



## უწყვეტი სამედიცინო განათლების პრობლემატიკა და მნიშვნელობა საქართველოში

გიორგი ბერია, ვახტანგ სურგულაძე, თეა გიორგაძე

მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი

### აბსტრაქტი

**შესავალი.** უწყვეტი სამედიცინო განათლება ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განვითარების ნაწილია და ითვალისწინებს პერსონალის მთელი სიცოცხლის მანძილზე სწავლებას, მისი კომპეტენციის შემოწმების ეფექტური სისტემის არსებობას. საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლება როგორც სისტემა არ ფუნქციონირებს. ნაშრომის მიზანია დაადგინოს პირდაპირი კავშირი უწყვეტი სამედიცინო განათლების ეფექტურობასა და სამედიცინო სერვისების მიწოდების ხარისხს შორის, საქართველოში არსებული ნებაყოფლობითი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის, მისი ნაკლოვანებების, კანონდებლობის დონეზე არსებული შეუსაბამობების და განვითარების პრესპექტივების ანალიზი. **მეთოდოლოგია.** განხორციელდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართ ექიმების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა რაოდენობრივი მეთოდით და დამსაქმებლების (სამედიცინო დაწესებულების დირექტორების) ხარისხობრივ კვლევა ე.წ. „დელფის მეთოდით“. **შედეგები და დისკუსია.** საქართველოში მწვავედ დგას უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემების შექმნის აუცილებლობა. კვლევებმა გამოაჩინა სამედიცინო პერსონალის მზაობა, ჩაერთოს ამ პროცესში. კვლევამ ნათლად გამოავლინა პირდაპირი კორელაცია პაციენტის უსაფრთხოებას, სერვისების ხარისხსა და უწყვეტი სამედიცინო განათლებას შორის. **დასკვნა.** ქვეყანაში უნდა მოხდეს სისტემური განახლება და ხარისხზე ორიენტირებული მიდგომა. საჭიროა ჰოსპიტალის აკრედიტაციის სტანდარტების შემუშავება და ამ მხრივ საუკეთესო უცხოური გამოცდილების

გამოყენება. აკრედიტაცია დადებით და ნაყოფიერ ნიადაგს შეუქმნის უწყვეტი სამედიცინო განათლების ეფექტურ ფუნქციონირებას. აუცილებელია ექიმთა რეიტინგების სისტემის შექმნა, რომელიც დაემყარება უწყვეტი სამედიცინო განათლების საერთაშორისო კლასიფიკატორებს.

**საკვანძო სიტყვები:** უწყვეტი სამედიცინო განათლება, სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაცია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

**ციტირება:** გიორგი ბერია, ვახტანგ სურგულაძე, თეა გიორგაძე. უწყვეტი სამედიცინო განათლების პრობლემატიკა და მნიშვნელობა საქართველოში.

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2020; 4.

### **Problems and importance of continuous medical education in Georgia**

Giorgi Beria, Vakhtang Surguladze, Tea Giorgadze

School of Medicine and Health Management, Caucasus University.

#### **Abstract**

**Introduction.** Continuous medical education is part of the continuous professional development of physicians and provides effective system of its competence. Continuous medical education in Georgia is not functioning as a system. The purpose of the work is to establish direct connection between the effectiveness of continuous medical education and the quality of medical services delivery, the analysis of the developmental perspectives at the level of voluntary continuing medical education system in Georgia, its shortcomings, legislation.

**Methodology.** The study of the knowledge-dependence of doctors towards continuous medical education was carried out by quantitative methods and the qualitative research of the employers (directors of the medical institution). **Results and discussion.** In Georgia there is a need to create continuous medical education and continuous professional development systems. Studies have shown the willingness of medical personnel to engage in this process. The study clearly demonstrated the direct correlation between patient safety, quality of service and continuous medical education. **Conclusion.** It is necessary to develop hospital accreditation standards and to use the best foreign experience in this regard. Accreditation will provide positive and fertile grounding for the effective functioning of continuous medical education. It is necessary to create a physician rating system that will be based on international classification of continuing medical education.

**Keywords:** continuous medical education, accreditation of medical institutions, quality of medical service.

**Quote:** Giorgi Beria, Vakhtang Surguladze, Tea Giorgadze. Problems and importance of continuous medical education in Georgia. Health policy, economics and sociology, 2020; 4

## შესავალი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და პაციენტის უსაფრთხოების მაღალი სტანდარტის უზრუნველსაყოფად, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია (WHO), კლინიკური სერვისების საერთაშორისო მასკრედიტებელი ორგანიზაციები წამყვან როლს ანიჭებენ სამედიცინო პერსონალს და განსაკუთრებით, მათი პროფესიული კვალიფიკაციის დონეს. სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ხარისხს „უწყვეტი სამედიცინო განათლების“ (უსგ) სისტემის არსებობა მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს.

დამოუკიდებელ საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) სისტემას მოკლე და დრამატული ისტორია აქვს. ქართველ სამედიცინო პერსონალს საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომ არ ჰქონია შესაძლებლობა ეფექტური უსგ სერვისებით ესარგებლა, ხოლო 2006 წელს იგი მთლიანად გაუქმდა. შესაბამისად გაიცემა საექიმო სპეციალობის დამადასტურებელი უვადო სერთიფიკატები და არ არსებობს სერთიფიცირებული ექიმების პროფესიული ცოდნის შემოწმების არც ერთი ინსტრუმენტი. საქართველოში არ ჩატარებულა არც ერთი კვლევა, რომელიც დაადასტურებდა ან უარყოფდა უსგ სისტემის აუცილებლობას სამედიცინო შეცდომების შემცირებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის მიმართულებით. არ ჩატარებულა კვლევები, რომელიც წარმოაჩენდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართ სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის მზაობას და ინფორმირებულობის დონეს. დაბოლოს, არ მოიპოვება სამეცნიერო თუ აკადემიური ნაშრომი, რომელიც ეხება ან ნაწილობრივ მოიცავს აღნიშნული მიმართულების საკითხებს.

ნაშრომის მიზანია საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის შესწავლა და შეფასება, მისი საჭიროების დადგენა. ამ მიმართულებით არსებული პრობლემემატიკის და მოქმედი პროცედურების ანალიზი, ასევე

დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება აღნიშნული სისტემის განვითარების ხელშეწყობის შესახებ.

ნაშრომის ამოცანას წარმოადგენს განვითარებულ ქვეყნებში ეფექტური უსგ სისტემისა და მაღალი ხარისხის მომსახურებას შორის კორელაციის დადგენა და უსგ სისტემის შედარებითი ანალიზი. აღწერილი იქნება საქართველოში უსგ სისტემის მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზა და გამოიკვეთება ის შეუსაბამობები, რომლებიც ამ მიმართულებით არსებობს. გაანალიზებული იქნება საქართველოში ამჟამად არსებული უსგ სისტემა, მისი ნაკლოვანებები და დადებითი მხარეები. კვლევა უზრუნველყოფს უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართ ექიმთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლას და დარგის გამოცდილი სპეციალისტებისა და კლინიკის დამსაქმებელთა პოზიციის შეფასებას.

## ლიტერატურის მიმოხილვა

### *უწყვეტი სამედიცინო განათლება საერთაშორისო კონტექსტში*

უწყვეტი სამედიცინო განათლების განსაზღვრებას ამ პროცესთან დაკავშირებული მრავალი საერთაშორისო ინსტიტუცია იძლევა. უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME) დეფინიციის თანახმად „უსგ ფართე გაგებაა და მოიცავს სამედიცინო პერსონალის ყველა სახის უწყვეტ საგანმანათლებლო აქტივობას, რათა დაეხმაროს ექიმებს მათი პროფესიული მოვალეობა შეასრულონ უფრო ეფექტურად და ეფექტიანად“ [1]. კიბოს სწავლების საერთაშორისო საზოგადოების განმარტებით „უწყვეტი სამედიცინო განათლება მოიცავს საგანმანათლებლო აქტივობას, რომელიც ემსახურება ცოდნის, უნარებისა და პროფესიული საქმიანობის შენარჩუნებას, განვითარებას, ან ზრდას და იმ ურთიერთობას, რომელსაც ექიმი იყენებს რათა უზრუნველყოს პაციენტის, საზოგადოებისა პროფესიის მომსახურება.“ [2]

შეჯამებული დეფინიციით შეგვიძლია დავასკვნათ რომ თანამედროვე საერთაშორისო გაგებით უწყვეტი სამედიცინო განათლება არის სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი პერსონალის მიერ დიპლომის შემდგომი

საგანმანათლებლო აქტივობა, რომელიც გამოიხატება სასემინარო, სატრენინგო, სალექციო, საკონფერენციო, სასერტიფიკაციო, კლინიკური უნარ-ჩვევების განვითარებისა და სამეცნიერო აკადემიური აქტივობებით, მათ შორის თვითგანათლებლასა და ონლაინ განათლებაში ე.წ. e-learning-ის მეშვეობით, ხორციელდება უწყვეტად მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და მიზნად ისახავს და მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისის მიწოდებას. გარდა ამისა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება მოიაზრებს პერსონალის ყველა სახის საგამოცდო და რესერტიფიცირების/რელიცენზირების აქტივობებს.

უწყვეტ სამედიცინო განათლებას განვითარების საუკუნოვანი ისტორია აქვს. მისი პირველადი ფორმები მე-20 საუკუნის 30-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში დარგობრივი ასოციაციების განვითარებასთან ერთად ჩამოყალიბდა, რასაც 1937 წელს უროლოგიაში პირველი სავალდებულო კურსი მოყვა, ხოლო 1957 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ კლინიკური გაიდლაინების პირველი სისტემა გამოსცა. თანამედროვე სახით უწყვეტი სამედიცინო განათლების შექმნა მე-20 საუკუნის 60-იანი წლებიდან დაიწყო. 1970 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ შეიმუშავა პირველი ჯილდოს სახის სერტიფიკატი იმ ექიმებისთვის რომლებმაც 150 კრედიტი 3 წელიწადში დააგროვეს. ამ ფაქტს სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან ასეთი სახის ექიმებზე მოთხოვნის ზრდა მოყვა, პარალელურად იგივე პროცესები მიმდინარეობდა სხვა დარგობრივ სამედიცინო ასოციაციებში, რომელმაც საბოლოოდ 1981 წელს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME) ჩამოყალიბებით თანამედროვე სახე მიიღო [3].

მოგვიანებით მსგავსი პროცესები წარიმართა კანადაში, 1996 წელს „ექიმთა და ქირურგთა სამეფო კოლეჯმა“ გამოსცა საექიმო სპეციალობათა კომპეტენციებისა და პოსტდიპლომური განვითარების გეგმა, ხოლო 2000 წლის დასაწყისში უსგ კანადაში სავალდებულო გახდა ექიმთა რესერტიფიცირების სახით. კანადის პარალელურად იგივე პროცესები მიმდინარეობდა ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში 1994- 2000 წლებში [4]. ევროკავშირის ქვეყნებში აღნიშნული პროცესი 70-იანი წლებიდან ნელ-ნელა ვითარდებოდა, რომელსაც მძლავრი იმპულსი მისცა სამედიცინო

სპეციალისტთა ევროპული კავშირის (The European Union of Medical Specialists UEMS) მიერ 1993 წელს უწყვეტი სამედიცინო განათლების წესდების გამოცემამ, ხოლო 1999 წელს UEMS-ის მიერ დაფუძნდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპული სააკრედიტაციო საბჭო (European Accreditation Council for Continuing Medical Education EACCME), რომელიც დღესაც კოორდინაციას უწევს ევრო კავშირის ტერიტორიაზე და მის ფარგლებს გარეთ ევროპის რეგიონში სხვადასხვა უსგ კურსების, სასწავლო ცენტრების აკრედიტაციასა და უსგ აქტივობებს [5].

