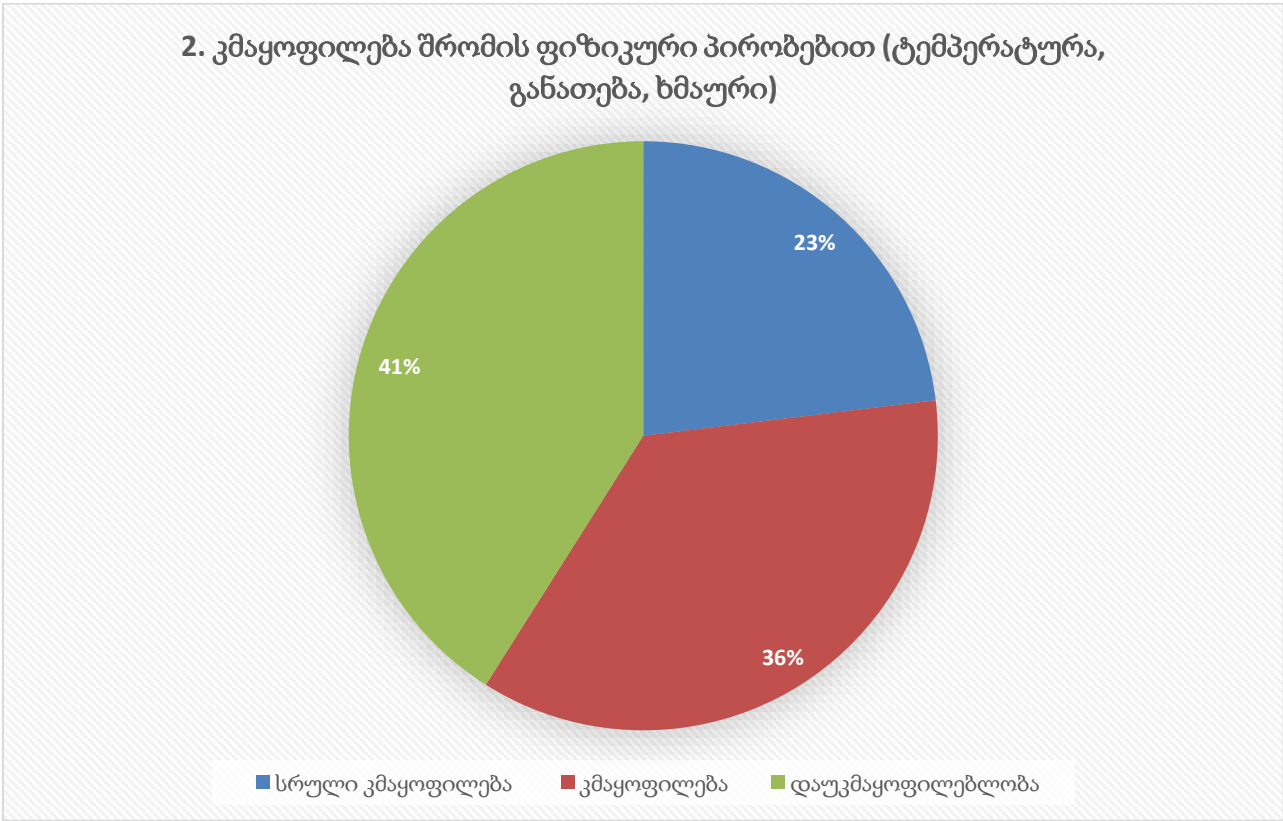
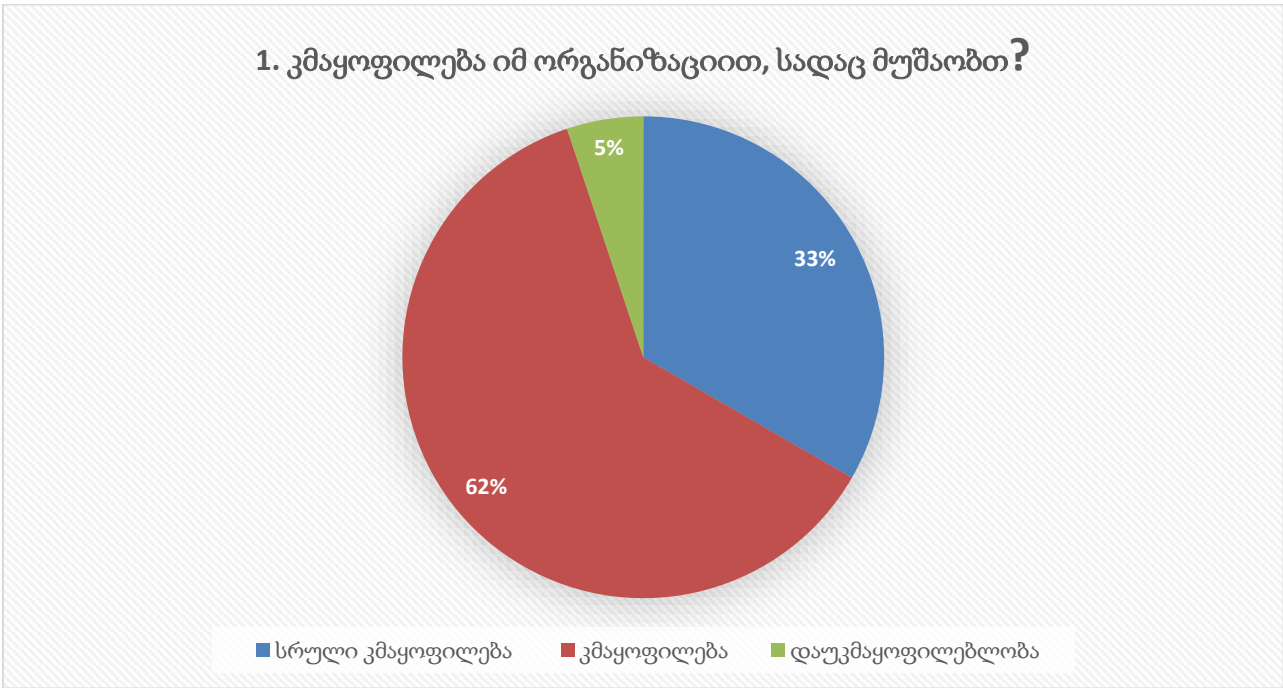
ცხრილი №10: რესპოდენტების ასაკობრივი და სქესობრივი შემადგენლობა

რესპოდენტთა ჯგუფი		პჯდ-ს მენეჯერები	%	პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები და სხვა	%
1	2	3	4	5	6
სულ	80	7	8.75	73	91.25
ქალი	75	5	71.40	70	95.90
კაცი	5	2	28.60	3	4.10
30 წლამდე	სულ	0	0	30	37.50
	ქალი	0	0	28	93.33
	კაცი	0	0	1	6.67
31-40 წლ	სულ	6	85.71	24	32.89
	ქალი	5	83.33	23	95.83
	კაცი	1	16.67	1	4.17
41-50 წლ	სულ	1	14.29	16	21.92
	ქალი	0	0	16	100
	კაცი	1	100	0	0
51-60 წლ	სულ	0	0	3	4.11
	ქალი	0	0	2	66.67
	კაცი	0	0	1	33.33

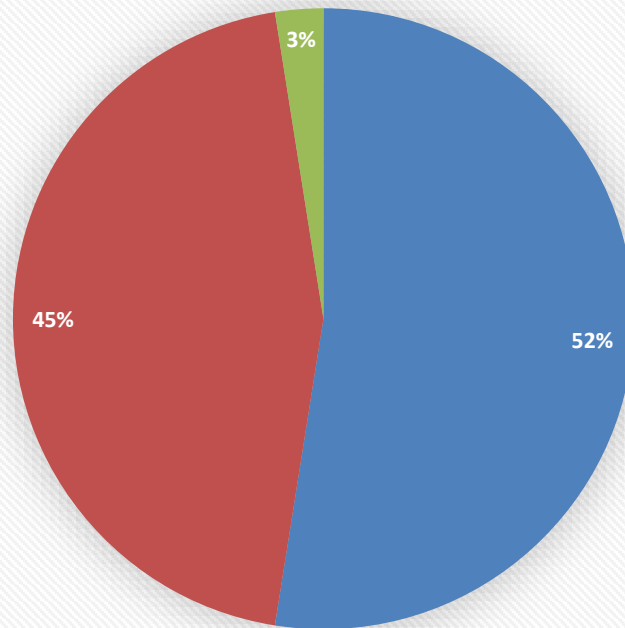
ცხრილი № 11: რესპოდენტების სამუშაო სტაჟი (სქესის მიხედვით)

