

ნათია ბაშარული

ექიმების და მედდების თანაფარდობის დისბალანსი  
სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში

წარმოდგენილია ადამიანური რესურსების მართვის მაგისტრის აკადემიური  
ხარისხის მოსაპოვებლად

აღმოსავლეთ ევროპის უნივერსიტეტი

თბილისი 0178, საქართველო

ივნისი 2019

საავტორო უფლება 2019 ნათია ბაშარული

აღმოსავლეთ ევროპის უნივერსიტეტი  
ბიზნესისა და ინჟინერიის ფაკულტეტი

ჩვენ, ქვემოთ ხელისმომწერი ვადასტურებთ, რომ გავეცანით ნათია ბაშარულის მიერ შესრულებულ სამაგისტრო ნაშრომს დასახელებით: „ექიმების და მედდების თანაფარდობის დისბალანსი სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში“ და ვაძლევთ რეკომენდაციას აღმოსავლეთ ევროპის უნივერსიტეტის ბიზნესისა და ინჟინერიის ფაკულტეტის საგამოცდო კომისიაში მის განხილვას ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად.

თარიღი : 01.07.2019

ხელმძღვანელი: ლილი ბიბილაშვილი

---

---

აღმოსავლეთ ევროპის უნივერსიტეტი  
2019 წელი

ავტორი: ნათია ბაშარული  
დასახელება: ექიმების და მედდების თანაფარდობის დისბალანსი  
სამედიცინო ხარისხთან მიმართებაში

ფაკულტეტი: ბიზნესისა და ინჟინერიის  
ხარისხი: ადამიანური რესურსების მართვის მაგისტრი  
სხდომა ჩატარდა:

ინდივიდუალური პროვინციების ან ინსტიტუტების მიერ ზემომოყვანილი დასახელების ნაშომის გაცნობის მიზნით მოთხოვნის შემთხვევაში მისი არაკომერციული მიზნებით კოპირებისა და გავრცელების უფლება მინიჭებული აქვს აღმოსავლეთ ევროპის უნივერსიტეტს.

ნათია ბაშარული

---

ავტორის ხელმოწერა

ავტორი ინარჩუნებს დანარჩენ საგამომცემლო უფლებებს და არც მთლიანი ნაშრომის და არც მისი ცალკეული კომპონენტების გადაბეჭდვა ან სხვა რაიმე მეთოდით რეპროდუქცია დაუშვებელია ავტორის წერილობითი ნებართვის გარეშე.

ავტორი ირწმუნება, რომ ნაშრომში გამოყენებული საავტორო უფლებებით დაცული მასალებზე მიღებულია შესაბამისი ნებართვა (გარდა ის მცირე ზომის ციტატებისა, რომლებიც მოითხოვენ მხოლოდ სპეციფიურ მიმართებას ლიტერატურის ციტირებაში, როგორც ეს მიღებულია აკადემიური ნაშრომების შესრულებისას) და ყველა მათგანზე იღებს პასუხისმგებლობას.

## რეზიუმე

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან, რომლის მართვაც 2017-2030 წწ ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვის დოკუმენტის მიხედვით სახელმწიფო პოლიტიკის ერთერთ პრიორიტეტს წარმოადგენს. კარგი განათლების, სათანადო უნარ-ჩვევების მქონე და (საჭიროების) შესაბამისი რაოდენობის ჯანდაცვის ადამიანური რესურსი ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასთან მჭიდრო კავშირშია, რადგან იძლევა შესაძლებლობას თავიდან ავირიდოთ დანახარჯი, რომელიც ჭარბი რაოდენობის ადამიანური რესურსის შენახვას სჭირდება.

ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ადამიანების რაოდენობით საქართველო სრულ ასიმეტრიაში მოდის ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით. თითქმის ორჯერ მეტი ექიმი და თითქმის ორჯერ ნაკლები ექთანი (საშუალო სამედიცინო პერსონალი) ყავს საქართველოს ვიდრე საშუალო ევროპულ ქვეყანას. ეს დისბალანსი კიდევ იმით მწვავედება, რომ არის საექიმო სპეციალობები, სადაც საქართველოს ექიმი თითქმის არ ჰყავს და თუ ყავს მეტად არასაკმარისი რაოდენობით. მოსახლეობის მხრიდან, სამედიცინო მომსახურების დაბალი მოხმარების ფონზე ასევე დაბალია ექიმების პროდუქტიულობა. სწორედ ზემოთ მოყვანილი რიგი ფაქტორების გათვალისწინებით, ნაშრომის კვლევის მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის, კერძოდ ექიმების და ექთნების თანაფარდობის დისბალანსის გამომწვევი მიზეზების დადგენა და რეკომენდაციების მომზადება.

**მეთოდოლოგია:** სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში გამოყენებულ იქნა: აღწერილობითი, შედარების და ანალიზის მეთოდები, ასევე ნაშრომის თემის ირგვლივ არსებული გამოქვეყნებული ინფორმაციის და ინტერნეტ-რესურსების კვლევის მეთოდი. სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში დაგეგმილი კვლევის ჩასატარებლად გამოყენებული იქნა შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი. ნაშრომის მიზნების შესასრულებლად დასახული ამოცანების გადასაჭრელად გამოყენებული იქნა სამაგისტრო ნაშრომის თემის ირგვლივ არსებული ოფიციალური ინფორმაციის, მკვლევარებისა და ექსპერტების მოსაზრებების ანალიზისა და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის მეთოდი, აგრეთვე ინტერნეტ-სივრცეში არსებული რესურსების მოძიებისა და ანალიზის მეთოდი.

**შედეგები, ინტერპრეტაცია:** დადგინდა, რომ ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით სახეზეა სამედიცინო მომსახურებებზე მოთხოვნის ზრდა. ასევე შეიმჩნევა ექიმების წარმოების ზრდის ტენდენციაც. 100,000 მოსახლეზე ახალი კურსდამთავრებული ექიმების რაოდენობა 2-ჯერ აღემატება ევროპის და დსთ-ის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს. 2016 წელს მედიკოსის პროგრამა დაამთავრა 684-მა ქართველმა, ხოლო საექთნო პროგრამა დაასრულა მოლოდ 23-მა. დღემდე პრობლემურია საექთნო საქმის პოპულარიზაცია საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტერეოტიპებისა და აკადემიური თუ პროფესიული მზადებისათვის შესაბამისი სტიმულაციის (საკვალიფიკაციო მოთხოვნებისა და ფინანსური

წახალისების) სისტემების არარსებობის ფონზე. რესპოდენტების გამოკითხვამ, ექთნების მომსახურების ხარისხის დასადგენად ცხადყო, რომ სამედიცინო პერსონალის დისბალანსი სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან პირდაპირ კავშირშია.

**დასკვნა, რეკომენდაციები:** კვლევამ გვაჩვენა, რომ სამედიცინო პერსონალის, კერძოდ ექიმების და ექთნების თანაფარდობის დისბალანსი მჭიდრო კავშირშია სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან. ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე მიზანშეწონილია შემდეგი რეკომენდაციების გათვალისწინება:

1. ადამიანური რესურსების განვითარებისა და მართვის სტრატეგიული გეგმის შემუშავება, მათ შორის, ადამიანური რესურსების დაგეგმვის მიმართულებით შესაძლებლობების გაძლიერება და მისი ეტაპობრივი განვითარება, „საჭიროებათა შეფასების“ ინსტრუმენტების დანერგვა, ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექიმების ახალი ნაკადის დაბალანსება და ექთნების რაოდენობის გაზრდა სამედიცინო პერსონალის ადეკვატური ბალანსის მისაღწევად;
2. საექთნო განათლების ხელშეწყობა, საექთნო განათლების სახელმწიფო სუბსიდირება/სტიმულირება, საექთნო პერსონალის დეფიციტიდან გამომდინარე, გარდამავალ ეტაპზე ექთანთა გადამზადების სისტემის ხელშეწყობა;
3. სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო პერსონალის თვითური საშუალო ხელფასის გადახედვა, სამოტივაციო სისტემების შემუშავება.

## Resume

Healthcare human resources have direct connection with healthcare service quality, which managing is the prior, by the government healthcare policy for 2017-2030 years. Good educated, appropriate skilled and the required number of healthcare human resources are in the close relationship of the country's economic development, because it gives a possibility to avoid additional costs, which needs for maintain excess human resources.

By the comparison of the people who are employed in the healthcare system, Georgia is asymmetric according to Europe countries. In Georgia the number of doctors are two times more and the number of nurses is two times less, than European average country. This disbalance is also aggravating that there are doctoral professions, where Georgia has no doctors at all and if has, they are not enough. Citizens' using level of healthcare service is low, which causes productivity of doctors. Because of these factors, we are taking into account and the aim of the following master thesis is to identify the reasons of imbalance of doctors and nurses and giving recommendations.

**Methodology:** During the working of the Master's, there were used different research methods: the description, comparative and analysis methods, as well as the information and online-based resource methods. Through the working of the master thesis were used random selection method. To achieve the aims of the master thesis and for solve the main problems, there were used official information related to the theme of the master thesis. Through the master thesis was used analyzing of researches and experts opinions about the survey theme. Also, there were used second information learning method, as well as internet-based resource researching and analyzing.

**Results, interpretation:** It was established that according to official statistical data there is a rise in demand for medical services. The trend of growth of doctors is also observed. Number of new graduates to 100,000 inhabitants is 2 times higher than the average for European and CIS countries. In 2016, the Medicos program was completed by 684 Georgians, and the Nursing Program was completed by 23. It is still problematic to get popularity nurse affair, because in the society still exist negative stereotype, also there is no appropriate systems for academic or profession development (qualification requirements and financial incentives). Respondents' surveys, which was conducted to reveal the quality of nursing services, identified that the imbalance of medical personnel is directly related to the quality of medical care.

**Conclusion, Recommendations:** The survey showed that imbalance in the medical staff, particularly doctors and nurses, is linked to the quality of medical care. Considering all the above, it is advisable to consider the following recommendations:

1. The human resources development and management of the strategic plan, including human resources planning and capacity building of its gradual development, "needs assessment" instruments implement, based on the needs of the

country, to increase the new group of doctors and nurses to balance the number of medical staff;

2. Facilitate nursing education, state subsidy / stimulation of nursing education, promotion of nurses retraining system at the transition stage, due to the shortage of nursing staff;

3. Revision of the monthly salary of medical personnel by the State, elaboration of motivation systems.

## სარჩევი

შესავალი .....	1
კვლევის მეთოდოლოგია .....	5
თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა .....	6
1.1 ექიმების ჭარბი რაოდენობა და მისი გამომწვევი მიზეზები .....	6
1.2 ექთნების დეფიციტური რაოდენობა და მისი გამომწვევი მიზეზები ...	9
ექიმების და ექთნების დარღვეული თანაფარდობა .....	14
1.3 ექთნის როლი და ფუნქციები .....	17
1.4 ექთნების შრომის პირობების და ხარისხიანი სამედიცინო .....	20
მომსახურების ურთიერთდამოკიდებულება .....	20
თავი 2. სამედიცინო პერსონალის დაბერების ტენდენცია და მისი შედეგები მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში .....	29
2.1 ექიმების პროდუქტიულობა .....	31
2.2 სამედიცინო განათლება, არასათანადო კვალიფიკაციის გამომწვევი მიზეზები .....	33
2.3 სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება .....	40
თავი 4. შედეგები და მათი ანალიზი .....	44
დასკვნა .....	50
რეკომენდაციები .....	52
გამოყენებული ლიტერატურა .....	55
ექთნების მომსახურებით კმაყოფილების დასადგენი კითხვარი .....	57



## შესავალი

მოსახლეობის კეთილდღეობისთვის და ქვეყნის სოციალურ–ეკონომიკური განვითარებისთვის ჯანმრთელობის საუკეთესო მდგომარეობა მეტად მნიშვნელოვანია. ჯანდაცვის სისტემის ერთ–ერთ მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს ადამიანური რესურსები წარმოადგენს და სწორედ მასზეა დამოკიდებული სისტემის გამართული და ეფექტიანი ფუნქციონირება.

ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს 150–ზე მეტი სპეციალობის ადამიანს, რომელთაც სხვადასხვა ფუნქციები აქვთა გადანაწილებული. ჯანდაცვის სისტემის ადამიანური რესურსების მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია სამედიცინო პერსონალი: ექიმი, ექთანი, ვინც უშუალოდ მონაწილეობს პაციენტის მკურნალობაში, ასევე ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალი, ისინი ვინც ხელს უწყობენ ჯანდაცვის სისტემის გამართულ მუშაობას.

სამედიცინო პროფესიას ღრმა ისტორიული ფესვები გააჩნია. ჯერ კიდევ ძველ ეგვიპტეში, ბაბილონში, ჩინეთში და ინდოეთში 4–5 ათასი წლის წინ ფუნქციონირებდა სატაძრო სკოლები, სადაც მკურნალებს ამზადებდნენ. აღმოჩენილია ჩინური მანუსკრიპტები, უძველესი სამედიცინო სახელმძღვანელოების სახით. ძველ საბერძნეთში გარდა ტაძრებთან არსებული საავადმყოფოებისა, სადაც ეუფლებოდნენ ექიმის პროფესიას, მოქმედებდა სპეციალური სკოლებიც. საბერძნეთში ყველაზე განთქმულ სასწავლებლებად ითვლებოდა მილეეთის, კნოდის და ქნოსის (აღნიშნული სკოლის წარმომადგენელი იყო ჰიპოკრატე) სკოლები. შუა საუკუნეების ევროპაში მედიცინის სწავლებამ გადაინაცვლა უნივერსიტეტებში, სადაც XVIII საუკუნეში შემოღებული იქნა ქირურგის სპეციალური კურსი. აღნიშნული პერიოდიდან სათანადო საუნივერსიტეტო განათლების გარეშე აიკრძალა ქირურგიული ოპერაციების ჩატარება<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> ვერულავა. თ, ჯანდაცვის პოლიტიკა, თბილისი, 2016, გვ 121

XX საუკუნის მეორე ნახევარში მედიცინის სწრაფმა განვითარებამ გააფართოვა საექიმო პროფესიების ფარგლები. ასევე მოხდა საექიმო საქმიანობამ ტრანსფორმირებაც. ძველ დროში ექთნიმ ფუნქცია მხოლოდ ექიმის დახმარება იყო, რათ განეხორციელებინა სხვადასხვა ჩარევები და მანიპულაციები. ბოლო წლებში გაიმიჯნა და დამოუკიდებლად ჩამოყალიბდა ექთნიის ფუნქცია–მოვალეობები და ამ პროფესის ადამიანებს მოეთხოვებათ მნიშვნელოვანი ცოდნა და უნარ–ჩვევები.

ჯანდაცვის სფეროში, ადამიანური რესურსების მიმართულებით, სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა პრობლემებს ვაწყდებით, თუმცა ზოგადი ძირითადი პრობლემები შესაძლებელია შემდეგნაირად ჩამოვყალიბოთ:

- სამედიცინო პროფესიების დისბალანსი. ექიმების სიჭარბე და მედდების დეფიციტი;
- ვიწრო სპეციალისტების სიჭარბე, პირველადი ჯანდაცვის (ოჯახის ექიმები) სპეციალისტების სიმცირე;
- სოფლად სამედიცინო პერსონალის არასათანადო გადანაწილება;
- არასასურველი სამუშაო პირობები, ანაზღაურება;
- განათლების დაბალი დონე;
- ჯანდაცვის მუშაკთა ლიცენზირების პრობლემები;

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები<sup>2</sup>:

- ექიმთა და ექთანთა თანაფარდობა;
- სამედიცინო პერსონლის გეოგრაფიული განაწილება;
- ადამიანური რესურსების სტრუქტურა;
- სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ანაზღაურება;<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> ტულჩინსკი, თ. ვარავიკოვა, ე. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო, 2012 გვ. 157–158

<sup>3</sup> ჯანდაცვის სამინისტრო, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013.

ეს ინდიკატორები გვაძლევს საშუალებას შევაფასოთ რამდენად შესაფერისია ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების შემადგენლობა ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებისთვის და მოსახლეობის სრულად მოცვის უზრუნველყოფისთვის.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2006 წლის მოწოდების თანახმად, „სათანადო კვალიფიკაციის პერსონალის მომზადება და მათი საჭირო ადგილას გამოყენება შესაბამისი დავალებების შესასრულებლად ჯანდაცვის საკადრო პოლიტიკის ძირითადი მიზანია“<sup>4</sup>.

დამოუკიდებელი საქართველოს ისტორიაში ხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის შექმნა ერთ-ერთ უმთავრეს გამოწვევად რჩება. დღესდღეობით, მარტივად შესამჩნევია მოსახლეობის უკმაყოფილება მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში<sup>5</sup>.

