

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკის პრიორიტეტული მიმართულებები

რეზიუმე

ა) **საჭიროება:** საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის პროფესიონალების განვითარების სწორი პოლიტიკისა და სტრატეგიის ფორმირებას;

ბ) **არსებული სიტუაცია:**

- საქართველოში ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა გაცილებით მაღალია ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით
- სისტემის ეფექტიანობისა და ეფექტურობის თვალსაზრისით არაბალანსირებულია ექიმებსა და ექთნებს შორის თანაფარდობა (1:1);
- არაბალანსირებულია ადამიანური რესურსის გეოგრაფიული განაწილება;
- სამედიცინო პერსონალის ასაკი იძლევა საფუძველს დავასკვნათ, რომ პოპულარობის მიუხედავად მედიცინა საქართველოში დაბერებადი სპეციალობაა;
- საექთნო საქმის როლი ბუნდოვანი და შეზღუდულია;
- მცირე ყურადღება ეთმობა არასამედიცინო პროფესიონალების როლს ჯანდაცვის სექტორში;

გ) **საკადრო პოლიტიკის შესაბამისობა რეფორმის ამოცანებთან:**

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის სამინისტრო აუცილებლად მიიჩნევს ადამიანური რესურსის დაგეგმვისა და მართვის პროცესების გაუმჯობესებას. ამ მიზნით განსახორციელებელი კონკრეტული ეტაპები შემდეგია:

1. სახელმწიფო სექტორში **სამედიცინო კადრების რაციონალიზაცია:** (ა) შეთანხმება შუალედურ ამოცანებზე ექთანი: ექიმი თანაფარდობის თვალსაზრისით (2 ექთანი: 1 ექიმი) (ბ) შეთანხმება ექიმებისა და ექთნების სამიზნე რაოდენობის თაობაზე.
2. რაციონალიზაციის პროცესში გამოთავისუფლებული პერსონალის პროფესიული განვითარებისა და კარიერის შეცვლის ხელშეწყობის გეგმის მომზადება;
3. გეოგრაფიული დისბალანსის აღმოფხვრის მიზნით სოფლად და დაშორებულ ადგილებში პერსონალის მოზიდვის სტრატეგიის შემუშავება;
4. კადრების ხარისხის უზრუნველყოფა, რისთვისაც საჭიროა:
 - 4.1. ჯანდაცვის პროფესიონალების (მ.შ. სამედიცინო და არასამედიცინო) ნუსხის შესაბამისად სპეციალობათა აღწერილობისა და მათი განვითარების გეგმის მომზადება;

- 4.2. პირველი რიგის ამოცანაა კონსენსუსის მიღწევა ექთნების და ბებიაქალების როლის შესახებ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში;
- 4.3. ახალი საექთნო კურიკულუმის მომზადება და ადაპტირება საქართველოს ჯანმრთელობის საჭიროებების გათვალისწინებით;
- 4.4. სამედიცინო განათლების ხარისხის გაუმჯობესება და სასწავლო პროგრამების ადაპტირება სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოთხოვნებთან;
- 4.5. დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის გაძლიერება;
5. სამინისტროში ადამიანური რესურსების პოლიტიკის შემუშავებისა და დაგეგმვის შესაძლებლობების გაძლიერება.
6. საკადრო პოლიტიკის სფეროში უახლოესი პერიოდის ამოცანაა ადამიანური რესურსის განვითარების გეგმის შემუშავება.

1. შესავალი

საქართველოში ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების რეალიზაციისთვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს სისტემაში ადამიანური რესურსის განვითარების პოლიტიკისა და სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრას.

წინამდებარე დოკუმენტი აღწერს ჯანდაცვის სისტემაში ადამიანური რესურსის განვითარებასთან დაკავშირებულ საკვანძო საკითხებს და მათი გადაწყვეტის გზებს.

2. განმარტებები

ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში: მოიცავს ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ ყველა ადამიანს.

ჯანდაცვის პროფესიონალები (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია): ყველა ის ადამიანი, რომელიც ჩართულია ჯანმრთელობის დაცვისა და გაუმჯობესებისკენ მიმართულ საქმიანობებში. ეს მოიცავს: სამედიცინო პერსონალს, ჯანდაცვის მენეჯერებს, დამხმარე პერსონალს, ბინაზე მომვლელებს და ა.შ.

ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის მნიშვნელოვანია სამი ძირითადი ჯგუფის გამოყოფა:

1. სამედიცინო პერსონალი, ვინც უშუალოდ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას;
2. ჯანდაცვის მენეჯერები
3. დამხმარე პერსონალი

ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვის მენეჯერები და დამხმარე პერსონალი შეადგენს ჯანდაცვის პროფესიონალების 31%-ს.

3. სიტუაციის ანალიზი

2005 წლის მონაცემებით საქართველოში 20311 ექიმი და 21053 საშუალო სამედიცინო პერსონალია მ.შ. 13 698 (65%) ექთანია, ხოლო დანარჩენი ფელდშარი, ექიმის ასისტენტი, დამხმარე პერსონალი ლაბორატორიებსა და რენტგენის კაბინეტებისთვის. №1 ცხრილში წარმოდგენილია სტატისტიკური ინფორმაცია სხვადასხვა სპეციალობის ექიმების რაოდენობის შესახებ.

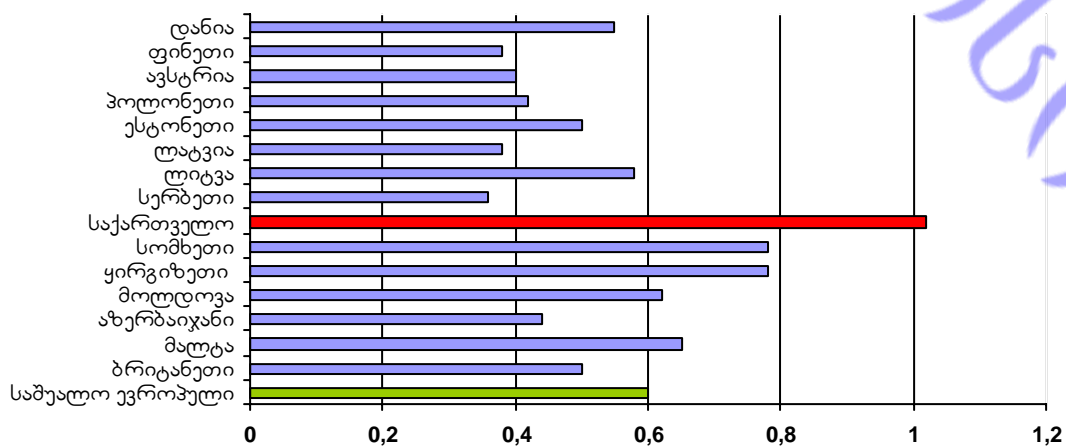
ცხრილი 1: ექიმების რაოდენობა სპეციალობების მიხედვით

