

განათლება

**სამედიცინო განათლების რეფორმა საქართველოში:
გამოცდილება, მომავლის ხედვა**

**Medical education reform in Georgia: experience & vision
for the future**

Avtandil Jorbenadze

doctor of medicine,
Chapidze Emergency Cardiology Center
Chairman of the Supervisory Board
ORCID ID: 0000-0001-5008-8600
Avtandil.jorbenadze@ecc.ge
599409010

Tengiz Verulava

doctor of medicine,
Professor at Caucasus University
ORCID ID: 0000-0001-8110-5485
tverulava@cu.edu.ge
577284849

Abstract

As a result of the reorientation in the health sector in Georgia, the foundation was laid for a new system of medical education, built on modern principles. However, the main difficulty in implementing the reforms was the scarce and incomplete state funding of continuing medical education. The health care system suffered from a chronic lack of funding, as the state often did not fulfill its promised obligations. As a result, continuing medical education and recertification cost doctors a significant amount of money.

Since 2003, the approach to the system of continuing medical education has changed, according to which the medical market should be based on self-regulation mechanisms, and medical personnel should be guided by the principles of self-development. As a result, since 2006, continuing medical education of medical personnel has ceased to be a prerequisite. Mechanisms for re-certification of doctors have also been abolished.

Currently, continuing medical education in Georgia is voluntary. A certificate of independent medical practice is issued for life and a doctor is not required to re-certify. For comparison, in the overwhelming majority of European countries, participation in continuing medical education is mandatory. For example, in Austria, Germany, Italy, Switzerland and Hungary, continuing

medical education is compulsory for physicians, while in Norway it is compulsory for general practitioners.

The country's existing medical education system (higher education, residency, continuing medical education and professional development) needs further reform in order to balance the new flow of doctors in the health sector and increase the role of nurses. Given that there is a direct relationship between patient safety, quality of medical care and continuing medical education, it is necessary to ensure compulsory continuing medical education based on the best international experience. Georgia is a European-oriented country, we are likely to soon become members of the European Union, and therefore, along with many other parameters, our medical education system must develop in accordance with the requirements of the European Union.

Key words: medical education, reform, Georgia.

ავთანდილ ჯორბენაძე

მედიცინის დოქტორი

ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის

სამეთვალყურეო საბჭოს თავმჯდომარე

ORCID ID: 0000-0001-5008-8600

Avtandil.jorbenadze@ecc.ge

t. 599409010

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის დოქტორი

კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

ORCID ID: 0000-0001-8110-5485

tverulava@cu.edu.ge

t. 577284849

აბსტრაქტი

დამოუკიდებელ საქართველოში ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული რეორიენტაციის შედეგად საფუძველი ჩაეყარა თანამედროვე პრინციპებზე აგებული სამედიცინო განათლების ახალ სისტემას, რომელიც ეხმიანებოდა მსოფლიოს უახლეს გამოცდილებას. თუმცა, რეფორმების გატარებაში უმთავრეს სირთულეს წარმოადგენდა სახელმწიფოს მხრიდან უწყვეტ სამედიცინო განათლებაზე გამოყოფილი მწირი და არასრული დაფინანსება. ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს, რადგან სახელმწიფო ხშირად ვერ ახდენდა დაპირებული ვალდებულებების დაფინანსებას. შედეგად, უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიღება და რესერტიფიცირება ექიმებს საკმაოდ დიდი თანხა უჯდებოდათ.

2003 წლიდან შეიცვალა მიდგომა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის მიმართ, რომლის მიხედვით სამედიცინო ბაზარი თვითრეგულირების მექანიზმებს უნდა დაყრდნობოდა, ხოლო სამედიცინო პერსონალს თვითგანვითარების პრინციპებით უნდა ეხელმძღვანელა. შედეგად, 2006 წელს საქართველოს პრეზიდენტის „სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის რეორგანიზაციის შესახებ“ ბრძანებულება №226 საფუძველზე სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლება სავალდებულო პირობას აღარ წარმოადგენდა. გაუქმდა აგრეთვე ექიმთა და საშუალო მედპერსონალის რესერტიფიცირების მექანიზმები.

დღეისათვის საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლება ნებაყოფლობითია. დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის დამატურებელი სერთიფიკატი გაცივმა 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. შედარებისათვის, ევროპის ქვეყნების დიდ უმრავლესობაში უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობა სავალდებულოა. მაგალითისთვის, ავსტრიაში, გერმანიაში და უნგრეთში უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობა ექიმებისთვის სავალდებულოა, იტალიაში ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმებისათვის, ხოლო შვეიცარიაში ექიმთა ფედერაციის წევრებისთვის უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობა სავალდებულოა, ნიდერლანდებში და ნორვეგიაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში სავალდებულოა.

ქვეყანაში მოქმედი სამედიცინო განათლების სისტემა (დიპლომამდელი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) საჭიროებს შემდგომ რეფორმირებას, რათა მოხდეს ჯანდაცვის სექტორში ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექიმების ახალი ნაკადის დაბალანსება და ექთნების როლის ამაღლება. იმის გათვალისწინებით, რომ არსებობს პირდაპირი კორელაცია პაციენტის უსაფრთხოებას, სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და უწყვეტ სამედიცინო განათლებას შორის, საჭიროა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულოობის უზრუნველყოფა, რომელიც დაემყარება საუკეთესო საერთაშორისო გამოცდილებას. საქართველო - ევროპული ორიენტაციის ქვეყანაა, სულ მალე, ალბათ, ევროკავშირის წევრები გავხდებით და ამდენად, სხვა მრავალ პარამეტრთან ერთად, ჩვენი სამედიცინო განათლების სისტემაც ევროგაერთიანების მოთხოვნების მიხედვით უნდა იყოს ჩამოყალიბებული.

საკვანძო სიტყვები: მედიცინა, რეფორმა, სამედიცინო განათლება, ჯანდაცვის სისტემა.

ქართული სამედიცინო განათლების ფესვები ჯერ კიდევ ლეგენდარული მედეადან და ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილისა და მათი მრავალრიცხოვანი თანამოაზრეებიდან იღებს სათავეს (Shengelia, 199; 38-41). ქართული სამედიცინო აზროვნება, ჩვენი სამედიცინო კულტურა არა მარტო ადამიანისადმი სამედიცინო დახმარების ხელოვნებაა, არამედ ის ჩვენი ერის კულტურის უმნიშვნელოვანესი ნაწილი, ქვეყნის ცივილიზებულიობის ერთ-ერთი უმთავრესი გარანტიაა.

სწორედ ამ ტრადიციების გაგრძელებაა 1918 წელს თბილისის უნივერსიტეტის გახსნა, რომელიც იყო პირველი ეროვნული უნივერსიტეტი არამარტო საქართველოში, არამედ მთელ კავკასიაში. იმავე წლის შემოდგომაზე გაიხსნა საბუნებისმეტყველო და სამკურნალო ფაკულტეტები. უნივერსიტეტის პროფესორთა საბჭოს მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებაში აღნიშნული იყო:

„სამკურნალო ფაკულტეტი აუცილებელია უნივერსიტეტისათვის, ამ ფაკულტეტზე ჩვენი ხალხის შვილების ლტოლვა ყოველთვის ძლიერი იყო. მისი შექმნა ნიშნავს დიდ გამარჯვებას ამ საქმისა...“

საქართველოს დამოუკიდებლობის დაკარგვის შემდეგ საბჭოთა პერიოდში მიუღებელი გახდა ერთიანი მძლავრი უნივერსიტეტის არსებობა და საერთოდ ქვეყანაში სპეციალისტების საუნივერსიტეტო მომზადების სისტემა. საბჭოთა, რეჟიმმა სცადა მისი დარღვევა და სხვადასხვა წამყვანი დარგების ინსტიტუტებად გამოყოფა. საყოველთაოდ ცნობილია, საუნივერსიტეტო განათლება საინსტიტუტოსაგან იმითაც განსხვავდება, რომ უნივერსიტეტი ამზადებს არა მარტო ვიწრო სპეციალისტებს, არამედ ერს უზრდის ფართო ერუდიციის მქონე მოქალაქეებს, მამულიშვილებს. შესაბამისად, მიზანი მარტივი იყო - სპეციალისტების მომზადების პროცესში ქვეყნის საუკეთესო ახალგაზრდობისთვის მოღვაწეებად, მამულიშვილებად ჩამოყალიბებისათვის ბარიერების შექმნა.