ჯანდაცვის სისტემის გარშემო არსებული პრობლემების გაადასჭრელად საჭიროა სისტემის მრავალმხრივი შესწავლა და ანალიზი. დღეს სახელმწიფოს მხრიდან გადადგმულია ქმედითი ნაბიჯები, რაც მიმართულია ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების სრულყოფისკენ, თუმცა პასუხისმგებლობა ნაწილობრივ გადანაწილებულია კერძო სექტორთან. დღესდღეობით სამედიცინო დაწესებულებები 90% კერძო მფლობელობაშია. ეს კი სახელმწიფოს ხრიდან კონტროლს და რეგულაციებს შედარებით ამცირებს.

მრავალი კვლევა ადასტურებს, რომ ჯანდაცვის სისტემა განიცდის კვალიფიციური და მოტივირებული სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობას, რაც აისახება მომსახურების ხარისხზე. აღნიშნული პრობლემა გამოწვეულია რიგი ფაქტორებით: არასათანადო სამუშაო პირობები, ანაზღაურების სიმცირე, განათლების სისტემის ხარვეზები, ექიმების და ექთნების ნაკადების არასწორი მართვა, სამედიცინო პერსონალის დაბალი

---

<sup>4</sup> World Health Organization. The World Health report 2006: Working together for health, Geneva, 2006

<sup>5</sup> ექთნების შრომის პირობები და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, რევაზ კარანაძე. 20.06.2019

<https://1tv.ge/analytics/eqtnebis-shromis-pirobebi-da-khariskhiani-samedicino-momsakhureba/>

პროდუქტიულობა და სხვა. სწორედ ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარეობს ნაშრომის აქტუალურობა.

საკვლევი თემის მიზანს წარმოადგენს ექიმების და მედლების თანაფარდობის დისბალანსის გამომწვევი მიზეზების დადგენა, ამ მიზეზების აღმოსაფხვრელად საუკეთესო გზებისა და შესაძლებლობების გამოვლენა, შესაბამისად პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება. შესაბამისად ჩამოყალიბდა საკვლევი თემის კითხვა: ექიმების და ექთნების თანაფარდობის დისბალანსი დაკავშირებულია თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან?

## კვლევის მეთოდოლოგია

სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში გამოყენებულ იქნა: აღწერილობითი, შედარების და ანალიზის მეთოდები, ასევე ნაშრომის თემის ირგვლივ არსებული გამოქვეყნებული ინფორმაციის და ინტერნეტ-რესურსების კვლევის მეთოდი. სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში დაგეგმილი კვლევის ჩასატარებლად გამოყენებული იქნა შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი.

ნაშრომის მიზნების შესასრულებლად დასახული ამოცანების გადასაჭრელად გამოყენებული იქნა სამაგისტრო ნაშრომის თემის ირგვლივ არსებული ოფიციალური ინფორმაციის, მკვლევარებისა და ექსპერტების მოსაზრებების ანალიზისა და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის მეთოდი, აგრეთვე ინტერნეტ-სივრცეში არსებული რესურსების მოძიებისა და ანალიზის მეთოდი.

გამოკითხვა ჩატარად გუგლის (Google) საძიებო სისტემის ელექტრონული კითხვარის საშუალებით. მიღებული მონაცემები დამუშავდა ამავე ფორმაში. კვლევა აღწერილი და შეფასებითი ხასიათისაა.

# თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა

## 1.1 ექიმების ჭარბი რაოდენობა და მისი გამომწვევი მიზეზები

საბჭოთა სისტემამ დამოუკიდებელ საქართველოს მემკვიდრეობით დაუტოვა წარბი ინფრასტრუქტურა, დიდი საწოლთა ფონდით და პერსონალით.

ქვეყნის დამოუკიდებლობის პერიოდში მთავრობამ აღიარა ექიმების სიჭარბე. მიღებული იქნა გადაწყვეტილებით ექიმების შემცირების პრობლემა საბაზრო მექანიზმებისთვის მიენდოთ<sup>6</sup>.

ჯანრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განისაზღვრა საერთაშორისო მინიმალური სტანდარტი მოსახლეობის სამედიცინო პერსონალით მოვლისთვის: 2.3 ჯანდაცვის მუშაკი 1000 მოსახლეზე (WHO, 2006). (მაგალითისთვის, ამ მონაცემმა 2012 წელს საქართველოში 7,9 შეადგინა)<sup>7</sup>.

ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმების გატარების მიუხედავად, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა მაინ მაღალი რჩებოდა. 1990 წელს საქართველოში 1000 მოსახლეზე 4,9 ექიმი მოდიოდა, მაშინ როდესაც ყოფილ საბჭოთა კავშირში ეს მაჩვენებელი 3,9–ს, ევროგაერთიანებაში 3.1–ს შეადგენდა, ხოლო ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში –2,4–ს.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> ჯანდაცვის სისტემები გარამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

<sup>7</sup> ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი (2012). საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი

<sup>8</sup> ჯანდაცვის სისტემები გარამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

1991–1995 წლებში მკვეთრად შემცირდა ექიმთა რაოდენობა და მაჩვენებელმა 1000 მოსახლეზე 3,2 შეადგინა, თუმცა შემდეგ პერიოდში ზრდის ტენდენცია გაგრძელდა. ექსპერტები ამ ფაქტს აკავშირებდნენ ქვეყანაში კერძო უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების დაარსებასთან, რომლის შედეგად წელიწადში 3000 ექიმი იღებდა დიპლომს, როცა საჭიროება 300–ს არ აღემატებოდა.<sup>9</sup> 1995 წლიდან მკვეთრად გაიზარდა ექიმების რაოდენობა ჯანდაცვის ბაზარზე<sup>10</sup>.

90–იანი წლის მეორე ნახევარში სახელმწიფომ აამუშავა რეგულირების მექანიზმები (ექიმების სერთიფიცირების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა, სპეციალისტების ხანგრძლივადიანი მზადება რეზიდენტურაში), თუმცა ამით მდგომარეობა არ გამოსწორდა და 2012 წლის მაჩვენებელი დაუბრუნდა 1990 წელს არსებულს და 1000 მოსახლეზე 4,8 შეადგინა.<sup>11</sup> ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის მიხედვით საქართველო ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებს შორის პირველ ადგილს იკავებს.

ექიმების სიჭარბის მიუხედავად მათი გადანაწილება რეგიონებში დღემდე პრობლემა რჩება. თბილისს, სადაც ქვეყნის მოსახლეობის მარტო 30% ცხოვრობს, დაახლოებით 15,000 ექიმი ემსახურება. ქვეყნის მოსახლეობის დანარჩენ 70%-ს კი მხოლოდ 8,000 ექიმი.<sup>12</sup>

2016 წლის მონაცემებით საქართველოში დასაქმებულ ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 24,082-ს. 2017 წლის მონაცემებით სერთიფიცირებულ ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 36,959-ს, სტომატოლოგიური სპეციალობების

---

<sup>9</sup> ჯანდაცვის სისტემები გარამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002.ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002 გვ.59

<sup>10</sup> ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი (2012). საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. გვ.38

<sup>11</sup> ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი (2012). საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი

<sup>12</sup> ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019

[http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)

გარეშე 27,851-ს. (ზემოთხსენებული წყაროების მიხედვით ექიმთა ზუსტი რაოდენობის განსაზღვრა ვერ ხერხდება, რადგან 1. დასაქმებულ ექიმთა რაოდენობა შეიძლება მოიცავდეს იმ ექიმთა დუბლირებულ რაოდენობას, რომლებიც ერთზე მეტ სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობენ 2. სერტიფიცირებულ ექიმთა რაოდენობა არ ასახავს იმ ექიმებს, რომლებიც ეწევა პრაქტიკულ საქმიანობას).

**ცხრილი: N1**

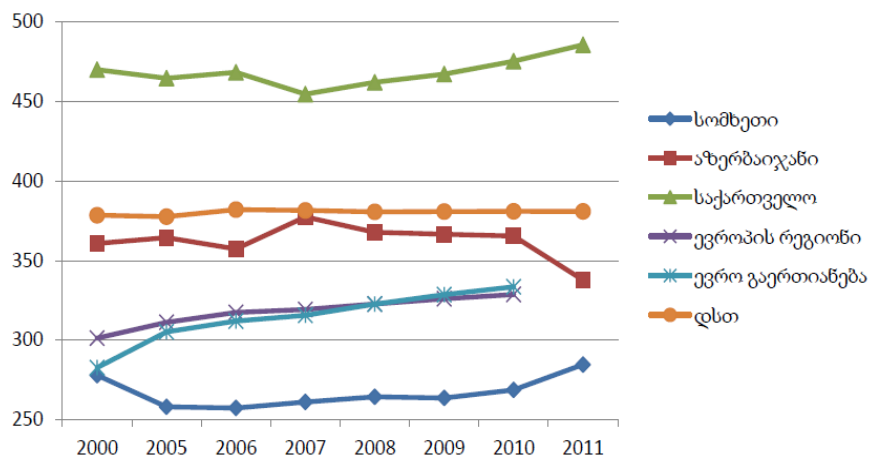
ქვეყანა	ექიმი	ექთან
საქართველო	24,082	18,701
გერმანია	15,257	49,848
საშუალო ევროპული ქვეყანა	11,969	27,496
ინგლისი	10,422	32,407

წყარო: ჯანმოს მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ 2014წ.

დსკჯეც, სტატისტიკური ცნობარი, 2016წ

ექიმების რაოდენობრივ მაჩვენებელთან (სიჭარბე) ერთად უნდა აღინიშნოს, რომ ხარისხობრივი მაჩვენებელიც საკმაოდ დაბალი რჩება, რაც მათ პროდუქტიულობაზე აისახება.

**ნახატი 1: ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე**

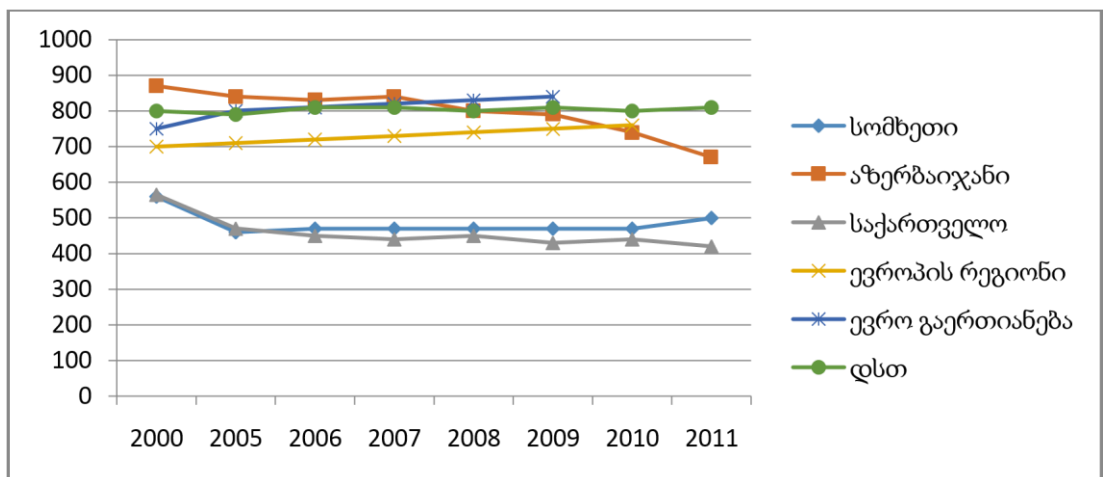




## 1.2 ექთნების დეფიციტური რაოდენობა და მისი გამომწვევი მიზეზები

ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელთან შედარებით საქართველოში ექთნებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია ევროპის რეგიონში. ეს მაჩვენებელი ყოველ წლიურად მცირდება და სავალალო მდგომარეობამდე მიდის. რთული მდგომარეობაა ექთნების დაბერების მაჩვენებელშიც. 50 წელს გადაცდა საბჭოური სამედიცინო განათლება მიღებული და კვალიფიციური ექთნების საშუალო ასაკი, უახლოეს პერიოდში მოსალოდნელია მათი დეფიციტი.<sup>13</sup>

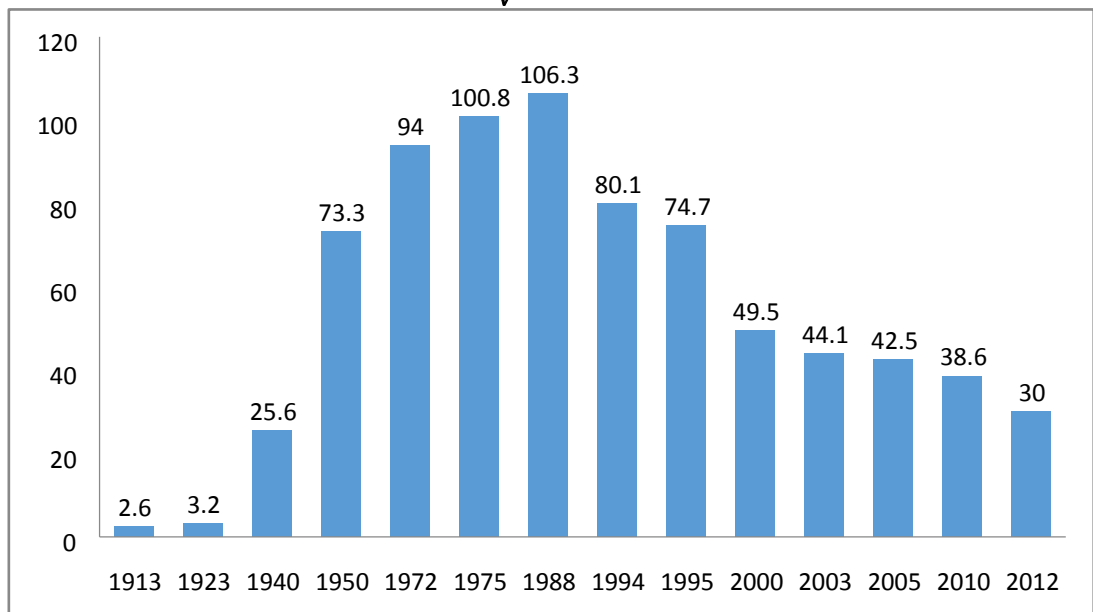
ნახატი N2: ექთნების უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე



წყარო: ჯანმო/ევროპის ბიურო, ევროპის ჯანმრთელობა ყველასათვის მონაცემთა ბაზა, 2012 წლის ივნისი; დკ&სჯეც.

<sup>13</sup> გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო-სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა, თბილისი, 2012, 145-165

ნახატი 3. ექთანთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 10 000 მოსახლეზე, 1913–2012 წ.



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 1994-2012 წწ.; Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

სტატისტიკის მიხედვით, 2017 წელს 17507 ექთანი იყო დასაქმებული, რაც 2016 წლის მონაცემებთან შედარებით 414 ექთნით მეტობას გვიჩვენებს<sup>14</sup>. მუშაობისათვის კი, სპეციალისტების აზრით, საჭიროა ამ ციფრის 30,000-მდე გაზრდა. ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, საქართველოში წელიწადში 100-მდე ექთანი ამთავრებს სასწავლებელს, მაშინ, როდესაც საშუალო ევროპული მაჩვენებლით, ქვეყანამ წელიწადში 1400 ექთანი უნდა აწარმოოს.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> საქართველოში ექთნების დეფიციტია. 19.06.2019

(<https://imedineews.ge/ge/saqartvelo/72315/spetsialisti-saqartveloshi-eqtnebis-depitsitia>)

<sup>15</sup> კახიშვილი, ნ.ექიმთა რაოდენობა და ხარისხი. ნეტგაზეთი. 18.06.2019, ვებგვერდი (<http://www.netgazeti.ge/GE/81/News/7134>)

დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში საკმაოდ დიდ პრობლემას წარმოადგენს ექთნების დეფიციტი. იგი უარყოფითად აისახება ჯანდაცვის სისტემაზე და სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.<sup>16</sup>

ექთნების დეფიციტი დამოკიდებული სხვადასხვა მიზეზებთან, მათ შორის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სიტემის უუნარობა, შეინარჩუნოს ექთანი სამუშაო ადგილზე. საექთნო კადრების დეფიციტი დაკავშირებულია სხვადასხვა მიზეზებთან, რომელთა შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ჯანდაცვის სისტემის უუნარობას შეინარჩუნოს ექთანი სამუშაო ადგილზე<sup>17</sup>. აღნიშნული პროფესიის ადამიანებისთვის არ არის მიმზიდველი დღეს არსებული სამუშაო პირობები ექთნებისთვის მიმზიდველი არ არის, და შესაბამისად ნაკლები სურვილი აქვთ იმუშაონ არსებულ სამუშაო პირობებში.<sup>18</sup> სამედიცინო დაწესებულების შედარებით უარყოფით გარემო პირობებში დაბალია სამუშაოთი კმაყოფილება და იზრდება სამედიცინო დაწესებულებიდან წასვლის მზაობა.<sup>19</sup>

ქვეყანაში შექმნილ ექთნების დეფიციტს ასევე განაპირობებს მათი ხელფასის დაბალი დონე. სახელმწიფოს მხრიდან არ რეგულირდება ექთნების და ექთნების თანაშემწეების ანაზღაურება, შესაბამისად დამსაქმებლის ნებაზეა დამოკიდებული თუ რამდენს გადაუხდის მათ. ხშირად, ექთნების ხელფასი 150 ლარზეც ნაკლებია. აქვე აღსანიშნავია, რომ ბოლო წლებში სოფლად ექთნის დაფინანსება 350 ლარიდან 455 ლარამდე გაიზარდა.<sup>20</sup>

საბჭოთა მოდელის მიხედვით ექთნები დაბალკვალიფიციურ პერსონალად ითვლებოდა, შესაბამისად მათ მხოლოდ დამხმარის როლი ჰქონდათ. რეფორმებმა ერ როლი რადიკალურად შეცვალეს. საქართველოში

---

<sup>16</sup> Buchan J, Aiken L: Solving nursing shortages: a common priority. J Clin Nurs 2008, 17:3262–3268

<sup>17</sup> Coomber B, Bariball KL: Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. Int J Nurs Stud 2007, 44(2):297–314

<sup>18</sup> Buchan J, Aiken L: Solving nursing shortages: a common priority. J Clin Nurs 2008, 17:3262–3268.