წელი	2003		2004		2005	
	რაოდენობა	პროცენტი	რაოდენობა	პროცენტი	რაოდენობა	პროცენტი
თერაპევტი	2256	10.8%	2470	11.5%	1951	9.6%
ქირურგი	990	4.7%	1011	4.7%	883	4.3%
მეან-გინეკოლოგი	1466	7.0%	1450	6.8%	1418	7.0%
პედიატრი	1867	8.9%	1412	6.6%	1706	8.4%
ოფთალმოლოგი	295	1.4%	307	1.4%	297	1.5%
ნევროპათოლოგი	655	3.1%	658	3.1%	609	3.0%
ფსიქიატრი და ნარკოლოგი	332	1.6%	218	1.0%	312	1.5%
ფტიზიატრი	171	0.8%	166	0.8%	177	0.9%
დერმატოვენეროლოგი	245	1.2%	270	1.3%	247	1.2%
რადიოლოგი	380	1.8%	365	1.7%	347	1.7%
სპორტული მედიცინის სპეციალისტი	72	0.3%	67	0.3%	50	0.2%
სტომატოლოგი	1093	5.2%	996	4.7%	1015	5.0%
სხვა	10766	51.4%	11507	53.8%	11007	54.2%
სულ	20962		21396		20311	

საქართველოში დღეს, ერთ-საწოლზე ექიმების საშუალო რაოდენობა ერთს აღემატება, რაც საშუალო ევროპულ მაჩვენებელთან შედარებით თითქმის ორჯერ მეტია (საწოლზე 0,6 ექიმი). (სურ 1)

სურათი 1

ერთ საწოლზე ექიმების რაოდენობა

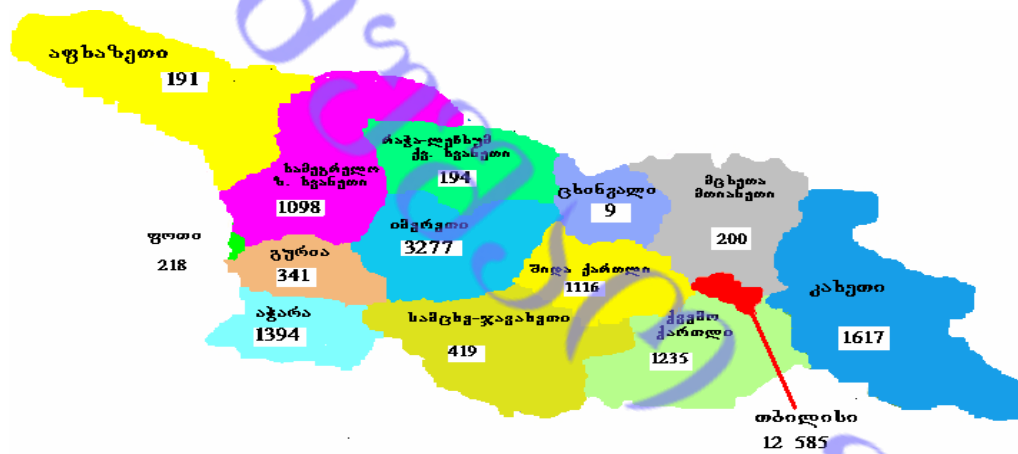


2.1 კადრების გადანაწილება რეგიონების მიხედვით

საქართველოს რეგიონებში ექიმების გადანაწილება არათანაბარია. თბილისში ექიმების რაოდენობა სხვა რეგიონებთან შედარებით სამჯერ მეტია (სურ. 2);

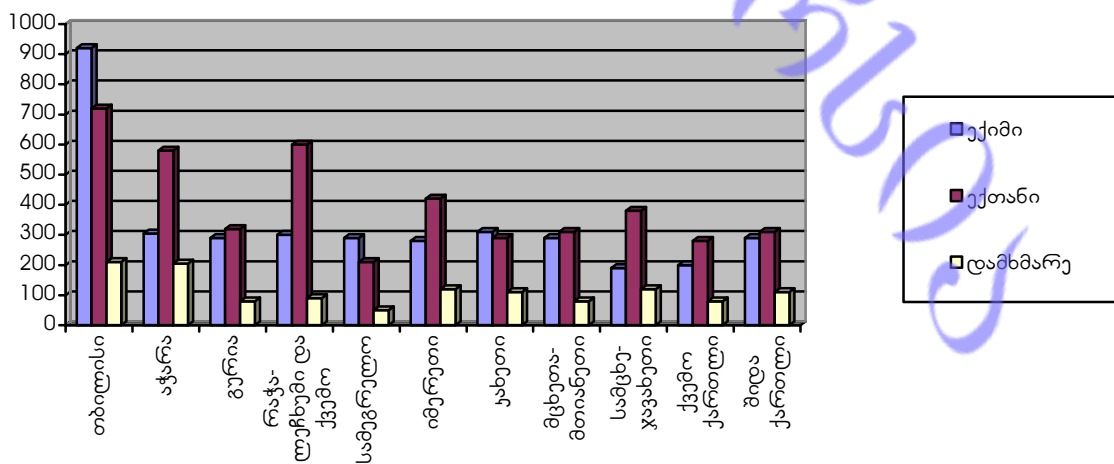
რაც შეეხება ექიმებისა და ექთნების რაოდენობას შორის შეფარდებას; “ექთანი ექიმთან” თანაფარდობა შეადგენს 1:1–თან, მაშინ როდესაც სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის უზრუნველსაყოფად რეკომენდებული თანაფარდობაა 4 ექთანი და 1 ექიმი, ანუ (სულ. მცირე 2 ექთანი: 1ექიმი) (სურ. 4)

სურათი 2: სერთიფიცირებული ექიმების - სპეციალისტების გადანაწილება საქართველოში



სურათი 3.