1930 წელს ჩამოყალიბდა სამედიცინო ინსტიტუტი. ამით ცდილობდნენ, სამედიცინო განათლება საინსტიტუტო აღზრდის არტახებში მოექციათ, მაგრამ 10-წლიანი სამედიცინო საუნივერსიტეტო განათლების ტრადიციები არასოდეს არ ჩამქრალა. მისი კედლებიდან გამოდიოდნენ არამარტო ბრწყინვალე ექიმები, არამედ თვალსაჩინო ეროვნული მოღვაწეები. ისინი არა მარტო ჩვენი მოსახლეობის სხეულს კურნავდნენ, არამედ, უპირველესად, ერის სულიერი სიჯანსაღის ერთ-ერთ დარაჯებად იდგნენ.

ადამიანური კაპიტალის ფორმირებაში მნიშვნელოვანია ინვესტიციები როგორც განათლებაში ასევე ჯანმრთელობაში. ადამიანური კაპიტალის კონცეფციის მიხედვით, რომელიც შეიმუშავეს ნობელის პრემიის ლაურეატებმა ტ. შულცმა, გ. ბეკერმა და მ. გროსმანმა, ადამიანის კეთილდღეობისათვის, ეკონომიკური ზრდისათვის საჭიროა განათლებული და ჯანმრთელი მოსახლეობა (ვერულავა, 2019).

განათლებას და ჯანმრთელობას აქვს ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი მნიშვნელობა, რადგან განათლებას და ჯანმრთელობას სარგებელი მოაქვს როგორც ადამიანისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის, საერთოდ ქვეყნის კეთილდღეობისათვის (ვერულავა, 2021). რაც უფრო განათლებული და ჯანმრთელია ადამიანი, მით უფრო იზრდება მისი პროდუქტიულობა, რაც თავის მხრივ ზრდის არამარტო ადამიანის, არამედ ქვეყნის შემოსავლებს, რადგან რაც უფრო მეტი განათლებული და ჯანმრთელია მოსახლეობა, მით უფრო მზარდი და მდგრადია ეკონომიკა (Verulava, Dangadze, 2018: 401-406; Verulava, 2019: 57-62). განათლების და ჯანმრთელობის კაპიტალის კონცეფციის საფუძველზე განვითარებული ქვეყნების მთავრობებმა პრიორიტეტად გამოაცხადეს განათლებისა და ჯანდაცვის სფეროები და გაზარდეს მათში სახელმწიფო ინვესტიციები.

უმაღლესი განათლება და პროფესიული ცოდნა განაპირობებს ქვეყნის ეკონომიკურ სიძლიერეს, რაც თავისთავად პოზიტიურად ცვლის სოციალურ ფონს. ამ მხრივ, მიუხედავად იმისა, რომ დღეს საქართველოში მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობაა, განათლება ჯერ კიდევ არ არის პრიორიტეტი. ამას ადასტურებს განათლებაზე სახელმწიფო ხარჯები, რომელიც შეადგენს მშპ-ის 2.8%-ს. ამ მონაცემით საქართველო ქვეყნების ასეულშიც კი ვერ შედის განათლებაზე გამოყოფილი ხარჯების / მშპ-ს შეფარდების მიხედვით.

მოსწავლეთა შეფასების საერთაშორისო პროგრამის (PISA - Programme for International Student Assessment) უახლესი კვლევის შედეგებით წაკითხულის გააზრების, მათემატიკისა, და საბუნებისმეტყველო მეცნიერებების დაჯამებული ქულის მიხედვით, საქართველო 78 ქვეყნიდან 70-ე ადგილს იკავებს; ხოლო მსოფლიო ბანკის “ადამიანური კაპიტალის ინდექსი“ გვიჩვენებს რომ საქართველოს სკოლის მოსწავლეებში მოსალოდნელი პროდუქტიულობა ყველაზე დაბალია რეგიონის და განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით; მიუხედავად გატარებული ღონისძიებებისა, მასწავლების საშუალო ხელფასი მაინც დაბალი რჩება და 40%-ით ჩამოუვარდება ქვეყნის საშუალო ხელფასს, ხოლო მასწავლებლის პროფესია უფრო ნაკლებად მიმზიდველია. შედეგად, მასწავლებლების რაოდენობა მცირდება (PISA 2018).

საქართველოში არსებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემა ჯერ კიდევ საბჭოთა პერიოდიდან ვერ პასუხობდა თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებს და თანამედროვეობის მზარდ მოთხოვნებს. სამედიცინო პროფესიის პრესტიჟულობამ, დიპლომის (და შესაბამისად საექიმო მოღვაწეობის უფლების) მიღების სიმარტივემ და საბჭოთა პროფესიული დახელოვნების სისტემაში არსებულმა ნაკლოვანებებმა გამოიწვია საექიმო კადრების სიჭარბე და შედარებით დაბალი კვალიფიკაცია.

1991 წლამდე საქართველოში არსებობდა მხოლოდ ერთი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი (ამჟამად თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი), რომელშიც მისაღები გამოცდების კონკურსი საკმაოდ მაღალი იყო. საბჭოთა სამედიცინო საგანმანათლებლო სისტემისათვის დამახასიათებელი იყო ექიმთა ადრეული სპეციალიზაცია, რაც ერთი მხრივ, გამოიხატებოდა უკვე პირველ კურსზე სპეციალობის არჩევაში (პედიატრი, ჰიგიენისტი) და მეორეს მხრივ, მე-6 კურსზე სამკურნალო ფაკულტეტის სუბორდინატურაში, მედიცინის ძირითადი სპეციალობების მიხედვით (თერაპია, ქირურგია, მეან-გინეკოლოგია) ორიენტირებული განათლების მიღებაში. 1970-იან წლებში შემოვიდა დამატებით ერთწლიანი ინტერნატურა, რომლის ძირითადი დანიშნულება იყო ექიმის დიპლომისშემდგომი ტრენინგება სუბორდინატურაში მიღებულ სპეციალობაში. რაც შეეხება სხვა სპეციალობების ექიმებს, მათი მომზადება ხორციელდებოდა ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში სპეციალურ ციკლებზე სწავლების მეშვეობით, რომელთა ხანგრძლივობა მერყეობდა 1-დან 5 თვემდე.

განვითარებულ ქვეყნებში დიპლომამდელ ეტაპზე სამედიცინო სასწავლებლებში ფაკულტეტებად დაყოფის პრაქტიკა არ არსებობდა და ექიმი-სპეციალისტების მომზადება იწყება დიპლომისშემდგომ ეტაპზე, რაც სულ ცოტა 3-4 წელს გრძელდება, ხოლო ზოგ სპეციალობაში - 7-8 წელს.

სამედიცინო განათლების საბჭოთა სისტემა ხელს უწყობდა ექიმთა როგორც საერთო რაოდენობის, ასევე ვიწრო სპეციალისტთა სიჭარბეს. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი ყოველწლიურად 600-800 კურსდამთავრებულ ექიმს უშვებდა შრომით ბაზარზე (Chanturidze, 2009; Gamkrelidze, Atun, Gotsadze, MacLehose, 2002).

ჯანმოს მონაცემების თანახმად, 1980 წელს საქართველოში კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი 10000 მოსახლეზე შეადგენდა 30,09-ს, რაც თითქმის ორჯერ მეტი იყო საბჭოთა კავშირის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით. 1988 წელს კურსდამთავრებულების მაჩვენებელი კიდევ უფრო გაიზარდა და 10000 მოსახლეზე შეადგენდა 52,52-ს. 1988 წლის მონაცემებით საქართველოში მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სისტემაში მუშაობდა 23 916 ექიმი.