ა		პჯდ-ს მენეჯერები	%	პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები და სხვა	%
1	2	3	4	5	6
სულ	80	7	8.75	73	91.25
ქალი	75	5	71.40	70	95.90
კაცი	5	2	28.60	3	4.10
5 წლამდე	სულ	7	8.75	13	10.2
	ქალი	5	71.43	9	69.23
	კაცი	2	28.57	4	30.77
5-10 წლ	სულ	0	0	50	68.50
	ქალი	0	0	50	100
	კაცი	0	0	0	0
10-15 წლ	სულ	0	0	10	13.70
	ქალი	0	0	10	100
	კაცი	0	0	0	0

ჩვენს მიერ შემუშავებული კითხვარით ჩავატერეთ პერსონალის კმაყოფილების კვლევა ეროვნულ-სკრინინგ ცენტრში, კითხვარის სახე მოცემულია დანართში #1, ხოლო ქვემოთ კი მოცემულია კვლევის შედეგები

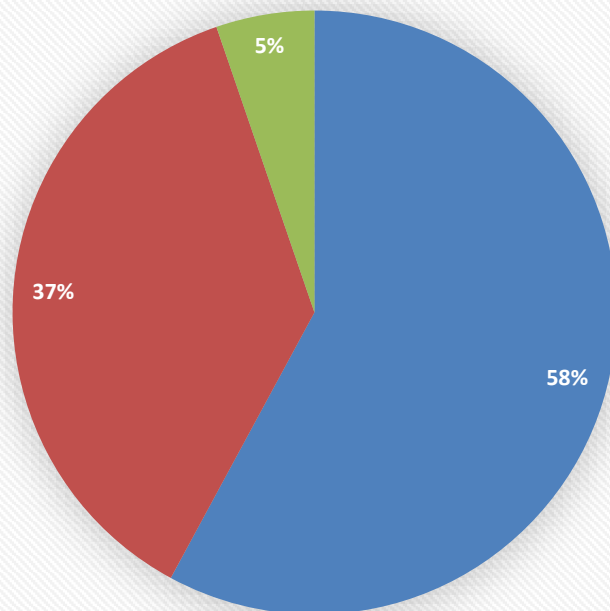


### 3. შესრულებული სამუშაოთი თქვენი კმაყოფილება



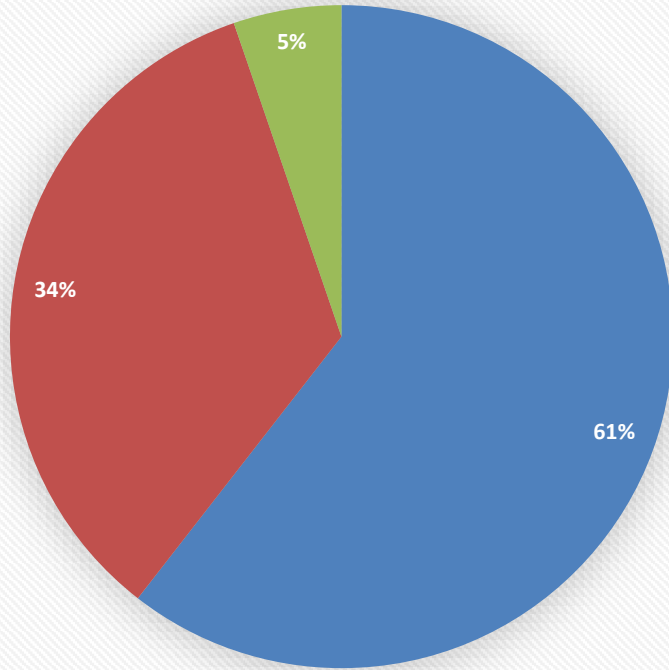
■ სრული კმაყოფილება ■ კმაყოფილება ■ დაუკმაყოფილებლობა

### 4. მომუშავეთა შორის ურთიერთობებით კმაყოფილება



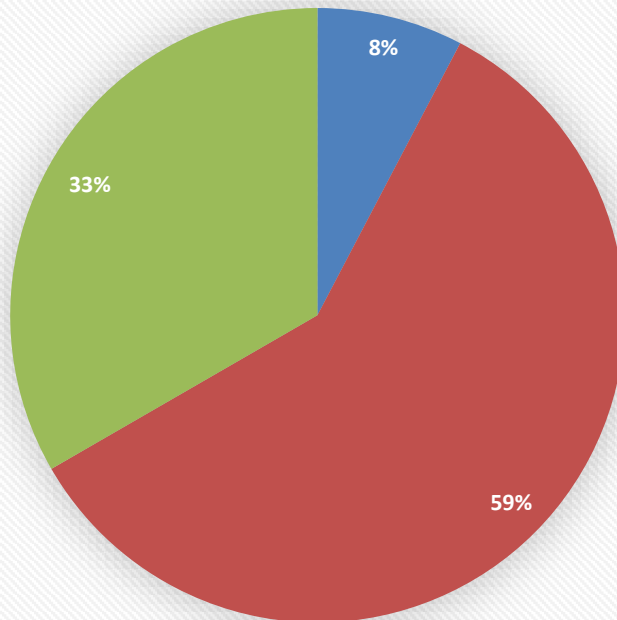
■ სრული კმაყოფილება ■ კმაყოფილება ■ დაუკმაყოფილებლობა

5. უფროსის პროფესიონალური კომპეტენციით კმაყოფილება



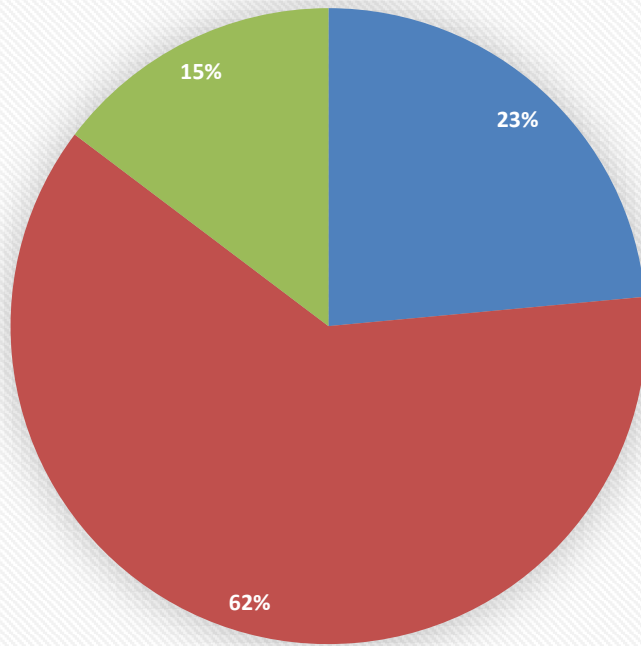
■ სრული კმაყოფილება ■ კმაყოფილება ■ დაუკმაყოფილებლობა

6. გაწეული შრომა/გასამრჯელო - თანაფარდობით თქვენი კმაყოფილება



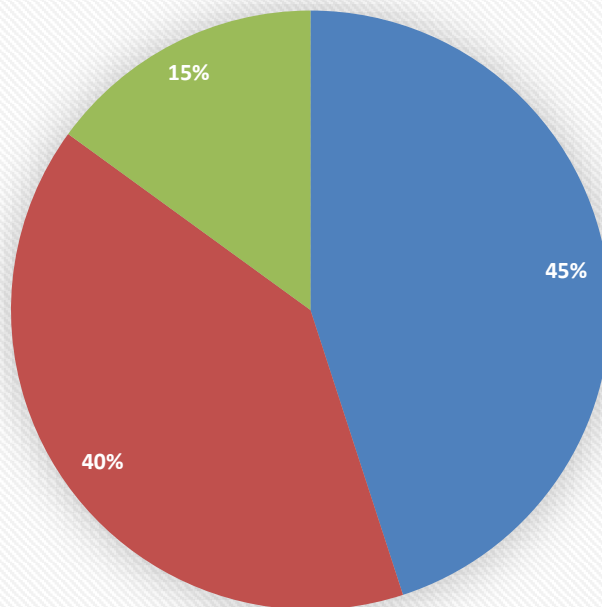
■ სრული კმაყოფილება ■ კმაყოფილება ■ დაუკმაყოფილებლობა

7. კმაყოფილება სამსახურეობრივი წინსვლით



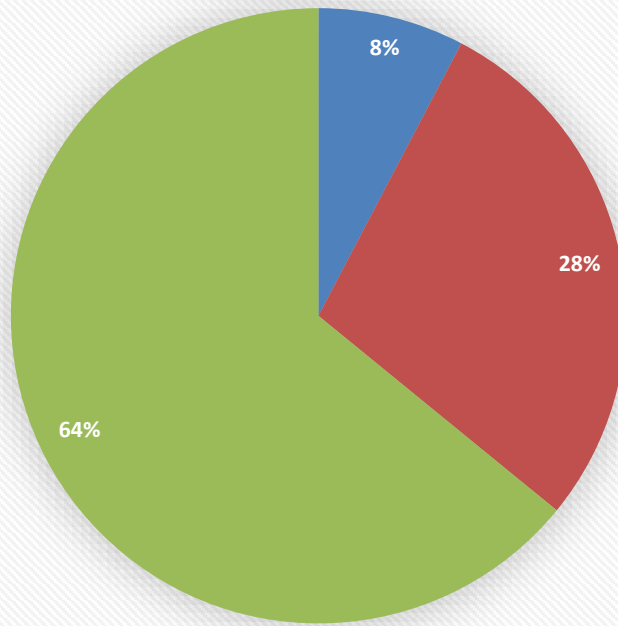
■ სრული კმაყოფილება ■ კმაყოფილება ■ დაუკმაყოფილებლობა