<sup>19</sup> სამეცნიერო ჟურნალი "ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა" N 2. 2015 [www.hepoin.com](http://www.hepoin.com)

<sup>20</sup> ვერულავა. თ, ჯანდაცვის პოლიტიკა, 2016, გვ.121–122

საექთნო საქმიანობის პოპულარიზაციას და გაძლიერებას ხელი შეუწყო ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსმა, რომელმაც ორგანიზება გაუკეთა ექთნების სწავლებას და გადამზადებას საზღვარგარეთის საექთნო სკოლებში (მაგ. აშშ-ის ჯორჯიას შტატი, ატლანტის საექთნო სკოლა).<sup>21</sup> საექთნო საქმის როლი გაზრდას და პოპილარიზაციას ასევე ხელი შეუწყო ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემოღებულმა მთავარი ექთნის თანამდებობის შემოღებამ.<sup>22</sup> 1996 წელს შეიქმნა საქართველოს ექთანთა ასოციაცია.

როადენობრივი მახასიათებლებთან დაკავშირებით არსებულ პრობლემებს ემატება არასასურველი ხარისხობრივი მაჩვენებლები. კერძოდ, ექთნების კვალიფიკაცია მნიშვნელონად ჩამორჩება თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი სტანდატრების მოთხოვნებს. ქვეყანაში არ არსებობს ექთნის კვალიფიკაციის ამალღების კურსები, კერძო კლინიკებს თვითონ უწევთ ტრენინგების დაგეგმვა, თუმცა ამას ბევრი კლინიკა ვერ აკეთებს.

2007-2011 წლებში დონორი ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერით გადამზადებული პირველადი ჯანდაცვის ექთნების რაოდენობამ 1934 შეადგინა, რაც პირველადი ჯანდაცვის ექთნების განვითარების გეგმით განსაზღვრული საჭიროების 80 %-ს აღემატება.<sup>23</sup>

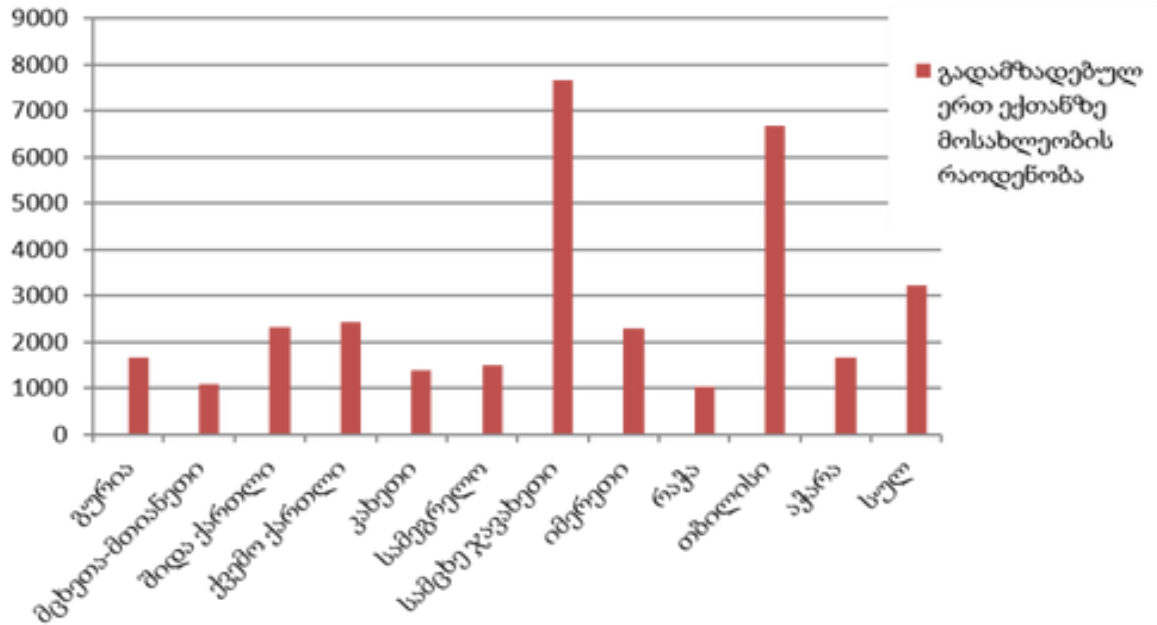
---

<sup>21</sup> ჯანდაცვის სისტემები გარამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002.ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

<sup>22</sup> ჯანდაცვის სისტემები გარამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002.ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

<sup>23</sup> ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ნახატი 4. გადამზადებული ექთნების რაოდენობის გეოგრაფიული განაწილება



წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2013 წ

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე ექთნის პროფესიის პოპულარიზაციისთვის საჭიროა სახელმწიფოს მიერ გატარდეს სისტემის რეფორმები, რათა მოხდეს ჯანდაცვის სექტორში საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექთნების როლის, ფუნქციების განსაზღვრა და რაოდენობის გაზრდა.

რეფორმა თავის მხრივ გულისხმობს საექთნო სასწავლებლებში სტუდენტების რაოდენობის გაზრდას და მათი სწავლის ხარისხის ამაღლებას.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> სამეცნიერო ჟურნალი "ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა" N 2. 2015, გვ.10

## ექიმების და ექთნების დარღვეული თანაფარდობა

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად ერთ–ერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორს ექიმების და ექთნების თანაფარდობა წარმოადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილი რეკომენდებული შეფარდება არის 4:1.<sup>25</sup>

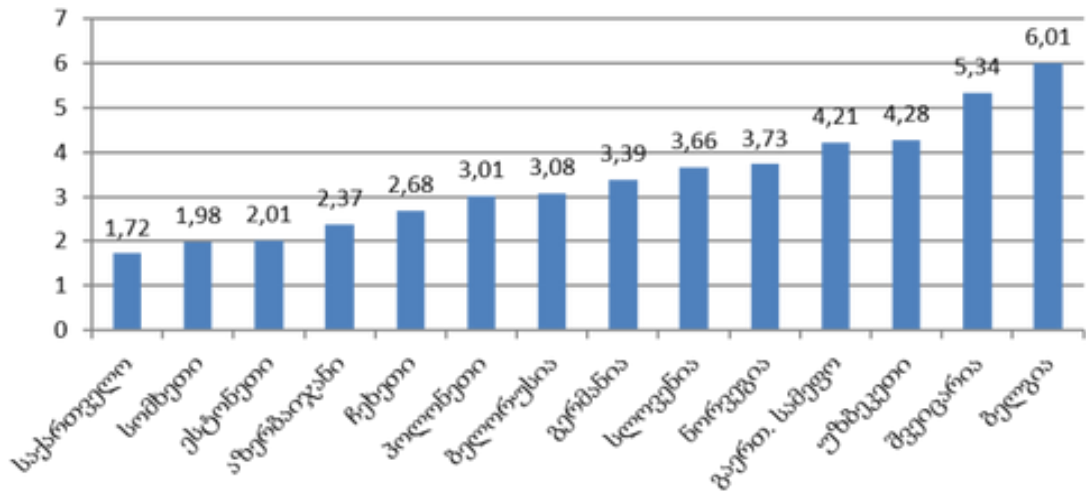
1991 წელს 2.2 ექთანი მოდიოდა ერთ ექიმზე, 1994 წელს ექიმსა და ექთანს შორის თანაფარდობა 1.9-მდე შემცირდა, ხოლო 1997 წელს ერთ ექიმზე საშუალოდ ერთი ექთანი მოდიოდა. მომდევნო წლებშიც გარძეელდა აღნიშნული ტენდენცია და ჯანდაცვის სისტემამ ვერ შეძლო ექთნების რაოდენობის შემცირების პრობლემის მოგვარება. სერიოზული საფრთხე შეუქმნა სისტემის ფუნქციონირებას, მის ხარჯ-ეფექტიანობასა და მდგრადობას ბოლო პერიოდისთვის აღნიშნულმა ტენდენციამ, როდესაც ექიმების რაოდენობა საგრძნობლად აღემატებოდა ექთნების რაოდენობას. 2013 წლის მონაცემებით, საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს 1:09-ს, რითაც ერთ-ერთი ბოლო ადგილზეა ევროპაში. შედარებისათვის, ბელგიაში ეს თანაფარდობა შეადგენს 6 ექთანს ერთ ექიმზე, შვეიცარიაში – 5.3-ს, ხოლო გერმანიაში – 3.4-ს.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი (2012). საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013წ. გვ.30

<sup>26</sup> ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ნახატი 5. ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის შეფარდების მაჩვენებელი, 2010 წ

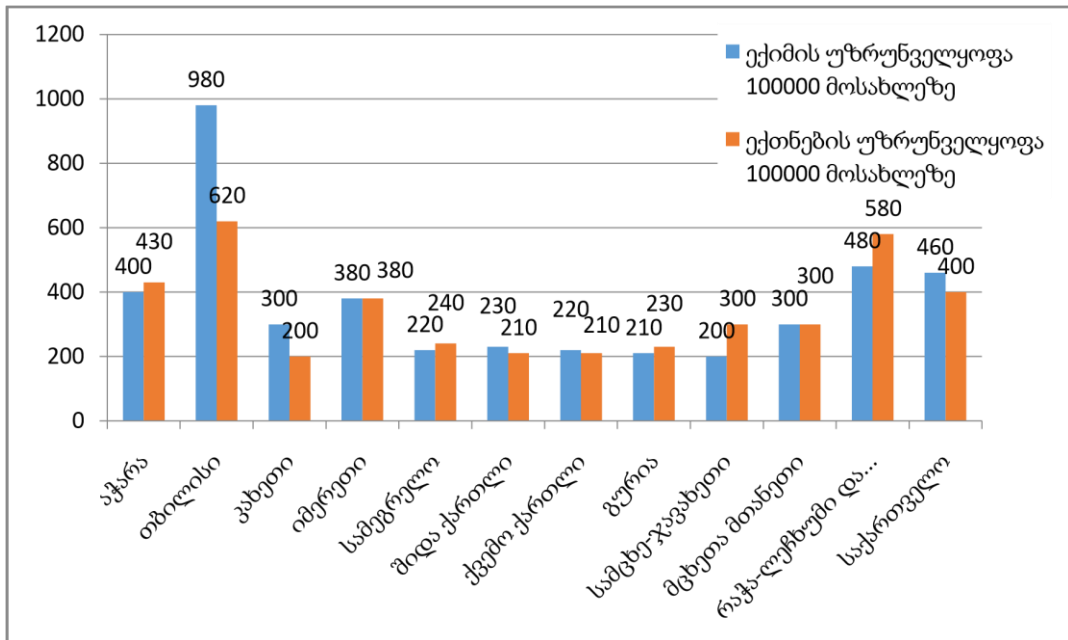


წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2013 წ

დიდ პრობლემას წარმოადგენს ექთნების და ექიმების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება ქვეყანაში. ექთნებით უზრუნველყოფა ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელზე მაღალია მხოლოდ თბილისსა და რაჭა-ლეჩხუმში; ექიმების რაოდენობა აჭარბებს ან უტოლდება ექთნების რაოდენობას ქვეყნის უმეტეს რეგიონში, მხოლოდ რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთის რეგიონების სასურველ თანაფარდობასთან მიახლოებული (2:1).<sup>27</sup>

<sup>27</sup> ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

**ნახატი 6. ექიმებისა და ექთნების უზრუნველყოფის მაჩვენებლის გეოგრაფიული განაწილება, 2011 წელი**



წყარო: ჯანმო/ევროპის ბიურო, ევროპის ჯანმრთელობა ყველასათვის მონაცემთა ბაზა, 2012 წლის ივნისი; დეფსჯეც.

ექიმთა გეოგრაფიული განაწილების პრობლემა მთელ მსოფლიოში შეინიშნება. 1995 წელს აშშ-ს უდიდეს ქალაქებში 100000 მოსახლეზე 304 ექიმი მოდიოდა, შედარებით პატარა ქალაქებში 235 ექიმი, ხოლო სოფლად–53–168 ექიმამდე.<sup>28</sup>

ბევრ ქვეყანაში (მაგ. დიდი ბრიტანეთი) შემოღებული იქნა რეგულაციები, რომელიც ავალდებულებდა ან ფინანსურად აინტერესებდა ექიმებს ისეთ ადგილებში მუშობას, სადაც დეფიციტი შეინიშნებოდა.<sup>29</sup>

<sup>28</sup> ტულჩინსკი, თ. ვარავიკოვა, ე. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო, 2012, გვ.27–39

<sup>29</sup> ტულჩინსკი, თ. ვარავიკოვა, ე. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო, 2012, გვ. 27–39



### 1.3 ექთნის როლი და ფუნქციები

ექთანი და ექთნის თანაშემწე ძალიან დიდ როლს ასრულებს პაციენტის გამოჯანმრთელების პროცესში. ექთნის პროფესიას უდიდესი ვალდებულებები და პასუხისმგებლობები ეკისრება, რადგან მათ მიერ განხორციელებულმა არასწორმა ქმედებამ ან შეცდომის დაშვებამ შესაძლოა ფატალურ შედეგამდე მიიყვანოს პაციენტი. საქმე ადამიანის სიცოცხლეს ეხება.<sup>30</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გაძლიერებისთვის აუცილებელ ქვესისტემას წარმოადგენს საექთნო საქმიანობა.

საექთნო საქმე მოიცავს:

- პაციენტებზე ზრუნვას;
- სამედიცინო ჩარევაზე და მანიპულაციებზე პაციენტების რეაქციის უწყვეტ შეფასებასა და მონიტორინგს;
- პაციენტების და საზოგადოების შემეცნებას;
- პაციენტების მოვლას, პროცესში ხარვეზების გამოვლენასა;
- ხარისხიანი მომსახურების სრულყოფას;
- მომსახურების აღმოჩენასა და კოორდინაციას სამედიცინო დახმარების მთელ დიაპაზონში.

ექთნის ძირითად მიზანს წარმოადგენს ნებისმიერი ასაკობრივი ჯგუფის ცალკეული ინდივიდების, ოჯახების, მოსახლეობის ჯგუფების ან თემის ჯანმრთელობის აღდგენა და შენარჩუნება, დაავადებათა პროფილაქტიკა, ავადმყოფთა, უნარშეზღუდულთა და ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა მოვლა.

---

<sup>30</sup> განათლების განვითარების ეროვნული ცენტრი, საექთნო საქმე, სახელმძღვანელო სტუდენტებისთვის, 16.06.2019  
ვებგვერდი <http://vet.ge/wp-content/uploads/2015/12/studentis%20saxelmzgvanelo-saeqtno%20saqme.pdf>

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აღიარებულია, რომ ექთნების როლი გადამწყვეტია უნარშეზღუდულობის შემცირების, სიკვდილიანობის, ავადობისა და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრებაში.