უწყვეტი პროფესიული განვითარება არის პროცესი, რომლის მეშვეობითაც სამედიცინო პერსონალი ვითარდება პროფესიულად რათა შეესაბამებოდეს პაციენტის მოთხოვნებსა და ჯანდაცვის სერვისებს. დღეს დღეისობით რთულია მკვეთრი განმასხვავებელი ხაზი გაეგლოს უპგ-სა და უსგ-ს შორის რადგან ბოლო ათწლეულებში უწყვეტმა სამედიცინო განათლებამ შეითავსა მენეჯერული, სოციალური, პერსონალური უნარ-ჩვევების საკითხები განსხვავებით ტრადიციული კლინიკური სწავლებისა, რომელსაც მანამდე ქონდა ადგილი.

ტერმინი უწყვეტი პროფესიული განვითარება (უპგ) თავის თავში მოიცავს არამარტო კომპეტენციების ფართე სპექტრს, რომელიც საჭიროა მაღალი ხარისხის მკურნალობისთვის, არამედ პაციენტზე ზრუნვის მულტიდისციპლინარულ კონტექსტს რომელშიც ჩართული არიან სხვადასხვა მოთამაშეები, ექიმების და სხვა უპგ მიმწოდებლების ჩათვლით. მათი ვალდებულებების მოცულობა და ურთიერთდამოკიდებულება განსხვავებული ხასიათისაა მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში. უწყვეტი სამედიცინო განათლება მიიჩნევა უპგ-ს საბაზისო კომპონენტად მაშინ როდესაც უპგ ქვეშ მოაზრება უნარ-ჩვევების ფართე სპექტრი განათლების, ტრენინგის, აუდიტის, მენეჯმენტის, გუნდის ჩამოყალიბებისა და კომუნიკაციის ჩათვლით. ტერმინები უპგ და უსგ ხშირად ურთიერთმემცვლელად გამოიყენება, უსგ-ს თავისი სერთიფიცირებითა და რეაკრედიტაციით მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს უწყვეტ პროფესიულ განვითარებაში (უპგ). უმეტეს შემთხვევაში, მთავარი როლი ეკისრება სამედიცინო პროფესიულ ორგანიზაციებს, რომლებიც ახორციელებენ უპგ-ს ღონისძიებების ზოგად დაგეგმვასა და კოორდინაციას, აღნიშნული ღონისძიებების რეგისტრაციისა და დოკუმენტაციის ჩათვლით.

სამედიცინო პროფესიული ორგანიზაციები არიან უპგ-ს მთავარი ინიციატორები, მიმწოდებლები და მხარდამჭერები. უპგ პროცესში მნიშვნელოვანი როლს თამაშობენ თავად ექიმებიც. კანადაში კომპეტენციის მხარდაჭერის პროგრამა ხელს უწყობს კლინიცისტებს მართონ თავიანთი უწყვეტი პროფესიული განვითარება იმაზე ფოკუსირებით, თუ რა მაგალითისა და ცოდნის შექმნა შეიძლება ყოველდღიური პრაქტიკის საფუძველზე. 2000 წლიდან ისინი ვალდებული არიან ანგარიში წარუდგინონ თავიანთი უპგ აქტივობის შესახებ ხუთ წლიანი ციკლის საფუძველზე [6].

### ***უწყვეტი სამედიცინო განათლების ძირითადი სახეები ევროკავშირსა და აშშ-ში***

უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსების იმპლემენტაცია სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებულია, თუმცა მისი განმახორციელებელი ინსტიტუციები მეტ-ნაკლებად მსგავსია. იმ ქვეყნებში სადაც უსგ რეგულირებადი და სავალდებულოა, იგი ხორციელდება სამეცნიერო საზოგადოებების, სამედიცინო სასწავლებლების, აკადემიური ცენტრების, ჰოსპიტალებისა და კერძო კომპანიების მეშვეობით, რომლებიც აკრედიტებულნი არიან სამედიცინო ასოციაციების ან საჯარო სტრუქტურის მიერ. მაგალითად, აშშ-ში ყველა ის ორგანიზაცია რომელიც ახორციელებს უსგ სწავლებას აკრედიტებულნი უნდა იყვნენ „უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (ACCME) ან ამ საბჭოს მიერ დამტკიცებული სამედიცინო საზოგადოების მიერ [7]. ევროკავშირის ტერიტორიაზე კი ევროპის უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭო (Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME) უზრუნველყოფს უსგ პროგრამების ხარისხს. ევროპის ქვეყნებში არსებობს უსგ აკრედიტაციის ნაციონალური ორგანოები, რომლებიც უსგ მიმწოდებლებისა და უსგ აქტივობების აკრედიტაციისას ხელმძღვანელობენ ევროპული კონსესუსით, რომელიც ჩამოყალიბებულ იქნა სამედიცინო სპეციალისტების ევროპის კავშირის წესდებაში „უწყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ“ და მის დანართებში, ასევე კავშირის მიერ შემუშავებულ სახელმძღვანელო პრინციპებში (გაიდლაინებში). აკრედიტაციის ნაციონალური ორგანოები ანიჭებენ ასევე კრედიტებს, რომელთა დაგროვებაც აუცილებელია იმ ქვეყნებში, სადაც უსგ რესერტიფიცირებისა და რელიცენზირების სავალდებულო

პირობაა. გარდა ამისა, საერთაშორისო უსგ აქტივობების მიმწოდებლების აკრედიტაციას ევროპის დონეზე ახორციელებს სსეკ-თან არსებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპის აკრედიტაციის საბჭო, რომელიც არსებობს 2000 წლიდან. თუმცა აღნიშნული საბჭო საბოლოო დასტურის მისაღებად მაინც შესაბამისი ქვეყნის (იმ ქვეყნის, სადაც კონკრეტული უსგ აქტივობა ტარდება) აკრედიტაციის ნაციონალურ ორგანოს მიმართავს [8].

დღეს დღეისობით ევროპის ქვეყნების დიდ უმრავლესობაში ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესში მონაწილეობას სავალდებულო ფორმას ანიჭებს. მაგალითისთვის, ავსტრიაში, გერმანიაში და უნგრეთში უსგ-ში მონაწილეობა ექიმებისთვის სავალდებულოა, იტალიაში ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმებისათვის უსგ-ში მონაწილეობა სავალდებულოა, ჰოლანდიაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა იმისათვის, რომ არ დაკარგონ რეგისტრაცია, უნდა დააგროვონ გარკვეული რაოდენობით უსგ საათები, უსგ ფაქტობრივად სავალდებულოა ნორვეგიაში მომუშავე ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვისაც, პორტუგალიაში უსგ კრედიტსაათების დანერგვის სისტემა განხილვის ეტაპზეა, შვეიცარიის ექიმთა ფედერაციის წევრებისთვის უსგ-ში მონაწილეობა სავალდებულოა და სხვა.

სავალდებულო ან/და რეგულირებადი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა ძირითადად 3 სახით ხორციელდება: 1) საათობრივი კრედიტ ქულების დაგროვება დროის გარკვეულ პერიოდში; 2) საგამოცდო რესერტიფიცირება; 3) ორივე მეთოდის მეშვეობით. გარდა ამისა არსებობს ნებაყოფლობითი უსგ მაგრამ ევროპისა და სხვა განვითარებულ ქვეყნებში ნებაყოფლობითი უწყვეტი პროფესიული განვითარება მიბმულია ან ექიმის რეიტინგზე რომელიც უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს მის კარიერაში ან წახალისებულია სხვადასხვა აქციებით. მაგალითად, ლუქსემბურგსა და პორტუგალიაში, ექიმები რომლებიც მონაწილეობას არ მიიღებენ უსგ აქტივობებში კარგავენ სადაზღვეო კომპანიებთან კონტრაქტების შესაძლებლობას [9].

საათობრივი კრედიტ ქულების დაგროვება უფრო დამახასიათებელია ევრო კავშირის ქვეყნებისათვის. ევრო კავშირის 22 ქვეყნიდან 12-ში კრედიტ ქულების



დაგროვით სისტემა სავალდებულოა, აქედან 7 ქვეყანაში ერთდროულად მოქმედებს კრედიტების სისტემაც და რესერტიფიცირებაც (ავსტრია, ბელგია, საფრანგეთი, საბერძნეთი, ირლანდია, იტალია, ნიდერლანდები, დიდი ბრიტანეთი). ხოლო ბულგარეთსა და პორტუგალიაში არ მოქმედებს არც კრედიტების სისტემა და არც რესერტიფიცირება. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ევრო კავშირის ქვეყნების 95%-ში უსგ ან უპგ ერთი რომელიმე სისტემა ხორციელდება, რომელიც პროფესიული ზრდის და მზადების ხარისხის შესაძლებლობას იძლევა (იხ. ცხრილი). წინამდებარე ცხრილი შედგენილია ქვეყანათა თანმიმდევრული რეიტინგის მიხედვით, სადაც პირველ ადგილებზე ყველაზე ეფექტური უსგ სისტემის მქონე ქვეყნები განთავსდნენ.

ცხრილი N 1-1 უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა ევრო კავშირის ქვეყნებსა და თრქეთში [10].