8. კმაყოფილება სამსახურში თქვენი უნარებისა და გამოცდილების გამოყენების შესაძლებლობებით



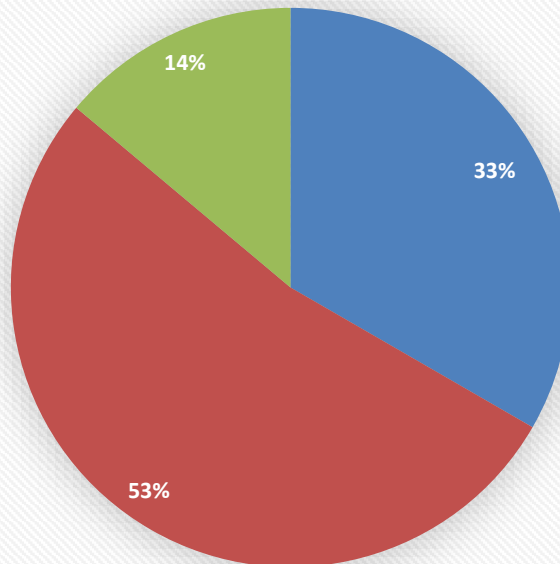
■ სრული კმაყოფილება ■ კმაყოფილება ■ დაუკმაყოფილებლობა

9. კმაყოფილება გახანგრძლივებული სამუშაო დღისადმი



■ სრული კმაყოფილება ■ კმაყოფილება ■ დაუკმაყოფილებლობა

10. რა დონით მოახდენდა გავლენას სამსახურისადმი თქვენი კმაყოფილება გადაწყვეტილებაზე ახლა რომ ეძებდეთ სამუშაოს?



■ სრული კმაყოფილება ■ კმაყოფილება ■ დაუკმაყოფილებლობა

### 3.2. საკადრო პოლიტიკა საავადმყოფოებში

საავადმყოფოების საკადრო პოლიტიკის გასაცნობად ჩავატარეთ პერსონალის ანონიმური გამოკითხვა, რომელმაც მოიცვა როგორ ექიმები, ასევე ექთნები და სხვა ადმინისტრაციული პერსონალი.

კვლევისთვის შეირჩა - ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი და მრავალპროფილური კლინიკა „ინოვა“. შეირჩა 95 რესპოდენტი, რომელთაგან გამოკითხვაში მონაწილეობაზე თანხმობა განაცხადა 58 რესპოდენტმა (61.05%), მათ შორის: 43 ექიმ-სპეციალისტი (74.14%) და 15 სხვა პერსონალი (25.86%). რესპოდენტთა 70.69% ქალია, ხოლო 29.31% კაცი. ქალები სჭარბობენ როგორც პრაქტიკოს ექიმ-სპეციალისტებს, ასევე სხვა პერსონალს შორის.

კლინიკების ექიმ-სპეციალისტებისა და დამხმარე პერსონალის აბსოლუტური უმრავლესობა ქალია (70.69%).

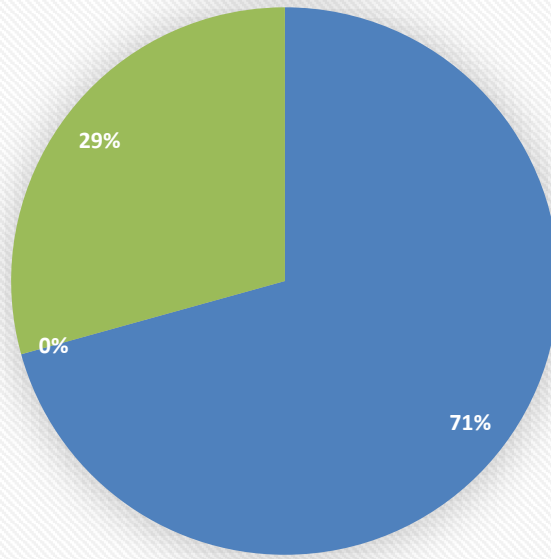
ასევე ჩავატარე კვლევა ფსიქოლოგიური კლიმატისა და საკადრო პოლიტიკის შესახებ ლუდუშაურის სახელობის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში და კლინიკა „ინოვა“-ში.

**ცხრილი № 12: რესპოდენტების შემადგენლობა ჯგუფების და სქესის მიხედვით:**

რესპოდენტთა ჯგუფები	აბსოლუტური	%	ქალი	%	კაცი	%
პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები	43	74.14%	26	60.47%	17	39.53%
სხვა პერსონალი	15	25.86%	15	100%	0	00.00%
სულ	58	100%	41	70.69%	17	29.31%

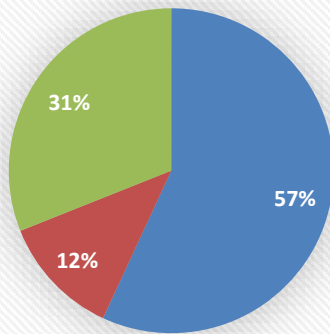


1. დაწესებულებაში პერსონალის მართვისადმი მიდგომა წარმოადგენს პრიორიტეტულს?



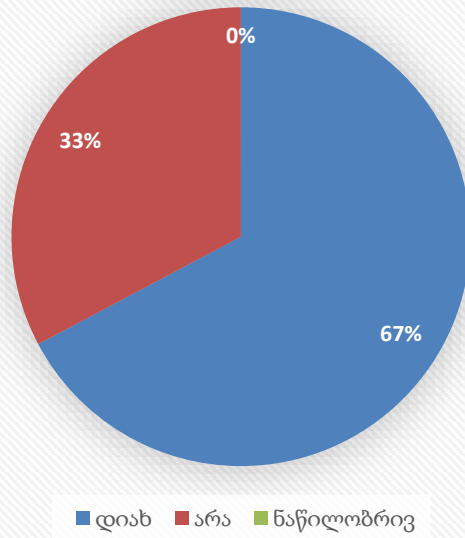
■ დიახ ■ არა ■ ნაწილობრივ

2. როგორი პოლიტიკაა დაწესებულებაში თანამშრომლების მიმართ - ისწრაფვიან შეინარჩუნონ საჭირო თანამშრომლები?

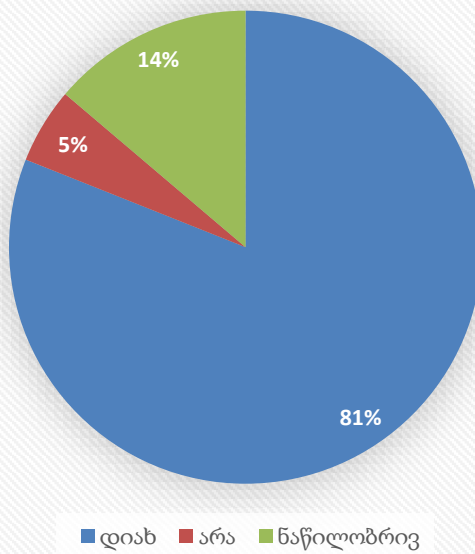


■ დიახ ■ არა ■ ნაწილობრივ

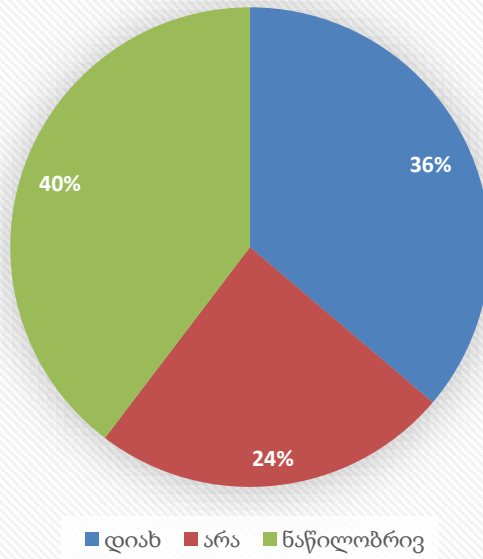
3. გეონიათ თუ არა კვალიფიკაციის ასამაღლებელ კურსებზე/ტრენინგებზე გაგზავნის შემოთავაზება?