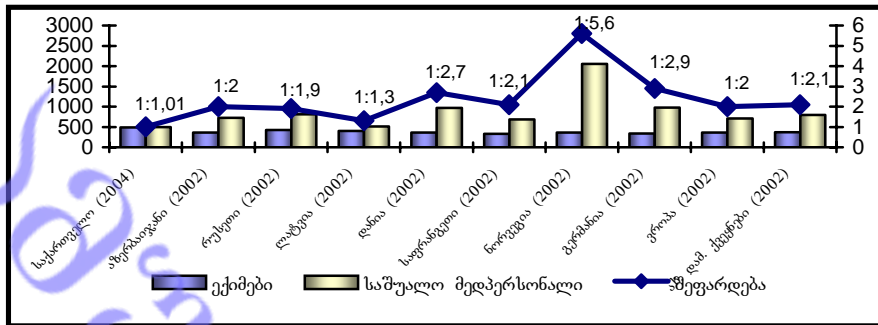
100.000 მოსახლეზე სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა¹



¹ თბილისის დაავადებათა ეპიდეოლოგიის ცენტრის სტატისტიკის დეპარტამენტის 2005 წ-ის მონაცემებით

სურათი 4

ექიმი: ექთანთან თანაფარდობა სხვადასხვა ქვეყნის მაგალითზე



წყარო: ჯანმო მონაცემთა ბაზა

2.2 ასაკობრივი და სქესობრივი განაწილება

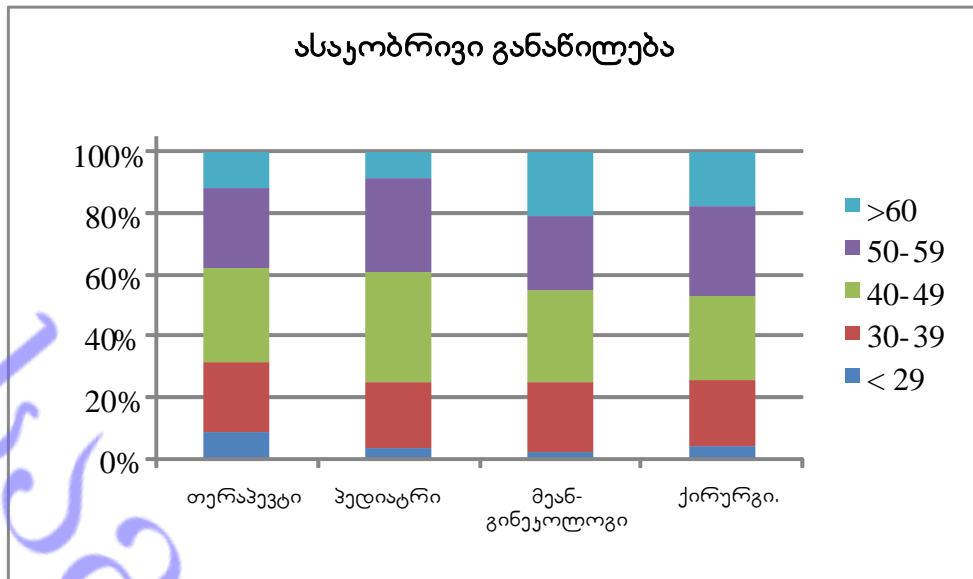
საქართველოში ექიმების 15%-ზე მეტი 60 წლის და მეტისაა, ხოლო 40%-ის ასაკი 49 წელს აღემატება. მსგავსი სურათია ექთნების მხრივაც.

სპეციალისტების უდიდეს ნაწილს თერაპევტები შეადგენენ, რომელთაგან 12% 60 წელს გადაცილებულია;

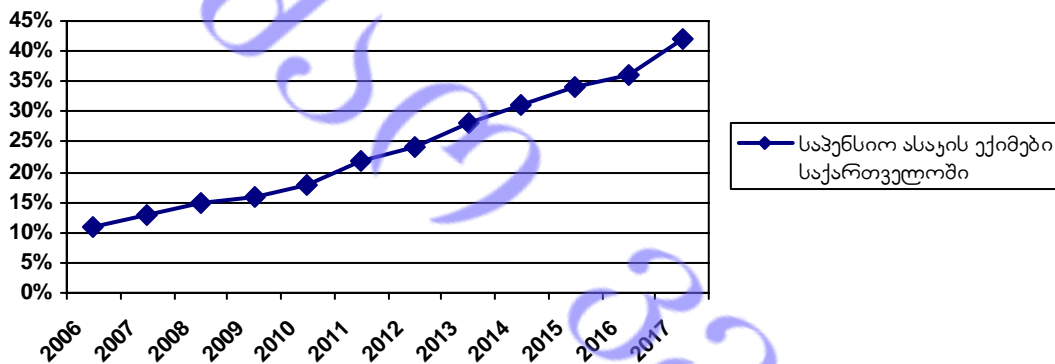
მეან-გინეკოლოგები წარმოადგენენ სპეციალისტების მთლიან ოდენობის 20%. სპეციალისტების ამ კატეგორიაშიც აღინიშნება დაბერების ტენდენცია. ეს საკითხი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით განსაკუთრებით საყურადღებოა და სათანადო ასახვას საჭიროებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და სტრატეგიაში. №5 სურათზე წარმოდგენილია ასაკობრივი განაწილება საექიმო სპეციალობების გარკვეულ ჯგუფებში.

სურათი 5 ასაკობრივი განაწილება საექიმო სპეციალობების გარკვეულ ჯგუფებში²

² წყარო: სამინისტროს მონაცემთა ბაზა. (მოიცავს სხვადასხვა სპეციალობების მონაცემებს 2006 წლისათვის რეგიონების მიხედვით, თბილისის გარდა).



№6 სურათზე წარმოდგენილია ექიმების საპენსიო ასაკის წლიურ ზრდას საპენსიო ასაკის ექიმები საქართველოში

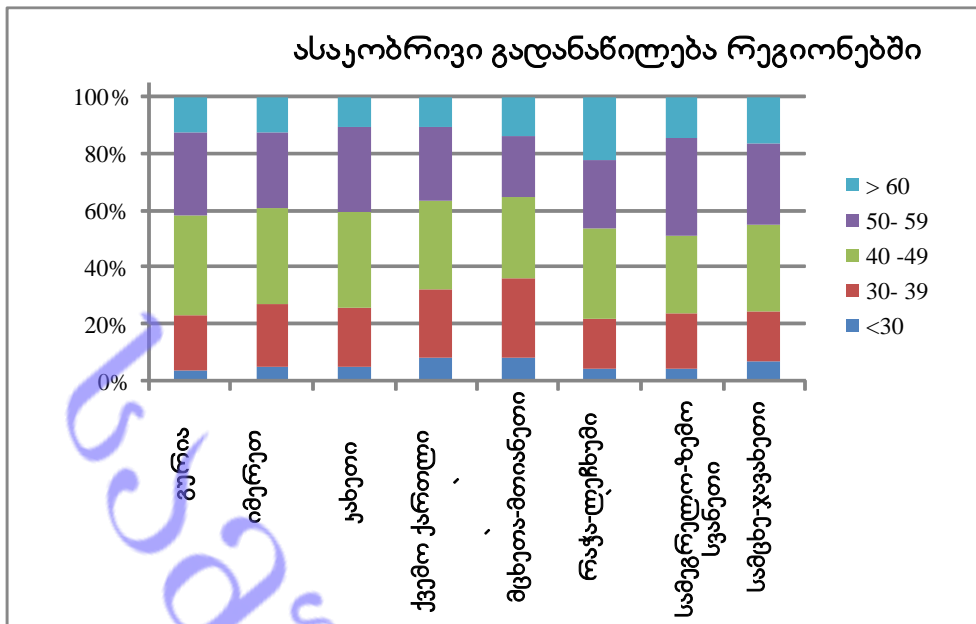


2.3 ასაკობრივი გადანაწილება რეგიონების მიხედვით

სურათი №7 წარმოდგენილია სამედიცინო პერსონალის ასაკობრივ განაწილება რეგიონების მიხედვით. მაღალმთიან და დაშორებულ რეგიონებში მეტია 59 წელს გადაცილებული სამედიცინო პერსონალი, რაც ადასტურებს, რომ ახალგაზრდა პროფესიონალებისთვის რთულ გეოგრაფიულ რეგიონებში მუშაობა მიმზიდველი კარიერა არ არის.