**NURSE – NURSING** ტერმინი “Nurse” წარმოიშვა ლათინური სიტყვისგან “nutrio”, რაც “იმედით სულდგმულობას” ნიშნავს. (Noble-კეთილშობილი, Unique უნიკალური, Responsible - პასუხისმგებელი, Sensitive -მგრძობიარე, Energetic-ენერგიული);<sup>31</sup>

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით (1996წ.): „საექთნო საქმე ეხმარება პიროვნებებს, ოჯახებს და ადამიანთა ჯგუფებს განსაზღვრონ და წარმოაჩინონ მათი ფიზიკური, მენტალური და სოციალური პოტენციალი და შესაბამისად იმოქმედონ ცვალებად გარემოში, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ. ექთანს მოეთხოვება განავითაროს და განახორციელოს ჯანმრთელობის ხელშემწყობი და დაავადების თავიდან აცილებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები. საექთნო საქმე ასევე გულისხმობს დაავადების ან რეაბილიტაციის პროცესში მოვლის დაგეგმვასა და განხორციელებას ფიზიკური, მენტალური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებით“.<sup>32</sup>

საექთნო საქმე ხელს უწყობს პიროვნების, მისი ოჯახის, მეგობრების, სოციალური ჯგუფებისა და თემის აქტიურ ჩართვას ჯანდაცვის ყველა ასპექტში, რაც ამაღლებს პიროვნულ პასუხისმგებლობას და ხელს უწყობს ჯანმრთელი გარემოს შექმნას. საექთნო საქმე მოითხოვს სპეციალურ ცოდნა და უნარებს, არის მეცნიერება და ხელოვნება ერთდროულად. ამავე დროს ემყარება

---

<sup>31</sup> განათლების განვითარების ეროვნული ცენტრი, საექთნო საქმე, სახელმძღვანელო სტუდენტებისთვის, 16.06.2019  
ვებგვერდი <http://vet.ge/wp-content/uploads/2015/12/studentis%20saxelmzgvanelo-saeqtno%20saqme.pdf>

<sup>32</sup> ვერულავა. თ, ჯანდაცვის პოლიტიკა, 2016, გვ.121–122

კაცობრიობის მიღწევებს ფიზიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და ბიოლოგიურ მეცნიერებებში.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> განათლების განვითარების ეროვნული ცენტრი, საექთნო საქმე, სახელმძღვანელო სტუდენტებისთვის, 16.06.2019  
ვებგვერდი <http://vet.ge/wp-content/uploads/2015/12/studentis%20saxelmzgvanelo-saeqtno%20saqme.pdf>

## 1.4 ექთნების შრომის პირობების და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ურთიერთდამოკიდებულება

ქვეყანაში ადამიანების (პაციენტთა) ჯანმრთელობის მდგომარეობა პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო პერსონალის შრომის მდგომარეობასთან (Van Oostveen & Mathijssen, 2015). ამ საკითხზე ბევრი საერთაშორისო კვლევა საუბრობს. შესაბამისად, სამედიცინო სისტემის შესწავლა და სამედიცინო პერსონალის შრომის პირობების კვლევა ყველაზე კარგად ავლენს ხარვეზებს და საშუალებას იძლევა განისაზღვროს მათი აღმოფხვრის გზები (Griffiths, 2014).

ჯანდაცვის სისტემის გამართული ფუნქციონირება და მოსახლეობისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი არსებითად არის დამოკიდებული სისტემაში მომუშავე პერსონალის რაოდენობაზე, მათ კვალიფიკაციის ამაღლებაზე და შენარჩუნებაზე.<sup>34</sup>

დაბალია საექთნო პრაქტიკის გარემოს მახასიათებლები, მათ შორის პერსონალის სათანადო დაკომპლექტება. შესაბამისად, მაღალია სამუშაოთი დატვირთვიანობის მაჩვენებელი.

2013 წლიდან დაიწყო შრომის უფლებების კუთხით რეფორმები და დღემდე გრძელდება, თუმცა დასაქმებულთა ყოველდღიური ცხოვრება ჯერაც არ უმჯობესდება ამ მიმართულებით.<sup>35</sup>

პროფკავშირებმა და არასამთავრობო ორგანიზაციებმა წარმატებულად გამოაშკარავეს საშიში და მავნე პირობები მძიმე ინდუსტრიასა და მშენებლობაში, სადაც ხშირია ფატალური შემთხვევები. ჯანდაცვის სფერო, სადაც შრომის უფლებების დარღვევა პირდაპირ კავშირშია პაციენტის ზრუნვის ხარისხთან და ბევრ ფატალურ შემთხვევასთანაც, ადეკვატურად დღემდე არ არის ნაბიჯები გადადგმული.<sup>36</sup>

<sup>34</sup> „სოლიდარობის ქსელი“, ექთნების შრომის პირობები, 2019  
ვებგვერდი <http://solnet.ge/wp-content/uploads/2019/04/>

<sup>35</sup> საქართველოს მთავრობა. სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის დარღვების ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ. თბილისი, საქართველო: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2013წ

<sup>36</sup> „სოლიდარობის ქსელი“, ექთნების შრომის პირობები, 10.06.2019

პრობლემების ანალიზისას ყოველთვის აქცენტს სვამენ დაწესებულებების ტექნოლოგიებით აღჭურვასა და გარემონტებაზე. არ არის გათვალისწინებული ის ფაქტი, რომ პაციენტების გამოჯანმრთელებაში ყველაზე ფუნდამენტურ როლს ადამიანური რესურსები – ექიმები და ექთნები თამაშობენ. ხარისხიან ჯანდაცვას სწორედ სამედიცინო პერსონალი განაპირობებს.<sup>37</sup>

მხოლოდ განათლების დონის ამაღლება ჯანდაცვის სექტორში არსებულ რთულ მდგომარეობას ვერ გამოასწორებს. საჭიროა სისტემური მიდგომა. კერძოდ, არგუმენტი განათლების დონეზე ვერ ხსნის მედ. პერსონალის მიერ დაშვებული შეცდომების საფუძველს (განათლება, თუ მძიმე სამუშაო პირობები). ექთნის პროფესია არ არის სათანადოდ დაფასებული. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, საქართველოში სამედიცინო პერსონალის დისბალანსი გვაქვს, ექიმების რაოდენობა მოთხოვნას აჭარბებს, ხოლო ექთნები დეფიციტურ კადრებს წარმოადგენენ. მიუხედავად იმისა, რომ ექთნების პროფესიული პასუხისმგებლობა მაღალია, მათი ანაზღაურება არ არის სათანადო. პროფესიული ავტორიტეტი და განვითარების შანსები დაბალი. შესაბამისად მათი სამუშაოთი კმაყოფილება დაბალია. შედარებისთვის, მაშინ როდესაც, ექთნებს დამატებითი პროფესიული განათლება და მუდმივი კვალიფიკაციის ამაღლება ესაჭიროებათ სამსახურის დაწყებისთვის და შემდგომ შენარჩუნებისთვის, ხოლო მაღაზიის კონსულტანტების შემთხვევაში ეს საჭირო არ არის, ორივე შემთხვევაში, დასაქმებულების ხელფასი ერთი და იგივეა. სამუშაო ტვირთი, პასუხისმგებლობა და ფსიქოლოგიური დამაბულობა საკმაოდ დიდია განსაკუთრებით ექთნების შემთხვევაში<sup>38</sup>.

დამოუკიდებელმა პროფკავშირმა „სოლიდარობის ქსელმა“ ჩაატარა კვლევა, რათა მოხდეს ექთნების შრომის პირობების გამოაშკარავება და

---

ვებგვერდი <http://solnet.ge/wp-content/uploads/2019/04/>

<sup>37</sup> „სოლიდარობის ქსელი“, ექთნების შრომის პირობები, 10.06.2019

ვებგვერდი <http://solnet.ge/wp-content/uploads/2019/04/>

<sup>38</sup> კარანაძე, რ., ჩარკვიანი, ნ., ჯაფარიძე, ს., & ომსარაშვილი, დ. ექთნების შრომის პირობები საქართველოში. სოლიდარობის ქსელი, (2019, აპრილი).

გადაიდგას ქმედითი ნაბიჯები მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად (კარანაძე, ჩარკვიანი, ჯაფარიძე, & ომსარაშვილი, 2019). კვლევაში მონაწილეობდა საქართველოში მოქმედი 10 საავადმყოფოს 200 დასაქმებული ექთანი. კვლევა ჩატარდა დახურული კითხვარის ინტერვიუს მეთოდის მეშვეობით 2018 წლის შემოდგომაზე.

ხშირად, საზოგადოების ყურადღება არაა გამახვილებული მედ. პერსონალის შრომის მდგომარეობაზე და უმეტესად ძირითადი აქცენტები კეთდება განათლების ნაკლებობაზე. საქართველოში, უკვე სამი ათწლეულია მშრომელების მდგომარეობა ძალიან რთულია თითქმის ყველა სფეროში, იქნება ეს მძიმე ინდუსტრია (მაგ: მალაროები), ერთჯერადი ვაჭრობის ობიექტები, სამკურვალეობები, სამშენებლო ბიზნესი თუ სხვა (სოლიდარობის ქსელი – მშრომელთა ცენტრი, 2017). ამ კუთხით, არც ჯანდაცვის სფეროა გამონაკლისი.

ღირსეული შრომის პირობები ძალიან დიდ როლს თამაშობს პაციენტების ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებასა და ექთნების ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე (Dall’Ora, Ball, Recio-Saucedo, & Griffiths, 2016). „სოლიდარობის ქსელის“ კვლევამ დაადგინა, რომ ჯანდაცვის სფეროში უმნიშვნელოვანესია შრომის პირობების გაუმჯობესება. იმისათვის, რომ ქვეყანაში არსებობდეს სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც პაციენტს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფენ, დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის, კერძოდ ექთნების შრომითი პირობები უნდა იყოს სწორად განსაზღვრული.

კვლევა აჩვენებს, რომ დასაქმებული ექთნების 95%-ზე მეტს უწევს ხანგრძლივი ცვლებით კვირაში 40 საათზე მეტი მუშაობა (მაგ: გვხვდება 16 და 24 საათიანი ცვლები; 72 საათში 48 საათიანი სამუშაო დროც, სადაც შესვენება ან დასვენება თითქმის არ არსებობს, ხოლო მათი 98% არ იღებს ზეგანაკვეთურ ანაზღაურებას) (საქართველოს შრომის კოდექსი, 2019). ამასთანავე, ექთნების 79,1%-ს უწევს ცვლაში 11 ან მეტი პაციენტის მომსახურება (კარანაძე, ჩარკვიანი, ჯაფარიძე, & ომსარაშვილი, 2019, გვ. 26-

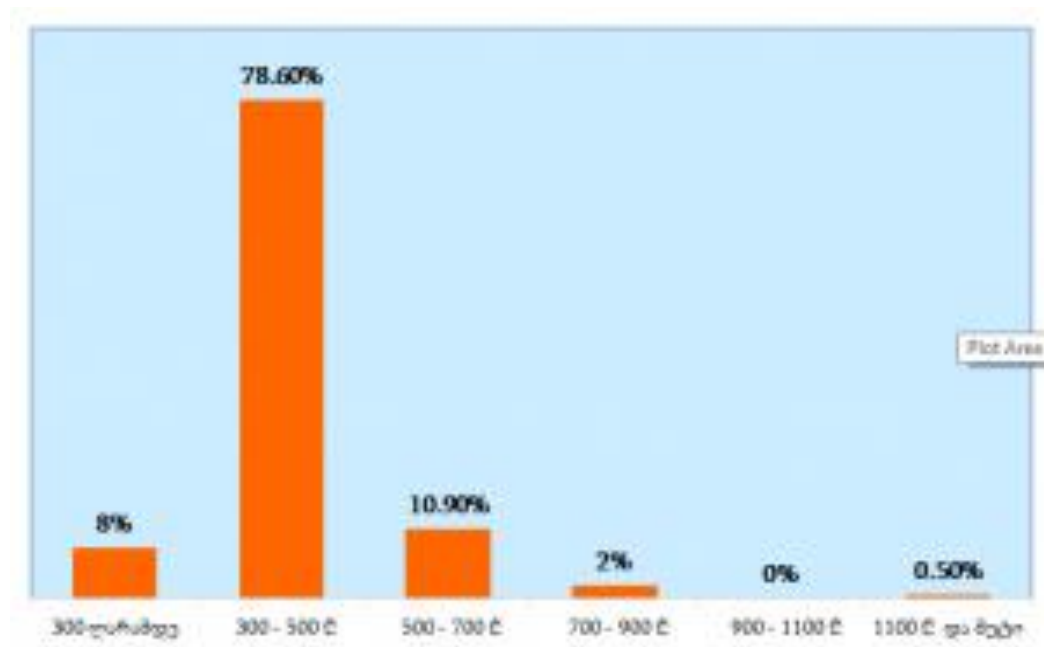
27). აქედან გამომდინარე, ცხადია, რომ ექთნები მაღალი სამუშაო დატვირთვა იწვევს მათ „გადაწვას“. დაქანცულობა და სამუშაო დატვირთვა არის ძირითადი მიზეზები იმისა, რომ პაციენტებში მოვლის მომსახურების პროცესში ხშირად იკვეთება უკმაყოფილება (Van Oostveen & Mathijssen, 2015). „გადაწვა“ აქვეითებს ექთნების შრომისუნარიანობას და აძლიერებს მათ ფიზიკურ და გონებრივ გადაღლას. ამის შედეგად, ექთნებში მატულობს სტრესი და მღელვარება.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში ერთ ექთნაზე საშუალოდ 11 პაციენტი მოდის (გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ეს რიცხვი საშუალოდ 25-30 პაციენტსაც აღწევს), მაშინ როდესაც პორტუგალიაში (ევროკავშირის ერთ-ერთი ყველაზე ღარიბი და ეკონომიკურ კრიზისს გამოვლილ ქვეყანაში) დადგენილია, რომ 1 ექთანზე უნდა მოდიოდეს საშუალოდ 3-4 პაციენტი, ხოლო არაუმეტეს 6 პაციენტი გადაუდებელ ან განსაკუთრებულ შემთხვევებში (Ordem do Enfermeiros, 2014). ამასთანავე, საქართველოში ხშირად 16 საათიანი ცვლები გვხვდება და თვეში 280 სამუშაო საათი, აქ მკაცრად არის დადგენილი 8 საათიანი ცვლები და კვირაში არ აღემატება 40 საათს. გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველოში ჯანდაცვა განეკუთვნება სპეციფიური სამუშაოების კატეგორიის ნუსხას, ოფიციალური სამუშაო კვირა განისაზღვრება 48 საათით (საქართველოს შრომის კოდექსი, 2019), რაც ცალკე განხილვის საკითხია.

ამკარად იკვეთება, რომ ექთნები მსგავს პირობებში, რომ ვერ გაუწევენ პაციენტებს ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებას. გადატვირთული გრაფიკი ასევე იწვევს პაციენტების და ასევე ექთნების უსაფრთხოების ხარისხის ვარდნასაც (Van Oostveen & Mathijssen, 2015). ექთნებს გადაღლილობის და მათი შრომის დაუფასებლობის გამო უჩნდებათ უკმაყოფილების განცდა და შესაბამისად იზრდება სამუშაოს დატოვების სურვილიც. კვლევის საფუძველზე დგინდება, რომ გამოკითხული ექთნების 84,1% ფიზიკურ დატვირთვას და 71,1% ფისქოლოგიურ სტრესს ვერ უძლებს და შესაბამისად უჩნდებათ სამსახურიდან წასვლის სურვილი (კარანაძე,

ჩარკვიანი, ჯაფარიძე, & ომსარაშვილი, 2019, გვ. 40). პაციენტზე ზრუნვის გარდა, მათ ევალებათ სხვა ფუნქციების შეთავსებაც, როგორცაა ექიმის მდივნის ფუნქცია და ა.შ. სამუშაო დატვირთვისთან ერთად შეიძლება აღნიშნულ ანაზღაურების საკითხიც. ექთნების ყოველთვიური ხელფასები მიზერულია და არ შეესაბამება მათ მიერ გაწეულ შრომას. ექთნების 86,6% თვიურად იღებს 500 ლარზე ნაკლებ ხელფასს, ხოლო ექთნების 67,2%-ის საოჯახო შემოსავლი არ აღემატება თვეში 1000 ლარს. კვლევამ დაადგინა, რომ, ექთნების 98,1% საერთოდ არ იღებს ზეგანაკვეთურ ანაზღაურებას (კარანაძე, ჩარკვიანი, ჯაფარიძე, & ომსარაშვილი, 2019, გვ. 31-32). ამ ფაქტორის გათვალისწინებით, მძიმე შრომაში და სტრესულ გარემოში მყოფი ექთნების უკმაყოფილების დონე უფრო მეტად. აქედან გამომდინარე, ექთნების მიერ პაციენტებისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი არ არის სრულფასოვანი.

#### ნახატი N8 ექთნების ანაზღაურება



წყარო: <https://1tv.ge/analytics/eqtnebis-shromis-pirobebi-da-khariskhiani-samedicino-momsakhureba/>

დღესდღეობით ასევე მნიშვნელოვანია ყურადღება გამახვილდეს იმ ფაქტზეც, რომ საქართველოში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებში



ექთნების ავტონომია და მათი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ჩართვა თითქმის არ ხორციელდება. გამოკითხული ექთნების 3% ამბობს, რომ მათი აზრს ისმენენ და ითვალისწინებენ კლინიკის მართვის პროცესში. 4,5% ამბობს, რომ ისინი ჩართული არიან დამსაქმებელი განყოფილების მართვის პროცესში. ასეთი მიდგომა თავისთავად განაპირობებს, მათი ავტონომიურობის შეზღუდვასა და სამუშაოთი უკმაყოფილების ხარისხის ზრდას.