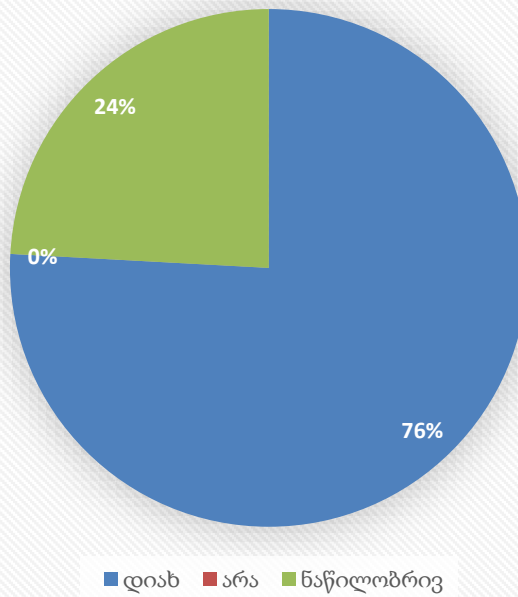
4. კოლექტივში ყველა წევრთან სამართლიანი დამოკიდებულება არსებობს?



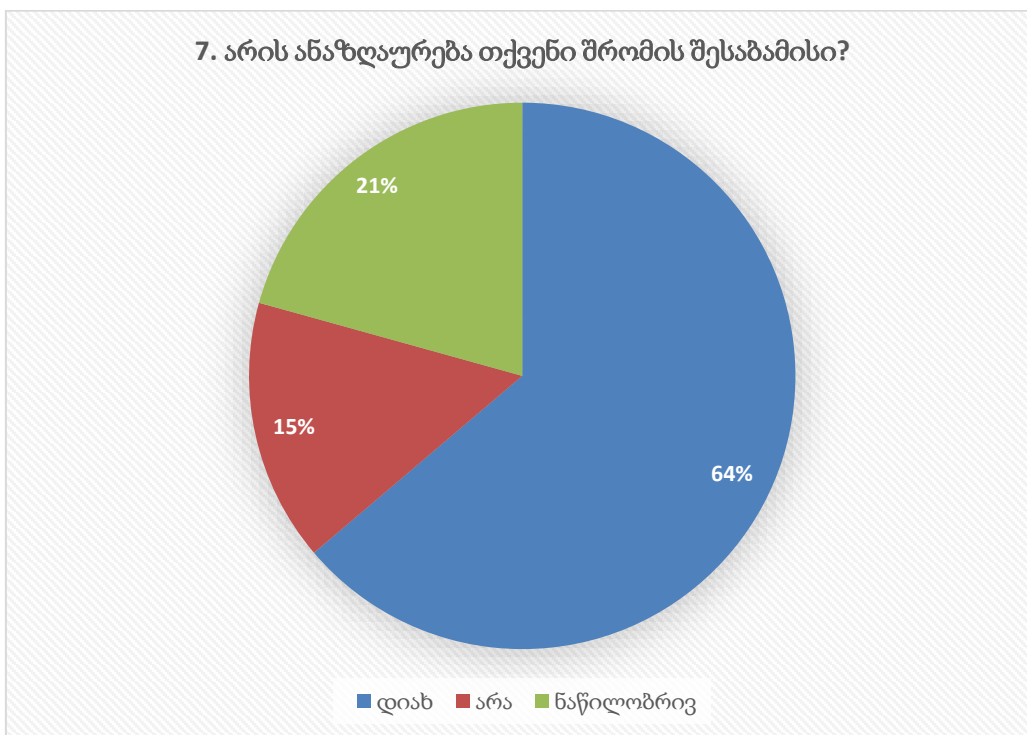
5. შრომისა და დასვენების რეჟიმი (სამუშაო გრაფიკი) ოპტიმალურია?



6. თვლით, რომ თქვენი ორგანიზაცია წარმატებულია?



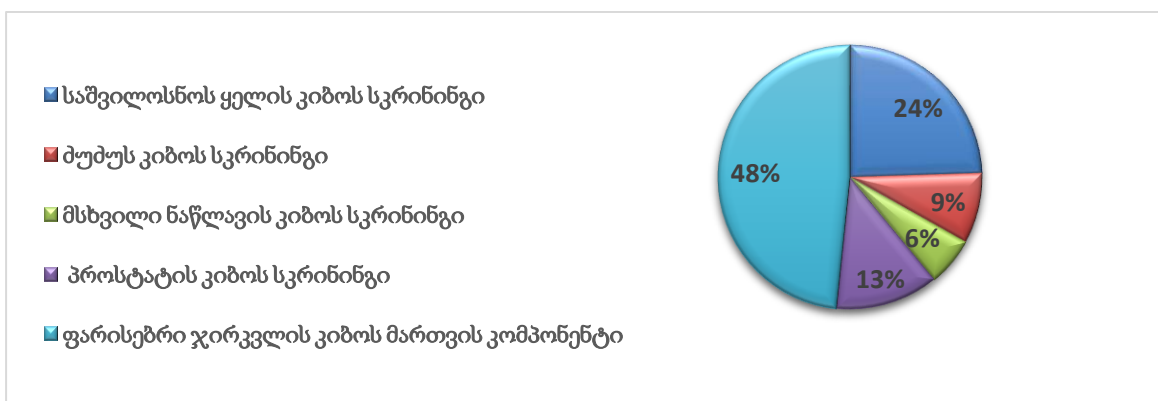
7. არის ანაზღაურება თქვენი შრომის შესაბამისი?



სატელეფონო მონიტორინგი

იანვარში სატელეფონო მონიტორინგი განხორციელდა, დადგენილი კითხვარის საფუძველზე, იგივე კონტიგენტთან, რომელთა სამედიცინო ანკეტების მონიტორინგი განხორციელდა დაწესებულებებში ადგილზე.

კომპონენტების მიხედვით გამოიკითხა:



სატელეფონო მონიტორინგისას გამოკითხული პაციენტების უმრავლესობა მიმწოდებელი დაწესებულებების მომსახურებით კმაყოფილია. მომსახურების ხარისხის 10 ბალიანი სისტემით შეფასებისას, რაც გულისხმობს დროულ

მომსახურებას, პერსონალის დამოკიდებულებას და ა. შ., კმაყოფილების მაჩვენებელმა შეადგინა საშუალოდ 9,15 ქულა.

თებერვალში სატელეფონო მონიტორინგი განხორციელდა, დადგენილი კითხვარის საფუძველზე, იგივე კონტიგენტთან, რომელთა სამედიცინო ანკეტების მონიტორინგი განხორციელდა დაწესებულებებში ადგილზე.

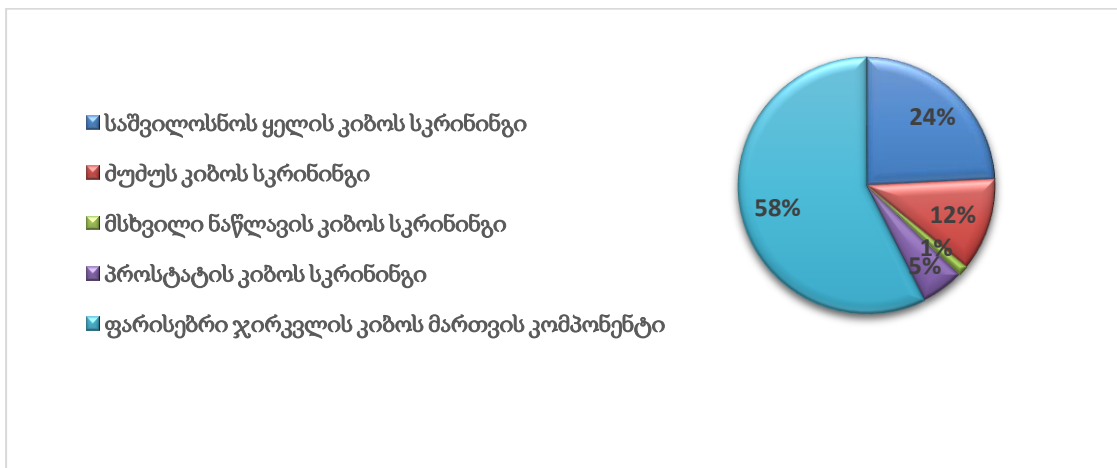
კომპონენტების მიხედვით გამოიკითხა:



სატელეფონო მონიტორინგისას გამოკითხული პაციენტების უმრავლესობა მიმწოდებელი დაწესებულებების მომსახურებით კმაყოფილია. მომსახურების ხარისხის 10 ბალიანი სისტემით შეფასებისას, რაც გულისხმობს დროულ მომსახურებას, პერსონალის დამოკიდებულებას და ა. შ., კმაყოფილების მაჩვენებელმა შეადგინა საშუალოდ 9,2 ქულა.

მარტში სატელეფონო მონიტორინგი განხორციელდა, დადგენილი კითხვარის საფუძველზე, იგივე კონტიგენტთან, რომელთა სამედიცინო ანკეტების მონიტორინგი განხორციელდა დაწესებულებებში ადგილზე.