სურათი 7 ასაკობრივი განაწილება რეგიონების მიხედვით³

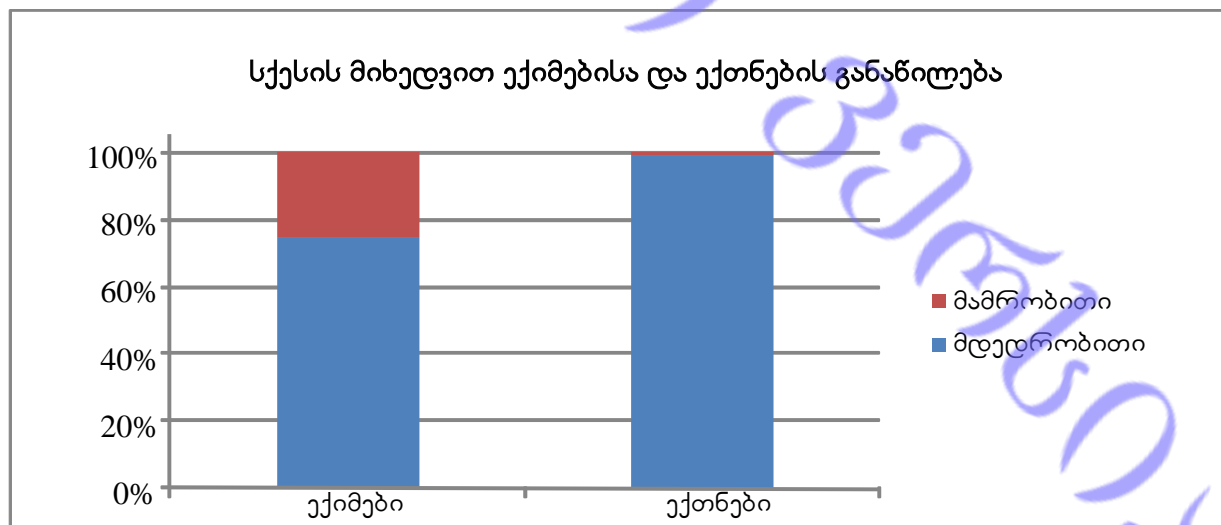
³ წყარო: სამინისტროს მიერ მომზადებული მონაცემთა ბაზა. (ის მოიცავს სხვადასხვა სპეციალობების მონაცემებს 2006 წლისათვის რეგიონების მიხედვით, თბილისის გარდა).



2.4 გადანაწილება სქესის მიხედვით

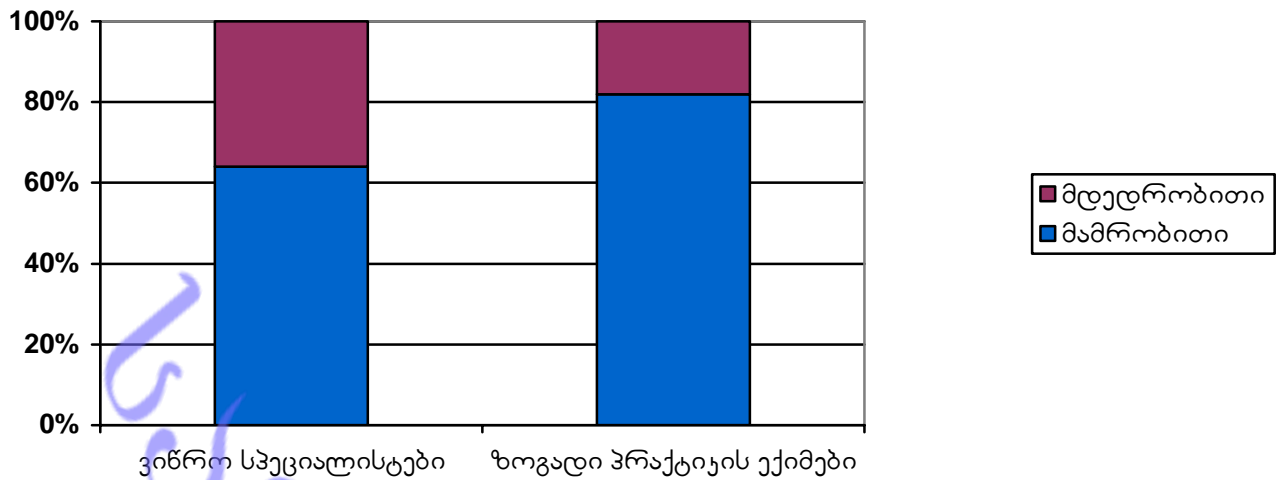
საქართველოში ისევე, როგორც აღმოსავლეთ ევროპისა და კავკასიის ბევრ სხვა ქვეყანაში სამედიცინო პროფესიაში ჭარბობენ ქალები, თუმცა ვიწრო სპეციალისტებს შორის მამაკაცი მეტია (იხ. სურათი 8 და 9)

სურათი №8



სურათი № 9

გენდერული თანაფარდობა ვიწრო სპეციალისტებსა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმებში



2.5. კადრების კომპენსაცია და მართვა

სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული კადრების ანაზღაურება საქართველოში, ისევე როგორც ბევრი გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნაში, არათანაბარია, ხოლო სამუშაო პირობები არასახარბიელო. მაგ. ოჯახის ექიმისთვის განსაზღვრული ანაზღაურება შეადგენს 250, ხოლო ექთნის 150 ლარს. კოსპიტალურ სისტემაში ექიმების ანაზღაურება საშუალოდ 200-დან 1000 ლარამდე მერყეობს. შედარებისთვის იხ. ცხრილი №2.