არსებული მდგომარეობა კიდევ უფრო გართულდა დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, როდესაც პოლიტიკური კატაკლიზმების პერიოდში, ხელისუფლებაზე ზეწოლის შედეგად მკვეთრად გაიზარდა უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების და მასში ჩარიცხულ აბიტურიენტთა რაოდენობა. პოლიტიკური დივიდენდების იოლად მოპოვების სურვილს ეწირებოდა სამედიცინო განათლების განვითარება. 1989 წელს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში ჩარიცხა 1400-

მდე აბიტურიენტი (პრაქტიკულად ყველა, ვინც მისაღებ გამოცდებზე მიიღო დადებითი შეფასება). 1990 წელს სამედიცინო ინსტიტუტის მოსამზადებელი განყოფილების 1300-მდე კურსდამთავრებული, რომლებმაც მისაღებ გამოცდებზე მიიღეს უარყოფითი შეფასება, ჩაირიცხნენ თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში, რომელსაც მანამდე დიპლომამდელი სწავლების არავითარი გამოცდილება არ ჰქონია.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა, რომელმაც უფრო გაართულა არსებული მდგომარეობა წარმოადგენდა 1991 წლის 14 ივნისს საქართველოს უზენაესი საბჭოს მიერ მიღებული დადგენილებ “საქართველოს რესპუბლიკაში ფასიანი სასწავლებლების შესახებ”, რომლის თანახმადაც შესაძლებელი გახდა კერძო უმაღლესი სასწავლებლების გახსნა სათანადო რეგულაციების დანერგვის გარეშე. აღნიშნული ცვლილების შედეგად ქვეყანაში დაიწყო კერძო უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულების დაფუძნების «ეპიდემია». სამედიცინო სასწავლებლების გახსნის გამარტივებული წესების დაკანონებამ საფუძველი ჩაუყარა იმ უკონტროლო პროცესს, რომლის შედეგი გახდა სამედიცინო სასწავლებლების და სტუდენტების სიჭარბე (გამყრელიძე და სხვები, 1998).

1995 წლისთვის საქართველოს განათლების სამინისტროში რეგისტრირებული იყო 36 უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელი (მათ შორის 1 სახელმწიფო). არაოფიციალური ცნობების თანახმად საქართველოში ფუნქციონირებდა აგრეთვე არარეგისტრირებული სასწავლებლები. უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში 1996 წელს სწავლობდა 12000-ზე მეტი სტუდენტი. ექსპერტთა შეფასებით, საქართველოს ექიმების ჭარბ რაოდენობას, რომლის სიდიდე 3-4-ჯერ აღემატებოდა ქვეყნის რეალურ საჭიროებას, ყოველწლიურად კიდევ შეემატებოდა 2000-ზე მეტი სამედიცინო დარგის სპეციალისტი (ნორმატიული აქტები, 1996). 10 ათას მოსახლეზე გადაანგარიშებით ექიმთა რაოდენობა 1,8-ჯერ აღემატებოდა გერმანიის, 1,9-ჯერ აშშ-ის, 2,2-ჯერ კანადის და 4,8-ჯერ ინგლისის შესაბამის მაჩვენებლებს.

ევროპისა და ამერიკის სხვადასხვა ქვეყნების სამედიცინო განათლების სისტემების სტრუქტურის ანალიზის შედეგებისა და ევროგაერთიანების რეკომენდაციების მიხედვით, რომელიც ეყრდნობა ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობას, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას ნორმალური ფუნქციონირებისათვის ყოველწლიურად ესაჭიროება 350 კურსდამთავრებული ექიმი და 1400 კურსდამთავრებული ექთანის. სამედიცინო განათლების ექსპერტების რეკომენდაციების თანახმად საქართველოს ესაჭიროება 2 სამედიცინო სკოლა.

სასწავლებლების უმრავლესობაში მისაღებ გამოცდებს ჰქონდა ფორმალური ხასიათი, მისაღები გამოცდების კონკურსის მაჩვენებლებით თითოეულ მისაღებ ადგილზე კანდიდატთა რაოდენობა საშუალოდ

1,2-დან 1,3-მდე შეადგენდა. სწავლების ღირებულების და მისი მინიმუმის დადგენის ერთიანი პოლიტიკის რაიმე წესი არ არსებობდა. ფასწარმოქმნას სამედიცინო განათლების სისტემაში არ გააჩნდა შესაბამისი ეკონომიკური ბაზისი.

სამედიცინო სასწავლებლების უმრავლესობაში სწავლება მიმდინარეობდა საბჭოთა ეპოქის უნიფიცირებული სასწავლო გეგმებისა და პროგრამების საფუძველზე შედგენილი საკუთარი სასწავლო გეგმებითა და პროგრამებით. თანამედროვე განვითარებული ქვეყნების სწავლების პროგრამების მიხედვით სასწავლო პროცესი მიმდინარეობდა მხოლოდ რამოდენიმე უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელში. პედაგოგთა სპეციალობა ხშირად არ შეესაბამებოდა იმ სასწავლო დისციპლინას, რომელსაც ისინი ასწავლიდნენ. სამედიცინო სასწავლებლების კლინიკურ ბაზებთან ხელშეკრულებების ანალიზმა აჩვენა, რომ ფაქტიურად არ არსებობდა სტუდენტთა მომზადების პირობები.

სამედიცინო განათლების რეფორმის კონცეფცია

სამედიცინო განათლების სრულყოფა ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციის კონცეფციის 13 მიმართულებიდან ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს მიმართულებას წარმოადგენდა (ჯორბენაძე, ვერულავა, 2021). ამ მხრივ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ერთ-ერთ პირველ უწყებას წარმოადგენდა, რომელმაც ხელი მოჰკიდა ამ რთული და მეტად ფაქიზი პრობლემის შესწავლასა და მოწესრიგებას.

უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის რეფორმირების დოკუმენტების პაკეტი საქართველოს მინისტრთა კაბინეტს ჯერ კიდევ 1995 წლის ივლისში წარედგინა. იგი წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პაკეტის ნაწილს და ითვალისწინებდა სამედიცინო განათლების სფეროში არსებული ქაოსური პროცესების მოწესრიგებას, სამედიცინო კადრების სწავლებასა და პროფესიული მომზადების დონის ამაღლებას. იმის გამო, რომ სამედიცინო განათლების რეფორმა მოითხოვდა რადიკალურ ნაბიჯებს, მაშინდელმა მინისტრთა კაბინეტმა სხვადასხვა ობიექტური და სუბიექტური მოსაზრებებით განათლების ნაწილი ამოიღო დადგენილებიდან, რითაც მთელი ერთი წლით გადაიდო სამედიცინო განათლებაში არსებული პრობლემების მოწესრიგების დასაწყისი.

მიუხედავად სირთულეებისა, ჯანდაცვის სამინისტრომ მსოფლიო ბანკის აქტიური მხარდაჭერით მოამზადა პრეზიდენტის 1996 წლის 11 ივნისის N379 ბრძანებულება “საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ”, რომლის უმთავრეს ღონისძიებებს შეადგენდა (ნორმატიული აქტები, 1996):

1. საქართველოს ტერიტორიაზე ახალი უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების გახსნის შეჩერება სათანადო რეგულირების მექანიზმების მიღებამდე;

2. სახელმწიფო რეგისტრაციის და ლიცენზიის მქონე უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებს უნდა გაევიდეთ ატესტაცია და აკრედიტაცია;

3. საქართველოს ტერიტორიაზე მოქმედი სამედიცინო სასწავლებლების დიპლომებს და სერთიფიკატებს მხოლოდ მაშინ მიენიჭებოდა იურიდიული ძალა, თუ მათ გასცემდა სასწავლებელი, რომელსაც დადენილი წესით გავლილი ჰქონდა სახელმწიფო რეგისტრაცია, ლიცენზირება, ატესტაცია და აკრედიტაცია.

4. უნდა დაწყებულიყო უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში მისაღები კონტინგენტის თანმიმდევრული ლიმიტირება;

5. უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლები უნდა დაყოფილიყო 2 და 3 ეტაპიან სასწავლებლებად. ორ ეტაპიან სამედიცინო სასწავლებლებში სწავლების ვადა განისაზღვრა არანაკლებ 5 წლით (საბაზისო და კლინიკური დისციპლინების სწავლება), ხოლო სამ ეტაპიანი სწავლება - მინიმუმ 7 წლით (საბაზისო და კლინიკური დისციპლინების სწავლება და 2 წლიანი ზოგადი რეზიდენტურა);

6. სხვადასხვა სპეციალობის ექიმთა პროფესიული დონის ამაღლებისათვის შემოღებულ იქნა მათი მომზადება ზოგად და დარგობრივ რეზიდენტურებში;

7. უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებელთა დიპლომიან კურსდამთავრებულებს დამოუკიდებელი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობის უფლება ეძლეოდათ სწავლების მესამე ეტაპის დამთავრების შემდეგ სახელმწიფო სალიცენზიო გამოცდის ჩაბარების საფუძველზე.