#	ქვეყანა	უსგ მოთხოვნა	მაკრედიტებელი ორგანო	რესერტიფიცირება	რელიცენ ზირება	სტიმული	სანქცია
	აშშ	სავალდებულო • 250 კრედიტი ყოველ 5	Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME	x	x	x	x
1	დიდი ბრიტანეთი	• სავალდებულო • 250 კრედიტი ყოველ 5 წელიწადში (50 კრედიტი ყოველ წელს) • უპგ/უსგ და უაღლესი პრაქტიკა	National accreditation authority is the Academy of Medical Royal Colleges responsible for CPD division of revalidation into re-licensure. General Medical Council (GMC).	X	X	X	X
2	ბელგია	• სავალდებულო • 200 კრედიტ. ყოველ წელს	State Insurance System (INAMI/RIZIV) with profession, universities, scientific organizations and Insurance Companies	x	x	x	x
3	ნიდერლანდები	• სავალდებულო რესერტიფიცირები სთვის  • 40 კრედიტი ყველ წელს 5 წლის განმავლობაში	34 აღიარ. სპეციალობა აკრედიტ. ორგანოში. EACCME მიერ აკრედიტებული პროფესიული ასოციაციები	X			X

4	გერმანია	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო</li> <li>• 250 კრედიტი 5-წელიწადში (50 კრედიტი ყოველ წელს)</li> </ul>				x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 წ. 10% დაქვითვა;</li> <li>• 2 წ: 25% დაქვითვა;</li> <li>• 2 წლის შემდეგ ლიცენზიის ჩამორთმევა.</li> </ul>
5	იტალია	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო</li> <li>• 50 კრედიტი ყოველ წელს (3-წელიწადში)</li> <li>• 2010 წლიდან აკრედიტაცია დისტანციური სწავლება და შემდეგ ლექცია</li> </ul>	National Committee of the Ministry of Public Health and Regional Boards	X		X	
6	საფრანგეთი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო თუმცა ნებაყოფლობითი პრაქტიკაში.</li> <li>• რეკომენდირ 250 კრედიტ ყოველ 5-წ.</li> </ul>	Accreditation system for hospitals, GPs and private doctors by the Ministry of Health	x		x	x
7	ირლანდია	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო</li> <li>• 250 კრედიტი 5 წელიწადში.</li> </ul>			ყოველ 5 წელიწადში უსგ/უპგ კლინიკური აუდიტი		
8	ესპანეთი	ნებაყოფლობითი, არანაირი კრედიტების სიტემა	Autonomous Authorities, Ministry of Health, National Commission for Continuing Education,	X	X	X	X
9	ავსტრია	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო</li> <li>• 150 კრედიტ. 3 წელიწადში</li> </ul>	Austrian Medical Chamber and Academy of Physicians. Providers can be certified.	x			
10	ჩეხეთი	სავალდებულო	Medical Chamber is National Accreditation Authority	x			პირველ 6 წელ
11	პოლონეთი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო</li> <li>• 200 კრედიტი ყოველ 5 წელში</li> </ul>				X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 წ. 10% დაქვითვა;</li> <li>• 2 წ: 25% დაქვითვა;</li> <li>• 2 წლის შემდეგ ლიცენზიის ჩამორთმევა.</li> </ul>

12	დანია	ნებაყოფლობითი	Danish Medical Association with National Scientific Societies	x		x	
13	ფინეთი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ნებაყოფლობითი</li> <li>• 150 კრედიტ. 2 კვირის განმ. ყოველ წელს</li> </ul>		x			
14	საბერძნეთი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო საყოველთაო ჯანდაცვის ექიმებისთვის.</li> <li>• ნებაყოფლობითი არასაყოველთაო ჯანდ. ექიმ</li> </ul>	Scientific Societies, Medical Schools and NHS Hospitals		X		
15	ნორვეგია	ნებაყოფლობითი		X		20% ხელფასიდან	
16	რუმინეთი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო</li> <li>• 200 კრედიტი ყოველ 5 წელში</li> </ul>	Romanian College of Physicians has				
17	ბალტიის ქვეყნები (ლიტვა, ლატვია, ესტონეთი)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ნებაყოფლობითი</li> <li>• 200 კრედიტი ყოველ 5 წელში</li> </ul>	50% სახელმწიფო 50% უნივერსიტეტები	X			
18	შვეიცარია	სავალდებულო	კარგად სტრუქტურირებული და რეგულირებადი სამეცნიერო ასოციაციები				
19	თურქეთი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ნებაყოფლობითი</li> <li>• 150 კრედიტ. 5 წელიწადში</li> </ul>			X		
20	ბულგარეთი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ნებაყოფლობითი</li> <li>• 150 კრედიტ. 3 წელიწადში</li> </ul>					
21	უნგრეთი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სავალდებულო</li> <li>• 250 კრედიტი 5 წელიწადში.</li> </ul>	Medical Chamber is National Accreditation Authority				
22	პორტუგალია	ნებაყოფლობითი, არანაირი კრედიტების სიტემა					

ცხრილი ნათლად წარმოაჩენს რეიტინგის ლიდერ პირველ 7 ქვეყანას (აშშ, დიდი ბრიტანეთი, ბელგია, ნიდერლანდები, გერმანია, იტალია, საფრანგეთი) სადაც უსგ

და უპე სისტემები რესურთიფიცირებასთან და რეაკრედიტაციასთან ერთად თნაარსებობენ და რომელთაც ამ სისტემების განვითარებისა და მათი უწყვეტობის შედარებით ხანგძლივი ისტორია აქვთ. რეიტინგის ბოლოს არსებულ ქვეყნებს უწყვეტი სამედიცინო განათლების გავლის ნებაყოფლობითი ან მხოლოდ რესერტიფიკაციის მოდელები აქვთ. აღსაღნიშნავია ის ფაქტი რომ ცხრილში მოცემულ ყველა ქვეყანაში ასე თუ ისე არსებობს უწყვეტი სამედიცინო განათლების ან უწყვეტი პროფესიული განვითარების გარკვეული მოდელები, რომლებიც ან სამედიცინო პერსონალის სავალდებულო კრედიტ ქულების დაგროვებით, რეაკრედიტაციით ან კურსების გავლის წამახალისებელი აქტივობებით გამოირჩევა.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში სისტემა უფრო ორგანიზაციულ სერტიფიცირებასთანაა დაკავშირებული, რომელიც მაგალითად, შეიძლება მოთხოვნილ იქნეს სამედიცინო ასოციაციებისა და საზოგადოებების, ჯანდაცვის ორგანიზაციების, სადაზღვეობისა და მათი პარტნიორი ორგანიზაციების მიერ. სამედიცინო სპეციალობის საბჭო აწესებს რესურთიფიცირების სტანდარტებს, თუმცა უსგ საგანმანათლებლო რესურსებსა და სასწავლო კურსებს უზრუნველყოფენ სხვადასხვა სამედიცინო საზოგადოებები, აკადემიური ინსტიტუტები, სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციები. უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს ხარისხის უზრუნველყოფის უმკაცრესი სისტემა აქვს, რომელშიც აკრედიტებულია 600-ზე მეტი ორგანიზაცია.

***უწყვეტი სამედიცინო განათლება და ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობა - შედარებითი ანალიზი***

სამედიცინო შეცდომები მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და აშშ ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტის კვლევების თანახმად სამედიცინო შეცდომები სიკვდილობის ნომერ მესამე მიზეზად სახელდება აშშ-ში, რომელიც ყოველწლიურად 250 000 სიკვდილობის მიზეზი ხდება [11].

სამედიცინო შეცდომების აღრიცხვიანობის ან და და ამ შეცდომების შედეგად გამოწვეული სიკვდილობის სატისტიკა შედარებით ეფექტურად წარმოებს აშშ-ში. თავად სტატისტიკის ერთმნიშვნელოვნად დადგენა ძალიან რთულია რადგან

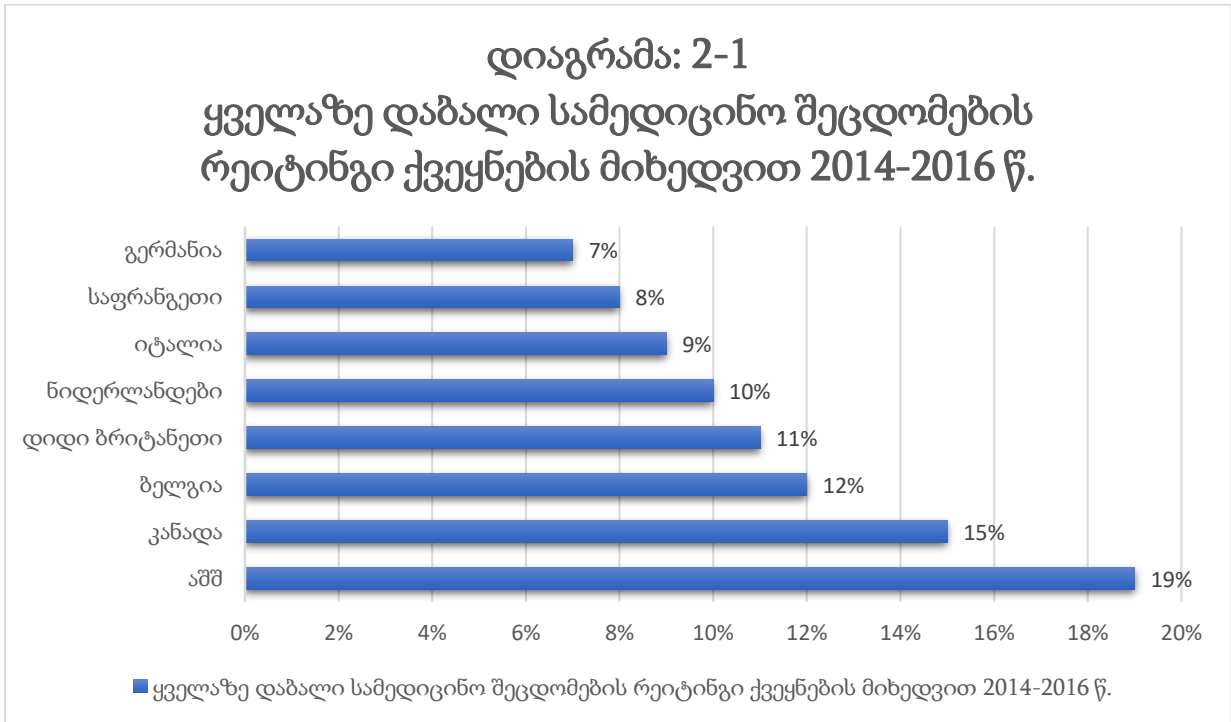
მრავალ ფაქტორებზეა დამოკიდებული და შედარებით პირობით ხასიათს ატარებს. აღნიშნული სტატისტიკის შედგენას საფუძვლად უდევს მრავალწახნაგოვანი კვლევები დაწყებული პაციენტის კმაყოფილებიდან, დასრულებული თითოეული სამედიცინო შემთხვევების ანალიზით და გასაჩირებელი ქეისების სტატისტიკით. შესაბამისად განვითარებად ქვეყნებსა და საქართველოში ასეთი სტატისტიკა ან პირობითია ან არ არისებობს.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის თანახმად ევრო კავშირის ქვეყნების სამედიცინო შეცდომები მერყეობს 8%-12% ინტერვალში. მაგალითად, დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის ანგარიშის თანახმად, რომელიც ემყარებოდა 850 000 შემთხვევის გახილვას, სამედიცინო შეცდომის სტატისტიკა საშუალოდ 11% დაფიქსირდა. ჰოსპიტალთან ასოცირებული ინფექცია ჯანმრთელობის საგრძნობ დაზიანებას იწვევს 20-ი ჰოსპიტალიდან რომელიმე 1 ჰოსპიტალის პაციენტზე და ეხება 4.1 მილიონ პაციენტს ყოველწლიურად.