ცხრილი 2: შედარებითი ხელფასები საქართველოში

ხელფასები	ლარი
საშუალო თვიური ხელფასი	281.1
საშუალო თვიური ხელფასები ჯანდაცვის და სოციალური მუშაკებისათვის	142.9
საშუალო თვიური ხელფასები საჯარო მოხელეებისათვის (საბიუჯეტოს ჩათვლით)	218.7
საშუალო თვიური ხელფასები კერძო სექტორში დასაქმებულთათვის	306.0

წყარო: სამუშაო ძალის და შინამეურნეობების კვლევა, ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტი (2005)

3. ადამიანური რესურსის განათლება და ტრენინგი

3.1 განათლება და ტრენინგი

ჯანდაცვის სისტემის სათანადო კვალიფიკაციის ადამიანური რესურსით დაკომპლექტებისთვის აუცილებელი წინაპირობაა ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებისა და ტრენინგის პროცესების სწორად წარმართვა, რაც შესაბამისობაში უნდა იყოს სისტემის განვითარების ძირითად მიმართულებებთან და სამედიცინო მომსახურების მოდელთან.

ა) განათლებისა და ტრენინგის მიზანია სხვადასხვა კატეგორიის პერსონალის აღჭურვა პროფესიული კომპეტენციებით, რაც შესაბამისობაში იქნება ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის ძირითად მიზნებთან.

ბ) კონკრეტული ღონისძიებები, რაც ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებისა და ტრენინგის მიზნით უნდა განხორციელდეს შემდეგია:

- სასწავლო პროგრამების (კურიკულუმები) ადაპტირება ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზნებთან და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოთხოვნებთან, რაც უნდა აისახოს პროფესიული კომპეტენციების პაკეტში (პროფესიული სტანდარტები);
- პროგრამების შესაბამისად ახალი სასწავლო მეთოდების შემუშავება;
- სასწავლო პროგრამების განხორციელების ინსტრუქციის მომზადება;
- პედაგოგიური პერსონალის ტრენინგი;
- სასწავლო ორგანიზაციებისა და სასწავლო პროგრამების მარეგულირებელი გარემოს განვითარება;
- მონიტორინგი სასწავლო პროგრამების განხორციელებასა და კომპეტენციების მოთხოვნებზე.

გ) სამედიცინო განათლების ხარისხის კრიტიკულ ასპექტს წარმოადგენს კლინიკური უნარ-ჩვევების განვითარება. კლინიკური სწავლების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით საჭიროა:

- კურიკულუმში კლინიკურ და თეორიულ სწავლებას შორის თანაფარდობის სწორად განსაზღვრა
- პროფესიული უნარ-ჩვევების შეფასების ინსტრუმენტების დანერგვა
- სამედიცინო დაწესებულებებში კლინიკური პრაქტიკის ადგილების შექმნა და ადეკვატური დაფინანსების უზრუნველყოფა

დ) ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებისა და პროფესიული ტრენინგის ძირითადი მიმართულებები აისახება საგანმანათლებლო პოლიტიკისა და სტრატეგიის დოკუმენტებში. ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებისა და ტრენინგის პოლიტიკა და სტრატეგია განსაზღვრავს:

- ჯანდაცვის პროფესიონალებზე მოთხოვნასა (რაოდენობრივი და ხარისხობრივი) და ადამიანური რესურსის გენერირებას შორის კავშირის უზრუნველყოფის მექანიზმებს;
- ჯანდაცვის კადრების პროფესიული განათლებისა და ტრენინგის ბაზრის თავისებურებებს: რა სახის სასწავლო საქმიანობები დომინირებს; ვინ არის ორგანიზატორი, როგორია მოცვა;

- მოთხოვნებს ორგანიზაციების მიმართ, რომლებიც განახორციელებენ სამედიცინო განათლებასა და ჯანდაცვის პროფესიონალების ტრენინგის;
- სამედიცინო სკოლების აკრედიტაციის კრიტერიუმებს;
- ჯანდაცვაში არა სამედიცინო პერსონალის კატეგორიებს და მათ მიმართ საგანმანათლებლო მოთხოვნებს;
- მოთხოვნებს ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებისა და ტრენინგის პროცესში მონაწილე პედაგოგიური პერსონალის მიმართ;
- პედაგოგების საქმიანობის შეფასების სისტემის მახასიათებლებს;
- მოთხოვნებს შესაფერის საინფორმაციო სისტემებზე (მონაცემები კურსდამთავრებულებზე და დამწყებებზე ასაკის, სქესის და მოქალაქეობის მიხედვით, დამწყებების პროპორცია წარმატებულ კურსდამთავრებულებთან)
- უმაღლესი სამედიცინო სკოლებში მიღების პოლიტიკას;
- განათლებისა და ტრენინგის პროგრამების შესაბამისობას ჯანდაცვის პოლიტიკასა და მომსახურების მიწოდების საჭიროებებთან;
- სასწავლო საქმიანობის შეფასების მექანიზმებს;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესის გაუმჯობესების გზებს;
- ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებისა და ტრენინგის ღირებულებას (როგორ ხდება თანხების ალოკაცია, ვინ ფარავს ხარჯებს, განფასების მექანიზმები)
- ჯანდაცვის პროფესიონალების საჭიროების დადგენის მექანიზმებს (საჭიროებების კვლევა დაგეგმვამდე; კვლევის შედეგების გამოყენება პოლიტიკის მომზადებისა და დაგეგმვისთვის; ადამიანური რესურსის კვლევის ხელშეწყობა)

4. საკადრო პოლიტიკის საკითხები

4.1 საკადრო პოლიტიკის პრინციპები

- ა) ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკა მუშავდება შემდეგი ძირითადი პრინციპების საფუძველზე:
- უზრუნველყოფილია დაინტერესებული მხარეების მონაწილეობა და კონსულტაციები;
 - ჯანდაცვის პროფესიონალების რაოდენობა და კატეგორიები განისაზღვრება ქვეყნის ჯანდაცვის პრიორიტეტებთან მიმართებაში;
 - კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მომზადებული კადრის ხარისხს, რაც მთვარობისა და თავად ჯანდაცვის პროფესიონალების საერთო პასუხისმგებლობაა;
 - სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სისტემის განვითარების ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა;
 - ჯანდაცვის პროფესიონალებს ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ უწყვეტ განათლებაზე და ჰქონდეთ სამუშაო პირობები, რაც ხელს შეუწყობს მათ პროფესიულ განვითარებას;

- ადამიანური რესურსების განვითარებისას უნდა მოხდეს მომხმარებლის ინტერესების გათვალისწინება;
- ადამიანური რესურსების დაგეგმვა უკავშირდება ქვეყნის მაკროეკონომიკურ პირობებს.