ძირითადად გავრცელებულია მოსაზრება, რომ ჯანდაცვის სისტემაში მთავარ გამოწვევად გვხვდება მოუწესრიგებელი ინფრასტრუქტურა თუ მაღალტექნოლოგიური აღჭურვილობის ნაკლებობა. ასევე სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულებებში სხვა დასაქმებულების განათლების და კვალიფიკაციის დაბალი დონე. კვლევამ აჩვენა, რომ ექთნების 79,9% მთავარ პრობლემად ასახელებს სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციას. ასევე, ექთნების 85,9% მიიჩნევს, რომ არ არსებობს სახელმწიფო კონტროლი და ეს საკითხი უმნიშვნელოვანესი გამოწვევაა ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებისათვის.<sup>39</sup>

კვლევამ ნათლად აჩვენა, რომ სამედიცინო დაწესებულებების მასიურმა პრივატიზებამ ბოლო წლებში ვერ გამოასწორა ექთნების შრომის პირობები. აქედან გამომდინარე, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ შრომის პირობები პირდაპირ კავშირშია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასთან. არსებული მგომარეობა ხელს ვერ უწყობს პაციენტებისთვის შესაბამისი მომსახურების მიწოდებას (Stimpfel & al., 2012). შრომის პირობები ძირითადად მოიცავს დაბალ ხელფასებს, მაღალ სამუშაო დატვირთვას, რამოდენიმე სამსახურში პარალელურად მუშაობას, რაც იწვევს ექთნის გადაღლას და რეალურად ვერ უზრუნველყოფს მათი შრომისუნარიანობის კვლავწარმოებას.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> კარანაძე, რ., ჩარკვიანი, ნ., ჯაფარიძე, ს., & ომსარაშვილი, დ. ექთნების შრომის პირობები საქართველოში. სოლიდარობის ქსელი, 2019წ

როგორც ვხედავთ საკითხი მოითხოვს მრავალი მხრიდან შესწავლას და პრობლემები გადაჭრის გზების განსაზღვრას. ამ საქმეში აუცილებელია ექთნების მოსაზრებების გათვალისწინება. ექთნების 85,9% მომხრეა დაწესდეს კერძო სამედიცინო დაწებებულეებზე სახელმწიფო რეგულაციები ან გამკაცრდეს არსებული რეგულაციები. ასევე აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 76,7% მიიჩნევს, რომ სამედიცინო დაწესებულებების სახელმწიფოს საკუთრებაში დაბრუნება დაეხმარება ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემების გადაჭრას.<sup>41 42</sup>

ზემოთხსენებული კვლევები ააშკარავენს, რომ ცუდი სამუშაო პირობები არის მავნებელი ექთნებისთვის და პაციენტებისთვის.

ნახატი N9: ექთნების ცუდი შრომის პირობები და პაციენტების მგომარეობა

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ სამუშაოთი უკმაყოფილების გაზრდა;</li> <li>❖ სამუშაოს დატოვების სურვილის ზრდა;</li> <li>❖ „გადაწვა“;</li> <li>❖ ექთნების დაბალი შენარჩუნება;</li> <li>❖ გაზრდილი სტრესი და მღელვარება;</li> <li>❖ უსაფრთხოება (მაგ. ნემსისგან მიღებული დაზიანებები)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ პაციენტების მოვლის დაბალი ხარისხი;</li> <li>❖ პაციენტების უსაფრთხოების დაბალი ხარისხი;</li> <li>❖ პაციენტების დაბალი კმაყოფილების ხარისხი.</li> </ul>
---	--

<sup>41</sup> ექთნების შრომის პირობები და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, რევაზ კარანაძე. 20.06.2019

ვებგვერდი <https://1tv.ge/analytics/eqtnebis-shromis-pirobebi-da-khariskhiani-samedicino-momsakhureba/>

<sup>42</sup> კარანაძე, რ., ჩარკვიანი, ნ., ჯაფარიძე, ს., & ომსარაშვილი, დ. ექთნების შრომის პირობები საქართველოში. სოლიდარობის ქსელი, 2019წ

ამ მოსაზრებებთან ერთად, მნიშვნელოვანია გათვალისწინებულ იქნას შემდეგი რეკომენდაციებიც:

- საჭიროა სახელმწიფომ სიღრმისეულად შეისწავლოს ჯანდაცვის სიტემაში არსებული შრომის პირობები და გამოვლენილ პრობლემებზე მოახდინოს სწრაფი ეაგირება;
- პროფკავშირული მოძრაობის ჩართულობა გადაწყვეტია ექთნების სიტუაციის გამჯობესებაში;
- უნდა გაძლიერდეს ექთნის როლი, მისი ჩართულობა სამედიცინო დაწესებულებების გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, არა მხოლოდ განყოფილების დონეზე. ეს ხელს შეუწყობს სამუშაოთი კმაყოფილების ხარისხის ზრდას, რაც დადებითად აისახება მათ მიერ განხორციელებულ საქმიანობაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებაზე;
- სამართლებრივი ნორმით უნდა განისაზღვროს ექთნის და პაციენტების თანაფარდობა, სამუშაო დატვირთვის მიხედვით. (მაგ. კრიტიკული და ინტენსიური თერაპიის შემთხვევებში 1 ექთანზე უნდა მოდიოდეს 1 ან არა უმეტეს 2 პაციენტი);
- სახელმწიფოს მხრიდან უნდა განისაზღვროს მინიმალური საათობრივი ანაზღაურება, რაც ასევე მოაგვარებს ზეგანაკვეთური სამუშაო საათების ანაზღაურების საკითხს;
- კერძო სექტორისთვის ჯანდაცვის სფეროუფრო მეტად არის მოგების წყარო და არა საჯარო სიკეთე. ამიტომ, სახელმწიფოს მხრიდან საჭიროა მეტი ჩართვა პროცესებში. მან საკუთარ თავზე უნდა აიღოს მეტი ჩარევა რეგულაციებით და კონტორილის მექანიზმებით;
- სასურველია ჩამოყალიბდეს შრომის ინსპექციის სპეციალური მიმართულება, რომელიც დაკომპლექტებული იქნება სფეროს

სხვადასხვა მიმართულების სპეციალისტებით და მუდმივად განახორციელებს შრომის პირობების კონტროლს.<sup>43</sup>

---

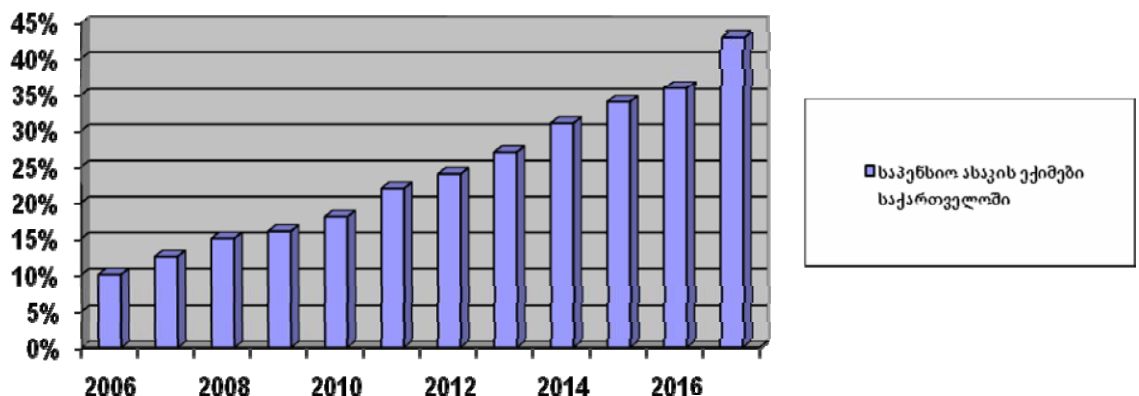
<sup>43</sup> კარანაძე, რ., ჩარკვიანი, ნ., ჯაფარიძე, ს., & ომსარაშვილი, დ. (2019, აპრილი). ექთნების შრომის პირობები საქართველოში. სოლიდარობის ქსელი

## თავი 2. სამედიცინო პერსონალის დაბერების ტენდენცია და მისი შედეგები მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში

საქართველოში ექიმების 40%-ის ასაკი 49 წელს აღემატება, ხოლო 15% 60 წლისა და მეტისაა. სავალალო მდგომარეობაა ექთნების დაბერების მაჩვენებელშიც, მაღალი კვალიფიკაციის ექთნების საშუალო ასაკი, რომლებსაც საბჭოთა პერიოდში მიღებული განათლება აქვს უკვე გადაცდა 50 წელს, უახლოეს წლებში მოსალოდნელია მათი დეფიციტი<sup>44</sup>.

(2.1 დიგრამაზე ნაჩვენებია ექიმების საპენსიო ასაკის ზრდის ტენდენციები საქართველოში).

ნახატი: 10 ექიმების საპენსიო ასაკის ზრდა საქართველოში



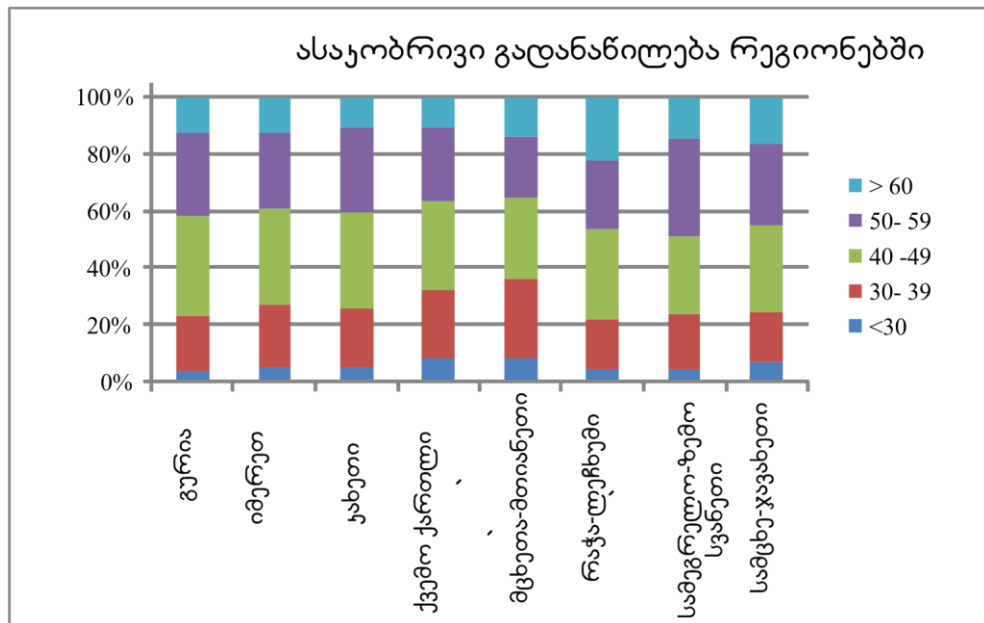
წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზა

მაღალმთიან და შორეულ რეგიონებში მეტია 59 წელს გადაცილებული სამედიცინო პერსონალი, რაც ადასტურებს იმას, რომ ახალგაზრდა პროფესიონალებისათვის რთულ გეოგრაფიულ რეგიონებში მუშაობა მიმზიდველი არაა. გეოგრაფიული განაწილების საკითხის გადასაწყვეტად საჭიროა სოფლად ჯანდაცვის მიმწოდებლების მოზიდვისა და შენარჩუნების

<sup>44</sup> საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკის პრიორიტეტული მიმართულებები, ვებგვერდი [https://medportal.ge/officialuri\\_informatia/reforma/sakadro%20politica.pdf](https://medportal.ge/officialuri_informatia/reforma/sakadro%20politica.pdf)

სტრატეგიის შექმნა და განხორციელება. პერსონალის მოტივაციის შენარჩუნებისთვის მნიშვნელოვანია მატერიალური და არამატერიალური სტიმულირების კომბინირება, რაც შექმნის პირობებს მაღალკვალიფიციური პერსონალის მოზიდვისა და შენარჩუნებისათვის. საქართველოში, ისევე როგორც აღმოსავლეთ ევროპისა და კავკასიის ბევრ ქვეყანაში<sup>45</sup>.

ნახატი:11 ასაკობრივი გადანაწილება რეგიონებში



წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზა

სამედიცინო პერსონალის ასაკი იძლევა საშუალებას დავასკვნათ, რომ პოპულარობის მიუხედავად მედიცინა საქართველოში დაბერებადი სპეციალობაა.

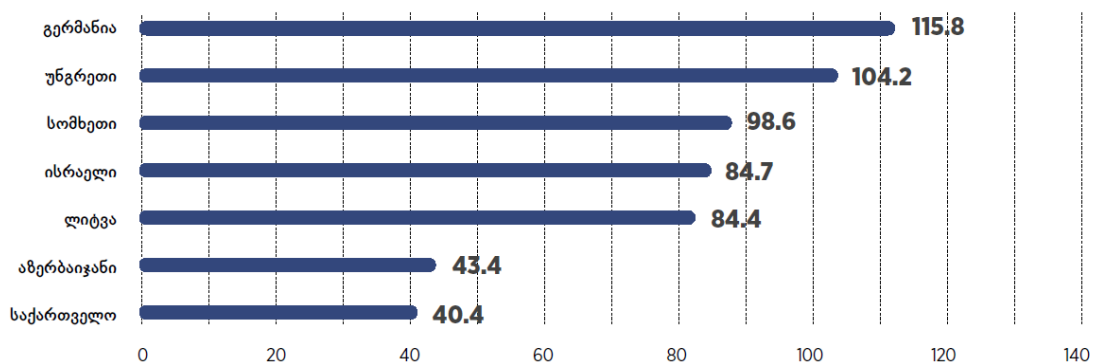
<sup>45</sup> საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკის პრიორიტეტული მიმართულებები, ვებგვერდი [https://medportal.ge/officialuri\\_informatia/reforma/sakadro%20politica.pdf](https://medportal.ge/officialuri_informatia/reforma/sakadro%20politica.pdf)

## 2.1 ექიმების პროდუქტიულობა

ექიმების სიჭარბის და მოსახლეობის მხრიდან სამედიცინო მომსახურების დაბალი მოხმარების ფონზე ექიმების პროდუქტიულობა დაბალია როგორც ჰოსპიტალში, ასევე ამბულატორიაში. საქართველოში საავადმყოფოს ერთი ექიმი წელიწადში საშუალოდ 42 პაციენტს მკურალობს, უნგრეთში 104-ს და გერმანიაში კი 116-ს, ანუ თითქმის სამჯერ მეტს. გერმანიის დონემდე პროდუქტიულობის გაზრდის შემთხვევაში არსებული ჰოსპიტალური დატვირთვის შესრულებას არსებული ექიმების 36% შეძლებდა, ხოლო ლიტვის დონემდე პროდუქტიულობის გაზრდის შემთხვევაში კი ექიმების ნახევარი.<sup>46</sup>

### ექიმების პროდუქტიულობა ჰოსპიტალებში

ბევრ სხვა ქვეყანასთან შედარებით ექიმების პროდუქტიულობა საქართველოში ორჯერ და მეტად დაბალია. ექიმების დაბალი პროდუქტიულობა ნაწილობრივ ექთნების დეფიციტითაც არის განპირობებული.



\* მეთოდოლოგია ეფუძნება სტაციონარში მომუშავე ერთი ექიმის მიერ წელიწადში ნამკურნალები პაციენტების რაოდენობას.

### ნახატი: N12 ექიმების პროდუქტიულობა ჰოსპიტალებში

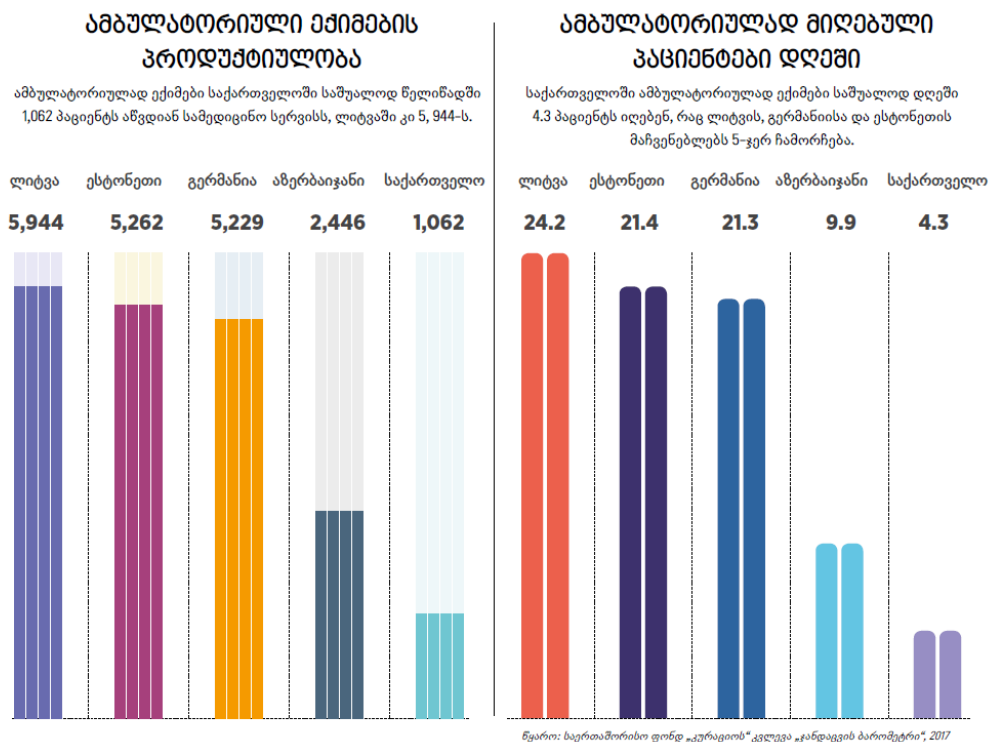
წყარო: ქართული მედიცინა ძვირი და დაბალპროდუქტიულია ვებგვერდი <https://forbes.ge/news/4018/qarTuli-medicina-Zviria>

<sup>46</sup> ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019

ვებგვერდი [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)

საქართველოში ამბულატორიის ერთი ექიმი წელიწადში საშუალოდ 1,062 პაციენტს იღებს, ანუ დღეში საშუალოდ ოთხს, ლიტვაში კი 5,944 ანუ საშუალოდ დღეში 24-ს. 2-ჯერ ჩამორჩება სომხეთისა და აზერბაიჯანის მაჩვენებლებს, ხოლო ლიტვის, გერმანიისა და ესტონეთის მაჩვენებლებს 5-ჯერ. სავარაუდოა, რომ ექიმების დაბალი პროდუქტიულობა ნაწილობრივ ექთნების დეფიციტითაც იყოს განპირობებული. „სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის დონე ვერ აკმაყოფილებს მისაღებ სტანდარტებს და ყველაზე დაბალია ევროპის რეგიონისა და დსთ–ს ქვეყნებთან შედარებით.<sup>47</sup>

**ნახატი: N13 ექიმების პროდუქტიულობა ამბულატორიებში**



წყარო: ქართული მედიცინა ძვილრი და დაბალპროდუქტიულია  
<https://forbes.ge/news/4018/qarTuli-medicina-Zviria>

<sup>47</sup> ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, კურაციონ საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019  
 ვებგვერდი [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)



ექიმების პროდუქტიულობის შეფასების საფუძველზე გამოიკვეთა სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი დისბალანსის პრობლემა. საქართველოში ევროპულ ქვეყნებთან შედარებით ორჯერ მეტია ექიმი (10 000 ექიმით მეტია) და თითქმის ორჯერ ნაკლები ექთანია (დაახლოებით 12 500-ით ნაკლებია).