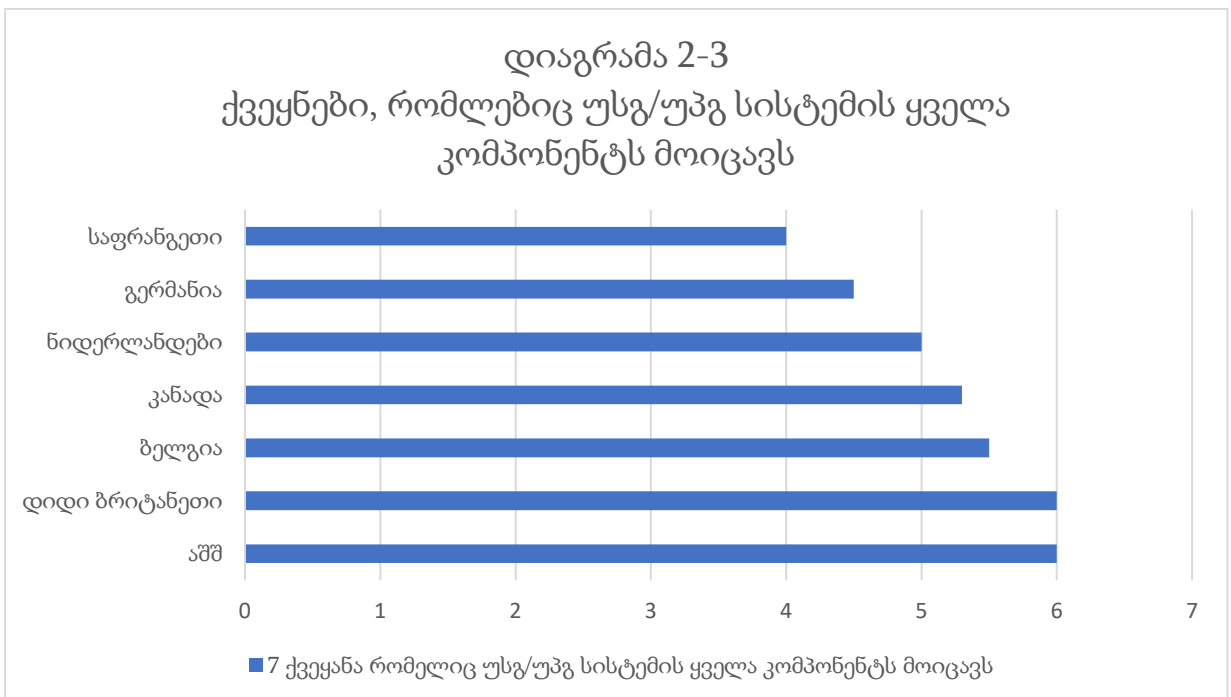
ევროკავშირის მოქალაქეების 23% ირწმუნება რომ პირადად იყო მსხვერპლი რომელიმე სამედიცინო შეცდომისა საიდანაც 18% სერიოზული ჯანმრთელობის დაზიანება მიადგა.

წინამდებარე ანალიზისათვის მოყვანილია აშშ და ევრო პის გარკვეული ქვეყნების სტატისტიკა, რომელიც შედარდა ამავე ნაშრომში ცრილი 1-1 ში მოცემულ უსგ ეფექტურობის მიხედვით დადგენილ რეიტინგებს. აღნიშნული ცხრილი შედგენილია უსგ სისტემის ეფექტურობის თანმიმდევრობის მიხედვით და პირველ 5 ერთეულში განთავსებულია ყველაზე ეფექტური უსგ/უპგ სისტემის მქონე ქვეყნები ხოლო ცხრილის ბოლოს შედარებით ნაკლებად ეფექტური ან უსგ სისტემის არ მქონე ქვეყნები.

*დიგრამა 2-1* გვიჩვენებს 2014-2016 წლების ექიმთა მხრიდან დიაგნოსტიკასა და მკურნალობით მიდგომაში დაშვებული სამედიცინო შეცდომების სტატისტიკას განვითარებულ ქვეყნებს შორის ყველაზე დაბალი პროცენტული მონაცემებით [12].



დიაგრამა 2-3 კი გვიჩვენებს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ყველაზე მძლავრი სისტემის მქონე 7 ქვეყანას



აღნიშნული დიაგრამები გვიჩვენებს კორელაციას ქვეყნების მიხედვით ეფექტურ უსგ სისტემასა და სამედიცინო შეცდომების პროცენტულ მაჩვენებლებს შორის. შეიძლება მონაცემები პირდაპირ ერთმანეთს არ მიყვება, თუმცა 5%-7%-იანი სხვაობით ყველაზე ჩამონათვალი იგივეა. მონაცემებიდან გამომდინარე, აშშ-ს ერთ-

ერთი ყველაზე მძლავრი უსგ სისტემა აქვს თუმცაღა წამყვანი პოზიციას იკავებს სამედიცინო შეცდომების პროცენტული მაჩვენებლის მიხედვით. ეს გამონაკლისი, შესაძლებელია სხვა ქვეყნებთან შედარებით, სამედიცინო შეცდომების ზუსტი და მკაცრი აღრიცხვით იყოს განპირობებული.

### *სამედიცინო შეცდომების სტატისტიკა საქართველოში*

ჯანდაცვის სამინისტროს რეგულირების სააგენტოს 2018 წლის ანგარიშის თანახმად, წლის განმავლობაში ჩატარდა რეგულირების სააგენტოს პროფესიული განვითარების საბჭოს 8 სხდომა. საბჭომ განიხილა პაციენტთათვის გაწეულ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული 162 საკითხი (სულ – 348 ექიმი). შედეგად, 342 ექიმს პროფესიული პასუხისმგებლობა დაეკისრა.

მათ შორის, 235 ექიმს „წერილობითი გაფრთხილება“ მიეცა; 105 ექიმს სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედება სხვადასხვა ვადით შეუჩერდა (1 თვით – 54 ექიმს, 2 თვით – 36 ექიმს, 3 თვით – 11 ექიმს, 4 თვით – 3 ექიმს, 5 თვით – 1 ექიმს); 2 ექიმს – გაუუქმდა სახელმწიფო სერტიფიკატი; ხოლო 6 ექიმს პროფესიული პასუხისმგებლობა არ დაეკისრა [13].

თუ გავითვალისწინებთ საქართველოში არსებულ ექიმთა საერთო რაოდენობას რომელიც 27.4 ათას აღწევს, ხოლო ექიმთან მიმართვიანობის 2017 წლის მონაცემებს - 1 149 300, გამოდის რომ 342 ექიმზე დაკისრებული პროფესიული პასუხისმგებლობით იდენტიფიცირება გაუკეთდა წლის განმავლობაში მომხდარ 342 სამედიცინო შეცდომას რითად დასტურდება რომ საქართველოში სამედიცინო შეცდომების მონაცემი 0.003%, მაშინ როდესაც ეროპის წამყვანი ქვეყნების სტატისტიკა 7%-იდან 12%-მდე მერყეობს [14].

ეს ციფრები თავისთავად გვეუბნება რომ საქართველოში სამედიცინო შეცდომების ინსტიტუციური აღრიცხვიანობა არ ხდება და მხოლოდ პაციენტის საჩივრის საფუძველზე იწარმოება. საქართველოში სამწუხაროდ არ ხდება პაციენტის კმაყოფილების ინსტიტუციური და პერმანენტული სახელმწიფო კვლევა, არ ხდება ჰოსპიტალური ინფექციების გამოვლინება. ქვეყანაში დღემდე ზუსტად არაა

დადგენილი მოქმედი ექიმების რაოდენობა რადგან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სახელმწიფო სერთიფიკატი უვადოა და არ არის მიზნული უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემას. ბუნდოვანია ის მექანიზმები თუ რის საფუძველზე ახორციელებს პროფესიული განვითარების საბჭო ექიმთა პროფესიულ პასუხისმგებლობას. ძალიან სუსტია სამედიცინო ასოციაციების როლი და არ ხდება შეცდომების ანალიზი.

ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე შეგვიძლია დავასკვნათ რომ როგორც საქართველოდან, ასევე განვითარებადი ქვეყნებიდან სამედიცინო შეცდომების სარწმუნო მონაცემების მიღება შეუძლებელია რათა დადგინდეს რაოდენობრივი კავშირი უწყვეტი სამედიცინო განათლების აუცილებლობასა და კლინიკური მკურნალობის ხარისხს შორის როგორც ეს ევროპისა და ამერიკის კონტინენტის ქვეყნების შემთხვევაში გახდა შესაძლებელი. უფრო მეტიც, უწყვეტი პროფესიული განვითარების მოქმედი სისტემის არ არებობა, ხელს უშლის ანალიზი გაუკეთდეს მოქმედი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების, მათი რაოდენობისა და საჭიროებების შესახებ ინფორმაციას.

### **უწყვეტი სამედიცინო განათლება საქართველოში**

საქართველოში როგორც სხვა პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში საბჭოთა კავშირის დაშლამდე არსებობდა უწყვეტი პროფესიული მზადების საბჭოთა სისტემა. საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია დაარსდა 1935 წელს ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების ინსტიტუტის სახით, ხოლო 1941 წელს მას ეწოდა “თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი”.

საბჭოთა კავშირის მინისტრთა საბჭოს 1965 წლის 8 დეკემბრის და საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს 1966 წლის 25 იანვრის დადგენილებებით თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი გადავიდა საკავშირო ჯანდაცვის სამინისტროს უშუალო დაქვემდებარებაში, სტატუსით გათანაბრებული იყო უმაღლეს სასწავლო დაწესებულებასთან და იწოდებოდა “სსრ კავშირის ჯანდაცვის სამინისტროს ექიმთა დახელოვნების თბილისის სახელმწიფო ინსტიტუტი”.



საქართველოს მინისტრთა კაბინეტის 1990 წლის 30 აგვისტოს განკარგულებით თბილისის ექიმთა დახელოვნების სახელმწიფო ინსტიტუტს ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების გარდა დაევალა სტუდენტ-მედიკოსთა სწავლებაც, რის გამოც საქართველოს რესპუბლიკის პრემიერ-მინისტრის 1993 წლის 3 თებერვლის განკარგულებით ინსტიტუტს მიენიჭა სახელმწიფო უმაღლესი სასწავლებლის სტატუსი და ეწოდა “თბილისის სამედიცინო აკადემია”.

თბილისის სამედიცინო აკადემიაში სტუდენტთა ფაკულტეტის გაუქმებასთან დაკავშირებით, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს 1996 წლის 13 დეკემბრის ბრძანებით აკადემიას შეეცვალა სახელი და ეწოდა “ექიმთა დიპლომისშემდგომი განათლების სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია” ექიმთა დიპლომისშემდგომი მომზადებისა და დახელოვნების სახელმწიფო უმაღლესი სასწავლებლის სტატუსით.

საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 24 ნოემბრის N478 ბრძანებულებით კი აკადემიას დაეკისრა სამედიცინო პერსონალის უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების (რეზიდენტურა) და უწყვეტი სამედიცინო განათლების, ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის გადამზადების ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვაში საბაზისო დაწესებულების ფუნქცია და ეწოდა “საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია”. სწორედ ამ დროიდან იღებს სათავეს დამოუკიდებელი საქართველოს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა რომელმაც 4 წელი იარსება. აღნიშნული ბრძანებით ჩამოყალიბდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების მეტ-ნაკლებად თანამედროვე სისტემა, რომელშიც იმ თავითვე განისაზღვრა რომ ამ ბრძანებით ჩამოყალიბებული ინსტიტუცია - „საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია“ უნდა გამხდარიყო ევროპის „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპის სააკრედიტაციო საბჭოსა“ და „მედიკოს სპეციალისტთა ევროპული გაერთიანების“ წევრი. გარდა ინსტიტუციური თანამშრომლობისა, აკადემიას დაევალა მისი საქმიანობა გაევრცელებინა როგორ ექიმებზე ასევე საშუალო სამედიცინო მედ-პერსონალზეც. პრეზიდენტის ბრძანების მიხედვით აკადემიის სტუქტურა და დასახული ამოცანები მთლიანად პასუხობდა იმდროინდელ ევროპულ სტანდარტს რომელიც

2000-იან წლებში ევრო კავშირის ტერიტორიაზე უსწრაფესი ტემპებით ვითარდებოდა [15]. უფრო მეტიც, მოგვინებით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 22/01/2004 წლის N 25/6 ბრძანებაში „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადის გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისთვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“ აისახა საქართველოს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული მზადების 5 წლიანი სტრატეგია, რომელიც ემყარებოდა როგორც რესერტიფიცირების ასევე კრედიტ-ქულების დგოვებით სისტემას.