8. თანამედროვე დონის ექიმთა პროფესიული მომზადების მოთხოვნების, აგრეთვე სხვადასხვა სპეციალობის ექიმთა ქვეყანაში არსებული რეალური საჭიროების გათვალისწინებით ყოველწლიურად უნდა განსაზღვრულიყო დარგობრივი რეზიდენტურების ადგილები. დარგობრივი რეზიდენტურის პროგრამებით მოსამზადებელი კონტიგენტის შერჩევა უნდა მოწყობილიყო საერთო კონკურსის საფუძველზე.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს დაევალა:

- საქართველოში სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირების პროცესის დაწყებისათვის საჭირო ნორმატიული აქტებისა და დოკუმენტების შემუშავება;

- სტრუქტურული ერთეულის ჩამოყალიბება, რომელიც უზრუნველყოფს საქართველოში სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირების მოწყობას და ამისათვის საჭირო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შექმნას;

- თანამედროვე დონის ექიმთა პროფესიული მომზადების მო-
თხოვნების, აგრეთვე სხვადასხვა სპეციალობის ექიმთა ქვეყანაში
არსებული რეალური საჭიროების გათვალისწინებით დარგობრივი
რეზიდენტურების ვაკანტური ადგილების ყოველწლიური განსაზღვრა.

- ექიმთა პროფესიული მომზადებისათვის ზოგად და დარგობრივ
რეზიდენტურაში კანდიდატების საერთო კონკურსის საფუძველზე
მიღების დებულების და წესის შემუშავება და დამტკიცება.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს და ეკონომიკის
სამინისტროს დაევალა:

- საქართველოს უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში მისაღები
კონტინგენტის თანმიმდევრული ლიმიტირების პროგრამის და წესის
შემუშავება და დამტკიცება;

- თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში პროფე-
სორ-მასწავლებელთა მატერიალური ანაზღაურების გაუმჯობესების
ღონისძიებათა გეგმის შემუშავება.

მსოფლიო ბანკის ექსპერტებთან ერთად შემუშავებულ იქნა ის
ძირითადი მიმართულებანი, რომელთა მიხედვითაც უნდა მომხდა-
რიყო სამედიცინო საგანმანათლებლო სისტემის მოდერნიზაცია. მსოფ-
ლიო ბანკის მხრიდან წამოყენებულ იქნა სპეციალური პირობები, რო-
მელთა ქართული მხარის მიერ დაკმაყოფილება აუცილებელი იყო
კრედიტის გამოსაყოფად. ამ პირობებს მიეკუთვნებოდა: მედიცინის
გარკვეულ სპეციალობებში რეზიდენტურების პროგრამების ანუ პოსტ-
დიპლომური მზადების სარეგულაციო ნორმატივების მიღება, სამე-
დიცინო პერსონალისა და სამედიცინო უმაღლესი და საშუალო სასწავლო
დაწესებულებების აკრედიტაციისა და ლიცენზირებისათვის ნორმა-
ტიული აქტების მიღება და, რაც მეტად მნიშვნელოვანია, სამედიცინო
სასწავლო დაწესებულებებისათვის ყოველწლიურად მისაღები კონ-
ტინგენტის ლიმიტის დაწესება. მსოფლიო ბანკის ეგიდით, ჯანმრთე-
ლობის დაცვის სამინისტროს სპეციალისტებისა და უცხოელი ექსპერტების
მიერ ერთობრივად მომზადებულ იქნა რეზიდენტურის პროგრამები.

სამედიცინო განათლების სისტემის რეორიენტაცია ეფუძნებოდა
მსოფლიოს წამყვან ქვეყნებში აპრობირებული, ერთი მხრივ უმკაცრეს
რეგულაციებს და მეორე მხრივ, „მოთხოვნა-მიწოდების“ საბაზრო პრინ-
ციპს ანუ კონკურენტუნარიანი ჯანდაცვის მუშაკების შენარჩუნებას
და მომზადებას, რისი მიღწევა უწყვეტი სამედიცინო განათლების
უზრუნველყოფით და ცოდნის ხარისხის მაკონტროლებელი და მარე-
გულირებელი მექანიზმებით არის შესაძლებელი. ამ მექანიზმებს
წარმოადგენენ სერთიფიცირების, ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის
პროცედურები.

სერთიფიცირება არის პროცესი, რომლის შედეგადაც წარმოიშობა
შრომის ცოდნის ხარისხის დამადასტურებელი დოკუმენტი - სერთი-

ფიკატი. სერთიფიკატის მიზანია დაარწმუნოს მომხმარებელი იმაში, რომ სერთიფიცირებულ მედიკოსს წარმატებით აქვს გავლილი განათლების არსებული პროგრამა, ჩაბარებული აქვს გამოცდა ამ პროგრამით, შეფასებულია მისი ცოდნა, გამოცდილება და საჭირო პრაქტიკული დახელოვნება, რაც უზრუნველყოფს სპეციალისტის მიერ პაციენტის მომსახურების სტანდარტის შესაბამის ხარისხს.

სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის შედეგად წარმოქმნილი სიახლეების შესაბამისად იზრდება სერთიფიცირების მოთხოვნები, რაც განაპირობებს ახალი სასწავლო პროგრამის ათვისების აუცილებლობას და შესაბამისად გამოცდას - რესერთიფიცირებას. რესერთიფიცირების მიზანია შემოწმდეს მაძიებლის უწყვეტი კომპეტენტურობა იმ სპეციალობაში, რომელშიც იგი თავდაპირველად იყო სერთიფიცირებული. სხვადასხვა სპეციალობისათვის რესერთიფიკატის მოქმედების ხანგრძლივობა სხვადასხვა შეიძლება იყოს.

ლიცენზირება არის რაიმე საქმიანობაზე უფლების მოპოვების პროცესი, ხოლო ლიცენზია არის უფლების დამადასტურებელი დოკუმენტი. სამედიცინო ლიცენზია არის ექიმისათვის პროფესიულ საქმიანობაზე ნების დართვის დოკუმენტი. ექიმს პრაქტიკული მოღვაწეობის უფლება ეძლევა მხოლოდ სერთიფიკატის მოპოვების შედეგად. ლიცენზია ექიმს განუსაზღვრავს მისი საქმიანობის მიმართულებას და მოცულობას. სამედიცინო ლიცენზიებს გასცემს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული სპეციალური სტრუქტურა. ლიცენზიამ შეიძლება დაკარგოს ძალა თუ ექიმი არ მოქმედებს დადგენილი კანონის და კომპეტენციის ფარგლებში.

ატესტაცია წარმოადგენს სახელმწიფო საგანმანათლებლო სტანდარტებსა და ნორმატივებთან სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების შესაბამისობის დადგენას. აკრედიტაცია არის ატესტაციის შედეგების ანალიზი და მის საფუძველზე სასწავლო დაწესებულების რეიტინგული შეფასება, სასწავლებლის დონისა და სტატუსის განსაზღვრა. ატესტაციის და აკრედიტაციის დანიშნულებაა: სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების მიზნის და ამოცანების (ანუ რომელი პროფილისა და როგორი დონის პროფესიულ კადრებს ამზადებს) შეფასება; სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების პედაგოგიური და მატერიალურ-ტექნიკური პოტენციალის, აგრეთვე ჩატარებული მუშაობის შედეგების სახელმწიფო სტანდარტებთან და პროფესიული კადრების მზადების თანამედროვე მოთხოვნილებებთან შესაბამისობის დადგენა. ატესტაციის და აკრედიტაციის პროცედურის საფუძველზე სახელმწიფო გასცემს ოფიციალურ გარანტიას (სტუდენტებისათვის, სამედიცინო პერსონალისათვის, ჯანდაცვის დაწესებულებისათვის და საზოგადოებისათვის) იმის შესახებ, რომ აკრედიტირებულ სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სასწავლო

პროცესი ტარდება სახელმწიფო სტანდარტების მოთხოვნილებების შესაბამისად, რაც უზრუნველყოფს თანამედროვე დონის სამედიცინო კადრების განათლებას და პროფესიულ მომზადებას.