4.2 კადრების დაგეგმვა

ა) მთავარი შეკითხვა კადრების დაგეგმვის პროცესში: **რამდენი, რა სახის და რა ფასად;**

ბ) არ არსებობს აბსოლუტური ნორმა ექიმების და ექთნების მოსახლეობასთან “სწორი” პროპორციის თვალსაზრისით. ის დამოკიდებულია:

1) **მთხოვნის ფაქტორებზე**, როგორცაა დემოგრაფია და ეპიდემიოლოგიური ტენდენცია, სერვისის მოხმარება და მაკროეკონომიკური გარემო;

2) **მიწოდების ფაქტორებზე** როგორცაა შრომის ბაზრები, ხელფასის ანაზღაურების ფონდები, სამედიცინო კადრების განათლება, ლიცენზირება და სხვა ბარიერები;

3) **პროდუქტიულობაზე მოქმედ ფაქტორებზე**, როგორცაა ტექნოლოგიები, ფინანსური შეღავათები, კომპეტენციების ნაკრები და მენეჯმენტის მოქნილობა რესურსების გამოყენებაში;

4) **პრიორიტეტებზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდების თვალსაზრისით**: არის ეს პრევენცია, მკურნალობა თუ რეაბილიტაცია.

გ) სამედიცინო კადრების დაგეგმვისთვის შეიძლება სხვადასხვა მიდგომის გამოყენება (უტილიზაციაზე, ჯანმრთელობის საჭიროებებზე, მომსახურებაზე ან ექიმი: ექთანი: მოსახლეობა თანაფარდობაზე დამყარებული). საქართველოში დაგეგმვა ეფუძნებოდა ისტორიულ ნორმებს, რაც თავის მხრივ სერვისის არსებულ ნორმებზე იყო გათვლილი. ეს ნორმები საჭიროებს რევიზიას და მომსახურების მიწოდების ახალ მეთოდებთან შესაბამისობაში მოყვანას. მნიშვნელოვანია განისაზღვროს კადრების დაგეგმვის მეთოდოლოგია და მომდევნო ეტაპის სამუშაოების დაიგეგმოს შესაფერისად.

4.3 საექთნო საქმე

ბ) არსებითი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო საქმიანობებში საექთნო საქმის გამოყოფას და გაძლიერებას. ამჟამად საქართველოში, ევროპის ბევრ სხვა ქვეყანასთან შედარებით საექთნო საქმე შეზღუდულია, კერძოდ:

- არ არსებობს საექთნო სპეციალობების განმსაზღვრელი და მარეგულირებელი გარემო (საექთნო სპეციალობების სამართლებრივი აღიარება; პროფესიული კომპეტენციები, სასწავლო პროგრამები, საქმიანობის უფლების მინიჭების მექანიზმები)
- “ექთანი ექიმთან” თანაფარდობა შეადგენს 1:1-თან, მაშინ როდესაც სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის

უზრუნველსაყოფად რეკომენდებული თანაფარდობაა 4 ექთანი და 1 ექიმი, ან, სულ მცირე 2 ექთანი : 1 ექიმი;

გ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და ხარჯთეფექტურობის მისაღწევად საჭიროა სისტემაში **ექთნის** ადგილის მკაფიოდ განსაზღვრა და შემდეგი საკვანძო საკითხების გადაწყვეტა:

- როგორია **ექთნის** **როლი** რეფორმირებულ ჯანდაცვის სისტემაში?
- იქნება თუ არა ექთანი **დამოუკიდებელი ჯანდაცვის პროფესიონალი**?
- რა არის საექთნო საქმის მასშტაბები (კომპეტენციები და პროფესიული სტანდარტები)?
- როგორი იქნება მომავალი ექთნების საგანმანათლებლო პროფილი?
- **საექთნო სპეციალობების** ნუსხა
- ვინ უზრუნველყოფს საექთნო განათლების და ტრენინგის პროგრამების მიწოდებას?

ზემოაღნიშნული საკითხები შეეხება ბებიჩალებსაც.

დ) ჯანდაცვის სექტორში ადამიანური რესურსის რაციონალიზაციის მოკლევადიანი ამოცანებია:

- **ექთნები:ექიმები** პროპორციის 2:1 მიღწევა. გრძელვადიან პერსპექტივაში კი, ექთნების რაოდენობის შემდგომი ზრდა 3:1 თანაფარდობის მისაღწევად;
- ექთნების განათლების ხარისხის გაზრდა ევროპული სტანდარტების შესაბამისად;

ე) საექთნო საქმის განვითარებისთვის სამინისტრო ექთნების ასოციაციასთან თანამშრომლობით შეიმუშავებს:

- საექთნო პროფესიონალების სიას;
- უნარ-ჩვევების და კომპეტენციების სფეროებს თითოეული კატეგორიისთვის;
- ნორმატიული დოკუმენტების პროექტებს საექთნო სპეციალობების საკანონმდებლო აღიარებისთვის;
- საექთნო სპეციალობების განვითარების გეგმას, სადაც აისახება სასწავლო პროგრამების გაუმჯობესების ღონისძიებები;

4.4 ექიმების რაოდენობის და კატეგორიის დადგენა

ა) პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმის თანახმად 2000 მოსახლეზე მიზანშეწონილია 1 ოჯახის ექიმისა და 1 ზოგადი პრაქტიკის ექთნისაგან შემდგარი პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სიმძლავრის შექმნა.

გამომდინარე აქედან, საოჯახო მედიცინის მოდელის მთელი ქვეყნის მასშტაბით დანერგვისა და მოსახლეობის სრულად მოცვისთვის საჭიროა **2106 ოჯახის ექიმი, 1970 ექთანი და 305 ექთანი-ბებიჩაელი.**

ბ) **ჰოსპიტალური სექტორის** გენერალური გეგმა ითვალისწინებს ქვეყანაში 7800 საწოლის განვითარებას. 1 საწოლზე: ექიმის ოპტიმალურ თანაფარდობასთან დასაახლოებლად ადამიანური რესურსის რაციონალიზაციის მოკლევადიანი ამოცანაა 1 საწოლზე ექიმების რაოდენობის თანდათანობით შემცირება, რაც

მომდევნო 3-5 წელიწადში მოკლევადიანი მომსახურების ერთ საწოლზე მაქსიმუმ ერთი, ხოლო რეაბილიტაციისა და ფსიქიატრიის საწოლებზე 0,4 ექიმის შენარჩუნებას ითვალისწინებს (დაახლოებით 7000 ექიმი)

გ) შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, პროფესიულ ასოციაციებთან მჭიდრო თანამშრომლობით, ადგენს სამედიცინო სპეციალობების ნუსხას. თითოეულ სპეციალობაში ექიმების საჭირო რაოდენობა უნდა განისაზღვროს დემოგრაფიული, ეპიდემიოლოგიური, ტექნოლოგიური და ორგანიზაციული ფაქტორების საფუძველზე. სპეციალისტების რაოდენობის განსაზღვრის მეთოდოლოგია შემუშავდება დამატებით.