მართალია წყაროებში მწირე ინფორმაცი მოცემული თუ რა სასწავლო კურსებსა და მასალებს ემყარებოდა მაშინდელი ტრენინგები და კრედიტ-ქულები, ხარისხის უზრუნველყოფისა და ტრენერთა გადამზადების რა მექანიზმები გააჩნდა და როგორი იყო ერთიანი ბაზის აღრიცხვიანობის სისტემა, თუმცა ინსტიტუციური მოდელი როგორც დამწყები პროექტი შეესაბამებოდა მაშინდელ მოთხოვნებს [16].

რეალობაში კი პროცესი სულ-სხვაგვრად წარიმართა, იმ პერიდში გამეფებულმა კორუფციულმა სისტემამ აღნიშნული რეფორმაც მოიცვა. პროცესი არ ხორციელდებოდა, კრედიტ ქულების დაგროვება სხვადასხვა არაოფიციალური გადასახადებით იყო განფასებული, რომელსაც კურირებას სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია უწევდა. ხოლო რესერტიფიცირების გამოცდის ჩაბარება ექიმებს საკმაოდ დიდი თანხა უჯდებოდათ. შედეგად საქართველოს პრეზიდენტის 2006 წლის 24 მარტის „სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის რეორგანიზაციის შესახებ“ ერთაბზაციანი ბრძანებულება N°226 საფუძველზე სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს შეუერთდა ხოლო სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლება სავალდებულო პირობას აღარ წარმოადგენდა. გაუქმდა აგრეთვე ექიმთა და საშუალო მედპერსონალის რესერტიფიცირების მექანიზმები და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი უვადო სერტიფიკატების გაცემა დაიწყო [17]. აღსანიშნავია ის ფაქტი რომ მაშინდელი ხელისუფლების პირობებში ადგილი არ ქონდა მცდელობას მომხდარიყო უსგ სისტემის რეფორმირება რადგან მიიჩნეოდა რომ სამედიცინო ბაარი თვითრეგულირების მექანიზმებს უნდა

დაყრდნობოდა ხოლო სამედიცინო პერსონალს თვითგანვითარების პრინციპებით ეხელმძღვანელა.

### **უწყვეტი სმედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქართული საკანონმდებლო ბაზის შეუსაბამობები**

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში უწყვეტი პროფესიული განვითარება განმარტებულია, როგორც უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი.

იმავე კანონის 97-ე მუხლის შესაბამისად, უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ ექიმის პროფესიული მზადება-დახელოვნება მოიცავს უმაღლესისშემდგომ პროფესიულ მზადებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას. უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მიზანია რომელიმე საექიმო სპეციალობის დაუფლება, ხოლო უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიზანი - ექიმის პროფესიული კომპეტენციის შენარჩუნება მის საექიმო სპეციალობაში, ისე, რომ მისი თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამებოდეს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებსა და ტექნოლოგიებს.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის მე-100 მუხლის თანახმად, ექიმის უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტები, შესაბამისი ფორმები და მათში ექიმის მონაწილეობის შეფასების კრიტერიუმები და წესი უნდა განისაზღვრებოდეს „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონითა და სხვა საკანონმდებლო აქტებით [18].

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, უწყვეტი პროფესიული განვითარების დეფინიციასთან ერთად, რომელიც მცირედ განსხვავდება ჯანმრთელობის დაცვის კანონში მოცემული დეფინიციისაგან (უწყვეტი პროფესიული განვითარება - უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი

პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა) მართლაც განსაზღვრავს უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტებს.

კანონის 291 მუხლის შესაბამისად, უპგ-ს კომპონენტებია: ა) უწყვეტი სამედიცინო განათლება; ბ) უწყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა; გ) პროფესიული რეაბილიტაცია; და დ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება [19]. იმავე კანონში განმარტებულია თითოეული ზემოაღნიშნული კომპონენტი. კერძოდ, კანონის განმარტების თანახმად:

<p>უწყვეტი სამედიცინო განათლება</p>	<p>უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც მოიცავს როგორც თვითგანათლებას, ისე ფორმალიზებული სწავლების/მზადების პროგრამებში მონაწილეობას, აგრეთვე სხვადასხვა საქმიანობებს, რომლებიც ექიმის პროფესიული ცოდნის და უნარ-ჩვევების განმტკიცებას და გაუმჯობესებას უწყობს ხელს (კონგრესებში, კონფერენციებში მონაწილეობა, ნაშრომების გამოქვეყნება, სწავლება და სხვა);</p>
<p>უწყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა</p>	<p>უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს კონკრეტულ სპეციალობაში უწყვეტ პრაქტიკულ კლინიკურ საქმიანობას და ფასდება სათანადო მახასიათებლებით (პაციენტების რაოდენობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა, პრაქტიკული საქმიანობის ხანგრძლივობა და სხვა)</p>
<p>პროფესიული რეაბილიტაცია</p>	<p>უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს შედარებით ხანგრძლივი (1-5-თვიანი) სწავლების/მზადების კურსის გავლას და რომლის მიზანია ექიმის პროფესიული კომპეტენციის აღდგენა კონკრეტულ საექიმო სპეციალობაში;</p>
<p>სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება</p>	<p>უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს ექიმის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და გამოსავლის/შედეგების პერიოდულ შეფასებას და შესაბამისი ინდიკატორების ეტაპობრივ გაუმჯობესებას.</p>

საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის იმავე 291-ე მუხლის თანახმად, უპგ-ს პირველი კომპონენტის - უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეულ ფორმებს, ისევე როგორც მეორე კომპონენტის - პროფესიული რეაბილიტაციის წესებს, აგრეთვე, აკრედიტაციის წესსა და კრიტერიუმებს შეიმუშავებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული პროფესიული განვითარების საბჭო და ამტკიცებს სამინისტრო. იმავე კანონის 20.7(ე)-ე მუხლის შესაბამისად, პროფესიული განვითარების საბჭო უზრუნველყოფს, აგრეთვე, უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების პროცესების ორგანიზების, მართვისა და მონიტორინგის ღონისძიებების გატარებას. უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესში პროფესიული განვითარების საბჭოს უფლებამოსილებას და ფუნქციებს უფრო აკონკრეტებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 16 მაისის №122/ნ ბრძანებით დამტკიცებული საბჭოს დებულება, რომლის მე-2 მუხლის შესაბამისად, საბჭო ახორციელებს შემდეგ საქმიანობებს:

- უზრუნველყოფს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების პროცესების ორგანიზებას, მართვასა და მონიტორინგს;
- განიხილავს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების საკითხებს, ამზადებს სათანადო რეკომენდაციებს და მონაწილეობს ნორმატიული აქტების შემუშავებაში;
- შეიმუშავებს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების (მათ შორის, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობებსა და სუბსპეციალობებში) აკრედიტაციის კრიტერიუმებს და წესს, ასევე უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და პროფესიული რეაბილიტაციის წესს, აკრედიტაციის წესსა და კრიტერიუმებს; ახდენს ამ პროგრამების აკრედიტაციას და კანონმდებლობის მოთხოვნათა შესაბამისად, წარუდგენს მინისტრს დასამტკიცებლად;
- ახორციელებს სათანადო ღონისძიებებს და იღებს შესაბამის გადაწყვეტილებებს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული

განვითარების საკითხებთან დაკავშირებით, თუ კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.

ამრიგად, პროფესიული განვითარების საბჭოს ეკისრება უპგ სფეროში ყველა მნიშვნელოვანი მარეგულირებელი და საზედამხედველო ფუნქცია, თუმცა მას, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ და საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონების მოთხოვნების მიუხედავად, რომ 2009 წლის 1 მარტამდე შეემუშავებინა უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმები და პროფესიული რეაბილიტაციის წესები, აგრეთვე აკრედიტაციის წესები და კრიტერიუმები, დღემდე რაიმე ნორმატიული აქტი არ გამოუცია და არც რაიმე კონკრეტული ღონისძიება განუხორციელებია.

ამავე დროს, უწყვეტ პროფესიულ განვითარებასთან დაკავშირებით საქართველოში მიღებული იყო და 2018 წლის ივლისამდე მოქმედებდა ორი ნორმატიული აქტი: (ა) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 23 იანვრის №25/ნ ბრძანება „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადით გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისათვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“ და (ბ) 2005 წლის 1 ნოემბრის №274/ნ ბრძანება „უწყვეტი პროფესიული განვითარების ცალკეული კომპონენტის მიხედვით სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების გარეშე სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ახალი ვადით გაგრძელებისათვის საჭირო უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების რაოდენობისა და სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ფორმების შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების მინიჭების კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“.

აღნიშნული აქტები უკვე სათაურიდან გამომდინარე, ეწინააღმდეგებოდა საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის 25-ე მუხლს, რომელიც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმახორციელებელი სუბიექტების რესერტიფიცირებას არ ითვალისწინებს. აღნიშნული მუხლის თანახმად, სახელმწიფო სერტიფიკატი, მას შემდეგ, რაც ის მინიჭებული იქნება, მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით.

შესაბამისად, უპგ-ს მოთხოვნების დაკმაყოფილება რესერტიფიცირების განმსაზღვრელი კრიტერიუმი არ არის.

მიუხედავად ამისა, ზემოაღნიშნული აქტები 2018 წლამდე მოქმედებდა და ქმნიდა ერთგვარ სირთულეს უპგ-ს როგორც პროფესიული განვითარების მექანიზმის გამოყენებისთვის.

ამჟამად საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 19 ივლისი ბრძანებამ №01-3/ნ „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე, პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ გააუქმა 2004 წლის N25/ნ და 2005 წლის N274/ნ ბრძანებები [20].

თუმცაღა ეს ყველაფერი არ არის. კანონმდებელი უპგ-ს საექიმო საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად და ექიმების პროფესიული დახელოვნების აუცილებელ კომპონენტად აღიარებს და მას სახელმწიფო რეგულირების სფეროში აქცევს (სახელმწიფო ორგანოს - პროფესიული განვითარების საბჭოს აკისრებს უპგ ორგანიზების, მართვის, მონიტორინგის, უპგ პროგრამების აკრედიტაციის კრიტერიუმებისა და წესის განსაზღვრისა და ამ პროგრამების აკრედიტაციის ფუნქციას), რასაც თითქოს უპგ-ს სავალდებულოდ აღიარებამდე მივყავართ; მეორე მხრივ კი აცხადებს, რომ უპგ ექიმის მხოლოდ უფლებაა და არა ვალდებულება. საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის 291-ე მუხლის მიხედვით დამოუკიდებელი საქმიანობის სუბიექტს შეუძლია (ე.ი. ვალდებულები არ არის) მონაწილეობა მიიღოს უწყვეტის პროფესიული განვითარების სისტემაში, თავისი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა მიუსადაგოს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებს და გააუმჯობესოს ამ საქმიანობის ყველა ასპექტი.