სერთიფიკაციის, ლიცენზირების და აკრედიტაციის პროცედურები მთელ რიგ ქვეყნებში სხვადასხვა სტრუქტურები (სახელმწიფო ან საზოგადოებრივი) ახორციელებენ. აშშ-ში სამედიცინო განათლების სასწავლო პროგრამის და სერთიფიკატის სტანდარტული მოთხოვნების მაკრედიტირებელ ორგანოდ ითვლება ამერიკელ მედიკოსთა ასოციაცია.

1990-იან წლებში საქართველოში პროფესიული ასოციაციების ტრადიციები თითქმის არ არსებობდა. პროფესიული საზოგადოებები განიცდიდა ტრანსფორმაციის სირთულეებს და ვერ იღებდნენ თავის თავზე მაღალი დონის საზოგადოებრივი კონტროლის ფუნქციას. შესაბამისად, საკადრო პოლიტიკის რეორიენტაციის მექანიზმების ამოქმედება გარკვეულ დრომდე ისევ სახელმწიფო სტრუქტურების დონეზე დარჩა

უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების ატესტაცია-აკრედიტაცია ერთ-ერთ საკვანძო საკითხს წარმოადგენდა უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების ატესტაცია-აკრედიტაციის პროცესი, რადგან რეფორმით გათვალისწინებული თითქმის ყველა საკითხის მართებული და დროული გადაწყვეტა სწორედ ამ პროცესის გამართულად და მაღალ დონეზე ჩატარებასა და მიღებულ შედეგებზე იყო დამოკიდებული.

1996წლიდან ფუნქციონირება დაიწყო საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს და განათლების სამინისტროს მიერ შექმნილმა სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების საატესტაციო და სააკრედიტაციო კომისიამ. სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ატესტაცია განისაზღვრა სავალდებულოდ 5 წელიწადში ერთხელ. შემუშავდა უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების ატესტაცია-აკრედიტაციის ერთიანი კრიტერიუმები და წესები, დებულება და უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების თვითშეფასების კითხვარი. თითოეულ სასწავლო დაწესებულებას მისაღები კონტინგენტის რაოდენობა განესაზღვრა აკრედიტაციის შედეგად გამოვლენილი სასწავლებლის პედაგოგიური, მატერიალურ-ტექნიკური და კლინიკური ბაზების პოტენციალის გათვალისწინებით.

1996 წლის 15 ნოემბრიდან დაიწყო უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების და მათი სასწავლო კლინიკური ბაზების ატესტაცია-აკრედიტაციის პროცესი, რომელიც შედგებოდა ორი ეტაპისაგან. პირველ ეტაპზე უმაღლეს სასწავლებლებს მიეცათ წინადადება პასუხი გაეცათ კომისიის მიერ შემუშავებულ თვითშეფასების კითხვარზე, ხოლო მეორე ეტაპზე სპეციალურად შექმნილი ექსპერტთა ჯგუფები ადგილზე ამოწმებდნენ თვითშეფასების კითხ-

ვარში მოყვანილი ინფორმაციის სისწორეს, სწავლობდნენ სასწავლო პროცესის მიმდინარეობას, კლინიკური ბაზების მდგომარეობას და სხვა კერძო საკითხებს. შეიქმნა უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების მონაცემთა კომპიუტერული ბანკი, რომელშიც შეტანილი იქნა საქართველოში არსებული სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების მონაცემები.

1997 წელს დასრულდა უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ატესტაციის პირველი ეტაპი. დადგინდა, რომ სტუდენტთა მზარდი რაოდენობა კიდევ უფრო ართულებდა ისედაც ჭარბი ადამიანთა რესურსების მქონე ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობას. ატესტაცია-აკრედიტაციის პროცესს ეტაპობრივად უნდა მოეგვარებინა უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში არსებული რთული მდგომარეობა ცივილიზებული მეთოდებით. 9 სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებას გადაუვადდა ატესტაცია, რაც გულისხმობდა კონტინგენტის მიღების დროებით შეჩერებას საექსპერტო კომისიის მიერ აღნუსხული ნაკლოვანებების გამოსწორებამდე. დარჩენილ 44 სასწავლებელში მიღება შეწყდა 7 ფაკულტეტზე. 32 სასწავლებელს მიეცა სხვა სასწავლებელთან გაერთიანების რეკომენდაცია. ყველა სასწავლებელს დაუწესდა მისაღები კონტინგენტის ლიმიტი.

უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ატესტაცია ითვალისწინებდა სასწავლო დაწესებულებების დიფერენცირებას ორ და სამეტაპიან სასწავლებლებად, თითოეული ატესტირებული სასწავლებლისათვის მისაღები კონტინგენტის ლიმიტის განსაზღვრას და აკრედიტაციას შესაბამისი პროგრამის მიხედვით. შემუშავდა უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებში მისაღები კონტინგენტის განსაზღვრის პროგრამა ქვეყნის მოთხოვნილებების და სტუდენტთა მომზადების რეალური პირობების გათვალისწინებით.

სამ საფეხურიანი უმაღლესი სამედიცინო განათლება

სამედიცინო საქმიანობა განსაკუთრებულ და სპეციფიურ ცოდნას მოითხოვს, რომელსაც მრავალწლიანი სწავლისა და პრაქტიკის შედეგად ეუფლება ექიმი. სამედიცინო განათლების რეფორმა ითვალისწინებდა სამ საფეხურიანი უმაღლესი განათლების შემოღებას.

დიპლომამდელი უმაღლესი სამედიცინო განათლება გულისხმობს უნივერსიტეტში მიღებულ განათლებას, ანუ უმაღლესი სამედიცინო განათლება (6 სასწავლო წელი). ამ დროს სტუდენტი იძენს შესაბამის პროფესიას, რომელიც დიპლომირებული მედიკოსის სახელითაც არის ცნობილი. ექიმს აქვს უმცროს ექიმად მუშაობის შესაძლებლობა, შესაბამისად არ აქვს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება. უფლება დაასაქმოს უმცროსი ექიმი შესაბამის თანამდებობაზე, ასეთ

დროს ექიმის ფუნქციას უმცროსი ექიმი ასრულებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმის პასუხისმგებლობის ქვეშ.

დიპლომისშემდგომი დახელოვნება ანუ რეზიდენტურა წარმოადგენს საექიმო საქმიანობის შემადგენელ, უმაღლესის შემდგომი პროფესიული მომზადების ეტაპს ერთ-ერთ საექიმო სპეციალობაში. რეზიდენტურის წარმატებით გავლის შემდეგ პირს უფლება აქვს გავიდეს შესაბამის გამოცდაზე, რომლის შედეგადაც მოიპოვებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელ მოწმობას, სახელმწიფო სერტიფიკატს. სერტიფიცირება ეს არის საექიმო პერსონალის პროფესიული ცოდნის დონისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შეფასება. სახელმწიფო სერტიფიკატით განისაზღვრება კონკრეტული სპეციალობა, რომელშიც მუშაობისა უფლებ აქვს ექიმს. შეიძლება ეს იყოს როგორც ფართო პროფილის (პედიატრია) ასევე ვიწრო სპეციალობა (კარდიოლოგია).

ქვეყანაში რეზიდენტურის სისტემას წარმართავს დიპლომის-შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭო. ექიმებისა და ფარმაცევტების დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას უზრუნველყოფს დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტი. რეზიდენტურაში ჩარიცხვა ხდება ერთიანი უნიფიცირებული მისაღები გამოცდების საფუძველზე, კონკურსის წესით. რეზიდენტურაში სწავლა ხორციელდება ორი ფორმით: სახელმწიფო დაფინანსებით და კერძო დაფინანსებით.

უწყვეტი სამედიცინო განათლება. სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების შემდეგ, ექიმს ეძლევა უფლება იმუშაოს დამოუკიდებლად ლიცენზიის შესაბამისი სპეციალობით, მაგრამ მედიცინა სხვა დარგებისგან გამოირჩევა იმით რომ, მედიკოსი (ექიმი) მთელი თავისი პროფესიული საქმიანობის მანძილზე მონაწილეობს საგანმანათლებლო პროცესში. ამგვარად, ექიმის პროფესიული ცხოვრება ერთი უწყვეტი სამედიცინო განათლებაა. უწყვეტი სამედიცინო განათლება 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.