კომპონენტების მიხედვით გამოიკითხა:



სატელეფონო მონიტორინგისას გამოკითხული პაციენტების უმრავლესობა მიმწოდებელი დაწესებულებების მომსახურებით კმაყოფილია. მომსახურების ხარისხის 10 ბალიანი სისტემით შეფასებისას, რაც გულისხმობს დროულ მომსახურებას, პერსონალის დამოკიდებულებას და ა. შ., კმაყოფილების მაჩვენებელმა შეადგინა საშუალოდ 9,5 ქულა.

### 3.3. საკადრო პოლიტიკა ფარმაცევტულ დაწესებულებებში

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლია ფარმაცევტული სექტორი, რომელიც სხვა, ასევე მნიშვნელოვან ფაქტორებთან ერთად განსაზღვრავს ადამიანთა სამკურნალო დახმარების ხარისხს. ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების თითქმის 14% ფარმაცევტულ სექტორზე მოდის. მსოფლიოში ყოველწლიურად იზრდება მედიკამენტების გაყიდვების მოცულობა. მკურნალობის პროცესში გამოყენებული მედიკამენტების ხარისხი, ეფექტიანობა, უსაფრთხოება და ფასი ის მაჩვენებლებია, რომლებიც, საბოლოო ჯამში, მკურნალობის ხარისხს, ხანგრძლივობას და ღირებულებას განსაზღვრავენ. ამიტომაც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკა ფარმაცევტული პრეპარატების დარგში

ხარისხიანი და ეფექტური პრეპარატების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასა და სამკურნალო საშუალებების რაციონალური გამოყენების სტიმულირებაზე არის მიმართული.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველო შედის იმ სახელმწიფოთა ჯგუფში (რუმინეთი, სომხეთი, ბელორუსია, უკრაინა, ყაზახეთი), რომლებშიც ერთ სულ მოსახლეზე წელიწადში 10-20 აშშ დოლარის ღირებულების წამლები იხარჯება. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მონაცემებით, 2007 წლის ბოლოსათვის საქართველოში დარეგისტრირდა 62 ფარმაცევტული წარმოება, 90 ფარმაცევტული ბაზა, 2 ლაბორატორია, 72 აფთიაქის ფილიალი, 98 პირველი ჯგუფის აფთიაქი, 894 მეორე ჯგუფის აფთიაქი, 847 მესამე ჯგუფის აფთიაქი, 299 სააფთიაქო პუნქტი.

ფინანსთა სამინისტროს მონაცემებით, 2007 წელს საქართველოში იმპორტირებულ იქნა 146,3 მლნ აშშ დოლარის ღირებულების სამკურნალო საშუალებები, ექსპორტმა 12,5 მლნ აშშ დოლარი, ხოლო რეექსპორტმა 4,6 მლნ დოლარი შეადგინა. ამავე წელს საქართველოში იმპორტირებულ იქნა 55 ქვეყნის მიერ წარმოებული სამკურნალო საშუალება. იმპორტის მოცულობაში პირველ ადგილზეა გერმანია (12%), მეორეზე - საფრანგეთი (8,8%), მესამეზე - აშშ (8,7%). სამკურნალო საშუალებების ადგილობრივმა წარმოებამ შეადგინა 2,8 მლნ დოლარი.

ადგილობრივ ფარმაცევტულ ბაზარზე მოქმედებს 12 ადგილობრივი მწარმოებელი (ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილით გამოირჩევა შ.პ.ს „ჯი ემ პი“, რომელზეც ადგილობრივი წარმოების 66% მოდის). XIX-XX საუკუნეებში მომხდარმა უპრეცედენტო დემოგრაფიულმა ცვლილებებმა მთელ მსოფლიოზე მოახდინეს გავლენა. ექსპერტთა შეფასებით, მსოფლიოს დემოგრაფიულ განვითარებაში გამოიყოფა 4 ძირითადი ეტაპი:

- ✓ ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული მოკვდაობის შემცირება XIX საუკუნის მე-2 ნახევარში;
- ✓ სიცოცხლის ხანგრძლივობის სწრაფი ზრდა XX საუკუნის დასაწყისიდან;
- ✓ სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდის ტემპის შენელება XX საუკუნის 60-იან წლებში;

✓ მამაკაცებსა და ქალებს შორის არსებული სხვაობების შემცირება XX საუკუნის უკანასკნელ ათწლეულში.

ეს პროცესები საქართველოშიც საკმაოდ მკაფიოდ არის გამოხატული. ქვეყანაში მიმდინარე დემოგრაფიული პროცესის შეფასებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს მისი სისტემური ბუნება, რომლის ელემენტებს (მოსახლეობის რაოდენობა, შობადობა, მოკვდავობა და ა.შ.) შორის მჭიდრო ურთიერთკავშირი არსებობს და ერთი რომელიმე მათგანის ცვლილება დანარჩენებზეც აისახება. ძალზე ძნელია საქართველოს ამჟამინდელი მდგომარეობის დახასიათება, რადგან არასრულფასოვნად ხორციელდება დაბადებათა, გარდაცვალებათა და გარე მიგრაციის აღრიცხვა.

არარაციონალური ფარმაკოთერაპია, თვითმკურნალობა და „სააფთიაქო ნარკომანია“ წარმოადგენს სისტემურ პრობლემებს. მათ დასაძლევად და პაციენტთა უსაფრთხოებისათვის განხორციელდა რიგი საკანონმდებლო ცვლილებები, მათ შორის, 2014 წლის 1 სექტემბრიდან აიკრძალა მე-2 ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის ურეცეპტოდ რეალიზაცია. ამოქმედდა „ელექტრონული რეცეპტი“. მომავლისათვის მნიშვნელოვანია ფარმაცევტული პროდუქციის ხარისხის კონტროლისა და მონიტორინგის მექანიზმების გაუმჯობესება.

ფარმაცევტული სექტორის კუთხით, პრობლემურია ამ სფეროს ლიბერალური რეგულირება, მათ შორის, ფარმაცევტული პროდუქტის მარტივი რეგისტრაციის წესი და სააფთიაქო დაწესებულებებისადმი წაყენებული მოთხოვნები. დასახვეწია ფარმაკოლოგიურ საშუალებათა კლინიკური კვლევების სახელმწიფო რეგულირების საკითხი. მოქმედი კანონმდებლობა და ინსტიტუციური თუ ფინანსური რესურსების სიმწირე ვერ იძლევა ფარმაცევტული პროდუქტის ხარისხის სრულყოფილი კონტროლისა და მონიტორინგის საშუალებას.

პაციენტთა უსაფრთხოების დასაცავად, ფარმაკორეგულაციის კუთხით დასაძლევია შემდეგი სისტემური პრობლემები: არარაციონალური ფარმაკოთერაპია, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენება/დანაშვანა, რეცეპტის მექანიზმის არასაკმარისი გამოყენება, მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯი და ფარმაცევტული ინდუსტრიის „აგრესიული“ მარკეტინგი.

მოსახლეობას მძიმე ტვირთად აწევს დანახარჯები სამკურნალო საშუალებებზე, რაც განუხრელად იზრდება უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში და მათ მიერ ჯანდაცვაზე



გაღებული სახსრების თითქმის ნახევარს შეადგენს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, აუცილებელია ფარმაცევტული სფეროს რაციონალური პოლიტიკის მეშვეობით ძირითად და ხარისხიან ფარმაცევტულ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. ამიტომ საჭიროა:

- ✓ ფარმაცევტული სფეროს რეგულაციების, მათ შორის, ფარმაცევტული პროდუქტის რეგისტრაციის წესების ჰარმონიზაცია ევროკავშირის კანონმდებლობასთან;
- ✓ მედიკამენტების რაციონალური გამოყენების მიზნით, ქვეყნის მასშტაბით ელექტრონული რეცეპტის დანერგვის ხელშეწყობა;
- ✓ აუცილებელ მედიკამენტებზე წვდომის გაფართოება;
- ✓ ხარისხის კონტროლის მექანიზმების დახვეწა და დანერგვა; ხარისხის კონტროლის ლაბორატორიის შექმნის საფუძვლების მომზადება და ამ მიმართულებით კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის (PPP) მექანიზმების გამოყენების შესაძლებლობათა განხილვა;
- ✓ საკანონმდებლო კონტროლისა და სანქციების გამკაცრება მედიკამენტების მარკეტინგზე, რეკლამირებაზე, სპონსორობაზე, ექიმების საჩუქრებზე და სხვ.;
- ✓ ფარმაცევტული წარმოების GMP სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა;
- ✓ სახელმწიფოს მხრიდან დაფინანსების სქემების შემუშავება აუცილებელ ფარმაცევტულ და სიკვდილობის გამომწვევ ძირითად დაავადებათა სამკურნალო საშუალებებზე;
- ✓ მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება წამლების ჭარბი მოხმარების პრობლემებთან დაკავშირებით;
- ✓ გენერიკული მედიკამენტების გამოყენების ხელშეწყობა.