## 2.2 სამედიცინო განათლება, არასათანადო კვალიფიკაციის გამომწვევი მიზეზები

კარგი სამედიცინო განათლებაერთერთი ძალიან მნიშვნელოვანი ასპექტია სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში. დღეს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს სამედიცინო განათლების სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია, რათა სამედიცინო პერსონალის მომზადების და პროფესიული დახელოვნების სისტემა შესაბამისობაში მოვიდეს ეროვნული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეალურ მოთხოვნებთან.<sup>48</sup>

საბჭოთა პერიოდში არსებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემა არ შეესაბამებოდა საერთაშორისო სტანდარტებს. ეს გამოწვეული იყო დიპლომის მიღების სიმარტივით, საბჭოთა პროფესიული დახელოვნების სისტემაში არსებული ხარვეზებით, შესაბამისად სამედიცინო პერსონალის სიჭარბით და არასათანადო კვალიფიკაციით.<sup>49</sup>

ქვეყანაში ექიმთა ჭარბი რაოდენობის ძირითადი გამომწვევი ფაქტორი სამედიცინო სასწავლებლებში სტუდენტთა მზარდი რაოდენობაა. 1991 წლამდე საქართველოში არსებობდა მხოლოდ ერთი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი). ამ პერიოდისთვის მისაღები გამოცდების კონკურსი საკმაოდ მაღალი იყო. 1990–იანი წლების პერიოდში სამედიცინო სასწავლებლებში

<sup>48</sup> ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ–სემინარზე. 1–4 ივლისი 1997წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016წ.

<sup>49</sup> ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ–სემინარზე. 1–4 ივლისი 1997წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016წ

ჩარიცხული აბიტურიენტების ზრდაზე დიდი გავლენა იქონია პოლიტიკური კატაკლიზმების პერიოდში ხელისუფლებაზე ზეწოლამ.<sup>50</sup> 1989 წელს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში ჩაირიცხა 1400–მდე აბიტურიენტი, ანუ ყველა, ვინც მისაღებ გამოცდაზე მიიღო დადებითი შეფასება, ხოლო 1990 წელს სამედიცინო ინსტიტუტის მოსამზადებელი განყოფილების 1300–მდე კურსდამთავრებული, რომლებმაც მისაღებ გამოცდაზე მიიღეს უარყოფითი შეფასება, ჩაირიცხნენ თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში. ამ უნივერსიტეტს მანამდე დიპლომამდელი სწავლების არანაირი გამოცდილება არ ჰქონდა.

1991 წელს საქართველოს კონსტიტუციაში შეტანილი იქნა ცვლილებები და საქართველოს უზენაესმა საბჭომ მიიღო დადგენილება და დაამტკიცა ბრძანება კერო სასწავლებლების შექმნის თაობაზე.

1990 იან წლებში გაიხსნა 50–ზე მეტი კერძო სამედიცინო სასწავლებელი საქართველოში.<sup>51</sup> ამ პერიოდში უმაღლეს სასწავლებლებში სწავლოდა 14000 სტუდენტზე მეტი და ყოველწლიურად 3000 სტუდენტი იღებდა სამედიცინო განათლების დამადასტურებელ დიპლომს, როცა მოთხოვნა 300–ს არ აღემატებოდა. სამედიცინო სასწავლებლებში მიღებული ცოდნის დაბალ დონეზე მეტყველებს ის გარემოება, რომ 1999 წელს ჩატარებულ სახელმწიფო სასერთიფიკატო გამოცდა მხოლოდ 69.8%–მა ჩააბარა. 1998 წელს კურსდამთავრებულების 80% სამუშაოს გარეშე დარჩა.<sup>52</sup>

სასწავლებლების უმრავლესობაში მისაღებ გამოცდებს ფორმალური ხასიათი ჰქონდა. 1996 წელს მისაღებ გამოცდებზე 1 ადგიზე კანდიდატების რაოდენობა შეადგენდა 1.2–დან 1.3–მდე., ხოლო უფასო სექტორსე 3–დან 5–მდე კანდიდატი.<sup>53</sup> სასწავლებლების უმრავლესობაში სწავლება მიდიოდა

---

<sup>50</sup> ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ–სემინარზე. 1–4 ივლისი 1997წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016წ

<sup>51</sup> ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

<sup>52</sup> ვერულავა. თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა, 2016, გვ.121–122

<sup>53</sup> ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ–სემინარზე. 1–4 ივლისი 1997წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016წ

საბჭოთა ეპოქის უნიფიცირებული სასწავლო გეგმების და პროგრამების საფუძველზე. თანამედროვე განვითარებული ქვეყნების სწავლების პროგრამების მიხედვით სწავლების პროცესი მხოლოდ რამოდენიმე სასწავლებელში მიმდინარეობდა.

1995 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ საქართველოს მინისტრთა კაბინეტს წარუდგინა უმაღლესი სამედიცინო განათლების რეფორმირების კონცეფცია. სამწუხაროდ რიგი სუბიექტური მოსაზრებებით გათვალისწინებით განათლების ნაწილი მინისტრთა კაბინეტმა ამოიღო დადგენილებიდან და საკითხის განხილვა გარკვეული ვადით გადაიდო.<sup>54</sup>

პედაგოგიური პერსონალის შემადგენლობის შესწავლამ გამოავლინა, რომ ხშირად მათი სპეციალობა არ შეესაბამებოდა იმ სასწავლო დისციპლინას, რომელსაც ისინი ასწავლიდნენ. ასევე, სასწავლებლების კლინიკურ ბაზებთან დადებული ხელშეკრულებების შესწავლამ აჩვენა სტუდენტების მომზადების პრობლების დაბალი ხარისხი.

1996 წლიდან, სამედიცინო განათლების ერთ–ერთ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენდა სამედიცინო სასწავლებლების აკრედიტაცია, ატესტაციის პროცესი. შეიქმნა სააკრედიტაციო და საატესტაციო კომისია, რომლის ძირითადი მოვალეობა იყო სასწავლებლებში მიმდინარე პროცესების შესწავლა, ანალიზი და რეკომენდაციების წარდგენა მათი შემდგომი ფუნქციონირების მიზანშეწონილობის შესახებ.

ატესტაციის პროცესის დასაწყისში რეგისტრირებული იყო 58 უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი, თვითშეფასების კითხვარზე პასუხები შემოიტანა მხოლოდ 54-მა სასწავლებელმა, რომლებშიც სწავლობდა 14857 სტუდენტი.<sup>55</sup>

ევროპის და ამერიკის სხვადასხვა ქვეყნების სამედიცინო განათლების სისტემების სტრუქტურის ანალიზის საფუძველზე და ევროგერთიანების

<sup>54</sup> ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ–სემინარზე. 1–4 ივლისი 1997წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016წ

<sup>55</sup> ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ–სემინარზე. 1–4 ივლისი 1997წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016წ

რეკომენდაციების საფუძველზე, რომელიც ეყრდნობოდა მოსახლეობის რაოდენობას, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას ნორმალური ფუნქციონირებისთვის ყოველწლიურად ესაჭიროებოდა 400-მდე ექიმი.<sup>56</sup>

სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების საატესტაციო და სააკრედიტაციო კომისიის რეკომენდაციით, სწავლების მოწესრიგებისთვის საჭირო იყო სახელწიფო საგანმანათლებლო სტანდარტების შემუშავება, რომლებიც საფუზვლად უნდა დაედოს ატესტირებული სასწავლებლების აკრედიტაციას.<sup>57</sup>

რეფორმა ითვალისწინებდა სამედიცინო სასწავლებლების ლიცენზირებას. თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც სასწავლო პროცესი მიმდინარეობდა, დაუწესდა მათ ბაზაზე მომუშავე სტუდენტების ოპტიმალური რაოდენობის ლიმიტები. ეს კი დადებითად იმოქმედებდა სტუდენტების ხარისხიან მომზადების პროცესზე.

1997 წელს ყველა სასწავლებელს დაუსწესდა მისაღები კონტიგენტის ლიმიტი და განისაზღვრა 2300 ადგილით, რამაც წინა წელთან შედარებით 39.2%-ით შეამცირა მაჩვენებელი.<sup>58</sup>

დღეისათვის ყოველწლიურად საშუალოდ 2000-მდე სტუდენტი (მათ შორის სტომატოლოგები და ფარმაცევტები) ამთავრებს სამედიცინო სკოლების დიპლომირებული მედიკოსის პროგრამას. ახალკურსდამთავრებულ ექიმთა რაოდენობა 100000 მოსახლეზე 2-ჯერ აღემატება ევროპის და დსთ-ის ქვეყნების და 4-ჯერ აშშ-ს ანალოგიურ მაჩვენებელს.<sup>59</sup>

---

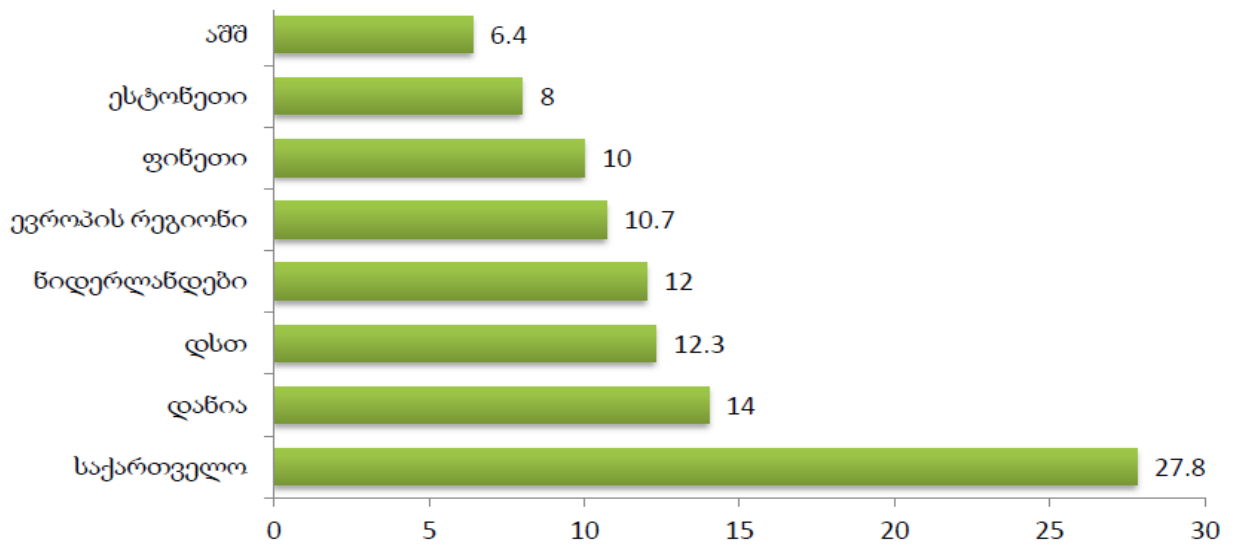
<sup>56</sup> იქვე

<sup>57</sup> ვერულავა. თ, ჯანდაცვის პოლიტიკა, 2016, გვ.121

<sup>58</sup> ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ-სემინარზე. 1-4 ივლისი 1997წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი. 2016წ

<sup>59</sup> ჯანდაცვის სამინისტრი, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური სამინისტრო

ნახატი 14. სამედიცინო სკოლების კურსდამთვრებულთა რაოდენობა 100000 მოსახლეზე



წყარო: საერთაშორისო ფონდი კურაციო

ექიმებისგან განსხვავებით საქართველოში 100–მდე ექთანი ამთავრებს სასწავლებელს, მაშინ როდესაც საშუალო ევროპული მაჩვენებლით წელიწადში ქვეყანამ 1400 ექთანი უნდა აწარმოოს.<sup>60</sup>

საქართველოში ავტორიზებული 75 უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებიდან ჯანდაცვის და სამედიცინო პროგრამებს ახორციელებს 25 დაწესებულება, მათგან 15 დაწესებულება ახორციელებს “დიპლომირებული მედიკოსის“ 6-წლიან სასწავლო პროგრამას, 5 დაწესებულება ახორციელებს საბაკალავრო პროგრამას ექთნებისთვის, 20 პროფესიული კოლეჯი ახორციელებს პრაქტიკოსი ექთნის პროგრამას (დეტალური ინფორმაცია საექთნო საგანმანათლებლო რესურსისა და სიმძლავრეების შესახებ არ მოიპოვება).<sup>61</sup>

რამდენი ექიმი და ექთანი უნდა ამთავრებდეს უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელს, რომ მათი რაოდენობები ცხრილში მოცემული ქვეყნების შესადარისი იყო.

<sup>60</sup> ვერულავა. თ, ჯანდაცვის პოლიტიკა, 2016

<sup>61</sup> ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019

ვებგვერდი [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)

ნახატი: N15 ექიმების და ექთნების რაოდენობრივი თანაფარდობა

ქვეყანა	ექიმი	ექთანი
საქართველო	684	23 (?)
საშუალო ევროპული ქვეყანა	429	1,514
გერმანია	441	2,008
ფინეთი	473	2,485

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

საბაკალავრო პროგრამას „საექთნო საქმეში“ მაძიებლებს დღესდღეობით 5 უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება სთავაზობს, თუმცა კურსდამთავრებულთა რაოდენობის გათვალისწინებით სავარაუდოა, რომ მაძიებლების მხრიდან ამ პროგრამით დაინტერესება ძალიან დაბალია. დღესდღეობით 67 ავტორიზებული პროფესიული კოლეჯიდან პრაქტიკოსი ექთნის პროგრამას მაძიებელს 20 დაწესებულება სთავაზობს, მათ შორის ერთ-ერთთან თანამშრომლობს სამედიცინო კორპორაცია “ევექსი”, რომელიც მაღალრეიტინგულ სტუდენტებს სწავლას უფინანსებს, ნაწილისთვის კი შეღავათიანი სასწავლო კრედიტის გაცემას უზრუნველჰყოფს.<sup>62</sup>

პროფესიული მზადყოფნის შეფასება მოწმდება მრავალ არჩევანიან კითხვარზე დამყარებული სასერტიფიკაციო გამოცდით. მხოლოდ ამ გზით ძნელია იმსჯელო კადრის კვალიფიციურობაზე არ არსებობს პროფესიული ვალიდაციის და რევალიდაციის სისტემა ექთნებისთვის.