ამრიგად, საქართველოში ექიმი, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატს, მხოლოდ ნებაყოფლობით მონაწილეობს უპგ აქტივობებში. აღნიშნულ აქტივობებში მონაწილეობა კი,

მართალია, კანონმდებელს მისი საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად მიაჩნია, საბოლოოდ არანაირ კონკრეტულ სამართლებრივ შედეგთან არ არის დაკავშირებული.

რეკომენდაციები: უპგ-ს სავალდებულობა - ნებისმიერი გადაწყვეტილება უპგ სისტემის სავალდებულობასთან დაკავშირებით საჭიროებს არგუმენტებს და მტკიცებულებებს. უპგ-ს სავალდებულოდ მიჩნევის შემთხვევაში, უპგ ღონისძიებებში მონაწილეობა და შესაბამისი ქულების (კრედიტების) დაგროვება ექიმისათვის გარკვეული სამართლებრივი შედეგების დადგომას უნდა უკავშირდებოდეს (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკაციის შენარჩუნება, რესერტიფიცირება, შრომითი კონტრაქტის გაგრძელება და სხვ.). მხოლოდ ამის შემდგომ საჭიროა კანონმდებლობის მოყვანა შესაბამისობაში პოლიტიკის განსაზღვრულ მიმართულებასთან.

უპგ-ს შემდგომი რეგულირება - სამინისტროს/საბჭოს მიერ მიღებულ იქნას ნორმატიული აქტები, რომლებითაც განისაზღვრება უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმები და პროფესიული რეაბილიტაციის წესები, აგრეთვე აკრედიტაციის წესები და კრიტერიუმები. სასურველია სახელმწიფოს მხრიდან შემუშავდეს გარკვეული მოთხოვნები უპგ-ს მიმწოდებელთა მიმართაც. განისაზღვროს უპგ პროცესში ვის ენიჭება წამყვანი როლი: სამედიცინო პროფესიულ ორგანიზაციებს, სამედიცინო სკოლებს და უნივერსიტეტებს, დამქირავებლებს თუ სახელმწიფო დაწესებულებებს. უნდა განისაზღვროს მიმწოდებელთა აკრედიტაციის კონკრეტული პროცედურა. თუ კანონმდებლის მიზანი უპგ-ს ნებაყოფლობითობაა, მაშინ მთავარი აქცენტი რეგულირებისათვის შესაძლებელია გადატანილ იქნას პროფესიულ ორგანიზაციებზე, რათა მათ შეიმუშავონ უპგ-ს ძირითადი სისტემა და სტანდარტები. ამ პროცესში სასურველია გათვალისწინებულ იქნას გლობალურ სტანდარტებში მოცემული მოთხოვნები, აგრეთვე, ევროპის ქვეყნების გამოცდილება [21].



## არაფორმალური/არასავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლება და კურსების აკრედიტაციის სისტემა საქართველოში.

საკანონმდებლო ჩარჩოს გახილვისა და შეუსაბამობების მიმოხილვის კვალდაკვალ ნაშრომის მიზნის მისაღწევად მნიშვნელოვანია გავიაზროთ რა სახის უწყვეტი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა არსებობს საქართველოში? როგორია მისი ეფექტურობა და რამდენად შეასრულებს იგი გარდმავალ როლს ქვეყანაში ამ სისტემის ჩამოყალიბებისათვის? არსებობს თუ არა დაკვეთა პროფესიული წრეებისგან, ან სახელმწიფოს ნებასურვილი ჩამოყალიბდეს უსგ და რა ქმედითი ნაბიჯები იდგმება ამ მიმართულებით? როგორ მოწმდება სამედიცინო პერსონლის პროფესიული კომპეტენცია და რა რისკებს შეიცავს არასავალდებულო უსგ?

როგორც ზემოთ არაერთხელ აღინიშნა, საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლება ნებაყოფლობითია. დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის დამადასტურებელი სერთიფიკტი გაიცემა უვადოთ და ამ სერთიფიკატზე არ არის მიბმული მიღების შემდგომ პროფესიული განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების (ან შენარჩუნების) კრიტერიუმები - ექიმს არ ევალება რესერტიფიკაციის გავლა ან კრედიტების ქულების მოგროვება. როგორც წინმდებარე კვლევა გვიჩვენებს, არც დამსაქმებლებს და ბაზარს გააჩნია ამ ცოდნის შემოწმების შიდა სტანდარტი ან განსაკუთრებული ინტერესი. თუმცა მეორეს მხრივ გვაქვს დეფიციტური სპეციალობები და კვალიფიციურ კადრზე მოთხოვნა დიდია.

იმ კითხვაზე პასუხის გასაცემად თუ რა სახის ნებაყოფლობითი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა გვაქვს საქართველოში, საილუსტრაციოდ გამოგვადგება მინისტრის 2018 წლის ბრძანების №01-3/ნ დანართი „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე, პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“. ამ ბრძანების მე-2 მუხლის თანახმად, ბრძანების ამოქმედებამდე (2018 წლის ივლისამდე), აკრედიტებული ყველა უსგ პროგრამას განესაზღვრა 2 წლიანი ვადა შესაბამისი კრედიტ ქულების მინიჭების გარეშე. მიუხედავად იმისა რომ

აკრედიტაციისას ამ კურსებს მიენიჭათ კრედიტ ქულები, ხოლო მათი მოქმედების ვადა განსაზღვრული არ იყო.

საქართველოს უსგ-ს თავისებურებას წარმოადგენს ის ფაქტი რომ 2005 წლიდან, მას შემდეგ რაც უსგ როგორც სავალდებულო კომპონენტი გაუქმდა, მოყოლებული პროფესიული საბჭოს გააჩნია სასწავლო კურსის აკრედიტაციის კომპონენტები, თუმცა რა მიზანს ემსახურება აღნიშნული შესაძლებლობა დღემდე ნათელი არ არის. თავდაპირველად მიიჩნეოდა რომ ეს იყო ერთგვარი გარდამავალი და მოსამზადებელი პროცესი იმისათვის რათა დაწყებულიყო უსგ სახელმწიფო სისტემის რეფორმირება და ჩამოყალიბება, თუმცა 12 წლიანი პერიოდი გვიჩვენებს რომ ამ მიმართულებით ჯერაც არ იდგმება ქმედითი ნაბიჯები. მაშასადამე პასუხგაუცემელი რჩება შეკითხვა რა მიზანს ემსახურება აღნიშნული ბრძანების მე-2 მუხლი დღეს, მაშინ როდესაც სხვა დანარჩენი სისტემური მახასიათებლები უცვლელი რჩება.

აღნიშნული ბრძანების დანართის მე-3 მუხლი გვაუწყებს რომ „საქართველოში აღიარებულია №1.1 დანართით განსაზღვრული ქვეყნების შესაბამისი ორგანოების, ასევე, ევროპის უწყვეტი პროფესიული განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს – EACCME მიერ აკრედიტებული უსგ აქტივობები/მიმწოდებლები და მათ დამატებითი აკრედიტაცია არ სჭირდებათ“ ხოლო მე-5 მუხლის თანახმად განისაზღვრება უსგ კრედიტ ქულები, ხოლო უსგ განმახორციელებელი ორგანიზაციები ვალდებული არიან სამინისტროს ინფორმაცია მიაწოდონ დაგეგმილი აქტივობების შესახებ.

EACCME -ს მიერ აკრედიტებული კურსების აღიარება დადებით ნაბიჯად შეიძლება ჩაითვალოს, თუმცა იგი ახალი არ არის და ზემოთ განხილული 2001 წლის პრეზიდენტის ბრძანებულების მე-8 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტშიმითიებულია იგივე პოსტულატი [22]. არც ერთი ნორმატიული აქტი, ან საინფორმაციო პორტალი არ განმარტავს რა მიზანს ემსახურება არასავალდებულო ნებაყოფლობით კურსებზე კრედიტ ქულების მინიჭება, არ საზღვრავს წესსა და ფორმას თუ როგორ უნდა მოხდეს ორგანიზაციის მიერ ამ კრედიტ ქულების აღრიცხვა, სად შეიძლება ექიმმა ნახოს მის მიერ დაგროვილი ქულები. არ არსებობს არც ერთი სარეკომენდაციო

ხასიათის დებულება რომელიც განმარტავდა რამდენი კრედიტ ქულის დაგროვება იქნებოდა სასურველი და ეფექტური ამა თუ იმ სპეციალობის ექიმთა განვითარებაში და დროის რა მონაკვეთში. თუ ჩვენ ეს ცვლილება უნდა მივიჩნიოთ უსგ ჩამოყალიბების მორიგ მცდელობად და გარდამავალ პროცესად მაშინ იგი მინიმუმ ზემოთ ჩამოთვლილ საბაზისო შეკითხვებს პასუხს უნდა სცემდეს.

ბრძანების ამოქმედების შემდეგ მოხდა ზოგიერთი აკრედიტებული კურსების რეაკრედიტაცია, ზოგიც კი ახალი დაემატა. 2018 წლის ივლისიდან დღემდე სულ განხორციელდა 44 სასწავლო კურსის აკრედიტაცია, აქედან 20 კურსი მოდის მეან-გინეკოლოგიასა და ახალშობილთა გადაუდებელი მედიცინის მიმართულებით. ხშირად ერთსა და იგივე მიმართულებით არსებული სხვადასხვა პროგრამების დასახელებებიც კი თითქმის იდენტურია, რაც გვაფიქრებინებს რომ პროფესიული განვითარების საბჭოზე არ ხდება რეალურად ამ პროგრამების ხარისხისა და შესაბამისობის განხილვა.

ბრძანება ასევე უსგ/უპგ აქტივობად განიხილავს დამოუკიდებელ საგანმანათლებლო საქმიანობას, კონფერენციებში მონაწილეობას, სტატიების გამოქვეყნებას, გაიდლაინებზე მუშაობას და სხვ. ქვემოთ მოცემული კვლევა გვიჩვენებს რომ გამოკითხულ ექიმთა 100% არ ფლობს არანაირ ინფორმაციას ქვეყანაში შესაძლო უსგ და უპგ აქტივობებისა და კრედიტ ქულების დაგროვების შესაძლებლობების შესახებ. უფრო მეტიც, ზოგადად არაა ჩამოყალიბებული თუ სად და რა ფორმით უნდა წარადგინოს ექიმმა ინფორმაცია მის მიერ დამოუკიდებელი აქტივობის განხორციელების შედეგ. არ არის დეკლარირებული თუ რას ემსახურება სამომავლოს უსგ/უპგ ქულების დაგროვების შესაძლებლობა და რა ნაბიჯებია დაგეგმილი ამ მიმართულებით. სამედიცინო პერსონალთან და აკრედიტებული პროგრამების პოტენციურად განმახორციელებელ ორგანიზაციებთან, სამინისტროს მხრიდან წარმოებს თითქმის ნულოვანი კომუნიკაცია უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემასთან და ამ ცვლილებებთან დაკავშირებით.