**სამიზნე მაჩვენებლები:**

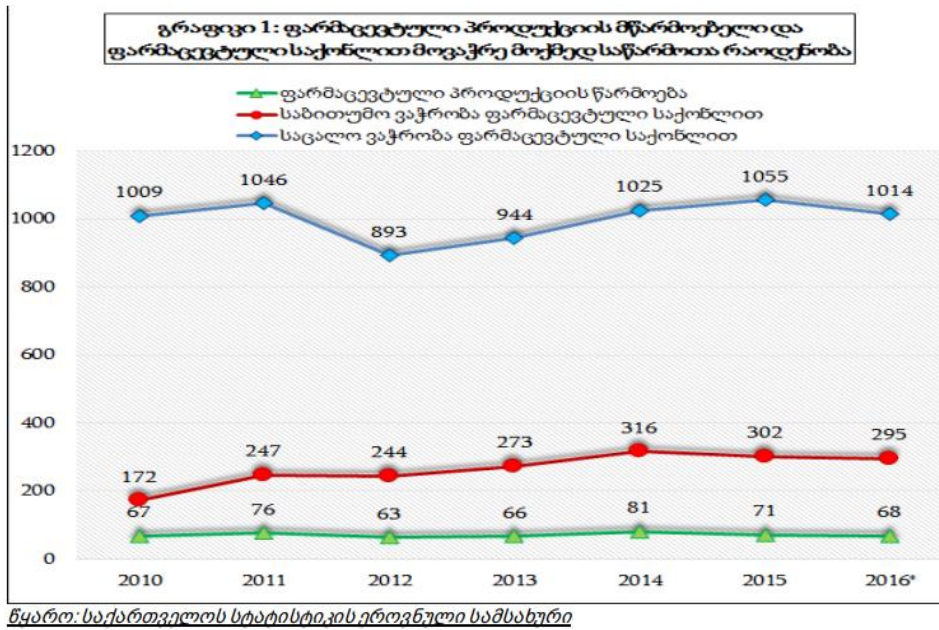
ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
ქვეყნის მასშტაბით ელექტრონული რეცეპტის	თბილისი	საქართველოს ყველა

ამბულატორიულ მედიკამენტებზე დანახარჯების წილი ჯიბიდან გადახდებში	66% (2015)	<30%
ფარმაცევტული წარმოების ხვედრითი წილი, რომლებიც აკმაყოფილებს GMP სტანდარტებს	N/A	90%

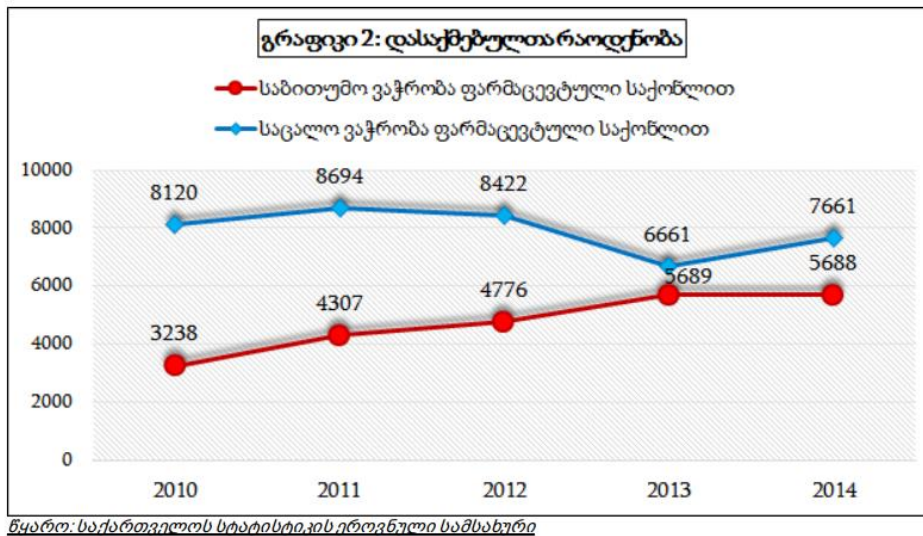
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდის მიუხედავად, 2012 წლიდან 2018 წლამდე 6%-ით მოიმატა იმ ოჯახების რაოდენობამ, რომელთაც ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯი დაუდგათ. მსოფლიო ბანკის ექსპერტთა მოსაზრებებით კი ასეთი ოჯახების მატება მოსახლეობაში ფარმაცევტულ საშუალებებზე დახარჯული თანხების მატებასთან არის დაკავშირებული (სახელმწიფო დანახარჯების მიმოხილვა, მსოფლიო ბანკი 2017).

ჯანდაცვის დაფინანსების ტვირთის შესამსუბუქებლად ჯანდაცვის სამინისტრომ 2017 წლის მაისიდან ახალი ცვლილება განახორციელა უმწეო მოსახლეობისთვის ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების დაფინანსებით.

ადგილობრივ ფარმაცევტულ ბაზარზე მოქმედებს 12 ადგილობრივი მწარმოებელი (ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილით გამოირჩევა შ.პ.ს „ჯი ემ პი“, რომელზეც ადგილობრივი წარმოების 66% მოდის).



ფარმაცევტული ბაზარი ერთ-ერთი მსხვილი დამსაქმებელია



**ბაზრის ძირითადი მოთამაშეები:** იმპორტის მონაცემებზე დაყრდნობით შესაძლებელია ფარმაცევტული ბაზრის ძირითად მოთამაშეებზე მსჯელობა. 2015 წლის მონაცემების მიხედვით მედიკამენტების პირველი ხუთი ყველაზე მსხვილი იმპორტიორი კომპანიები იყო:

- შპს „პსკ ფარმა“ - მთლიანი იმპორტის 22.32%;
- შპს „ეი-ბი-სი ფარმაცია“ - 14.91%;

- შპს „ავერსი - ფარმა” -14.54%;
- სს „ჯი პი სი” - 10.20%;
- შპს „გლობალფარმი” - 7.02%. სხვა დანარჩენი კომპანიების წილი ცალ-ცალკე 3%-ს არ აღემატება, ერთობლივად კი 31%-ს.

ფარმაცევტული სექტორი რომ ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ამაზე ასევე მიუთითებს შემდეგი მონაცემები:

- ✓ ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯში წამყვანი წილი (36%) კვლავ მედიკამენტებზე დანახარჯს უჭირავს;
- ✓ წამლების ძირითადი დამფინანსებელი შინამეურნეობებია (97%), ხოლო სახელმწიფოს წილი მწირია (1%).

მედიკამენტებზე დანახარჯი ზრდის მაღალი ტემპით ხასიათდება და მოსალოდნელია, რომ – 2022 წლამდე დანახარჯი საშუალოდ 7.5%-ით გაიზრდება წელიწადში.

მედიკამენტებზე დანახარჯის ტვირთი განსაკუთრებით მძიმეა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის – ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯის 76% ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მიერ გადახდილი თანხებით არის შედგენილი, რომლებიც მედიკამენტებზე თვეში საშუალოდ 56 ლარს ხარჯავენ.

ფარმაცევტული კომპანიების საკადრო პოლიტიკის შესაფასებლად ჩვენს მიერ განხორციელდა jobs.ge. -ის მონიტორინგი და გარკვეული კომპანიების ვაკანსიების ანალიზი.

## **PSP**

**ფარმაცევტის მოთხოვნები და ფუნქცია-მოვალეობები:** მომხმარებლების მომსახურება აფთიაქში; ფარმაცევტული კონსულტირება; რეცეპტის ფარმაცევტული ექსპერტიზა; სამკურნალო და პარაფარმაცევტული საქონლის განლაგება მათთვის განკუთვნილ ადგილზე მოცემული ინსტრუქციების შესაბამისად; პროდუქციის შიდა აღწერებში მონაწილეობა; ცოდნის ამაღლება, ტრენინგებსა და ტესტირებებზე დასწრება

**ფარმაცევტის პიროვნული თვისებები/უნარები:** ეფექტური კომუნიკაციის უნარი; სისწრაფე, ოპერატიულობა; თავაზიანობა, დელიკატურობა; გაწონასწორებულობა, მაღალი თვითკონტროლი.

**დამატებითი მოთხოვნა ფარმაცევტისადმი:** სადღეღამისო ცვლებში მუშაობის შესაძლებლობა.

**ოჯახის ექიმის ასისტენტის ვაკანსიის აღწერა**

**ფუნქცია-მოვალეობები:** პაციენტის ვიზიტის გამართული პროცედურის უზრუნველყოფა; მის კომპეტენციაში არსებული სამედიცინო მანიპულაციების დროული და სწორი ჩატარება; სამედიცინო დოკუმენტაციის დროული და სრულყოფილი წარმოება დადგენილი წესებით.