4.5 ჯანდაცვის პროვაიდერების ქსელის გაზრდა

ა) ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკის განსაზღვრისას სამედიცინო პერსონალის გარდა, მნიშვნელოვანია არასამედიცინო პერსონალის მ.შ. მენეჯერების, ფარმაცევტების, სოციალური მუშაკების და ა.შ. სამართლებრივი აღიარება და მათი პროფესიული კომპეტენციების საზღვრების დადგენა.

ბ) არასამედიცინო პერსონალის პროფესიული კომპეტენციების შესაბამისად უნდა შემუშავდეს სასწავლო პროგრამები და გეგმები, ასევე განისაზღვროს სისტემაში ამ პროფესიონალების საჭირო რაოდენობა.

4.6 ჯანდაცვის კადრების ხარისხი

ა) ქვეყნის ჯანდაცვის პროფესიონალების ხარისხზე გავლენას ახდენენ ის მექანიზმები, რომლებიც დაწესებულია განათლებისა და სამედიცინო პრაქტიკის პროცესების გასაუმჯობესებლად. ეს მოიცავს სამედიცინო განათლების სტრუქტურასა და შინაარსს, პროგრამების განხორციელების პირობებს, სამედიცინო კურიკულუმის შესაბამისობად დაავადებათა პრევენციის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად დაგეგმილ ღონისძიებებს და სამედიცინო განათლებისათვის განკუთვნილი ფინანსური რესურსები. ქვემოთ წარმოდგენილია ჯანდაცვის კადრების ხარისხზე მოქმედი ფაქტორები და შესაბამისი პასუხისმგებელი სტრუქტურები (ცხრილი 3).

კადრების ხარისხის განმაპირობებელი ფაქტორები	პასუხისმგებელი სტრუქტურა	შენიშვნა
სამედიცინო სკოლებისა და საგანმანათლებლო პროგრამების ხარისხი	განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო	
პოსტიპლომური განათლება და რეზიდენტურის პროგრამები	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: დიპლომის შემდგომი განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების საბჭო	- საბჭოს ფუნქციონირების ამჟამინდელი ფორმატის გათვალისწინებით, რაც არ ითვალისწინებს ექსპერტული შრომის ანაზღაურებას, ძნელი წარმოსადგენია, რომ საბჭო ასრულებდეს დებულებებით განსაზღვრულ ფუნქციებს. შესაბამისად მიზანშეწონილია არსებული მექანიზმის გადახედვა და მისი ქმედითობის უზრუნველყოფა.
სახელმწიფო სერტიფიკატი	სამედიცინო და ფარმაცევტული პერსონალისთვის სახელმწიფო სერტიფიკატის მიმნიჭებელი საბჭო სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო	- მნიშვნელოვანია სახელმწიფო სერტიფიკატის მიმნიჭებელი საბჭოს მიერ სამედიცინო საქმიანობის უფლების მინიჭების პროცედურის დახვეწა, რაც სისტემაში მოხვედრის საშუალებას მხოლოდ კვალიფიციურ პროფესიონალებს მისცემს
სამედიცინო მომსახურების ხარისხი	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო	- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმები საჭიროებს სერიოზულ რევიზიას: - სამედიცინო შეცდომებზე რეაგირების ნაცვლად, სისტემა უნდა ატარებდეს მეტად პროაქტიულ ხასიათს, კმნიდეს დადებით მოტივაციებს ხარისხის გაუმჯობესებისთვის და უზრუნველყოფდეს ამ პროცესში პროფესიული ჯგუფების, უნივერსიტეტების და საზოგადოების მონაწილეობას.

4.7 სამედიცინო კადრების პროფილის შეცვლა

ა) ჯანდაცვის კადრების პროფილის შეცვლის საკითხი დგება შემდეგ შემთხვევებში:

- პერსონალის რაციონალიზაციის საჭიროება: გადაჭარბებული რაოდენობა ან დეფიციტი
- სამედიცინო პრაქტიკის განვითარება, რაც მოითხოვს ახალი უნარ-ჩვევების ათვისებას
- პერსონალის მიერ მენეჯმენტის უნარ-ჩვევების ათვისების საჭიროება

ბ) ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში ბუნებრივად დგება ადამიანური რესურსის ტრანსფორმაციის საკითხი, რაც თავისთავად ძალიან კომპლექსური პროცესია. კერძო სექტორის განვითარების პროცესში სამედიცინო პერსონალის ნეგატიური დამოკიდებულება ცვლილებების მიმართ განპირობებულია სამი ძირითადი ფაქტორით: სამუშაოს დაკარგვის შიში, ალტერნატიული დასაქმების შეზღუდული შესაძლებლობა და სამუშაო დატვირთვის ზრდის მოლოდინი.⁴ ადამიანური რესურსის ტრანსფორმაციის შესაძლო სტრატეგიები აღწერილია ცხრილში. მ.შ. ყველაზე წარმატებული გადამზადების პროგრამებია, თუმცა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სწორად ხდება მათი დაგეგმვა და შესაფერისი სამიზნე ჯგუფების განსაზღვრა.

გ) სამინისტრო, მთავრობის მიერ გაცხადებული რეფორმის კონტექსტში, მიზნად ისახავს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის, ეფექტიანობისა და რეაგირების უნარის გაზრდას. რისთვისაც სხვა ღონისძიებებთან ერთად იგეგმება დაფინანსების სისტემის მოდიფიცირება:

- სადაზღვევო სისტემების გაძლიერება და კერძო სექტორის მეტი ჩართულობა ჯანმრთელობის დაზღვევის პროცესში. ამგვარი ცვლილებების ხელშეწყობისთვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს მენეჯერული რესურსის განვითარებას.
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში სოციალური ფაქტორების გათვალისწინებისა და სათანადო რეაგირების უზრუნველყოფისთვის საჭიროა სოციალური მუშაკების ინსტიტუტის გაძლიერება;

ე) იმდენად, რამდენადაც ჯანდაცვის სისტემა მეტად რეაგირებადი და კონკურენტული ხდება მოსალოდნელია, რომ ჯანდაცვის სერვისის შემსყიდველებსა და მიმწოდებლებს დასჭირდეთ ისეთი ფუნქციების შესრულება, როგორცაა:

- კომუნიკაცია და საზოგადოების ინფორმირება სამედიცინო საკითხებზე
- მომხმარებლისთვის სადაზღვევო ორგანიზაციებისა და სხვადასხვა პროვაიდერების პროგრამებისა და სერვისების შეთავაზება;
- ხარისხის უზრუნველყოფა (მაგ. სამედიცინო შეცდომების შემცირება, კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების გაუმჯობესება, მკურნალობის კოორდინაცია გუნდებს შორის და პირველად და მეორად დონეებს შორის და პაციენტთან თანამშრომლობის და მკურნალობის პროცესში მისი მონაწილეობის ახალი გზების ძიება).