აღნიშნულ ფაქტებზე დაყრდნობით, ზემოთგამოთქმული ანალიზი გვამდევს იმ დასკვნის გაკეთების საშუალებას რომ სახელმწიფოს მხრიდან დღეს დღეისობით

არსებული აქტივობები ატარებს ფორმალურ ხასიათს და არ ემსახურება სამომავლოდ ამ სისტემის გადასვლისაკენ ქმედითი ნაბიჯების გადადგმისათვის მოსამზადებელ სამუშაოს განხორციელებას. როგორც დასავლურმა პრაქტიკამ გვაჩვენა ნებყოფლობითი უსგ/უპგ არსებობის დროს გარდამავალ ეტაპზე სახელმწიფო აქტიურად ახორციელებდა რინარე რეფორმის მოსამზადებელ სამუშაოებს რაც გამოიხატებოდა სისტემურ განახლებაში, პერსონალთან და ორგანიზაციებთან ინტენსიური კომუნიკაციის დაწყებაში და მათი ჩართულობაში, სხვადასხვა სახის წამახალისებელი აქტივობების გაგეგმვაში რათა ნებყოფლობითი უსგ პროგრამების გავლის სურვილი სულ უფრო მეტ ექიმს გასჩენოდა და სხვ. საქართველოში სახელმწიფოს მხრიდან არც ერთი მსგავსი აქტივობა არ შეინიშნება. ახალი ბრძანებით განსაზღვრული დებულებები დიდად არ განსხვავდება მისი წინამორბედი არაეფექტური და ქმედუუნარო დოკუმენტისგან. შეიძლება ითქვას რომ საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემას გაურკვეველი ფორმა გააჩნია. ერთის მხრივ საკანონმდებლო ბაზაზე დეკლარირებულია უსგ/უპგ ფორმები, ხოლო მეორეს მხრივ პრაქტიკაში სრული უძრაობის ხანა დგას.

სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო მომსახურების სერვისების ხარისხის მიმართ არათანაბარმა და ზერელე დამოკიდებულებამ, ქართულ ჯანდაცვის სისტემაში და აღნიშნულ ბაზარზე სამედიცინო პერსონალის განვითარებაზე კერძო სექტორის დაინტერესება შეასუსტა რაც თავის მხრივ უარყოფითად აისახება უსგ სისტემის განვითარებაზე.

### **მეთოდოლოგია**

კვლევის პროცესში გამოყენებული იქნა შეკრების, სისტემატიზაციის, აღწერის, შედარების და ანალიზის მეთოდები. გამოყენებული იქნება შემთხვევითი შერჩევის და პირდაპირი ინტერვიუების მეთოდები - შემუშავებულ იქნება კვლევის ინსტრუმენტი - კითხვარი რომელიც განსაზღვრავს „ექიმების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა უსგ მიმართ“. გამოკითხვის შემდეგ მასალები დამუშავდა SPSS პროგრამით.

კვლევის მეორე ეტაპზე მოხდა დარგის კვლავიციური სპეციალისტების გამოკითხვა, გამოყენებული იქნა “დელფის” მეთოდი, რომლის საფუძველზე ჩატარდება ინტერვიუ 2 სხვადასხვა კლინიკის ხელმძღვანელთან წინასწარ მომზადებული კითხვარის მიხედვით.

### კვლევის შედეგები

უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართ ექიმთა ცოდნა-დამოკიდებულების კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 4 კლინიკის 60-მა პერსონალმა. აღსანიშნავია რომ გამოკითხვაში მონაწილეობდა 2 რეგიონალური და 2 თბილისის კლინიკა. ეს კლინიკებია:

- 1) „რეგიონალური ჯანდაცვის ცენტრი - ამბროლაურის რაიონული საავადმყოფო“ – 15 ექიმი;
- 2) „რეგიონალური ჯანდაცვის ცენტრი - დედოფლის წყაროს სამედიცინო დაწესებულება“ – 15 ექიმი;
- 3) „შპს გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი“ – 15 ექიმი;
- 4) „ნიუ ვიჯენ საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალი“ – 15 ექიმი.

გამოკითხვა წარმოებდა ანონიმური ინტერვიურების მეთოდი და გამოყენებულ იქნა 20 კითხვიანი ანკეტა. პროცესის მსვლელობისას ავტორის მხრიდან იყო მცდელობა გამოკითხვა არ წარმოებულყო შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით არამედ კლინიკის ყველა დეპარტამენტიდან პარიტეტული პრინციპით თანაბრად მიეღოთ მონაწილეობა რესპოდენტებს, თუმცა ეს მცდელობა ნაწილობრივ დაკმაყოფილდა.

გამოკითხულთა უმრავლესობა (62%) საშუალო ასაკისაა რომლთაც საექიმო საქმიანობის 15 წელზე მეტი სტაჟი აქვთ.

შეკითხვაზე: „ფიქრობთ თუ არა რომ აუცილებელია შემოღებულ იქნეს სამედიცინო პერსონალის სავალდებულო ატესტაცია/ტესტირება ყოველ რამოდენიმე წელიწადში ერთხელ, ხოლო ისინი ვინც ვერ გაივლის ატესტაციას უნდა შეუჩერდეთ საქმიანობის უფლება“, რესპოდენტთა 57.6% ეთანხმება

აღნიშნულ პირობას ხოლო 34.6 არ ეთანხმება. სასიამოვნოა ის ფაქტი რომ დადებითი მოსაზრების მქონე რეპოდენტები უმრავლესობას წამროადგენენ.

შეკითხვას რომელიც ეხებოდა სახელმწიფოს ან დამსაქმებლის მხრიდან, უწყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ კომუნიკაციის ხარისხს, აბსოლიტურმა უმრავლესობამ უარყოფითი პასუხი გასცა. საინტერესო კორელაცია დადგინდა მუშაობის ინტენსივობასა და განათლების სურვილს შორის, მათ ვისაც მეტი პაციენტის მიღება უწევს, უწყვეტი განათლების სურვილი მაღალი აქვთ. პერსონალის 60% რომლებიც დღეში 5-იდან 20 პაციენტზე მდე ღებულობს, ეთანხმება უსგ სავალდებულო შემოდების საჭიროებას.

გამოკითხულ რესპოდენტთა უმრავლესობას საკუთარ პროფესიულ კომპეტენციის დონეზე მაღალი მოსაზრებისაა, თუმცა მათ, ვისაც წელიწადში ერთხელ მაინც გაუვლია ინტენსიური ტრენინგი თვითშეფასება შედარებით ნაკლები აქვთ. მათ შორის მზაობა მეტია რომ თანხა გადაიხადონ ტრენინგში (უარყოფითი პასუხი საერთოდ არ დაფიქსირებულა კვლევის მიხედვით).

ექიმები რომლებიც მზად არიან სრულად ან ნაწილობრივ გადაიხადონ თანხა უსგ-ში, ბაზარზე არსებული ტრენინგების დეფიციტის მიუხედავად ახერხებენ სწავლის გაგრძელებას. მათ მიერ შერჩეული კურსების უმრავლესობა დადებითად კორელირებს მათ სპეციალობასთან. საპირისპირო სიტუაციაა იმ ექიმებში ვისაც არ აქვს სურვილი თანხა გადაიხადოს ტრენინგში.

კვლევის მეორე ეტაპზე მოხდა დარგის კვლავიციური სპეციალისტების გამოკითხვა, გამოყენებული იქნა “დელფის” მეთოდი, რომლის საფუძველზე ჩატარდება ინტერვიუ 2 სხვადასხვა კლინიკის ხელმძღვანელთან წინასწარ მომზადებული კითხვარის მიხედვით.

დარისხოვრივი კვლევა ჩატარდა თბილისში არსებული 2 კლინიკის დირექტორთან. განსხვავებით სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვისაგან, კლინიკის ხელმძღვანელები ნაკლები ენთუზიაზმით ჩაერთნენ არსებულ კვლევაში. ჩაფიძის კლინიკის დირექტორმა, მინიმალური და სიმბოლური პასუხები მოგვაწოდა. მოუხედავად ამისა ნათლად ჩანს ანალიზისათვის საჭირო ინფორმაცია.

„დელფის მეთოდით“ გამოკითხვა მოიცავდა 8 შეკითხვას, რომელთა პასუხებიც ჩაფიძის კლინიკის ხელმძღვანელთან ინტერვიუში შემდეგნაირად განაწილდა:

**თქვენ კლინიკაში თუ ხდება ექიმების ექიმების კვალიფიკაციას / ცოდნის დონის შეფასება და თუ კი რა ინდიკატორები გამოიყენება?**

ძირითადად მათზე მიბმული კმაყოფილი პაციენტების რაოდენობის მიხედვით, ასევე კლინიკაში სამუშაოს დაწყებისას გამოწმებით სტაჟს, რეკომენდაციას სხვა კლინიკიდან, სამუშაო გამოცდილებას, განათლების დამადასტურებელ სერთიფიკატებს.

**ხართ თუ არა დაინტერესებული თქვენი კლინიკის ექიმი მუდმივად ეწეოდეს აგრძელებს სამედიცინო განათლებას, დადებითი პასუხის შემთხვევაში რა მექანიზმით ამოწმებთ ზემოთ აღნიშნულს?**

დიახ, ჩვენი კლინიკის ადამიანური რესურსების დეპარტამენტი ატარებს კლინიკის შიდა ტესტირებებს რომელიც ბოლოს შარშან ჩავატარეთ და ექიმების უმრავლესობამ 90% მიიღო და ასევე ექიმებს მოაქვთ სერთიფიკატები მათ მიერ გავლილი ტრენინგების შესაბამისად.

**გაქვთ თუ არა სამედიცინო პერსონალის (ექიმების) პერფორმანსის რეიტინგის სისტემა, წახალისების, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ბონუს ქულების ან სვა პროცედურები? დადებით პასუხის შემთხვევაში რა ადგილი და როლი უკავია პერსონალის უწყვეტ განათლებას ამ რეიტინგში?**

ტრეიტინგი არ გვაქვს, თუმცა ვატარებთ ტრენინგებს და ტესტირებებს. ტრენინგები ძირითადად ჩავატარებთ ბაზისურ გულფილტვის რეანიმაციაში, ასევე თვეში ერთხელ ფარმაცევტული კომპანიების ორგანიზებით მიმდინარეობს კონფერენციები სხვადასხვა თემებზე. ტესტირების შესახებ ზემოთ მოგახსენეთ.

**დააფინანსებდით თუ არა ექიმის პროფესიული განვითარების ტრენინგს საქართველოში ან საზღვარგარეთ?**

სამწუხაროდ საქართველოში არსებული ფინანსური ფონის და სერვისების დაფინანსების გათვალისწინებით ძირითადად ვერ ვაფინანსებთ, თუმცა ექიმები თავად იგებენ სხვადასხვა გრანტებს და ჩვენ მათ ხელს ვუწყობთ. ასევე მოდიან უკვე თვითგადამზადებულები.