საქართველოში საბჭოთა პერიოდში უწყვეტ პროფესიულ განათლებას უზრუნველყოფდა სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია, რომელიც დაარსდა 1935 წელს ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების ინსტიტუტის სახით. 1941 წელს მას ეწოდა “თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი”, ხოლო 1993 წელს ეწოდა “თბილისის სამედიცინო აკადემია”.

დამოუკიდებელი მოპოვების შემდეგ 1995 წელს დაწყებული ჯანდაცვის რეორიენტაციის უმნიშვნელოვანეს საკითხს წარმოადგენდა ექიმთა დიპლომისშემდგომი განათლების სისტემის სრულყოფა, კერძოდ - რეზიდენტურის და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირების ინსტიტუტების შემოღება. ჯანდაცვის მინისტრის 1996 წლის 13 დეკემბრის ბრძანებით თბილისის სამედიცინო 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 უმაღლესიშემდგომი 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”.

ჩამოყალიბდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების თანამედროვე სისტემა, რომელშიც იმთავითვე განისაზღვრა რომ „საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია“ უნდა გამხდარიყო ევროპის „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპის სააკრედიტაციო საბჭოსა“ და „მედიკოსსპეციალისტთა ევროპული გაერთიანების“ წევრი. აკადემიას დაევალა მისი საქმიანობა გაეგრძელებინა როგორ ექიმებზე ასევე საშუალო სამედიცინო მედ-პერსონალზეც. აკადემიის სტუქტურა და დასახული ამოცანები მთლიანად პასუხობდა იმდროინდელ ევროპულ სტანდარტს რომელიც 2000-იან წლებში ევრო კავშირის ტერიტორიაზე უსწრაფესი ტემპებით ვითარდებოდა. (ბერია, სურგულაძე, გიორგაძე, 2019).

ჯანდაცვის მინისტრის 1997 წლის 27 ოქტომბრის N 426/ო ბრძანების საფუძველზე დამტკიცდა დებულება რეზიდენტურაში სამედიცინო კადრების პროფესიული მზადების შესახებ. დარგობრივი რეზიდენტურის ანუ სამედიცინო კადრების პოსტდიპლომური პროფესიული მზადების პროგრამების მიზანს შეადგენდა მედიცინის სხვადასხვა სპეციალობებში თანამედროვე დონის სპეციალისტების მომზადება.

1998 წელს დაიწყო ექიმთა და ფარმაცევტთა სერთიფიცირების პროცესი. 1998-2001 წლებში გამოცდები ჩატარდა 45 სპეციალობასა და 37 სუბსპეციალობაში, რომელშიც მონაწილეობა მიიღო 23555 ექიმმა და ფარმაცევტმა, ანუ საქართველოში დასაქმებულ ექიმთა 62%-მა. მათგან გამოცდები წარმატებით დაძლია 19950 ექიმმა, რაც სამივე წელს გამოცდაზე გასულთა 87.6%-ია. 2003 წლის 1 იანვრისათვის სერთიფიცირების პროცესში გამოცდებზე გასული 27036 ექიმიდან თავისი ცოდნის დონე და აზროვნების უნარი დაამტკიცა მხოლოდ

23287-მა, ანუ 86,1%-მა, 6972 ახალკურსდამთავრებულთაგან ზოგადი პროფილის ექიმის სპეციალობით გამოცდა წარმატებით ჩააბარა 4531-მა, ანუ მხოლოდ 65,4%-მა (გამყრელიძე, ოსაძე, 2003).

შეიქმნა სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების დეპარტამენტი, რომელიც კოორდინაციას უწევდა სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამას. დეპარტამენტის მიერ მომზადდა რეზიდენტურის პროგრამები ოჯახის ექიმის, შინაგანი მედიცინის, ინფექციურსნეულებათა, ინტენსიური თერაპია-კრიტიკული მედიცინის, პედიატრიის, ნევროლოგიის, ქირურგიის, ტრავმატოლოგია-ორთოპედიის, მეანობა-გინეკოლოგია და პერინატალური მედიცინის, რადიოლოგიის, ფსიქიატრიის, ფთიზიატრიის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტის სპეციალობებში. შეიქმნა უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლისათვის საგანმანათლებლო სტანდარტი.

ოჯახის ექიმის განვითარებაზე ორიენტაცია

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მოდერნიზაციასთან დაკავშირებით აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის ჩამოყალიბება. უმაღლესი სამედიცინო განათლების არსებულმა სისტემამ გამოიწვია ექიმთა როგორც საერთო რაოდენობის, ისე ვიწრო სპეციალისტთა სიმრავლე და საკმაოდ დიდი დისბალანსი ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა და სპეციალისტთა შორის. მაგალითად, საერთაშორისო პრაქტიკით, ექიმთა საერთო რაოდენობაში ზოგადი პრაქტიკისა და ოჯახის ექიმთა წილი 50-60%-ია. საქართველოში პირიქით - ექიმთა 70% არიან ვიწრო სპეციალისტები და ზოგადი პრაქტიკის ექიმები მხოლოდ 30%, მაშინ როდესაც სწორედ ეს უკანასკნელები უნდა აწარმოებდნენ პირველად სამედიცინო დახმარებას, რაც განსაკუთრებით ეფექტურს და შედარებით იაფს ხდის მთლიანად სამედიცინო მომსახურებას. ამიტომაც ჯანდაცვის დარგში მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთი ქვაკუთხედი გახდა პირველად ჯანდაცვასა და ოჯახის ექიმებზე ორიენტირებულ სისტემაზე თანდათანობითი გადასვლა.

ოჯახის ექიმი გახდა ძირითადი საყრდენი ახალი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისათვის და ამდენად მათი პროფესიონალიზმი ერთ-ერთი გადაწყვეტი ფაქტორია სისტემის სრულყოფილი მუშაობისთვის. ამ მიმართულებით მსოფლიო ბანკის პროექტმა აქტიური თანამშრომლობა დაიწყო ბრიტანულ “ნოუ-ჰაუ” ფონდთან. ამ თანამშრომლობის შედეგად შეიქმნა სასწავლო პროგრამა ოჯახის ექიმისათვის და თბილისის რამდენიმე პოლიკლინიკის ბაზაზე განხორციელდა მისი რეალიზაცია.

საექთნო საქმის განვითარების ხელშეწყობა

საბჭოური მოდელის მიხედვით, ექთნები ნაკლებად კვალიფიცირებულნი იყვნენ და ძირითადად წარმოადგენდნენ ექიმთა დამხმა-

რეებს. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში გამოიკვეთა საშუალო სამედიცინო პერსონალის ადგილისა და როლის ახლებური განსაზღვრის აუცილებლობა. ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, საექთნო საქმე წარმოადგენს სამედიცინო სისტემის ცალკე დარგს, რომელიც ემსახურება ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას, უზრუნველყოფს ავადმყოფის მოვლას და ზრუნავს მის გაჯანსაღებაზე (Nursing care, 1987).

საქართველოში ექთნის ფუნქციები გაცილებით ვიწროა, ვიდრე სხვა ქვეყნებში. შესაბამისად, ექთნის სოციალური სტატუსი როგორც საზოგადოებაში, ასევე სამედიცინო დაწესებულებაში გაცილებით დაბალია. ამით აიხსნება, რომ ერთ ექიმზე მოდის 0.9 ექთანი, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში აღნიშნული თანაფარდობა შეადგენს 1 : 2 – 4-თან. ფუნქციების შეზღუდვა და პასუხისმგებლობის შემცირება აქვეითებს საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმს. ექთნების დაბალ პროფესიულ დონეს იწვევს საბაზისო განათლების დაბალი დონე, სამედიცინო ცოდნის უწყვეტი განათლების სისუსტე.

საქართველოში საექთნო საქმიანობის გაძლიერებას ხელი შეუწყო ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსმა, რომელმაც ორგანიზაცია გაუკეთა ექთნების სწავლებას საზღვარგარეთის საექთნო სკოლებში (მაგ., აშშ-ის ჯორჯიის შტატში, ატლანტის საექთნო სკოლაში). (ჯანდაცვის სისტემები, 2002). საექთნო საქმიანობის როლის ზრდა მნიშვნელოვნად განაპირობა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მთავარი ექთნის თანამდებობის შემოღებამ. 1996 წელს შეიქმნა საქართველოს ექთანთა ასოციაცია.

ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ნაციონალურმა ცენტრმა დაიწყო მუშაობა ექთნების ახალი პროფესიული სტანდარტების დამუშავებაზე, სამედიცინო დაწესებულებების მთავარი და უფროსი ექთნების უფლებამოვალეობების გაზრდაზე, საექთნო საქმის ორგანიზებისა და მართვის სფეროს გაფართოებაზე.

ახალი ტიპის ხელმძღვანელი ექთნების მოსამზადებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრის ბაზაზე განხორციელდა „ლიდერი ექთნის“, საექთნო ჩვევების, ბეზიქალების კვალიფიკაციის ამღლების, ექთან-ნეონატოლოგების კვალიფიკაციის ამღლების, ზოგადი პრაქტიკის კურსები, სხვა უწყვეტი საექთნო განათლების პროგრამები. აღსანიშნავია, რომ ექთნების უწყვეტი განათლების ცენტრები შეიქმნა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში.

„ატლანტა-თბილისის სამედიცინო პარტნიორული თანამშრომლობის პროგრამის ფარგლებში ჩამოყალიბდა „ლიდერი ექთნის“ მოსამზადებელი კურსი, რომელსაც წარმართავს უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრის საექთნო კომპონენტი. კურსის ჩამოყალიბების მთავარ მიზანს შეადგენდა იმ ძირითადი ბირთვის მომზადება, რომელზე

დაყრდნობით ადგილებზე მოკლე დროში უნდა დანერგილიყო ექთნების ცოდნის ამაღლების ახალი ფორმები და მეთოდები.

მნიშვნელოვანია, რომ საქართველოში საექთნო საქმის მაღალი სტანდარტების დონეზე განვითარებისათვის აუცილებელი გახდა უმაღლესი საექთნო განათლების მქონე სპეციალისტების მომზადება. უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრის საექთნო კომპონენტის ჩამოყალიბებით მოკლე ვადებში ქვეყანაში შეიქმნა საექთნო კადრების გადამზადების ახალი სისტემა. (ჯანდაცვის სისტემები, 2002) გოგაშვილი, 1998). აღნიშნულმა ღონისძიებებმა მყარი საფუძველი შექმნა, რათა სათანადო დონეზე განხორციელდეს ექთნების სერთიფიცირება და ლიცენზირება.

დღეისათვის ისევ პრობლემად რჩება ექთნების დეფიციტი. ექიმებისაგან განსხვავებით შედარებით ნაკლები ექთანი ამთავრებს სასწავლებელს. საექთნო საქმის საბაკალავრო პროგრამა 2016 წელს დაამთავრა 23-მა ქართველმა სტუდენტმა, (გოგაშვილი, 1998), მაშინ, როდესაც საშუალო ევროპული მაჩვენებლით, ქვეყანამ წელიწადში 1400 ექთანი უნდა აწარმოოს (ადამიანური რესურსი, 2012: 27). ქვეყანაში ექთნების მცირე რაოდენობა მეტყველებს საექთნო საქმის ნაკლებად პოპულარიზაციაზე. ამის მიზეზებია საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტერეოტიპები და აკადემიური თუ პროფესიული მზადებისათვის შესაბამისი სტიმულაციის (საკვალიფიკაციო მოთხოვნებისა და ფინანსური წახალისების) სისტემების არარსებობა.

ჯანდაცვის მენეჯერების ჩამოყალიბება

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მეტად მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება მენეჯერთა და ადმინისტრატორთა რგოლს. ამ რგოლის სისუსტის გამო გარკვეული სიძნელები იქმნებოდა ადგილებზე. ამ თვალსაზრისით, მსოფლიო ბანკის პროექტის ერთ-ერთ ამოცანას წარმოადგენდა სამედიცინო მენეჯმენტში გადასამზადებელი კურსების ორგანიზება, რომლის ჩატარება რეგულარულად დაიწყო უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრში. მთავარი ექიმებისათვის სპეციალურად მომზადდა პერიოდულად ტარდებოდა ჯანდაცვის ეკონომიკის და მართვის კურსები. ამავე ცენტრში და შესაბამის კლინიკურ ბაზებზე ჩატარდა საექთნო საქმის გადასამზადებელი კურსებიც. დღეისათვის, საქართველოს მრავალ უმაღლეს სასწავლებელში ხორციელდება ჯანდაცვის მენეჯმენტის საბაკალავრო და სამაგისტრო პროგრამები.

ამგვარად, საქართველოში ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული რეორიენტაციის შედეგად საფუძველი ჩაეყარა თანამედროვე პრინციპებზე აგებული სამედიცინო განათლების ახალ სისტემას, რომელიც ეხმარებოდა მსოფლიოს უახლეს გამოცდილებას. თუმცა, რეფორმების გატარებაში უმთავრესს ითვლებს წარმოადგენდა სახელმწიფოს მხრიდან

უწყვეტ სამედიცინო განათლებაზე გამოყოფილი მწირი და არასრული დაფინანსება. ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს, რადგან სახელმწიფო ხშირად ვერ ახდენდა დაპირებული ვალდებულებების დაფინანსებას (კახიშვილი, 2011). შედეგად, უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიღება და რესურთიფიცირება ექიმებს საკმაოდ დიდი თანხა უჯდებოდათ.

2003 წლიდან შეიცვალა მიდგომა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის მიმართ, რომლის მიხედვით სამედიცინო ბაზარი თვითრეგულირების მექანიზმებს უნდა დაყრდნობოდა, ხოლო სამედიცინო პერსონალს თვითგანვითარების პრინციპებით უნდა ეხელმძღვანელა. შედეგად, 2006 წელს საქართველოს პრეზიდენტის „სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის რეორგანიზაციის შესახებ“ ბრძანებულება №226 საფუძველზე სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლება სავალდებულო პირობას აღარ წარმოადგენდა (გზირიშვილი, 2012). გაუქმდა აგრეთვე ექიმთა და საშუალო მედიკოსონალის რესურტიფიცირების მექანიზმები.

დღეისათვის საქართველოში უწყვეტი სამედიცინო განათლება ნებაყოფლობითია. დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის დამადასტურებელი სერთიფიკატი გაცივმა უვადოთ და ამ სერთიფიკატზე არ არის მიბმული მიღების შემდგომ პროფესიული განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების (ან შენარჩუნების) კრიტერიუმები – ექიმს არ ევალება რესურტიფიკაციის გავლა ან კრედიტების ქულების მოგროვება. შედარებისათვის, ევროპის ქვეყნების დიდ უმრავლესობაში უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობა სავალდებულოა. მაგალითისთვის, ავსტრიაში, გერმანიაში და უნგრეთში უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობა ექიმებისთვის სავალდებულოა, იტალიაში ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმებისათვის, ხოლო შვეიცარიაში ექიმთა ფედერაციის წევრებისთვის უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობა სავალდებულოა, ნიდერლანდებში და ნორვეგიაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის უწყვეტი სამედიცინო განათლებაში სავალდებულოა.

ქვეყანაში მოქმედი სამედიცინო განათლების სისტემა (დიპლომა მამდელი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) საჭიროებს შემდგომ რეფორმირებას, რათა მოხდეს ჯანდაცვის სექტორში ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექიმების ახალი ნაკადის დაბალანსება და ექთნების როლის ამაღლება. იმის გათვალისწინებით, რომ არსებობს პირდაპირი კორელაცია პაციენტის უსაფრთხოებას, სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და უწყვეტ სამედიცინო განათლებას შორის, საჭიროა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულოობის უზრუნველყოფა, რომელიც დაემყარება საუკეთესო საერთაშორისო გამოცდილებას. საქართველო - ევ-

როპული ორიენტაციის ქვეყანაა, სულ მალე, ალბათ, ევროკავშირის წევრები გავხდებით და ამდენად, სხვა მრავალ პარამეტრთან ერთად, ჩვენი სამედიცინო განათლების სისტემაც ევროგაერთიანების მოთხოვნების მიხედვით უნდა იყოს ჩამოყალიბებული.

გამოყენებული ლიტერატურა:

adamianuri resursi jandatsvis seqtorsshi. Situatsiuri analizi. Jandatsvis sp`eros barometri. (2018). Tbilisi. (ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში. სიტუაციური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი. (2018). თბილისი.).