<sup>62</sup> ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019  
 ვებგვერდი [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)

1997 წელს შემუშავებული იქნა სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა. ახალი კანონმდებლობის მიხედვით შეიქმნა ექიმების სერთიფიცირებისა და უწყვეტი განვითარების სისტემა. დაინერგა სპეციალისტების ხანგრძლივადიანი მზადება რეზიდენტურაში და უწყვეტი სამედიცინო განათლებისთვის მოკლევადიანი ციკლებისა და პროგრამების სახელმწიფო აკრედიტაცია.<sup>63</sup>

სამედიცინო განათლების პროცესი 3 ეტაპად დაიყო:

1. დიპლომამდელი უმაღლესი სამედიცინო განათლება–სტუდენტი უმაღლეს სასწავლებელში სწავლის დროს იღებს უმაღლეს სამედიცინო განათლებას, ანუ იძენს პროფესიას;
2. დიპლომის შედგომი დახელოვნება (რეზიდენტურა)–უმაღლესი სასწავლებლის დასრულების შემდგომ, რეზიდენტურაში მომზადებისას იძენს სპეციალობას (რადიოლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი...);
3. უწყვეტი სამედიცინო განათლება–ექიმი ერთვება უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესში, რომლის ძირითად ამოცანას კვალიფიკაციის ამაღლება (პროფესიული ფორმის შენარჩუნება) წარმოადგენს.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობით, დიპლომამდელი უმაღლესი სამედიცინო განათლება განათლების სამინისტროს პრეროგატივას წარმოადგენს, ხოლო დიპლომის შემდგომი დახელოვნების (რეზიდენტურის) და უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესების მართვა და კოორდინირება–შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს პრეროგატივას.

ყოველწლიურად, დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭოს რეკომენდაციით, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით განისაზღვრება რეზიდენტურის პროგრამის მართვის სუბიექტები და მათ მიერ მოსამზადებელი

---

<sup>63</sup> ვერულავა. თ, ჯანდაცვის პოლიტიკა, 2016, გვ.121–122

რეზიდენტების რაოდენობა. რეზიდენტურაში ჩარიცხვა ხდება ერთიანი უნიფიცირებული მისაღები გამოცდების საფუძველზე, კონკურსის წესით.

მედიცინა, სხვა დარგებისგან გამოირჩევა იმით, რომ მედიკოსი მთელი თავისი პროფესიული საქმიანობის მანძილზე მონაწილეობს საგანმანათლებლო პროცესში. ამგვარად, ექიმის პროფესიული ცხოვრება უწყვეტი სამედიცინო განათლებაა, რომელიც გრძელდება მთელი პროფესიული საქმიანობის პროცესში და ექიმის საქმიანობის განუყოფელი ნაწილია. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნის და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა.

2005 წლიდან ექიმისათვის, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერთიფიკატს, უწყვეტ პროფესიულ განვითარებაში მონაწილეობა არის ნებაყოფლობითი.<sup>64</sup>

ქვეყანაში მოქმედი ადამიანური რესურსების განვითარების სისტემა საჭიროებს შემდგომ განვითარებას, რათა მოხდეს ჯანდაცვის სისტემაში ქვეყნის საჭიროებიდან გამომდინარე ექიმების ახალი ნაკადის დაბალანსება და ექთნის როლის, ფუნქციების განსაზღვრა და რაოდენობის გაზრდა.

### **2.3 სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება**

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შრომის ანაზღაურება. სათანადო სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისთვის საჭიროა სამედიცინო პერსონალის მოტივაცია ფინანსურად. ჯანდაცვის სისტემაში შრომის ანაზღაურების

---

<sup>64</sup> ვერულავა. თ (2016) ჯანდაცვის პოლიტიკა



ხარჯები მნიშვნელოვნად აღემატება სხვა ხარჯებს (მედიკამენტები, მასალები). ბევრ ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემაში გაწეული ხარჯების 2/3-ს და ზოგჯერ უფრო მეტსაც შეადგენს პერსონალის ხელფასი.<sup>65</sup> კვლევების საფუძველზე დადგინდა, რომ პერსონალზე გაცემული ხელფასები წილი საერთო დანახარჯებიდან შეადგენს 65%-დან 80%-მდე.<sup>66</sup>

ბევრ განვითარებად ქვეყნებში ერთ-ერთ მწვავე პრობლემად რჩება სამედიცინო პერსონალის არაადეკვატული შრომის ანაზღაურება. ასეთ ქვეყნებში ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი დაკავებულია კერძო პრაქტიკას. მაგალითად ყაზახეთში სამედიცინო პერსონალის არალეგალური შემოსავალი შეადგენს 30%-ს.<sup>67</sup>

საბჭოთა პერიოდში სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება ნელნელა მცირდებოდა. პარალელურად ექიმების რაოდენობა და საავადმყოფოების მშენებლობა იზრდებოდა. ექ ფაქტი კი როგორც სამედიცინო განათლების დონის, ასევე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითებას იწვევდა. ექიმთა ხელფასი სამინისტროს მიერ იყო დადგენილი და დამოკიდებული იყო კვაიფიკაციაზე და სპეციალიზაციაზე. არ იყო გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. ექიმის ხელფასი შეადგენდა საშუალო სტატისტიკური მონაცემების მხოლოდ 70%-ს, თუმცა ეს პროფესია მაინც პრესტიჟულად ითვლებოდა. დაბალი ხელფასი კერძო პრაქტიკის გავრცელებას უწყობდა ხელს და რეალობას არ შეესაბამებოდა სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებული უფასო სამედიცინო დახმარების პრინციპი.<sup>68</sup>

ქვეყნის დამოუკიდებლობის შემდეგ პერიოდში ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესების გამო ექიმთა შემოსავალი მინიმალურ ზღვარს

---

<sup>65</sup> The World health report 2000-Health systems: improving performance. World Health Organization. 2000

<sup>66</sup> Saltman RB, Von Otter,C (1995). Implementing planned markets in health care; balancing social and economic responsibility. Buckingham, Open University Press

<sup>67</sup> Ensor T, SavelYeva L. Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. Health Policy and Planning, 1999, 13(1): 41-49

<sup>68</sup> ვერულავა. თ, ჯანდაცვის პოლიტიკა, 2016, გვ.121-122

მიუახლოვდა.<sup>69</sup> 1999 წელს სამედიცინო სფეროში დასაქმებულთა თვიური ხელფასი შეადგენდა 30.40 ლარს, რაც იმპერიოდში სასიცოცხლოდ აუცილებელი მინიმალური სამომხმარებლო კალათის ღირებულებაზე (40 ლარი) ნაკლები იყო.<sup>70</sup> სამედიცინო პერსონალის შემოსავლების დიდ ნაწილს შეადგენდა არალეგალური შემოსავლები.

დღეისათვის საქართველოში სამედიცინო პერსონალის დაბალი პროდუქტიულობიდან გამომდინარე, საშუალო თვიური ხელფასი საკმაოდ დაბალია ქვეყნის საშუალო ხელფასთან შედარებით. აღსანიშნავია ისიც, რომ არასახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა ანაზღაურება ბევრად აღემატება სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა საშუალო თვიურ ხელფასს (ცხრილი 1).<sup>71</sup>

**ცხრილი 2: სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხრლფასი (ლარი)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ქვეყანაში საშუალო თვიური ხელფასი	277.9	368.1	534.9	556.8	597.6	636
სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	143.3	206.4	305.8	366.7	446.8	522.9
სახ. სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	137.8	197.6	292.4	336.2	398.4	390.3
არასახ. სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი	173.7	243.4	345.4	446.7	542.8	639.6

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ექთნების დაბალი ანაზღაურება დიდ გავლენას ახდენს მათ შემცირებაზე ქვეყნის მასშტაბით. ექთნების ხელფასების საკითხს სახელმწიფო არ არეგულირებს და ის თუ რამდენს გადაუხდინან სამედიცინო პერსონალს სრულად დამსაქმებლის ნებაზეა დამოკიდებული.

<sup>69</sup> ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002

<sup>70</sup> იქვე

<sup>71</sup> ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური სამინისტრო

ქვეყანაში არ არსებობს ექთნების გადამზადების და კვალიფიკაციის ასამაღლებელი კურსები, შესაბამისად ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ მათი დაბალი ანაზღაურება გამოწვეულია არასათანადო კვალიფიკაციით. საკმაოდ ხშირად ექთნების ანაზღაურება 150 ლარს არ აღემატება. თუმცა, ბოლო წლებში სოფლად ექთნების დაფინანსება 350ლარიდან 455 ლარამდე გაიზარდა<sup>72</sup>.

მოსახლეობისთვის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას განაპირობებს სამედიცინო პერსონალის სამუშაოთი კმაყოფილება. დასაქმებულის სამუშაოთი კმაყოფილება პირდაპირ კავშირშია მოტივაციასთან, რომელსაც განაპირობებს რამოდენიმე ძირითადი ფაქტორი, მათ შორის ანაზღაურება (ხელფასი), რომელიც ხასიათდება მოკლევადიან მოტივატორად. თუმცა მას მაინც უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება.

---

<sup>72</sup> ფრანგიშვილი, ნ. რადირს ექთნის შრომა. გაზეთი ბათუმელები. 13.06.2014 ვებგვერდი (<http://www.batumelebi.netgazeti.ge/GE/batumelebi/weekly1/32590>)

## თავი 4. შედეგები და მათი ანალიზი

ექთნების დეფიციტის ფონზე საინტერესოა პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა ექთნების მომსახურებით. პაციენტის კმაყოფილება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია, რომლითაც ფასდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. იგი გვებმარება შევაფასოთ პაციენტის საჭიროებები, მათი მოლოდინები და სათანადო სერვისებით უზრუნველყოფა, ასევე სამედიცინო პერსონალის ტექნიკური კომპეტენცია, ინტერპერსონალური ურთიერთობები.

პაციენტების ექთნების მომსახურებით კმაყოფილების შესწავლა ძალზედ მნიშვნელოვანია ზოგადად სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების დროს. ექთნებს ექიმებთან ერთად ძალზედ მნიშვნელოვანი ფუნქცია აკისრიათ პაციენტებისთვის ჰოსპიტალური სერვისების მიწოდებაში. პაციენტების ექთნებით კმაყოფილების დონის გასაზომად გამოყოფენ ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა: კომფორტი, სისუფთავე, უსაფრთხო გარემო, მეგობრული გარემო და კვალიფიციური პერსონალი. ამ მხრივ, სხვადასხვა ქვეყნებში ბევრი კვლევა ჩატარდა, რამაც ხელი შეუწყო ექთნების მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

გამოკითხვის მიზანია გამოვავლინოთ ექთნების მომსახურებაში არსებული ხარვეზები და დავსახოთ მათი გამოსწორების გზები.

კვლევა ჩატარდა გუგლის (Google) საძიებო სისტემის ელექტრონული კითხვარის საშუალებით. მიღებული მონაცემები დამუშავდა ამავე ფორმაში.

კვლევა აღწერთი და შეფასებითი ხასიათისაა. რაოდენობრივი კომპონენტის ფარგლებში გამოიკითხა 137 რესპოდენტი. რესპოდენტების შერჩევა მოხდა შემთხვევითი შერჩევის საფუძველზე. რესპოდენტთა უმრავლესობას წარმოადგენენ ქალები (89.9%). რესპოდენტთა ასაკი გადანაწილდა შემდეგი პროპორციით : 18–35წელი–

51%, 36–45 წელი–20.4%, ასაკი 45+ შეადგინა 25.5% და 18 წლამდე–2.2%.(38%) შეადგენდა 40-49 წლის ასაკს. (ცხრილი 1).

(ცხრილი N3)

		რაოდენობა	%
სქესი	ქალი	123	89.8
	კაცი	14	10.2
ასაკი	18 წლამდე	3	2.2
	18–35	71	51.8
	36–45	28	20.4
	45+	35	25.5

გამოკითხულთა 27% არ ეთანხმება აზრს, რომ მედდა სრულყოფილად აწვდის ინფორმაციას პაციენტს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ჩასატარებელი პროცედურების შესახებ. 51.1% ნაწილობრივ ეთანხმება კითხვას და მხოლოდ 21.9% თვლის, რომ მედდის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია სრულყოფილია.

კითხვაზე მედდა გამოხატავს თუ არა სურვილს უპასუხოს პაციენტის შეკითხვებს რესპოდენტთა 49.6% აღნიშნავს, რომ ნაწილობრივ გამოხატავს მზაობას მედდა, 17.5%–ი უარყოფს და მხოლოდ 32.8% დაეთანხმა მოსაზრებას. რესპოდენტთა მხოლოდ 38% მიიჩნევს, რომ მედდა უზრუნველყოფს მშვიდ და კომფორტულ ატმოსფეროს პაციენტისთვის, 45.3% ნაწილობრივ ეთანხმება ამ აზრს, ხოლო 16.8% მიიჩნევს, რომ მედდა ვერ ახერხებს კომფორტული ატმოსფეროს შექმნას.

დასმულ კითხვაზე: არის თუ არა მედდა მეგობრული, თავაზიანი და გულსხმიერი პაციენტის მიმართ რესპოდენტების მხოლოდ 36.5%–ისგან მივიღე დადებითი პასუხი. რესპოდენტებმა ასევე დააფიქსირეს საკუთარი აზრი, სადაც გამოიკვეთა, რომ ხშირად მედდები

გულგრილები არიან პაციენტების მიმართ, და თბილი და გულისხმიერი მოპყრობა ძალიან იშვიათი შემთხვევაა.

მედდა ადექვატურად აღიქვამს პაციენტის მდგომარეობას და უწევს მეთვალყურეობას. ეს მოსაზრება რესპოდენტების 48.2%-მა დაადასტურა, ხოლო დანარჩენი ნაწილობრივ ან საერთოდ არ ეთანხმება ამ აზრს. ასევე იყო რესპოდენტების პირადი მოსაზრებები, რომ თეორიულად ასეა, მაგრამ სხვა რეალობაა ქვეყანაში ამ მიმართულებით.

რესპოდენტების 45.5% ეთანხმება მოსაზრებას, რომ მედდები გამოხატავენ მზაობას დაყვნიენ პაციენტის საჭიროებებს. 44.5% ნაწილობრივ დაეთანხმა მოსაზრებას.

ექთანი დღის განრიგი გადანაწილებულია პაციენტების საჭიროებების მიხედვით. რესპოდენტების მხოლოდ 40.9% იზიარებს ამ აზრს, 24.8% არ მიიჩნევს ექთნის განრიგს პაციენტებზე მორგებულს. ხოლო დანარჩენი 34.4% ნაწილობრივ დაეთანხმა მოსაზრებას.

რესპოდენტების უმრავლესობა (54.7%) თვლის, რომ ექთანი მასზე დაკისრებულ მოვალეობებს ასრულებს სრულყოფილად (მედიკამენტის მიწოდება და სხვა პროცედურები). მხოლოდ 7,3% არ იზიარებს ამ მოსაზრებას, ხოლო დანარჩენი 38% ნაწილობრივ დაგვეთანხმა.

ასევე გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი (55.5%) თვლის რომ, ექთანი და სხვა სამედიცინო პერსონალის მუშაობა არის გუნდური და შეთანხმებული. რესპოდენტების 16.8% არ ეთანხმება ამ მოსაზრებას, ხოლო 27.7% კი ნაწილობრივ იზიარებს ამ მოსაზრებას.

გამოკითხვის შედეგები ცხადყოფს, რომ ყველა ასპექტში ძირითადი პროცენტული მაჩვენებლები, დადებითი პასუხის („ვეთანხმები“) შემთხვევაში საშუალოზე დაბალია. რაც ცხადყოფს რესპოდენტების განწყობას ექთნების მომსახურების მიმართ. ძირითდად შუალედური პასუხის შემთხვევაში („ნაწილობრივ ვეთანხმები“). მხოლოდ კითხვაზე: ასრულებენ თუ არა მედდები მათზე დაკისრებულ

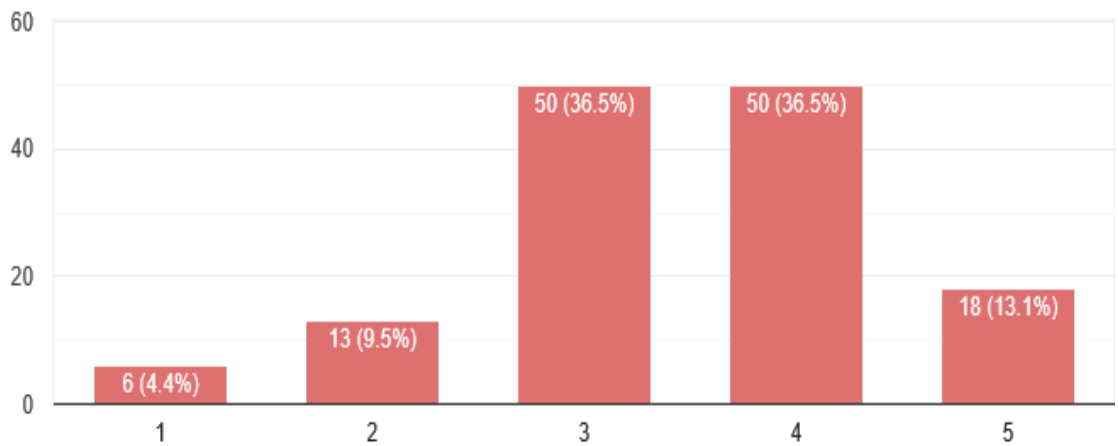
მოვალეობებს სრულყოფილად (მედიკამენტის მიწოდება და სხვა პროცედურები) შედეგმა შეადგინა 55.5%.