**საკვალიფიკაციო მოთხოვნები:** რუსული და ინგლისური ენების ცოდნა, საოფისე კომპიუტერული პროგრამების კარგი ცოდნა.

**პიროვნული თვისებები:** თავაზიანობა, დიპლომატიურობა; ეფექტური კომუნიკაციის უნარი; სისხარტე, ოპერატიულობა; აკურატულობა, პუნქტუალურობა.

**შპს “ავერსი-ფარმა”**

**ფარმაცევტის მოთხოვნები:** უმაღლესი ფარმაცევტული განათლება; სასურველია აფთიაქში მუშაობის გამოცდილება; სასურველია რუსული ენის ფლობა; კომპიუტერული საოფისე პროგრამების ცოდნა; კომუნიკაბურობა, პუნქტუალურობა, პასუხისმგებლობის გრძნობა.

**ევროპული ფარმაცევტული კომპანია**

**გაყიდვების მენეჯერის ძირითადი მოვალეობები:** გაყიდვების მართვა ობიექტებზე (დაგეგმვა, ანალიზი, მიზნის დასახვა, შედეგის შეფასება); ორმაგი ვიზიტები ექიმებთან და სააფთიაქო პერსონალთან; ვიზიტები VIP კლიენტებთან; სამეცნიერო ღონისძიებათა ორგანიზება და ჩატარება (კონფერენცია, სემინარი, პრეზენტაცია); კადრის გაყიდვის უნარ-ჩვევების განვითარება; ინდივიდუალური სამუშაო გეგმების შექმნა მათი პროფესიონალური ზრდისა და გავითარებისთვის; მოკლევადიანი და გრძელვადიანი სამოქმედო გეგმის შექმნა და შესრულების კონტროლი; დაქვემდებარებული პერონალის სამუშაოს კოორდინირება; კომპანიის მედიკამენტების გაყიდვისთვის საჭირო სხვა საქმიანობის განხორციელება.

**მოთხოვნები:** უმაღლესი სამედიცინო განათლება (უპირატესობა ენიჭებათ პედაგოგიური ფაკულტეტის კურსდამთავრებულებს); ქართული ენის სრულყოფილი

ცოდნა და გამართული მეტყველება; რუსული და ინგლისური ენის ცოდნა სასურველია; საოფისე კომპიუტერული პროგრამების ცოდნა.

**უნარები და კომპეტენციები:** შრომისმოყვარეობა, პუნქტუალურობა, ორგანიზებულობა, პასუხისმგებლობის გრძნობა; მსგავს სფეროში მუშაობის გამოცდილება (უპირატესობა მიენიჭებათ ნევროლოგებთან მუშაობის გამოცდილების მქონე კადრებს); კომუნიკაბელურობა, ენერგიულობა, ინიციატივის გამოჩენის უნარი; გუნდური და დამოუკიდებელი მუშაობის უნარი; შედეგზე ორიენტირებულობა; გარემოში ადაპტაციისა და პრობლემების გადაწყვეტის უნარი.

**ფარმაცევტის ძირითადი ფუნქცია-მოვალეობები:** მომხმარებლისთვის ხარისხიანი სწრაფი მომსახურების გაწევა; რეცეპტის გაცნობა/შესაბამისი ფარმაცევტული კონსულტირება; მომხმარებლებისათვის მოთხოვნილი მედიკამენტების ფასისა და ფასდაკლებების შესახებ ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდება; საჭიროების შემთხვევაში, შემცვლელი მედიკამენტის შეთავაზება.

**ფარმაცევტის საკვალიფიკაციო მოთხოვნები:** უმაღლესი ან საშუალო სამდიცინო განათლება; კომპიუტერული პროგრამების სამომხმარებლო დონეზე ფლობა; სასურველია ინგლისური და რუსული ენების საკომუნიკაციო დონეზე ცოდნა; მაღალი პასუხისმგებლობის გრძნობა.

**პიროვნული თვისებები/უნარები:** სანდობა; სისხარტე; თავაზიანობა; ძლიერი ორგანიზაციული უნარები; ეფექტური კომუნიკაციის უნარი (ზეპირი და წერიტი); ორგანიზებული და შედეგზე ორიენტირებული; ანალიტიკური აზროვნება; დეტალების მიმართ დაკვირვებული; მომხმარებელზე ორიენტირებული; გუნდში მუშაობის უნარი; დატვირთულ რეჟიმში მუშაობის უნარი.

შეიძლება ითქვას, რომ საკმაოდ მაღალი მოთხოვნებია დაფიქსირებული ყველა ზემოგანხილულ პოზიციაზე; მაგრამ ვინაიდან ფარმაცევტული ბაზარი ერთ-ერთი ყველაზე კარგად განვითარებულია ქვეყანაში და დასაქმების დიდ შესაძლებლობებს აძლევს ახალგაზრდა კადრს, მისი მიმზედველობა მაღალია; თუმცა მოთხოვნების დაკმაყოფილებას ახერხებს მსურველთა დიდი რიცხვიდან მხოლოდ მცირე ნაწილი.

## დასკვნა

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ეკონომიკური რეფორმების მიზანია ხელმისაწვდომი გახდეს სამედიცინო მომსახურება, ასევე, განვითარდეს და მოქნილი იყოს სამედიცინო საქმიანობის მართვა, განვითარების ახალ ეტაპზე გადავიდეს პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, გაუმჯობესდეს მომსახურების ხარისხი, ამაღლდეს სამედიცინო ობიექტების მენეჯმენტის ხარისხი. ყოველივე ეს მიღწევადია მხოლოდ ადამიანური რესურსების სწორი მართვის და შესაბამისი საკადრო პოლიტიკის ჩამოყალიბებით. საქართველოში არსებული ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მონაცემთა ბაზა არასრულია, განსაკუთრებით სამედიცინო განათლების განზომილებაში და მოითხოვს სრულყოფასა და საერთაშორისო მონაცემთა ბაზაში არსებულ მაჩვენებელთა სისტემასთან ჰარმონიზაციას და სრული, საიმედო და ზუსტი მონაცემებით განახლებას. პრობლემური საექთნო განთლების დაბალი მოტივაცია და მათი დეფიციტი. გამოიკვეთილია სამედიცინო განათლების მიღების მოტივაციის მნიშვნელოვანი ასპექტები და პრობლემები საექთნო განთლებაში; სწორ პოლიტიკას შეუძლია მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანა ჯანდაცვის შრომითი რესურსების ეფექტიანი დაგეგმარების პროცესში, რომ უდიდესი მნიშვნელობა აქვს გუნდურობას და ადამიანური რესურსების კაპიტალად ტრანსფორმაციას

ჯანდაცვის შრომითი რესურსების განვითარება მრავალგანზომილებიანი კომპლექსური სისტემაა, რაც მოითხოვს სათანადო საგანმანათლებლო პოლიტიკის შემუშავებას ჯანმრთელობის დაცვისა და განათლების სისტემაში არსებული მდგომარეობის პერიოდული და სისტემატური შეფასებების და თანამედროვე კვლევის შედეგების გამოყენებით და დაინტერესებულ მხარეებთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების, ორგანიზების, მომსახურე პერსონალის (სამედიცინო, მენეჯერული, დამხმარე) კვალიფიკაციის ამაღლებისა და ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, აუცილებელია ჯანდაცვის რეფორმის გაგრძელება, რომლის საბოლოო მიზანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაა. ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის პარალელურად უნდა გაიზარდოს

ჯანდაცვაზე საბიუჯეტო დანახარჯების მოცულობა და მისი ხვედრითი წილი ქვეყნის მთლიან ეროვნულ ჯანდაცვის დანახარჯებში.

ჩვენი კვლევებით გამოიხატა, რომ

1. ეროვნულ სკრინინგ ცენტრში პერსონალის უმრავლესობა კმაყოფილია საკუთარი ორგანიზაციით, იქ არსებული შრომის პირობებით, შესრულებული სამუშაოთი, აღებული ანაზღაურებით და სხვა. უკმაყოფილება გამოიკვეთა ხელმძღვანელობის პროფესიულ კომპეტენციასთან მიმართებაში და თანამშრომელთა შორის დამოკიდებულებაში; მნიშვნელოვანია თანამშრომელთა უკმაყოფილების აღნიშვნა გახანგრძლივებული სამუშაო დღისადმი. ამასთან ერთად, პაციენტთა კმაყოფილების მონიტორინგის შედეგებით დადგინდა მათი კმაყოფილების მაღალი მაჩვენებელი - 10 ქულიან შკალაში 9.2 . ეს უდავოდ მაღალი მაჩვენებელია პერსონალის უკმაყოფილების მიუხედავად, რაც უკავშირდება სკრინინგის უფასო პროგრამებსა და ექიმთა მაღალ პროფესიონალიზმს.
2. სტაციონარული დაწესებულებების ფსიქოლოგიური კლიმატისა და საკადრტო პოლიტიკის ანალიზისას დადგინდა, რომ ორგანიზაციებში პერსონალის მართვისადმი მიდგომა პრიოპრიტეტულია და სახეზეა, თანამშრომელთა შენარჩუნებისადმი მიდგომები და მათ კვალიფიკაციის ამაღლებაზე ზრუნვა; ოპტიმალური გარემოს შექმნაზე ზრუნვა. კვლევამ არ გამოკვეთა რაიმე სახის მწვავე პრობლემა, თუმცა მცირე % -ული მაჩვენებლები უკმაყოფილოების შესახებ დაფიქსირებულია.
3. ფარმაცევტულ დაწესებულებებში, შეიძლება ითქვას, რომ საკმაოდ მაღალი მოთხოვნებია დაფიქსირებული ყველა ზემოგანხილულ პოზიციაზე; მაგრამ ვინაიდან ფარმაცევტული ბაზარი ერთ-ერთი ყველაზე კარგად განვითარებულია ქვეყანაში და დასაქმების დიდ შესაძლებლობებს აძლევს ახალგაზრდა კადრს, მისი მიმზედველობა მაღალია; თუმცა მოთხოვნების დაკმაყოფილებას ახერხებს მსურველთა დიდი რიცხვიდან მხოლოდ მცირე ნაწილი.