Beria, G. Surguladze, V. Giorgadze, T. (2019). uts`kvet`I sameditsino ganatlebis problematik`a da mnishvneloba saqartveloshi. Jandatsvis politik`a, ekonomik`a da sotsiologia. № 5 (2). Tbilisi (ბერია, გ. სურგულაძე, ვ. გიორგაძე, თ. (2019). უწყვეტი სამედიცინო განათლების პრობლემატიკა და მნიშვნელობა საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. № 5 (2). თბილისი.).

Gamkrelidze, A. Aladashvili, A. Vasadze, O. Top`uria, Z. Khup`enia, G. Ramishvili, B. Ag`dgomelashvili, M. Nozadze, G. (1998). Saqartvelos umag`lesi saganmanatleblo dats`esebulebebis shests`avlis shedegebi. Samecniero shromata k`rebuli. Jandatsvis martvis natsionaluri tsentri. Tbilisi. (გამყრელიძე, ა. ალადაშვილი, ა. ვასაძე, ო. თოფურია, ზ. ხუფენია, გ. რამიშვილი, ბ. აღდგომელაშვილი, მ. ნოზაძე, გ. (1998). საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების შესწავლის შედეგები. სამეცნიერო შრომათა კრებული. ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. თბილისი.).

Gamkrelidze, A. Atun, R. Gotsadze G. and MacLehose L. (2002) Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. № 4(2).

Gamkrelidze, A. Vasadze, O. (2003). Saqartvelos janmrtelobis datsva saukuuneta mijnaze. Mokle istoriuli mimokhilva. Tbilisi. (გამყრელიძე, ა. ვასაძე, ო. (2003). საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა საუკუნეთა მიჯნაზე. მოკლე ისტორიული მიმოხილვა. თბილისი.).

Gzirishvili, d. (2012). Damoukidebeli saqartvelo-socialuri da janmrtelobis datsvis sistemebi. Tbilisi. (გზირიშვილი, დ. (2012). დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. თბილისი).

Gogashvili, M. Garsevanishvili, K. (1998). utsqveti saektno ganatlebis sistemis chamoqalibeba sakartveloshi. sametsniero shromata krebuli. jandatsvis martvis natsionaluri tsentri. tbilisi. (გოგაშვილი, მ. გარსევანიშვილი, კ. (1998). უწყვეტი საექთნო განათლების სისტემის ჩამოყალიბება საქართველოში. სამეცნიერო შრომათა კრებული. ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. თბილისი).

Verulava. T. (2019a). janmrtelobis kapitali. ekonomikis mdgradi ganvitarebis paktori. ekonomika da biznesi. N 11 (1). tbilisi. (ვერულავა, თ. (2019ა). ჯანმრთელობის კაპიტალი. ეკონომიკის მდგრადი განვითარების ფაქტორი. ეკონომიკა და ბიზნესი. № 11 (1). თბილისი).

Verulava, T. (2019b). Health Capital, Primary Health Care and Economic Growth. Eastern Journal of Medicine.

Verulava, T. (2021). pirveladi jandatsvis sistema da misi roli janmrtelobis kapitalis amaghlebashi. tbilisi. (ვერულავა, თ. (2021). პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამადლებში. თბილისი).

Verulava, T. Dangadze, B. (2018) Health Capital and Economic Growth: Evidence from Georgia. The Open Public Health Journal.

Kakhishvili, N. (2011). ekimta raodenoba da khariskhi. netgazeti. 28.11.2011. (კახიშვილი, ნ. (2011). ექიმთა რაოდენობა და ხარისხი. ნეტგაზეთი. 28.11.2011. <http://www.netgazeti.ge/GE/81/News/7143/>.

mostsavleta shepasebis saertashoriso programa PISA 2018: sakartvelos angari-shi (2020.) tbilisi. (მოსწავლეთა შეფასების საერთაშორისო პროგრამა PISA 2018: საქართველოს ანგარიში. (2020). თბილისი).

Chanturidze, t. et al.(2009). Health System in transitions.WHO. Vol.11, №8.

Shengelia, R. (1999). Study of the history of medicine in Georgia. Croatian Medical Journal . № 40(1). Tbilisi.

Sakartvelos prezidentis 1996 tslis 11 ivnisi brdzanebuleba sakartvelos umaghlesi sameditsino ganatlebis sistemis srulqofis damatebit ghonisdziebata shesakheb. sakartvelos janmrtelobis datsvis sistemis reporma. normatiuli aktebi. natsili II. (1996). tbilisi. (საქართველოს პრეზიდენტის 1996 წლის 11 ივნისის ბრძანებულება საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა. ნორმატიული აქტები. ნაწილი II. (1996). თბილისი).

Nursing care – summary of a European study. WHO. 1987.

Jandatsvis sistemebi gardamaval etapze. Sakartvelo (2002). (ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ ეტაპზე. საქართველო. (2002).

Jorbenadze, A. (1997). ganatlebis tatbir-seminari. sameditsino ganatlebis ganvitarebis sakhelmtsifo programa. (ჯორბენაძე, ა. (1997). განათლების თათბირ-სემინარი. სამედიცინო განათლების განვითარების სახელმწიფო პროგრამა).

Jorbenadze, A. (1995). sakartveloshi umaghlesi sameditsino ganatlebis 75-e da tbilisis sakhelmtsipo sameditsino universitetis 65-e tsliTavi. tbilisi. (ჯორბენაძე, ა. (1995). საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო განათლების 75-ე და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის 65-ე წლისთავი. თბილისი.).

Jorbenadze, A. Verulava, T. (2021). janmrtelobis sotsialuri dazghveva sakartveloshi: ganvitarebis barierebi. ekonomika da biznesi. N 13 (2). tbilisi. (ჯორბენაძე, ა. ვერულავა, თ. (2021). ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა საქართველოში: განვითარების ბარიერები. ეკონომიკა და ბიზნესი. № 13 (2). თბილისი).

Реформа медицинского образования в Грузии: опыт и видение будущего

Автандил Джорбенадзе

доктор медицины

Председатель наблюдательного совета

Центра неотложной кардиологии им. Чапидзе

ORCID ID: 0000-0001-5008-8600

Avtandil.jorbenadze@ecc.ge

599409010

Тенгиз Верулава

доктор медицины,

Профессор Кавказского университета

ORCID ID: 0000-0001-8110-5485

tverulava@cu.edu.ge

577284849

Резюме

В результате переориентации в сфере здравоохранения в Грузии был заложен фундамент новой системы медицинского образования, построенной на современных принципах. Однако, главной трудностью в проведении реформ было скудное и неполное финансирование государством непрерывного медицинского образования. Система здравоохранения страдала от хронической нехватки финансирования, поскольку государство часто не выполняло свои обещанные обязательства. В результате непрерывное медицинское образование и переаттестация обходилось врачам в значительную сумму денег.

С 2003 года изменился подход к системе непрерывного медицинского образования, согласно которому медицинский рынок должен основываться на механизмах саморегулирования, а медицинский персонал - руководствоваться принципами саморазвития. В результате, с 2006 года непрерывное медицинское образование медицинского персонала перестало быть обязательным условием. Также упразднены механизмы переаттестации врачей.

В настоящее время непрерывное медицинское образование в Грузии является добровольным. Свидетельство о независимой медицинской практике выдается пожизненно и от врача не требуется проходить повторную сертификацию. Для сравнения, в подавляющем большинстве европейских стран участие в непрерывном медицинском образовании обязательно. Например, в Австрии, Германии, Италии, Швейцарии и

Венгрии непрерывное медицинское образование является обязательным для врачей, а в Норвегии это обязательно для врачей общей практики.

Существующая в стране система медицинского образования (высшее образование, резидентура, непрерывное медицинское образование и повышение квалификации) нуждается в дальнейшем реформировании, чтобы сбалансировать новый поток врачей в секторе здравоохранения и повысить роль медсестер. Учитывая, что существует прямая взаимосвязь между безопасностью пациентов, качеством медицинского обслуживания и непрерывным медицинским образованием, необходимо обеспечить обязательное непрерывное медицинское образование на основе лучшего международного опыта. Грузия - страна европейской ориентации, мы, вероятно, скоро станем членами Евросоюза, и поэтому, наряду со многими другими параметрами, наша система медицинского образования должна развиваться в соответствии с требованиями Евросоюза.

Ключевые слова: Грузия, медицинское образование, реформа, сертификация.