**რამდენად ხშირად გაქვთ ტრენინგის/სწავლების აუცილებლობა თქვენს კლინიკაში და ტრენინგის ორგანიზების რა მეთოდს მიმართავთ (თანამშრომელთა გაგზავნა, სპეციალისტის, მოწვევა, კლინიკის შიგნით რესურსების მოძიება და სხვ)?**

აუცილებლობა ასე თუ ისე გვაქვს, თუმცა მისი უზრუნველყოფა ძვირიანი სიამოვნებაა. თუ გარდაუვალი აუცილებლობაა ჩვენ ყველა მეთოდს მივმართავთ.

**რა სახის ტრენინგებს ახორციელებთ თქვენს კლინიკაში და რა პრინციპს ემყარება მისი საჭიროების გამოვლენა?**

ტრენინგები ძირითადად ჩავატარებთ ბაზისურ გულფილტვის რეანიმაციაში, ასევე თვეში ერთხელ ფარმაცევტული კომპანიების ორგანიზებით მიმდინარეობს კონფერენციები სხვადასხვა თემებზე.

**რამდენად სწორად მიგაჩნიათ სახელმწიფომ ამ ვითარებაში შემოიღოს ექიმთა რესერტიფიცირებისა და უწყვეტი განათლების სისტემა?**

აბსოლიტურად ვეთანხმები

აღნიშნული გამოკითხვის შედეგად გამოჩნდა რომ დამსაქმებლებს არ აქვთ წარმოდგენა თანამშრომელთა უწყვეტ განათლების შესახებ, მათი ადმინისტრაციული და მენეჯერული რგოლი დაბალი კვალიფიკაციისაა, რათა აღნიშნული ინიციატივებით გამოვიდნენ. ხელმძღვანელებისთვის ტრენინგების უზრუნველყოფა პრიორიტეტული არ არის, რადგან ვერ ხედავენ პირდაპირ კავშირს მოგებასა და ტრენინგში დახარჯულ რესურსებს შორის. გარდა ამისა, ორიენტირებულნი არიან სწრაფ და პირდაპირ მოგებაზე რასაც კადრის გაზრდითა და განვითარებით ვერ ხედავენ. საქართველოში არსებული ჯანდაცვის სისტემა არ არის ხარისხზე ორიენტირებული და არ მოითხოვს ან ახალისებს სამედიცინო დაწესებულებებს უზრუნველყონ კადრის უწყვეტი გადამზადება. დამსაქმებლებს



ურჩევნიათ კონკურენციაში შევიდნენ სხვა კლინიკებთან და მეტის შეთავაზების გზით გადმოიბირონ ესა თუ ის კადრი რომელიც ბევრ პაციენტებს მოიყვანს.

### **რეკომენდაციები და დასკვნითი დებულებები**

ყველივე ზემოთ აღნიშნულის გათვალისწინებით დასვნის სახით შეგვიძლია ვთქვათ რომ საქართველოში მწვავედ დგას უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული გნვიტარების სისტემების შექმნის აუცილებლობა. თუმცა ეს კომპონენტები დამოუკიდებლას ვერ შეიქმნება და განვითარდება. ქვეყანაში უნდა მოხდეს სისტემური განახლება და ხარისხზე ორიენტირებული მიდგომა. უნდა დაიწყოს ჰოსპიტალის აკრედიტაციის სტატდარტების შემუშავება და გამოყენებულ იქნას საუკეთესო უცხოური გამოცდილება. მაგალითისათვის გარკვეულ არაბულ ქვეყნებში (ომანი, კუვეიტი, ლიბანი) სახელმწიფოებმა ხელშეკრულებები გააფორმეს საერთაშორისო მაკრედიტებელ ინტიტუტებთან. აკრედიტაცია დადებით და ნაყოფიერ ნიადაგს შეუქმნის უსგ-ს ეფექტურ ფუნქციონირებას. გარდა ამისა უმთავრესი მოთხოვნაა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის არსებობა.

იმისათვის რათა უსგ მძლავრი სისტემა მივიღოთ უნდა გაძლიერდეს სახელმწიფო რეგულირება და საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც მიმართული იქნება კლინიკური ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ. უნდა შეიქმნას ექიმთა რეიტინგების სისტემა, რომელიც დაემყარება უსგ/უპგ საერთაშორისო კლასიფიკატორებს. აღნიშნული სისტემა ძალიან წარმატებით ფუნქციონირებს რიგ დასავლურ ქვეყნებში. ეს ყველაფერი უნდა განხორციელდეს კომპლექსურად მანამ სანამ უშუალოდ უსგ სისტემის ჩამოყალიბებისა და ინტელექტუალური რესურსების მობილიზაციის პროცესი დაიწყებოდეს. კვლევებმა გამოაჩინა სამედიცინო პერსონალის მზაობა, ჩაერთოს ამ პროცესში. უნდა გაძლიერდეს საინფორმციო კამპანია და კომუნიკაცია პროცესში ჩართულ ყველა მხარეთან.

აღნიშნული ნაშრომის მიზანს არ წარმოადგენს სარეკომენდაციო ნაწილში დეტალური ანალიზი იმისა თუ რა ეტაპები უნდა იქნას გავლილი რათა უზრუნველ ყოფილ იქნას ეფექტური უსგ-ს შექმნა. ნაშრომით შევეცადეთ გვეჩვენებისა უსგ

სისტემასთან დაკავშირებული პრობლემატიკა და სისტემის არ არსებობის შედეგად სამედიცინო სფეროს წინაშე მდგარი გამოწვევები როგორც ამჟამად ასევე მომავალში. ნაშრომმა გამოავლინა სახელმწიფოს ზერელე დამოკიდებულება აღწეულ სისტემასთან მიმართებაში. სახელმწიფო მესვეურები კვლევების არ არსებობის გამო ვერ იაზრებენ უსგ-ს შედეგად არსებულ და მოსალოდნელ საფრთხეებს ხოლო საზოგადოება ამ მიმართულებით ნაკლებადაა ინფორმირებული. საერთაშორისო კონტექსტმა, კვლევებმა და ლიტერატურის (მათ შორის წყაროების) ანალიზმა ნათლად გამოავლინა პირდაპირი კორელაცია პაციენტის უსაფრთხოებას. სერვისების არისხსა და უსგ-ს შორის, ასევე გრძელვადიან პერსპექტივაში დანახარჯების შემცირების მხრივ. ქვეყანაში არც საზოგადოებრივი აზრის, ბიზნესისა და ბაზრის მოთხოვნის მხრივ გვაქვს სახარბიელო ვითარება. როგორც კვლევაში აღინიშნა ბიზნესი ვერ ხედავს ამ მიმართულებით რესურსების ხარჯვის აუცილებლობას. თუმცა არის იმედის მომცემი 2 კომპონენტი: 1) მოსახლეობაში ნათლად მუსირებს აზრი იმის შესახებ რომ პროფესიონალი ექიმის პოვნა მკურნალობის ნახევარია ამიტომ მოთხოვნა განვითარებულ კადრებზე დიდია და 2) სამედიცინო პერსონალი მეტ-ნაკლებად გამოხატავს მზაობას ჩაერთოს ამ როცესში რადგან ხედავს მის მნიშვნელობას. მაღალი ალბათობითაა შესაძლებელი თავად სამედიცინო პერსონალის მხრიდან უამრავ წინააღმდეგობასა და გამოწვევას ქონდეს ადგილი უსგ რეფორმირების პერიოდში, თუმცა სხვა ალტერნატივა უნრალოდ არ არის.

### გამოყენებული ლიტერატურა

<sup>1</sup> CME Content: Definition and Examples. Accreditation Council for Continuing Medical Education - [www.accme.org](http://www.accme.org)

<sup>2</sup> „Definition of CME” International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) - [www.iaslc.org](http://www.iaslc.org)

<sup>3</sup> „History of continuing medical education in the United States“ – NCBI Journal, Presse Med. 2001 Mar 17;30(10):493-7.

<sup>4</sup> „Redesigning Continuing Education in the Health Professions“ - Institute of Medicine (US) Committee on Planning a Continuing Health Professional Education Institute. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010. გვ: 235 -240

<sup>5</sup> „Continuing Medical Education in Europe: Evolution or Revolution?“ MedEd Global Solutions, May 2010. გვ: 42-45

<sup>6</sup> Royal Australasian College of Physicians. Review of the maintenance of professional standards program, 1999. [www.racp.edu.au](http://www.racp.edu.au) (Accessed October 1999.)

<sup>7</sup> Garattini L, Gritti S, De Compadri P, et al. Continuing Medical Education in six European countries: A comparative analysis. Health Policy. 2010;94:246–54. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.09.017. . Epub 2009 Nov 12

<sup>8</sup> „The effectiveness of continuing medical education for specialist recertification“ –Canadian Urological Association Journal Can Urol Assoc J. 2013 Jul-Aug; 7(7-8): 266–272. Published online 2013 Aug 19. doi: 10.5489/cuaj.378

<sup>9</sup> „Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons“ – The BMJ Journal Published 12 February 2010) Cite this as: BMJ 2000;320:432

<sup>10</sup> Continuing Medical Education in Europe: Evolution or Revolution? Eric Jean Desbois, Helios Pardell, Alfonso Negri, Thomas Kellner, Peter Posel, Thomas Kleinoeder, Bernard Maillet. MedEd Global Solutions, May 2010. გვ -6-10

<sup>11</sup> “Johns Hopkins patient safety research” Release Date: May 3, 2016

[https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study\\_suggests\\_medical\\_errors\\_now\\_third\\_leading\\_cause\\_of\\_death\\_in\\_the\\_us](https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us)

<sup>12</sup> Source: Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care (The Commonwealth Fund, July 2017) Rate of medical errors.

<https://www.healthsystemtracker.org/indicator/quality/rate-medical-errors/>

<sup>13</sup> საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს რეგულირების სააგენტოს 2018 წლის ანგარიში. პროფესიული რეგულირება: <http://rama.moh.gov.ge/geo/list/9/profesiuli-regulireba>

<sup>14</sup> საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2017 წლის მონაცემები

[http://www.geostat.ge/?action=page&p\\_id=196&lang=geo](http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=196&lang=geo)

<sup>15</sup> საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N478 „უმაღლესი შემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ“

<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/115330?publication=0>

<sup>16</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 22/01/2004წ N 25/ნ ბრძანება: „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადის გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისთვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/57460?publication=0>

<sup>17</sup> საქართველოს პრეზიდენტის 2006 წლის 24 მარტის ბრძანებულება №226 „სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის რეორგანიზაციის შესახებ“

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/97684?publication=0>

<sup>18</sup> საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ 10/12/1997.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?publication=41>

<sup>19</sup> საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ. 2001 წ. 8 ივნისი

[http://ssa.gov.ge/files/01\\_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30-03.pdf](http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30-03.pdf)

<sup>20</sup> საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 19 ივლისი ბრძანებამ №01-3/ნ „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე, პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4265442?publication=0>

<sup>21</sup> „ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და სამართლებრივი ანალიზი“ საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა. მაისი 2017 წ.

<sup>22</sup> საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება N478 „უმაღლესი შემდგომი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ“  
<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/115330?publication=0>