შესაბამისად უნდა შეიქმნას და ამოქმედდეს სასწავლო პროგრამები, რაც ამგვარი საჭიროებების დაკმაყოფილებისკენ იქნება მიმართული.

ზ) ადამიანური რესურსის ტრანსფორმაციის ხელშეწყობისთვის მნიშვნელოვანია გადამზადებისათვის საჭირო ფონდების სწორად დაგეგმვა. ეს საჭიროებს მოკლე,

⁴ მსოფლიო ჯანდაცვის ანგარიში, 2006

საშუალო და გრძელვადიან სტრატეგიას. მოკლე-ვადიანი სტრატეგია შეიძლება იყოს მათთვის გარკვეული სამუშაო ადგილების შეთავაზება, რათა მოხდეს მათი უნარებისა და კომპეტენციების გამოყენება სხვადასხვა ვაკანტურ თანამდებობებზე. დასაქმების სერვისები დაეხმარება მათ გააცნობიერონ კარიერაში ცვლილების შესაძლებლობა და შესაბამისად დაგეგმონ საშუალო და გრძელვადიანი ტრენინგები.

თ) გადამზადებისათვის საჭირო რესურსების გამოსაყენებლად საჭიროა სტრატეგია.

სტრატეგია უნდა მოიცავდეს:

- შესაძლებლობების გამოვლენის გზებს;
- გადამზადების პროგრამების შერჩევის პროცესებს;
- გადამზადებისათვის შესარჩევი კანდიდატების შერჩევას;
- ტრენინგის პროვაიდერების გამოვლენას;
- გადამზადებაში ჩადებული ინვესტიციის ეფექტურობის შეფასების მეთოდოლოგიას.

გადამზადების რესურსები შეზღუდულია და შესაბამისად, მოსარგებლეთა გამოვლენა მკაცრი და გამჭვირვალე კრიტერიუმებით უნდა მოხდეს.

ცხრილი 2

რეფორმის პროცესში ადამიანური რესურსის რაციონალიზაციის სტრატეგიები

სავარაუდო ალერნატივები	სამართლიანობა	პოტენციური პოლიტიკური რისკი	ღირებულება	სისტემის ხელმისაწვდომობის პოტენციური შედეგები
პენსიაში ადრე გასვლის სქემა	გასათვალისწინებელია გამოცდილება და თანამდებობა	რისკი დამოკიდებულია მასშტაბსა და ასაკოვანი ექიმების გავლენაზე ეს ახალგაზრდა კადრებს აძლევს დასაქმების საშუალებას, რაც შეიძლება გახდეს კონფლიქტის მიზეზი	დაკავშირებულია სამიზნე ჯგუფის რიცხოვნობასა და ბაზისური პენსიის ოდენობაზე	
ფინანსური კომპენსაცია	გასათვალისწინებელია გამოცდილება, სტაჟი და თანამდებობა გადახდის გამჭვირვალე სქემა შეიძლება შეთანხმდეს პროფესიულ ჯგუფთან	დამოკიდებულია დაანგარიშებაზე ანაზღაურებაზე.	უნდა განისაზღვროს სხვადასხვა სქემით ექიმებისა და ექთნების კომპენსირებისათვის საჭირო თანხა (მაგ. ერთი წლის მინიმალური ხელფასის ოდენობით ან სხვ.)	დამოკიდებულია მასშტაბზე
კრედიტების ფასილიტაცია (ლიზინგი)	პოტენციურად მაღალი – თუმცა ეს შეიძლება მხოლოდ განხორციელდეს კონკრეტული პროფესიული ჯგუფებისათვის მას თან უნდა სდევდეს ბიზნესის რჩევების მიღებაზე ხელმისაწვდომობა	საშუალო-დამოკიდებულია ხელმისაწვდომობასა და კრედიტის პირობებზე ბევრი არის დამოკიდებული საბანკო სექტორის დამოკიდებულებაზე და მათ რისკებზე იმ ადამიანების პროპორცია, რომლებიც მზად არიან ისარგებლონ კრედიტით	სახელმწიფო ხარჯი ნაკლები უნდა იყოს მოკლე-ვადაში, გაიზარდოს საშუალო და გრძელვადიან პერიოდში და ეს დამოკიდებულია პასუხისმგებლობის შეუსრულებლობაზე	დამოკიდებულია ახალი ეკრძო პროვაიდერის მასშტაბსა და პროფილზე კრედიტის პირობები უნდა დაუკავშირდეს გეოგრაფიულ და სპეციალსიტების ხელმისაწვდომობას

4. 8. კადრების თანაბარი გადანაწილება

- ა) პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელება უზრუნველყოფს სოფლის მოსახლეობის ხელმისაწვდომობას ბაზისურ სამედიცინო სამსახურებთან, რომლის მიმწოდებლები ოჯახის ექიმები და ზოგადი პრაქტიკის ექთნები არიან;
- ბ) გეოგრაფიული გადანაწილების საკითხის გადასაწყვეტად საჭიროა სოფლად და შორეულ ადგილებში ჯანდაცვის მიმწოდებლების მოზიდვისა და შენარჩუნების სტრატეგიების შექმნა და განხორციელება. კადრების მოტივირებისა და შენარჩუნებისთვის მნიშვნელოვანია ფულადი და არაფულადი სტიმულების კომბინირება, რაც მიმწოდებლების ინდივიდუალური ჯგუფებისთვის უნდა განისაზღვროს.
- გ) ცალკე განხილვას საჭიროებს სპეციალისტების გადანაწილების საკითხი. უპირველეს ყოვლისა უნდა დარეგულირდეს კონკრეტული სპეციალისტების რაოდენობის შესაბამისობა ჯანმრთელობის საჭიროებებთან.

4.9 კადრების კომპენსაცია და მართვა

ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკა სერიოზულ ყურადღებას დაუთმობს ადამიანური რესურსის ანაზღაურებისა და მართვის საკითხს. მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულების დონეზე ადამიანური რესურსის მართვის შესაძლებლობების გაძლიერება, ასევე სახელმწიფო სექტორის დაწესებულებებში პერსონალის დაქირავების სამართლიანი და გამჭვირვალე მექანიზმების განვითარება, რაც შექმნის პირობებს მაღალკვალიფიციური პერსონალის მოზიდვისა და შენარჩუნებისთვის.