**ცხრილი N4**

		ვეთანხმები	ნაწილობრივ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები
		3	2	1
1	მედდა სრულყოფილად აწოდებს ინფორმაციას პაციენტს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ჩასატარებელი პროცედურების შესახებ	37	70	30
2	მედდა გამოხატავს სურვილს უპასუხოს პაციენტის შეკითხვებს	45	68	24
3	მედდა უზრუნველყოფს მშვიდ და კომფორტულ ატმოსფეროს	52	62	23
4	მედდა არის მეგობრული, თავაზიანი და გულისხმიერი პაციენტის მიმართ	50	68	17
5	მედდა ადექვატურადად აღიქვამს პაციენტის მდგომარეობას და უწევს მეთვალყურეობას	66	53	17
6	მედდები გამოხატავენ მზაობას დაყვნენ პაციენტის საჭიროებებს	62	61	14
7	მედდების დღის განრიგი გადანაწილებულია პაციენტების საჭიროებებიდან გამომდინარე	56	47	34
8	მედდები სწრაფად და ოპერატიულად მოდიან გამოძახების შემთხვევაში პაციენტის დასახმარებლად	64	54	21
9	მედდები მათზე დაკისრებულ მოვალეობებს ასრულებენ სრულყოფილად (მედიკამენტის მიწოდება და სხვა პროცედურები)	75	52	10
10	მედდის და სხვა სამედიცინო პერსონალის მუშაობა არის გუნდური და შეთანხმებული	76	38	23

## როგორ შეფასებთ 1–დან 5–მდე ექთნების მომსახურების ხარისხს?

ნახატი N16



1–უკიდურესად დაბალი

5–მალიან კარგი

დიაგრამაზე არსებული შედეგები გვამღვს იმის თქმის საშუალებას, რომ ექთნების ზოგადი შეფასება რესპოდენტების მიერ ხარისხთან მიმართებაში არ არის დადებითი (49.6%), რადგან რესპოდენტების 36% თვლის, რომ მომსახურება საშუალო დონის არის, ხოლო 13.9% აზრით ექთნების მომსახურების ხარისხი დაბალია.

საკვლევი თემის ჰიპოთეზა: ექიმების და ექთნების თანაფარდობის დისბალანსი დაკავშირებულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან, გამოკითხვის შედეგებით მყარდება. ექთნების სიმცირით გამოწვეული თანაფარდობის დისბალანსი იწვევს სწორედ კმაყოფილების დაბალ ხარისხს. ექთნებისთვის შექმნილი სამუშაო გარემო პირობები: დაბალი ანაზღაურება, ზეგანაკვეთური სამუშაო საათები, „გადაწვა“, კვალიფიკაციის ამაღლების კურსების არ არსებობა, ასევე საავადმყოფოს საქმიანობაში მათი ჩაურევლობა, პროფესიის თანმდევი საფრთხეები და ა.შ იწვევს მათ გადალლას და დემოტივაციას. ხშირ შემთხვევაში ექთნები ტოვებენ სამუშაოს და საქმდებიან სხვა სფეროებში, ნაკლები პასუხისმგებლობით. ასევე პარალელურად კერძო პაქტიკას მიმართავენ.



ბევრი ვისაუბრეთ ექთნის როლის მნიშვნელობაზე პაციენტის გამოჯანმრთელების და მოვლის საქმეში, თუმცა ამის მიუხედავად დღეს ექთნის პროფესია საკმაოდ არაპრესტიჟულ და არაპოპულარულ საქმიანობად ითვლება.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნული ფაქტორები განაპირობებს ექთნის პროფესიით დაინტერესების მსურველთა რაოდენობის შემცირებას. ყოველწლიურად სულ უფრო მცირდება კურსდამთავრებულთა რაოდენობა.

ექთნების დეფიციტი ხელოვნურად პერიოდულად ბალანსდება სამედიცინო კურსდამთავრებული მედიკოსებით, რომლებიც პარალელურად რეზიდენტურის კურსს გადიან, თუმცა მათი კვალიფიკაცია და პრაქტიკული უნარები-ჩვევები საექთნო საქმიანობისთვის არ არის საკმარისი. შეედგად ვიღებთ არასრულფასოვან სისტემას. ეს თავისმხრივ გავლენას ახდენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და პაციენტების კმაყოფილებაზე.

სახელმწიფოს მხრიდან საჭიროა ქმედითი ნაბიჯების გადადგმა და აღნიშნული პროფესიის პოპულულარიზაციისთვის რიგი რეფორმების გატარება.

## დასკვნა

კვლევის ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში გამოიკვეთა რიგი პრობლემები, რაც დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან. ექიმების და ექთნების თანაფარდობის დისბალანსი ერთ–ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებაში, რომელიც საჭიროებს გრძელვადიან და საფუძვლიან რეფორმებს. აღნიშნულ დისბალანსს იწვევს რიგი პრობლემები ჯანდაცვის სექტორში ადამიანურ რესურსებთან მიმართებაში. წლების განმვლობაში სახელმწიფომ განახორციელა რიგი რეფორმები ბალანსის მისაღწევად, თუმცა დღეს არსებული მდგომარეობა მაინც სავალალოა.

ნაშრომზე მუშაობის პროცესში მკაფიოდ გამოჩნდა, რომ ქვეყანაში დღემდე არ არის ხარისხიან სამედიცინო განათლებაზე ხელმისაწვდომობა. ექიმის და ექთნის პროფესიის წარმომადგენლები მუდმივად უნდა იყვნენ სწავლის პროცესში ჩართულნი, პრაქტიკული საქმიანობის ბოლომდე. ნებაყოფლობითი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა ვერ უზრუნველყოფს მათ უნარ–ჩვევების შექმნის და განათლების უწყვეტ პროცესში ჩართვას, რაც შესაბამისად მათ კვალიფიკაციას ეჭვის ქვეშ აყენებს. არ არსებობს ექთნების გადამზადების და კვალიფიკაციის ამაღლების პროგრამები, მხოლოდ ერთეული დამსაქმებლები მათივე ინიციატივით ახორციელებენ ექთნების გადამზადებას. სახელმწიფოს მიერ არ ხდება დეფიციტური ექთნის პროფესიის პოპულარიზაცია და ფინანსური სუბსიდირება, რაც მეტ ახალგაზრდას დააინტერესებს და შედეგად ახალ ენერგიულ და მოტივირებულ ექთნების ნაკადს შექმნის.

ასევე პრობლემას წარმოადგენს ქვეყანაში ჭარბი რაოდენობით ექიმების წარმოება, რაც თვისთავად მათ დაბალ პროდუქტიულობას

იწვევს. შესაბამისად დაბალი პროდუქტიულობა კორელაციაშია შრომის ანაზღაურებასთან.

ქვეყანაში არ ფუნქციონირებს მექანიზმი, რომელიც გააკონტროლებს ექთნების სამუშაო პირობებს და სამუშაო მახასიათებლებს. არსებული კვლევებიდან ნათლად ჩანს, რომ სამუშაო საათები არანორმირებულია, დღის და ღამის ცვლებით. ხშირად ექთნები დამატებითი შემოსავლის მიღების მიზნით იმატებენ ცვლებს, რაც მათ „გადაწვას“ იწვევს. ზეგანაკვეთული საათების ანაზღაურება არ ხდება ადეკვატურად. ექთნის ანაზღაურება საშუალოდ არ აღემატება 500 ლარს, რაც მედდებს დატვირთვიდან გამომდინარე უბიძგებთ სამუშაოს დატოვებისკენ. ზემოთ აღნიშნული მიზეზები კი ართულებს ექთნების სამუშაო ადგილზე შეკავებას.

## რეკომენდაციები

ექიმების და ექთნების თანაფარდობის დისბალანსის გამომწვევი ხარვეზების აღმოსაფხვრელად საჭიროა შემდეგი რეკომენდაციების გათვალისწინება:

1. ადამიანური რესურსების განვითარებისა და მართვის სტრატეგიული გეგმის შემუშავება, მათ შორის, ადამიანური რესურსების დაგეგმვის მიმართულებით შესაძლებლობების გაძლიერება და მისი ეტაპობრივი განვითარება, „საჭიროებათა შეფასების“ ინსტრუმენტების დანერგვა, ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექიმების ახალი ნაკადის დაბალანსება და ექთნების რაოდენობის გაზრდა სამედიცინო პერსონალის ადეკვატური ბალანსის მისაღწევად;
2. იმის გათვალისწინებით, რომ მედლების დეფიციტი სავარაუდოდ მომავალშიც შენარჩუნდება, მიზანშეწონილია საექთნო საქმიანობის გარემოს მახასიათებლების გაუმჯობესება, კერძოდ, სამუშაოთი კმაყოფილების გაზრდა;
3. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დიდ საავადმყოფოებში კადრებით დაკომპლექტებას და რესურსების განაწილებას. საექთნო საქმიანობის გარემოს გაუმჯობესების პროგრამების შეიძლება ხელი შეუწყოს მედლა სამუშაო ადგილზე შეკავებას და ამით შეამციროს მედლების დეფიციტი;
4. საექთნო განათლების ხელშეწყობა, საექთნო განათლების სახელმწიფო სუბსიდირება/სტიმულირება, საექთნო პერსონალის დეფიციტიდან გამომდინარე, გარდამავალ ეტაპზე ექთანთა გადამზადების სისტემის ხელშეწყობა;
5. ექიმების სერტიფიცირების მექანიზმების გაუმჯობესება; მათ შორის, კლინიკური შემთხვევების ანალიზისა და პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევების შეფასების ინსტრუმენტების შექმნა;
6. დარგობრივ პროფესიულ ორგანიზაციებთან მჭიდრო თანამშრომლობით, ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის ეტაპობრივი სრულყოფა;

7. სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო პერსონალის თვითური საშუალო ხელფასის გადახედვა;
8. სამართლებრივი კუთხით მნიშვნელოვანია შრომის კოდექსში ცვლილებების განხორცილება, რომელიც გავრცელდება ჯანდაცვის სფეროზე;
9. აუცილებელია მინიმალური საათობრივი ანაზღაურების დაწესება, რაც შეზღუდავს ერთზე მეტი სამსახურის ქონას და მისგან გამოწვეულ გადაღლილობასა და დაშვებულ შეცდომებს;
10. როგორც განყოფილების, აგრეთვე სავადმყოფოს მართვის პროცესში ექთნების ჩართვა (ან სხვა სახის სამედიცინო დაწესებულების) გახდის სამუშაო ადგილებს სტრუქტურულად მოწესრიგებულს;
11. საჭიროა სახელმწიფომ და საგანმანათლებლო დაწესებულებებმა ამ კუთხით აწარმოონ კვლევები, რათა მოხდეს პრობლემების სიღრმისეული გამოკვლევა და მათი გადაჭრისთვის სამოქმედო გეგმის მომზადება;
12. ძლიერი პროფკავშირული მოძრაობა გადამწყვეტია ექთნების სიტუაციის გამჯობესებაში, როგორც სამუშაო ადგილზე, ასევე, მის გარეთ;
13. საექთნი საქმის პოპულარიზაცია, შესაბამის სასწავლო პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა, ექთნების განათლების და საქმიანობის შესახებ ჩარჩო დოკუმენტის მომზადება და მისი შემდგომი იმპლემენტაცია;
14. ექიმთა განათლების და რეგულირების სისტემის სრულყოფა: სარეზიდენტო პროგრამებისა და შესაბამისი ლიტერატურის განახლება უნდა გახდეს მუდმივი პროცესი და ერთჯერადი ხასიათი არ უნდა ქონდეს; ყურადღება უნდა მიექცეს უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში მონაწილეობისთვის მოტივაციების მექანიზმების განვითარებას (აკრედიტაცია, დამფინანსებლის მიერ კონტრაქტირებისას დამატებითი შეღავათების გათვალისწინება),

დაიხვეწოს სერთიფიცირების პროცედურა და ინსტრუმენტი, რათა მან შეძლოს პროფესიული უნარ-ჩვევების შეფასება;

15. ასევე აქტუალურია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მექანიზმების განვითარება (შიდა აუდიტი).

ვფიქრობ ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განათლების და პროფესიული რეგულირების ქმედუნარიანი სისტემის ამოქმედების მიზნით განხორციელებული ღონისძიებები საშუალებას მოგვცემს მიღწეულ იქნეს ისეთი პრიორიტეტული ამოცანა, როგორც მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას და მისი ხარისხის გაუმჯობესებაა.

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. გერზმავა, ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. 2008. გვ.122–124
2. გზირიშვილი, დ. დამოუკიდებელი საქართველო–სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ანალიტიკური მიმოხილვა, თბილისი; 2012. გვ 145–165
3. ტულჩინსკი, თ. ვარავიკოვა, ე. ახალი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა. ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო, 2012, გვ. 27–39
4. ვერულავა. თ, ჯანდაცვის პოლიტიკა, 2016, 124–126
5. სამეცნიერო ჟურნალი "ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა" N 2. 2015, გვ.10
6. „სოლიდარობის ქსელი“, ექთნების შრომის პირობები, 2019;
7. Verulava, T. Kalandadze, T, Health Care System in Georgia. State Insurance Company of Georgia, Tbilisi, 2001, 72–76
8. Pong, R.W (1995). Health Human resuorces in community-based health care
9. Word Health Organization. The Word Health report 2006: Working together for health, Geneva, 2006;
10. Buchan J, Aiken L: Solving nursing shortages: a common priority. J Clin Nurs 2008, 17:3262–3268;
11. Coomber B, Bariball KL: Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. Int J Nurs Stud 2007, 44(2):297–314;
12. Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., & Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and heir impact on employee performance and wellbeing. A literature review. International Journal of Nursing Studies(57), 12 – 27;
13. Saltman RB, Von Otter,C (1995). Implementing planned markets in health care; balancing social and economic responsibility. Buckingham, Open University Press;
14. The World health report 2000-Health systems: improving performance. World Health Organization. 2000;
15. Ensor T, SavelYeva L. Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 1999, 13(1): 41-49;
16. ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013წ;
17. ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე, საქართველო. 2002.
18. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ბიურო. 2002;

19. საქართველოს მთავრობა. (12 დეკემბერი 2013 რ.). სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის დარგების ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ. თბილისი, საქართველო: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე;
20. ჯორბენაძე, ავთანდილ. სიტყვა წარმოთქმული განათლების თათბირ–სემინარზე. 1–4 ივლისი 1997წ. სტატიების და მოხსენებების კრებული. თბილისი, 2016წ;
21. ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური სამინისტრო.

## ელექტრონული წყაროები

1. კახიშვილი, ნ.ეჟიმთა რაოდენობა და ხარისხი. ნეტგაზეთი. 18.06.2019 ვებგვერდი (<http://www.netgazeti.ge/GE/81/News/7134>)
2. ფრანგიშვილი, ნ. რაღირს ექთნის შრომა. გაზეთი ბათუმელები. 13.06.2019
3. ვებგვერდი (<http://www.batumelebi.netgazeti.ge/GE/batumelebi/weekly1/32590>)
4. საქართველოს შრომის კოდექსი. (2019). საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე 5.06.2019, ვებგვერდი (<https://matsne.gov.ge/document/view/3272760?publication=0>)
5. საქართველოში ექთნების დეფიციტია. 19.06.2019 ვებგვერდი(<https://imedinews.ge/ge/saqartvelo/72315/spetsialisti-saqartveloshi-eqtnebis-depitsitia>)
6. ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, კურაციო საერთაშორისო ფონდი. 21.06.2019 ვებგვერდი [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf)
7. ექთნების შრომის პირობები და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება, რევაზ კარანაძე. 20.06.2019 ვებგვერდი <https://1tv.ge/analytics/eqtnebis-shromis-pirobebi-da-khariskhiani-samedicino-momsakhureba/>.



# ექთნების მომსახურებით კმაყოფილების დასადგენი კითხვარი

## დანართი N1

1. მედდა სრულყოფილად აწოდებს ინფორმაციას პაციენტს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ჩასატარებელი პროცედურების შესახებ:
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები
  
2. მედდა გამოხატავს სურვილს უპასუხოს პაციენტის შეკითხვებს
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები
  
3. მედდა უზრუნველყოფს მშვიდ და კომფორტულ ატმოსფეროს
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები
  
4. მედდა არის მეგობრული, თავაზიანი და გულისხმიერი პაციენტის მიმართ
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები
  
5. მედდა ადექვატურაად აღიქვამს პაციენტის მდგომარეობას და უწევს მეთვალყურეობას:
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები
  
6. მედდები გამოხატავენ მზაობას დაყვინ პაციენტის საჭიროებებს:
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები

7. მედდების დღის განრიგი გადანაწილებულია პაციენტების საჭიროებებიდან გამომდინარე:
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები
  
8. მედდები სწრაფად და ოპერატიულად მოდიან გამოძახების შემთხვევაში პაციენტის დასახმარებლად:
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები
  
9. მედდები მათზე დაკისრებულ მოვალეობებს ასრულებენ სრულყოფილად (მედიკამენტის მიწოდება და სხვა პროცედურები):
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები
  
10. მედდის და სხვა სამედიცინო პერსონალის მუშაობა არის გუნდური და შეთანხმებული:
  - a. ვეთანხმები
  - b. ნაწილობრივ ვეთანხმები
  - c. არ ვეთანხმები