## გამოყენებული ლიტერატურა:

1. სამთავრობო პროგრამა 2016-2020: თავისუფლება, სწრაფი განვითარება, კეთილდღეობა. [http://gov.ge/index.php?lang\\_id=GEO&sec\\_id=68&info\\_id=58446](http://gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=68&info_id=58446)
2. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 26 დეკემბრის N724 დადგენილება „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ“
3. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 17 ივნისის N400 დადგენილება საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიის „საქართველო 2020“ დამტკიცებისა და მასთან დაკავშირებული ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე“ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები. [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge)
4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების ანგარიში. 2013
5. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიში 2015
6. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება, საბოლოო ანგარიში. ამერიკის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტი, 2014. <http://www.moh.gov.ge/files/JAN-USID/1.pdf>.
7. ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი, 2015, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრი. <http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=1055>.
8. ბარათაშვილი ე., თავალანძე ლ., აბრალავა., მენეჯმენტი და ადმინისტრირება, თბ., 2007
9. გერზმავა თ., საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბ., 2018
10. ვერულავა თ., ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. თბ., 2009
11. ვერულა თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბ.2016
12. ბექვაია ჯ, ვერულავა თ. სამედიცინო პერსონალის სამეცნიერო - ინფორმაციული უზრუნველყოფის პრობლემები საქართველოში. ჟურნალი "ჯანდაცვის პოლიტიკა

და დაზღვევა" N 1 2015.

13. მურჯიკნელი მ. „საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმის ფინანსური პრობლემები გარდამავალი პერიოდის პირობებში. თბ., 2004
14. თაკალანძე ლ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ზოგიერთი ასპექტი. გარდამავალი ეკონომიკის სოციალურ-ეკონომიკური პრიორიტეტები (საქართველოს ეკონომისტთა V სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მოხსენებათა კრებული). თბ., 2002
15. კოჭლამაზაშვილი ლ, ჩარკვიანი ე. სამედიცინო სერვისების ხარისხი. ჟურნალი „სოციალური ეკონომიკა“ #3 2017. გვ. 86-89
16. ქობლიანიძე თ., კოჭლამაზაშვილი ლ.. რეფორმები და ხარისხის პრობლემები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში. ჟურნალი „ეკონომიკა და ფინანსები“ #1 2019, გვ. 363-372
17. ქობლიანიძე თ. ჯიბლაძე ნ. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების თავისებურებები საქართველოში. სასაწავლო უნივერსიტეტის „გეომედის“ შრომათა კრებული. #3. 2018 გვ. 33-41
18. ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. ტალღა 10. ფონდი კურაციო [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)
19. საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის. საქართველოს პალამენტი. თბ. 2017
20. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ძირითადი მიმართულებები (პროექტი). საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. თბ., 2010
21. საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ, საქართველოს სოცდაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობა და ნორმატიული აქტების კრებული, III ნაწ. თბ., 2003
22. საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ, საქართველოს სოცდაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობა. III ნაწ. თბ., 2003.
23. სამედიცინო მომსახურების მოდელის სამუშაო ვერსია. საქართველოს

- შჯსდ სამინისტრო, თბ. 2008.
24. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია. 2001-2006. თბ., 2008.
  25. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. სშჯსდს. 2004, თბ., 2006.
  26. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. სშჯსდს. 2005, თბ., 2007.
  27. ჯიბუტი ა., ჯოხაძე ხ., საკუთრების განსახელმწიფოებრიობის სოციალური შედეგები, ჟურნ. სოციალური ეკონომიკა, 12, 2007.
  28. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა 2007-2009 განხორციელების ანგარიში.
  29. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, თბილისი 2007
  30. საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, 2006
  31. საქართველოს კანონი სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ, 2001
  32. საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ, 2001
  33. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N136/ნ საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ.
  34. T.Koblianidze, L. Kochlamazashvili, T. Chakhunashvili. Healthcare System and Problems of Medical Personnel in Georgia. Ovidius University Annals. Economic Sciences Series. Volume XVIII; Issue 1/2018; p.22-28
  35. Gamkrelidze A, Kereselidze M, Georgia Profile of Health and Well-being. WHO. 2017. [online] Available at: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0020/351731/20170818-Georgia-Profile-of-Health\\_EN.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/351731/20170818-Georgia-Profile-of-Health_EN.pdf?ua=1)
  36. მუჯირი ი. ადამიანური კაპიტალის ტრანსფორმაცია და ინოვაციური პროცესების აქტივიზაცია. (დისერტაცია). თბ. 2016
  37. გოგიძე მ. პერსონალის მართვის გუნდური მიდგომის თავისებურებები ქართულ კომპანიებში (დისერტაცია). თბ. 2016

38. ნინო ჩიხლაძე ადამიანური რესურსების განვითარებისა და განათლების პოლიტიკის თავისებურებები ჯანდაცვაში (საქართველოს მაგალითი) (დისერტაცია).  
თბ. 2013

დანართი 1

პერსონალის კმაყოფილების კვლევის კითხვარი

#	გთხოვთ, ხაზი გაუსვათ
1	<p><b>კმაყოფილება იმ ორგანიზაციით, სადაც მუშაობთ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>
2	<p><b>კმაყოფილება შრომის ფიზიკური პირობებით (ტემპერატურა, განათება, ხმაური)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>
3	<p><b>შესრულებული სამუშაოთი თქვენი კმაყოფილება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>
4	<p><b>მომუშავეთა შორის ურთიერთობებით კმაყოფილება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>
5	<p><b>უფროსის პროფესიონალური კომპეტენციით კმაყოფილება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>
6	<p><b>გაწეული შრომა/გასამრჯელო - თანაფარდობით თქვენი კმაყოფილება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>
7	<p><b>კმაყოფილება სამსახურეობრივი წინწაწევით</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>
8	<p><b>კმაყოფილება სამსახურში თქვენი უნარებისა და გამოცდილების გამოყენების შესაძლებლობებით</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>
9	<p><b>კმაყოფილება გახანგრძლივებული სამუშაო დღისადმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სრული კმაყოფილება</li> <li>• კმაყოფილება</li> <li>• დაუკმაყოფილებლობა</li> </ul>

10	<p>რა დონით მოახდენდა გავლენას სამსახურისადმი თქვენი კმაყოფილება გადაწყვეტილებაზე ახლა რომ ეძებდეთ სამუშაოს?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• სრული კმაყოფილება</li><li>• კმაყოფილება</li><li>• დაუკმაყოფილებლობა</li></ul>
----	--

დანართი 2

საავადმყოფოებში ფსიქოლოგიური კლიმატისა და საკადრო პოლიტიკის შესახებ

გამოკითხვის ანკეტა

(გთხოვთ, აღნიშნოთ)

		დიახ	არა	ნაწილობრივ
1	დაწესებულებაში პერსონალის მართვისადმი მიდგომა წარმოადგენს პრიორიტეტულს?			
2	როგორი პოლიტიკაა დაწესებულებაში თანამშრომლების მიმართ - ისწრაფვიან შეინარჩუნონ საჭირო თანამშრომლები?			
3	გქონიათ თუ არა კვალიფიკაციის ასამაღლებელ კურსებზე/ტრენინგებზე გაგზავნის შემოთავაზება?			
4	კოლექტივში ყველა წევრთან სამართლიანი დამოკიდებულება არსებობს?			
5	შრომისა და დასვენების რეჟიმი (სამუშაო გრაფიკი) ოპტიმალურია?			
6	თვლით, რომ თქვენი ორგანიზაცია წარმატებულია?			
7	არის ანაზღაურება თქვენი შრომის შესაბამისი?			